

STAN SANITARNY KRAJU 2018 w roku 2018



100-lecie

SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE



© Główny Inspektorat Sanitarny 2019

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 2018 r.

ISBN 978-83-954638-0-8

Warszawa, czerwiec 2019 r.

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

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

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

Spis treści

Historia służb sanitarnych w Polsce	9
II Rzeczpospolita	11
Okres Polski ludowej	14
III Rzeczpospolita	18
Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	23
1. Zakres nadzoru sanitarnego	24
2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia	24
3. Wzmocniony nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego otwartego w sezonie letnim 2018 r.	26
4. Stan sanitarny środków transportu żywności	28
5. Jakość zdrowotna środków spożywczych	28
6. Znakowanie środków spożywczych	31
7. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	31
7.1. Zatrucia grzybami	31
8. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF	32
9. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)	39
10. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety i żywności dla określonych grup	40
10.1. Suplementy diety	40
Zakres nadzoru sanitarnego	40
Jakość zdrowotna suplementów diety	40
10.2. Żywność dla określonych grup	42
Zakres nadzoru sanitarnego	42
Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup	42
11. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	43
11.1. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	43
11.2. Kosmetyki	43
12. Wybrane zagadnienia żywienia zbiorowego	45
12.1. Żywnienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty	46
12.2. Kontrole sklepików i kiosków szkolnych	46
Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2018 roku	49
1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej	50
2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną	50
3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych	50
4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2018 roku	51
5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega	52
6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej	54
7. Działania GSSE w obszarze portów morskich i jednostek pływających	54
8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia	55
Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi	57
1. Choroby zakaźne objęte przez Światową Organizację Zdrowia programami eradykacji i eliminacji (odra, różyczka, poliomyelitis)	58
1.1. Odra	58
1.2. Różyczka	60
1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)	60
2. Grypa	61
3. Choroby przenoszone drogą pokarmową	64
3.1. Zakażenia bakteryjne	64
3.2. Kampylobakterioza	65
3.3. Czerwonka bakteryjna (szigelozą)	65
3.4. Dur brzuszny i dury rzekome	65
3.5. Listerioza	66
3.6. Włośnica	66
3.7. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)	66
3.8. Zakażenia wirusowe	69
3.9. Zakażenia rotawirusowe	69
3.10. Zakażenia norowirusowe	69
4. Wirusowe zapalenie wątroby typu A	69
5. Choroby krwiopochodne	70
5.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	70

6. Choroby odzwierzęce.....	73
7. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji.....	77
8. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2018 r.	79
8.1. Batalia w Sejmie RP w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.....	80
8.2. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych.....	80
8.3. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce.....	81
8.4. Sposób przekazywania szczepionek prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne – dystrybucja szczepionek.....	82
8.5. 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.....	84
9. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach - ogniska epidemiczne.....	90
9.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce.....	90
9.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.....	91
10. Składy zespołów kontroli zakażeń szpitalnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, które zgłosiły ogniska epidemiczne w 2018 roku.....	97
Jakość wody przeznaczonej do spożycia.....	101
1. Wstęp.....	102
2. Zaopatrzenie ludności w wodę.....	102
2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej.....	102
2.2. Zmiany legislacyjne.....	103
2.3. Struktura wodociągów w Polsce.....	104
2.4. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach.....	106
2.5. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia.....	108
3. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	109
3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi.....	109
3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych.....	111
3.3. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa.....	112
3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	113
3.5. Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju <i>Legionella</i> sp.....	114
4. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	116
5. Podsumowanie.....	118
Pływalnie.....	121
1. Wstęp.....	122
2. Wymagania jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach.....	122
2.1. Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne.....	122
2.2. <i>Legionella</i>	123
3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.....	124
3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody.....	124
3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach.....	126
4. Obowiązki zarządzającego pływalnią w zakresie zamieszczania komunikatów.....	127
Kąpieliska i miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii.....	129
1. Wstęp.....	130
2. Stan sanitarny kąpielisk.....	130
3. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii.....	135
4. Terminy otwarcia kąpielisk.....	135
5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach.....	136
6. Serwis kąpieliskowy.....	136
7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk.....	140
Zapobiegawczy nadzór sanitarny.....	143
1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.....	144
2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.....	145
2.1. Strategiczna ocena oddziaływania na środowisko.....	145
2.2. Ocena oddziaływania przedsięwzięć kwalifikowanych do mogących oddziaływać na środowisko.....	145
2.3. Uzgadnianie dokumentacji projektowej.....	145
2.4. Inne stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na etapie projektowania inwestycji.....	146
2.5. Zapobiegawczy nadzór sanitarny - dane liczbowe.....	148
3. Podsumowanie.....	149
Odpady medyczne.....	151
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej.....	157
1. Informacje ogólne.....	158
2. Stan sanitarny wybranych obiektów.....	158
2.1. Ustępy publiczne i ogólnodostępne.....	158
2.2. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych.....	158
2.3. Obiekty hotelarskie - hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe.....	161
2.4. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi.....	161
2.5. Solaria.....	162
2.6. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, środki transportu.....	163

2.7. Porty lotnicze i morskie, przejścia graniczne	163
2.8. Tereny rekreacyjne	163
2.9. Cmentarze, domy przedpogrzebowe	163
2.10. Inne obiekty użyteczności publicznej	163
3. Podsumowanie	164
Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami	167
1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	168
2. Ocena warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki ściekami i odpadami w latach 2017-2018	171
3. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest – na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2018 roku	173
4. Choroby zawodowe	174
5. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy	175
6. Podsumowanie	176
Higiena radacyjna	179
1. Informacje ogólne	180
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich	181
3. Ochrona radiologiczna pacjenta	181
4. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	181
5. Nadzór nad skażeniami promieniotwórczymi	182
6. Podsumowanie	182
Ocena stanu sanitarnego placówek dla dzieci i młodzieży w 2018 roku	185
1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży	186
2. Stan sanitarny budynków, w których funkcjonują placówki nauczania i wychowania dla dzieci i młodzieży	187
3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej	187
4. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży	189
5. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne	192
6. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	192
7. Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole	193
8. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży	193
9. Żłobki i kluby dziecięce	194
10. Podsumowanie	195
Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą	197
1. Wprowadzenie	198
2. Zasady działania w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w trakcie kontroli	198
3. Szpitale	198
4. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze inne niż szpitalne	199
5. Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	201
6. Indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i grupowe praktyki lekarskie	202
Oświata zdrowotna i promocja zdrowia	205
1. Profilaktyka uzależnień 206	
1.1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych	206
1.2. Światowy Dzień Bez Tytoniu	207
1.3. Światowy Dzień Rzucania Palenia	207
1.4. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych	208
1.5. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”	209
1.6. Konkurs „Szkoła wolna od używek”	209
2. Profilaktyka nadwagi i otyłości	209
2.1. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”	209
3. Profilaktyka chorób zakaźnych	211
3.1. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS	211
4. Profilaktyka wszawicy	213
5. Profilaktyka zatruc grzybami	214
6. Działania z obszaru promocji zdrowia realizowane przez jednostki PIS	214
7. Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia	216
Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zmniejszania zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez nowe narkotyki w 2018 r.	221
1. Wprowadzenie	222
2. Nowe przepisy	223
3. Sytuacja epidemiologiczna	224
4. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych	228
5. Nowe narkotyki zidentyfikowane w 2018 r.	230
6. Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne	232
7. Podsumowanie	233
Spis tabel, wykresów i rysunków	234



Szanowni Państwo,

Przypadł mi zaszczyt kierowania największą instytucją zdrowia publicznego – Państwową Inspekcją Sanitarną w roku jej 65 – lecia i 100 – lecia służb sanitarnych w Polsce. Ten wspaniały jubileusz siłą rzeczy skłania nas do refleksji nad drogą, jaką przeszło nasze społeczeństwo przez miniony wiek. Przyglądając się postępowi medycyny i nauk o zdrowiu człowieka, nie sposób przejść obok wybitnych ludzi, którzy bezgranicznie poświęcali się dla dobra innych, służąc swoją pracą i wiedzą.

Ten jubileusz każe nam także zastanowić się nad wyzwaniem współczesności, zagrożeniami dla zdrowia człowieka, nad nowymi narzędziami działania adekwatnymi do zmian, jakie ta współczesność niesie. Wreszcie uwypukla paradygmat zdrowia publicznego, jaki zawiera się w pojęciu „medycyna stylu życia”.

Dokument „Stan Sanitarny Kraju” jest przygotowywany corocznie przez Główny Inspektorat Sanitarny na podstawie informacji przesłanych przez państwowych wojewódzkich, powiatowych i granicznych inspektorów sanitarnych. Znajdą w nim Państwo wiele dotychczas niepublikowanych danych statystycznych wraz z omówieniem najistotniejszych zagadnień. Z pewnością będzie on przydatny dla instytucji publicznych, jednostek samorządu terytorialnego, ośrodków naukowych, mediów oraz wszelkich podmiotów zainteresowanych aktualnymi danymi dotyczącymi zdrowia publicznego.

Stan Sanitarny Kraju za rok 2018 to w pewnym sensie potwierdzenie wielkiego skoku cywilizacyjnego, jaki dokonał się w naszym kraju. Analizując rozmaite wskaźniki dotyczące jakości żywności, wody, zapadalności na choroby zakaźne, higieny czy wszczepialności, śmiało możemy powiedzieć, że w wielu obszarach stanowimy wzór do naśladowania dla innych krajów. Możemy być dumni z naszych działań w zakresie promocji zdrowia, które są coraz bardziej zauważane i doceniane również na forum międzynarodowym. Państwowa Inspekcja Sanitarna to niekwestionowany lider zdrowia publicznego, umiejętnie łączący nadzór epidemiologiczny z nadzorem nad podmiotami, które mogą mieć wpływ na zdrowie zbiorowości. Naszym atutem jest sieć stacji sanitarno-epidemiologicznych, które stopniowo stają się lokalnymi centrami zdrowia publicznego.

Jednakże najbardziej dumny jestem ze świetnie wykształconej i oddanej swojej pracy kadry. Blisko 16 tys. pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, codziennie z zaangażowaniem wykonując swoją niełatwą i nie zawsze docenianą pracę, zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne milionom Polaków.

Epidemia chorób cywilizacyjnych wymusza nowe podejście do zdrowia człowieka. Medycyna stylu życia to model opieki holistycznej i partnerskiej, gdzie kluczową rolę odgrywa skuteczna edukacja zdrowotna i motywacja pacjenta do wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie. Dlatego też jednym z podstawowych wyzwań zdrowia publicznego XXI w. powinno być kształtowanie „Health Literacy” człowieka, czyli jego umiejętności poszukiwania informacji dotyczących zdrowia, ich krytycznej oceny, a w sprzyjającym otoczeniu również modyfikacji. Wdrożenie Narodowego Programu Wyborów Zdrowotnych Opartych na Wiedzy ma fundamentalne znaczenie, gdyż na większość chorób „pracujemy” sami, poprzez niewłaściwe nawyki realizowane każdego dnia. Czas najwyższy to zmienić!

Z przyjemnością oddaję w Państwa ręce niniejszą publikację wierząc, że po jej lekturze, dojdziecie Państwo do tego samego wniosku:

- zdrowie publiczne jest najważniejsze!

Z serdecznymi pozdrowieniami:

Prof. Jarosław Pinkas

Główny Inspektor Sanitarny





100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE

Historia służb sanitarnych w Polsce

Rok 2018 wyznaczył rocznicę szczególną. Jest to bowiem setna rocznica odzyskania przez Polskę niepodległości. Z kolei wydanie Stanu Sanitarnego Kraju w 2019 r. przypada w 100-lecie służb sanitarnych, w tym 65-lecie Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Państwowa Inspekcja Sanitarna należy do tych instytucji publicznych, których historia sięga pierwszych lat naszej niepodległości. Choć struktura, zadania i metody działania służb sanitarno-epidemiologicznych podlegały stałej ewolucji, to ich misja pozostaje niezmienna. Misja ta wyraża się w stałym dążeniu do zachowania lub przywracania bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi. Państwowa Inspekcja Sanitarna stoi bowiem na straży zdrowia ludzi, rozumianego

zarówno w wymiarze jednostki, jak i całego społeczeństwa. Służy temu identyfikacja i szacowanie zagrożeń, inicjowanie i organizowanie skoordynowanego nadzoru oraz kontroli zapobiegającym zagrożeniom fizycznym, chemicznym i biologicznym, a także podejmowanie przedsięwzięć służącym kształtowaniu odpowiednich postaw i zachowań. Państwowa Inspekcja Sanitarna odgrywa zatem zasadniczą rolę w realizacji polityki zdrowotnej państwa. Jak podkreśla **prof. Jarosław Pinkas**, Główny Inspektor Sanitarny, historia służb sanitarnych to „100 lat pracy tysięcy pracowników Inspekcji zaangażowanych w zapewnienie bezpieczeństwa milionom obywateli”.



Szczepienia ochronne | źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe



Laboratorium w Poznaniu | fot. WSSSE Poznań

II RZECZOSPOLITA

Odrodzone Państwo Polskie po 123 latach zaborów musi borykać się z ogromnymi trudnościami. Granice nie są jeszcze ustalone, toczą się konflikty zbrojne. Trzy zabory to trzy różne rzeczywistości prawne, ekonomiczne i mentalne. Na terenie dawnego Królestwa Polskiego panuje ogromny kryzys ekonomiczny i społeczny. Brakuje materiałów opałowych, żywności, panuje głód, istnieje bardzo duża warstwa biedoty miejskiej. Masowe migracje ludności spowodowane I wojną światową przyczyniają się do wybuchu epidemii. Szaleje gruźlica, tyfus, ospa prawdziwa, dur brzuszny i choroby weneryczne.

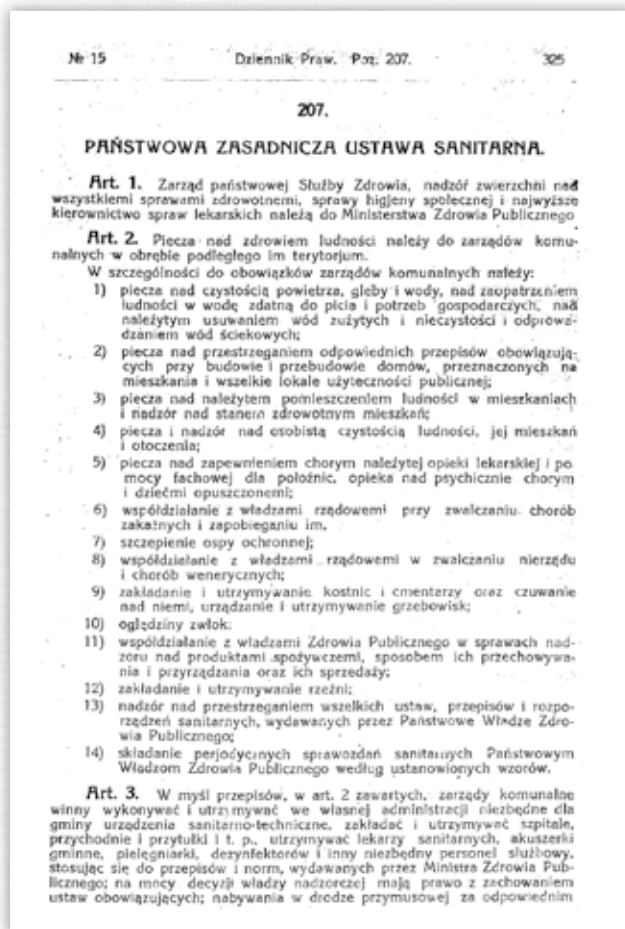
Rada Regencyjna ogłosiła niepodległość Polski już 7 października 1918 r., a pierwszym aktem prawnym regulującym sprawy ochrony zdrowia w wolnej Polsce był Dekret Rady Regencyjnej o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej i Ministerstwa Ochrony Pracy z dnia 30 października 1918 roku.



Przegorzaly. Fragment wsi | Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe (NAC)



Kleck. Dzielnica tatarska | Źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe (NAC)



Państwowa Zasadnicza Ustawa Sanitarna wydana przez Naczelnika Państwa Józefa Piłsudskiego - 8 lutego 1919 r.

Jednak pierwszym, kluczowym dokumentem regulującym system ochrony zdrowia w Polsce, uznawanym za początek funkcjonowania służb sanitarnych w Polsce jest Państwowa zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 8 lutego 1919 r. wydana Dekretem Naczelnika Państwa Józefa Piłsudskiego, powołująca do życia Ministerstwo Zdrowia Publicznego.



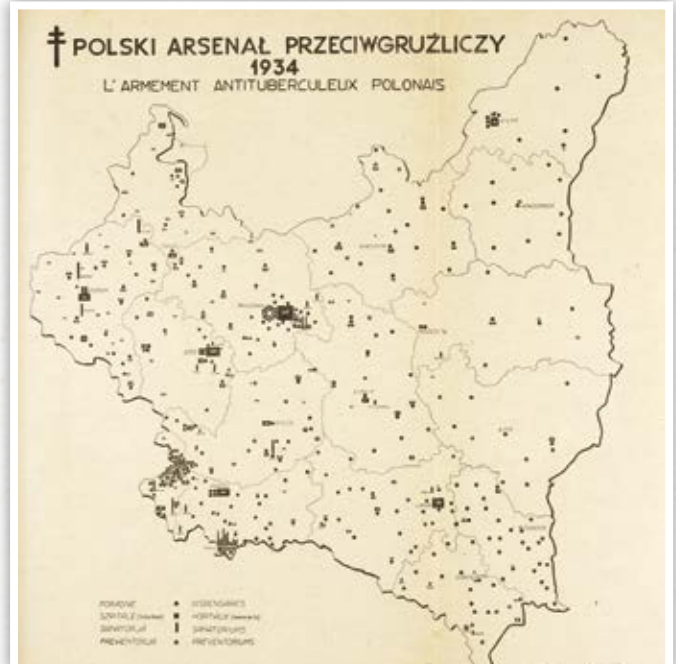
Józef Piłsudski | Źródło: Wikipedia

Kolejnym aktem prawnym, podpisanym już przez pierwszego Marszałka Sejmu Ustawodawczego II Rzeczypospolitej Wojciecha Trąpczyńskiego, była Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 roku, w którym to akcie prawnym po raz pierwszy pojawiło się pojęcie „inspekcja sanitarna”.

Warto zatem przypomnieć i podkreślić fakt, że twórcy odrodzonej Rzeczypospolitej, planując jej przyszły kształt, uważali sprawne służby sanitarne za nieodłączny atrybut niepodległego i silnego państwa. Zasadnicza ustawa sanitarna, stanowiła ona podstawowy akt prawny w dziedzinie



Nasilenie tyfusu plamistego w Polsce w 1920 r. wg powiatów.



Mapa przedstawiająca „Polski arsenał przeciwgruźliczy”



dr Ludwik Rajchman | źródło: NAC

zapobiegania chorobom zakaźnym. Art. 2. niniejszej ustawy określił kompetencje Ministerstwa Zdrowia Publicznego, do których zaliczono m. in. zwalczanie chorób w ogólności, a przede wszystkim zakaźnych, sprawy zaopatrzenia w wodę, ochronę czystości powietrza, wody, gleby, nadzór nad bezpieczeństwem żywności, żywienia, przedmiotów użytku, nadzór nad wytwarzaniem i sprzedażą kosmetyków, a także higienę sanitarną pomieszczeń, higienę zawodową i ochronę pracy.



prof. Witold Chodźko
źródło: Wikipedia

Podkreślić należy, że wszystkie te kompetencje znajdują się także w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W kolejnych latach zmieniano przepisy prawa doprecyzowując zagadnienia związane z systemem sanitarno-epidemiologicznym.

Niezależnie jednak od wydania w 1919 r. aktów prawnych, początek pracy nad budowaniem systemu nadzoru sanitarno - epidemiologicznego w Polsce rozpoczął się już w roku 1918. Już w 1918 r. **dr Ludwik Rajchman**, późniejszy twórca UNICEF, wystąpił z inicjatywą utworzenia instytutu stanowiącego zaplecze diagnostyczno-laboratoryjne i merytoryczne walki z epidemiami w kraju. Instytut taki powołano w dniu 21.11.1918 pod nazwą Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny – od 1923 r. przyjął on nazwę Państwowego Zakładu Higieny. Działalność Instytutu obejmowała:

PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY
Dział Surowic i Szczepionek
Warszawa, ul. Chocimska 24 — Tel. 4-13-84
Adres telegraficzny. „Centrepid—Warszawa”

Wszelkie Surowice i Szczepionki
do celów leczniczych
i zapobiegawczych u ludzi

Surowica błonicza barania i bydłęca.
— Surowica przeciw jadowi żmij. —

Insulina „PZH”
fiolki po 100 i 200 jednostek międzynarodowych w 5 cm³.

Pituitrol „PZH”
(wyciąg z tylnego płata przysadki mózgowej).
fiolki po 5 cm³, pudełka po 3 i 6
ampulek à 1 cm³. 1 cm³=10 jednostkom Voegtlina.

Preparaty Diagnostyczne
Cenniki i wszelkie informacje
wysła się na żądanie.

Ogłoszenie prasowe Państwowego Zakładu Higieny

- diagnostykę laboratoryjną – wykonywaną na potrzeby kraju, pod kierunkiem **prof. Ludwika Hirszfelda** i **prof. Stanisława Sierakowskiego**,
- produkcję surowic i szczepionek.



Okres II Wojny Światowej

Po wybuchu II wojny światowej okupanci - Niemcy ściśle kontrolowali działalność kolumn sanitarnych. Polacy pod osłoną działalności sanitarno-epidemiologicznej próbowali tworzyć komórki konspiracyjne. Do ich głównych zadań należała produkcja szczepionek przeciwko durowi wysypkowemu oraz dostarczanie ich do ludności polskiej, potajemnie dostar-



Okres II Wojny Światowej

czanie jej do więzień i niemieckich obozów koncentracyjnych. Prowadzono także tajne nauczanie studentów wydziału lekarskiego. Od połowy 1944 r. rozpoczęło się wyzwalamie terenów obecnej Polski spod okupacji niemieckiej, zakończone w maju 1945 r. W wyniku działań Armii Czerwonej, Polska znalazła się całkowicie pod wpływem i kontrolą ZSRR.

OKRES POLSKI LUDOWEJ

Konsekwencją II wojny światowej było nie tylko ogromne zniszczenie materialne kraju, a także wielkie straty ludnościowe. Po II wojnie światowej na skutek zniszczeń, jakich doznała Warszawa, w tym budynek PZH przy ul. Choćmiskiej 24, okólnikiem z dnia 15 czerwca 1945 r. Minister Zdrowia poinformował, że centrala PZH mieści się w Łodzi przy ul. Wodnej 40, a filie PZH funkcjonują w Gdańsku, Katowicach, Lublinie, Poznaniu, Białymstoku i Toruniu. W tym samym okólniku Minister Zdrowia zalecał wojewódzkim i powiatowym wydziałom zdrowia współpracę z PZH. W dniu 24 listopada 1944 powołano w Lublinie Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami. Jego pierwszym Komisarzem był **Prof. dr med. Jerzy Morzycki**, I Wiceminister Zdrowia. Do zadań Komisariatu należało monitorowanie sytuacji epidemiologicznej kraju i zwalczanie ognisk chorób zakaźnych. Należy podkreślić wyjątkowo trudne warunki do prowadzenia pracy przez powojenne służby sanitarno – epidemiologiczne. Ze względu na trudności komunikacyjne praca Komisariatu została zdecentralizowana poprzez utworzenie, na początek, trzech komisariatów prowincjonalnych: w Białymstoku, Sandomierzu i Rzeszowie z centralą w Lublinie.

Każdy komisarz był zobowiązany do samodzielnego zwalczania ognisk epidemicznych, według instrukcji i z wykorzystaniem środków centrali w Lublinie. Komisarze terenowi mieli wykorzystywać do współpracy lekarzy powiatowych i miej-



Kurs dla desyinfektorów w Krakowie



Kurs dla desyntyfikatorów w Krakowie

skich oraz kierować ich pracą. Natomiast centrala w Lublinie organizowała szkolenia epidemiologiczne dla lekarzy, kursy dla pielęgniarek i desyntyfikatorów, przygotowywano liczne instrukcje dla komisarzy w terenie. Na przełomie 1944–1945 roku został utworzony w każdym województwie Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, opierając swoją działalność na Kolumnach Sanitarnych, które składały się z higienistki i dwóch desyntyfikatorów. Do końca 1945 r. na terenach Polski działało 450 kolumn oraz 1350 desyntyfikatorów. Należy podkreślić wyjątkowo ofiarne zaangażowanie personelu Kolumn Przeciwepidemicznych w zwalczanie chorób zakaźnych. Praca odbywała się w wyjątkowo trudnych warunkach, przy niejednokrotnym narażaniu życia i zdrowia samych pracowników Kolumn.



Dekret z dnia 14 sierpnia 1954 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej



Pracownia ogólna HŻŻ

Z kolei na mocy dekretu z 11 kwietnia 1945 r. utworzono Ministerstwo Zdrowia i przyjęto, że do zakresu Ministra Zdrowia należą sprawy publicznej służby zdrowia, określone w ustawie z 1939 r., w której zakres zadań służb sanitarno-epidemiologicznych, był analogiczny do zadań określonych w ustawie o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W roku 1948 wojewódzkie struktury Komisariatów przekształcono w oddziały sanitarno – epidemiologiczne wojewódzkich wydziałów zdrowia, przy których działały wojewódzkie kolumny sanitarne. Na czele oddziału stał inspektor sanitarny, a za poszczególne sprawy odpowiadał referenci żywności, higieny komunalnej i epidemiologii. Na mocy Uchwały Prezydium Rady Ministrów Nr 27/52 z dnia 2 II 1952 r. w sprawie powołania stacji sanitarno-epidemiologicznych i stacji kwarantannowych, powstały wojewódzkie oraz powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, mające odpowiadać za nadzór bieżący i akcje sanitarno-porządkowe. Odbyło się to poprzez połączenie filii PZH i wojewódzkich wydziałów zdrowia.

PZH w tym czasie było zapleczem diagnostyczno-laboratoryjnym dla całego kraju. W 1950 r. produkcję szczepionek i surowic przeniesiono z PZH do Zjednoczenia Wy-



prof. Bogusław Kożuszniak



Plakat - Poradnie przeciw gruźlicze walczą o zdrowie

twórni Surowic i Szczepionek. Poszczególne Działy PZH dały początek Instytutowi Leków w Warszawie, Instytutowi Higieny Pracy w Łodzi, Instytutowi Antybiotyków, Instytutowi Żywności i Żywnienia. Nadal priorytetowym zadaniem PZH była poprawa sytuacji epidemiologicznej kraju. W roku 1952 zorganizowano w PZH pierwszą w Polsce Pracownię Wirusologiczną oraz zainicjowano organizację pracowni wirusologicznych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Było to podstawą przygotowań do eradykacji poliomyelitis w Polsce, co zostało uwieńczone sukcesem w 2002 r.



Szczepienia ochronne | źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe



Szczepienia ochronne | źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe

Sytuacja epidemiologiczna duru brzusznego uległa poprawie w 1964 r. dzięki wynikom badania terenowego typu field trial, zorganizowanego przez PZH pod kierunkiem **prof. Jana Kostrzewskiego**. Wprowadzenie do stosowania w kraju nowych szczepionek było poprzedzane badaniami epidemiologiczno-laboratoryjnymi w zakresie ich bezpieczeństwa i skuteczności. Takie badania poprzedziły zastosowanie w Polsce szczepionek przeciwko poliomyelitis oraz przeciwko odrze i umieszczenie ich w kalendarzu szczepień.

Na początku lat sześćdziesiątych z inicjatywy **Prof. Jana Kostrzewskiego** zainicjowano w PZH badania z zakresu

epidemiologii chorób niezakaźnych i zapoczątkowano badania w dziedzinie epidemiologii środowiskowej. W latach 1966 - 1984 r., pod kierunkiem **doc. Feliksa Sawickiego** zorganizowano w ramach umowy polsko – amerykańskiej prospektywne badania epidemiologiczne występowania środowiskowo uwarunkowanych, przewlekłych nieswoistych chorób układu oddechowego wśród mieszkańców Krakowa. Badania te uznano w Europie i świecie za modelowe pod względem metodycznym. Na przełomie lat 60. i 70. ubiegłego wieku, kiedy dyrektorem instytutu był wybitny organizator i naukowiec **Prof. Włodzimierz Kuryłowicz**, rozpoczął się „złoty wiek” zakładów PZH prowadzących badania wpływu negatywnych skutków zanieczyszczeń środowiska na zdrowie populacji.

Na mocy dekretu, przez prezesa Rady Ministrów, został powołany Główny Inspektor Sanitarny, będący równocześnie zastępcą Ministra Zdrowia. Został nim **prof. Bogusław Kożusznik**. Na mocy dekretu z 14 sierpnia 1954 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. nr 37, poz. 160) przekształcono służby sanitarno-epidemiologiczne w Państwową Inspekcję Sanitarną. Została również utworzona Rada Sanitarno-Epidemiologiczna jako organ Głównego Inspektora



Plakat promujący szczepienia ochronne



Szczepienia ochronne | źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe



Laboratorium Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Sanitarnego. Organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej ustanowieni zostali państwowi inspektorzy sanitarni: wojewódzcy dla województw oraz dla m. Warszawy i m. Łodzi, powiatowi, miejscy (dla miast stanowiących powiat), dzielnicowi, portowi. Zapleczem technicznym inspektorów sanitarnych były stacje sanitarno-epidemiologiczne. Był to okres wyjątkowej pracy w zakresie zwalczania chorób zakaźnych i poprawy stanu sanitarnego kraju. Doskonalono procedury prowadzenia nadzoru nad bezpieczeństwem żywności i żywienia, prowadzono wywiady epidemiologiczne, sprawowano nadzór w zakresie warunków pracy, nauki i wypoczynku, rozwijano działalność oświatowo-zdrowotną. Jednym z osiągnięć Inspekcji Sanitarnej w tym okresie był udział w masowych szczepieniach przeciwko chorobie Heinego-Medina. W 1951 roku wystąpiła pierwsza większa epidemia polio w Polsce. Drugim ważnym zjawiskiem z punktu widzenia sanitarno – epi-

miologicznego i działania służb sanitarnych było wystąpienie ospy prawdziwej we Wrocławiu, w roku 1963.

Na mocy ustawy z dnia 28 maja 1975 r. zlikwidowano powiaty i utworzono 49 województw, w związku z czym organami inspekcji byli wówczas: państwowi inspektorzy sanitarni: wojewódzcy, terenowi i portowi. Dekret z 14 sierpnia 1954 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej został uchylony 1 września 1985 r. w związku z wejściem w życie *ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. nr 2, poz.49). Ustawa wprowadziła tzw. pionową podległość organów inspekcji. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powoływał państwowych wojewódzkich, terenowych i portowych inspektorów sanitarnych. Wojewódzcy inspektorzy podlegali Głównemu Inspektorowi w randze wiceministra zdrowia, a inspektorzy terenowi i portowi właściwemu inspektorowi wojewódzkiemu.



Pracownia Parazytologiczna | fot. WSSSE Poznań

III RZECZPOSPOLITA



Siedziba Głównego Inspektoratu Sanitarnego

Okres lat 90. przyniósł kolejne zmiany administracyjne. Rozpoczęte wówczas dyskusje na temat podległości i kształtu organizacyjnego Państwowej Inspekcji Sanitarnej są aktualne do dzisiaj. Kolejna ustawa z 24 lipca 1998 r. wprowadziła zmiany administracyjne, związane z reformą ustrojową państwa. 1 stycznia 2000 r. utworzony został Główny Inspektorat Sanitarny, a rok później zlikwidowano kolejowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, których mienie i uprawnienia przejęły powiatowe stacje sanitarne. Zespolenie nie przyniosło oczekiwanych rezultatów i dlatego 1 marca 2002 r. przywrócono Inspekcji status administracji niezespolonej i nazwę *Państwowa Inspekcja Sanitarna*. Kompetencje powoławcze otrzymał Główny Inspektor Sanitarny. Misją Państwowej Inspekcji Sanitarnej stała się realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego. Do kolejnego zespolenia władz lokalnych i organów inspekcji doszło w 2010 r. Organem administracji rządowej zespolonej w województwie stał się państwowy wojewódzki inspektor sanitarny,



Sieć stacji sanitarno-epidemiologicznych w Polsce

a państwowy powiatowy inspektor sanitarny, organem rządowej administracji zespolonej w powiecie. Działania obydwu inspektorów są finansowane z budżetu wojewody. Jedyнным niezespolonym organem został państwowy graniczny inspektor sanitarny, którego działalność finansuje minister zdrowia. Ten stan prawny obowiązuje do dnia dzisiejszego. Na terenie kraju funkcjonuje 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, 16 stacji wojewódzkich i 10 stacji granicznych.



Konferencja ministerialna „Solidarność w zdrowiu. Wyrównywanie różnic między krajami UE” - Poznań, listopad 2011 r. Organizator Główny Inspektorat Sanitarny.

Początek XXI wieku to okres akcesji Polski do Unii Europejskiej. Ogromna część liczącego 5 tys. stron Traktatu Ateńskiego (podpisanego 16 kwietnia 2003r.) dotyczy zagadnień związanych z działalnością Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Podpisanie traktatu wiązało się z uzyskaniem statusu aktywnego obserwatora w instytucjach UE i włączenia Polski w procedurę informowania i konsultacji. W Głównym Inspektoracie Sanitarnym zostało powołane stanowisko koordynatora ds. UE. Zakres kompetencji koordynacji obejmował tworzenie lub współpracę w ramach:

- Procedury konsultacji,
- Procedury informowania,



Laboratorium mikrobiologii i parazytologii | fot. WSSE Poznań

- Przygotowania stanowiska na komitety i grupy robocze Rady Unii Europejskiej,
- Przygotowania stanowiska na posiedzenie Komitetu Stałych Przedstawicieli – Coreper,
- Przygotowania stanowiska na posiedzenie Rady Unii Europejskiej,
- Przygotowania stanowiska na komitety, komisje i grupy eksperckie Komisji Europejskiej.

Integracja z Unią Europejską oraz coraz szerzej prowadzona współpraca międzynarodowa podejmowana przez Główny Inspektorat Sanitarny przyczyniła się w istotny sposób także do potrzeby zmiany w obszarze zarządzania informacjami. W związku z powyższym już w okresie przedakcesyjnym podjęto intensywne prace nad zaprojektowaniem oraz implementacją już istniejących systemów wymiany informacji, dzięki którym Państwowa Inspekcja Sanitarna została włączona do sieci systemów unijnych (takich jak RASFF, czy EWRS).

Od 2001 roku dostosowanie Polski do wymagań stawianych przez Unię Europejską wspierane było poprzez projekty pomocowe z programu Phare. Projekty te pozwoliły m.in. na zakup nowoczesnego sprzętu laboratoryjnego do badania żywności dla laboratoriów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i laboratoriów referencyjnych działających na rzecz inspekcji: Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny oraz Instytutu Żywności i Żywienia, sprzętu komputerowego i oprogramowań, a także na przeprowadzenie szkoleń pracowników. Dzięki funduszom z programu wyposażono stacje sanitarno-epidemiologiczne w sprzęt komputerowy oraz podłączono je do sieci Internet. W związku z koniecznością restrukturyzacji i akredytacji bazy laboratoryjnej zakupiono również specjalistyczny sprzęt laboratoryjny wdrażając dzięki niemu nowoczesne metody badań żywności. Ponadto znacznie doposażono Wojewódzkie Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne w specjalistyczny sprzęt laboratoryjny.

1 maja 2004 r. Regionalne Laboratorium Badań Żywności Genetycznie Modyfikowanej w Tarnobrzegu (WSSE Rzeszów), zostało wyznaczone jako laboratorium referencyjne

w zakresie badania żywności genetycznie modyfikowanej (GMO). Zostało ono włączone do działającej w ramach Unii – Europejskiej Sieci Laboratoriów GMO (ENGL). Ponadto, w drugiej połowie roku, uruchomiono 2 kolejne laboratoria, w WSSE w Białymstoku i w Poznaniu.

Kolejne lata poświęcono na uporządkowanie struktur organizacyjnych na wszystkich szczeblach, intensyfikację wdrażania systemu jakości oraz potwierdzanie spełniania wymogów określonych w normach celem uzyskania akredytacji, informatyzację inspekcji, a także rozpoczęto wdrażanie systemu jakości. Główny Inspektorat Sanitarny został także objęty systemem elektronicznej wymiany dokumentów pomiędzy Polską a Unią Europejską.

W ramach pomocy poakcesyjnej tzw. Transition Facility zrealizowane zostały kolejne projekty, których celem było wzmocnienie działań kontrolnych prowadzonych przez organy urzędowej kontroli żywności z uwzględnieniem procedur pobierania próbek, wzmocnienie bezpieczeństwa żywności napromienianej oraz dalsze doskonalenie służb urzędowej kontroli żywności. Projekty wspierające administrację publiczną w celu dostosowania jej do wymogów członkostwa w UE realizowane były w ramach rozwoju instytucjonalnego. Departament Higieny Środowiska w Głównym Inspektoracie Sanitarnym w ramach współpracy bliźniaczej zrealizował między innymi projekt „Rozszerzenie nadzoru sanitarnego nad jakością wody”, którego celem ogólnym było udoskonalenie systemu nadzoru sanitarnego w zakresie zagrożeń zdrowotnych wynikających ze sposobów uzdatniania, magazynowania i dystrybucji wody, zagrożeń zdrowotnych potencjalnie stwarzanych przez wodę wykorzystywaną do celów rekreacyjnych i sportowych, a także monitoring promieniotwórczości wody.

W odpowiedzi na Zieloną i Białą Księgę wydaną przez Komisję Europejską, które dotyczą promowania zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej jako forma zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym, Państwowa Inspekcja Sanitarna przy współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności Związek Pracodawców rozpoczęła w 9 listopada 2006 r. realizację programu edukacyjnego pt.



Laboratorium badania wody i gleby | fot. WSSE Poznań



Laboratorium badania wody i gleby | fot. WSSSE Poznań

„Trzymaj Formę!”. Ze względu na zasięg i liczbę odbiorców „Trzymaj Formę!” jest uważany za największy program edukacyjny w Unii Europejskiej.

W związku z faktem, że granica wschodnia Polski jest równocześnie granicą zewnętrzną Unii Europejskiej, zostało nałożone na Polskę szczególnie odpowiedzialne zadanie zagwarantowania bezpieczeństwa wszystkim Państwom Członkowskim przed zagrożeniami ze strony niepożądanych na terytorium UE osób i towarów, przy jednoczesnym utrzymaniu dobrosąsiedzkich kontaktów z państwami pozostającymi poza Unią Europejską. Równoczesne otwarcie granic i rozwój transportu międzynarodowego (głównie lotniczego), a także groźba użycia czynników zakaźnych w celach terrorystycznych sprawiły, że coraz więcej chorób stało się realnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego w wymiarze ponadnarodowym. Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną, której celem jest utrzymanie bariery sanitarno-epidemiologicznej kraju poprzez niedopuszczenie do wprowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, których jakość zdrowotna nie odpowiada obowiązującym przepisom i może stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jako służba podległa Ministerwi Zdrowia, jest nie tylko uprawniona, ale wręcz zobowiązana do ochrony życia i zdrowia obywateli i w celu realizacji tych obowiązków może zastosować środki władcze, niejednokrotnie o dużym stopniu uciążliwości. Struktury terenowe Państwowej Inspekcji Sanitarnej (wojewódzkie, powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne) są odpowiednim instrumentem ustawowym Głównego Inspektora Sanitarnego, do natychmiastowego reagowania, w sytuacji, gdy zagrożone są najwyższe dobra chronione prawem w postaci życia i zdrowia obywateli. Nowym zadaniem Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizowanym od roku 2010 jest m.in. nadzór nad przestrzeganiem ustawowego zakazu wytwarzania i wprowadzania do

obrotu środków zastępczych, nowych narkotyków. Nadzór sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ma charakter kompleksowy, wpisuje się w nadzór epidemiologiczny i stanowi szerokie spektrum przedsięwzięć, których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Szczególną rolę w tym systemie bezpieczeństwa pełnią powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej we wszystkich obszarach zdrowia publicznego opiera się na obiektywnych badaniach laboratoryjnych, przeprowadzanych w akredytowanych laboratoriach stacji sanitarno-epidemiologicznych, których obszar działania jest większy niż obszar jednego województwa czy powiatu i jest zróżnicowany w zależności od potrzeb krajowych i wymogów UE. Stacje sanitarno-epidemiologiczne wykonują badania laboratoryjne w zakresie nadzoru sanitarnego, działając w zintegrowanym systemie badań laboratoryjnych i pomiarów. Przez zintegrowany system badań laboratoryjnych i pomiarów rozumie się jednolity sposób wykonywania badań laboratoryjnych i pomiarów. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej działają w systemie zintegrowanym, co oznacza, że cały obszar kraju jest objęty badaniami wykonywanymi wg norm ISO. Zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej w ewidencji Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych znajdują się specjaliści zatrudnieni w laboratoriach stacji sanitarno-epidemiologicznych, które wykonują badania *in vitro* materiału biologicznego dla celów nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, profilaktyki zdrowotnej, jak również dla celów klinicznych. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wyróżniają się wysoką jakością pracy potwierdzaną zarówno krajowymi i międzynarodowymi badaniami międzylaboratoryjnymi, jak i certyfikatami Polskiego Centrum Akredytacji.



Laboratorium w Lublinie | fot. WSSSE Lublin

Działania kontrolne, nadzorcze są jedynie częścią działalności, drugim ważnym jej aspektem jest promocja zdrowia oraz profilaktyka. Państwowa Inspekcja Sanitarna w skali całego kraju prowadzi setki działań edukacyjnych w obszarze zdrowia publicznego. Korzysta z nowoczesnych narzędzi informatycznych, mediów społecznościowych i niekonwencjonalnych form przekazu. Niektóre z nich stały się bardzo głośne, np. słynny plakat **Andrzeja Pągowskiego** „*Papierosy są do d...*”, „*Nie dawaj łyka, nie dawaj gryza, nie dawaj macha*” (profilaktyka zakażeń meningokokowych), czy „*Melanż. Oczekiwana versus rzeczywistość*” (profilaktyka używania substancji psychoaktywnych).

Historia kołem się toczy. Dziś tak samo jak w 1919 roku służby sanitarne działają w obszarze zdrowia publicznego. Główny Inspektor Sanitarny a jednocześnie Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, spaja ten obszar, kieruje Państwową Inspekcją Sanitarną, jak również podjął działania w celu przywrócenia Inspekcji statusu administracji niezespalonej.

100 lat istnienia służb sanitarnych w Polsce, w tym 65 lat funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej pokazuje, jak duży wpływ mają te instytucje na kształtowanie systemu nadzorującego bezpieczeństwo zdrowotne w kraju. Pomimo wielu zmian zachodzących głównie w strukturach Inspekcji, jej cele od 100 lat pozostają niezmiennie. Wiele uregulowań zawartych w ustawie z 1919 r. obowiązuje do dnia dzisiejszego w rozszerzonej wersji. Państwowa Inspekcja Sanitarna została powołana przede wszystkim do realizacji zadań związanych ochroną zdrowia publicznego. Epidemie chorób zakaźnych: dżumy, cholery czy gruźlicy zostały opanowane. Ciągły rozwój cywilizacyjny, brak aktywności fizycznej, zła dieta sprzyja rozwojowi nowych epidemii: otyłości, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, problemów kostno-stawowych. Stąd zaangażowania w projekty związane z nowym paradygmatem – medycynę stylu życia. Tak jak sto lat temu Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje najtrudniejsze wyzwania, reagując na największe zagrożenia zdrowia publicznego.

GŁÓWNI INSPEKTORZY SANITARNI



prof. nadzw. dr n. med.
**BOGUSŁAW
KOŻUSZNIK**
1955 – 1959



dr hab. n. med.
JAN RUTKIEWICZ
1959 – 1961



**JAN KAROL
KOSTRZEWSKI**
1961 – 1968



**RYSZARD
BRZOZOWSKI**
1968 – 1984



gen. bryg. prof. zwycz.
dr hab. n. med.
JERZY BOŃCZAK
1984 – 1988



dr n. med.
ANDRZEJ KOSINIAK
1989



dr **WIESŁAW
FRANCISZEK
JASZCZYŃSKI**
1990 – 1991 | 1993–1997



dr **ZBIGNIEW HAŁAT**
1991 – 1993



dr **IRENA
GŁOWACZEWSKA**
1997 – 1999



dr n. med. lek. wet. **PAWEŁ
POLICZKIWICZ**
2000 – 2001



gen. brygady dr n. med.
ANDRZEJ TRYBUSZ
2001 – 2006



dr n. med.
ANDRZEJ WOJTYŁA
2006 – 2010



dr n. med.
**PRZEMYSŁAW
BILIŃSKI**
2010 – 2012




**MAREK
POSOBKIEWICZ**
2015 – 2018



dr hab. n. med. **JAROSŁAW PINKAS** | 2018 – obecnie





**Stan sanitarny zakładów
żywności, żywienia,
materiałów i wyrobów
przeznaczonych do kontaktu
z żywnością oraz kosmetyków**

1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2018 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem **497 193** obiekty żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków (w 2017 r. – 484 789), w tym:

- **103 782** (w 2017 r. – 94 740) zakłady produkcji żywności, w tym m.in.: **4 904** piekarni (w 2017 r. – 5 093), **3 540** ciastkarni (w 2017 r. – 3 375),
- **254 852** obiekty obrotu żywnością (w 2017 r. – 254 646), w tym m.in.: **134 935** sklepów spożywczych (w 2017 r. – 138 160), **14 235** kiosków spożywczych (w 2017 r. – 15 061), **33 952** środki transportu żywności (w 2017 r. – 32 299),
- **81 382** zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego (w 2017 r. – 80 547), w tym m.in.: **41 421** zakładów małej gastronomii (w 2017 r. – 40 927),
- **47 012** zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego (w 2017 r. – 45 380), w tym m.in.: **1 036** bloków żywienia w szpitalach (w 2017 r. – 1 032), **125** kuchni niemowlęcych (w 2017 r. – 132), **2 574** stołówki w żłobkach i domach małego dziecka (w 2017 r. – 2 138), **12 060** stołówek szkolnych (w 2017 r. – 11 922), **13 463** stołówek w przedszkolach (w 2017 r. – 12 945), **1 508** zakładów usług cateringowych (w 2017 r. – 1 307) oraz **4 744** inne zakłady żywienia (w 2017 r. – 4 485),

- **6 362** wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością (w 2017 r. – 5 809),
- **3 803** obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami (w 2017 r. – 3 667).

W nadzorowanych zakładach żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przeprowadzono **256 916** kontroli sanitarnych, w tym **27 286** kontroli interwencyjnych. Wydano **33 330** decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym **646** decyzji przerwania działalności całego lub części zakładu oraz **830** decyzji zakazujących wprowadzenia produktu do obrotu. Winnych zaniedbań sanitarnych ukarano **20 231** mandatami, na łączną kwotę **4 500 550** PLN.

W nadzorowanych zakładach produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami przeprowadzono **2 015** kontroli, wydano **44** decyzje administracyjne, w tym **9** decyzji nakazujących wstrzymanie lub ograniczenie działalności, a winnych zaniedbań sanitarnych ukarano 22 mandatami, na łączną kwotę **6 800** PLN.

Porównanie stanu sanitarnego obiektów w latach 2010 – 2018 przedstawia Tabela 1.

Tab. 1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2010-2018

Lata	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Odsetek obiektów o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami	2,1	2,0	1,7	1,7	1,7	1,9	1,9	1,9	2,0

2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że w ostatnich 10 latach odsetek zakładów produkcji i obrotu żywnością o nieodpowiednim stanie sanitarnym znajdował się na niskim poziomie (ok. 2%).

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

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

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

Porównanie stanu sanitarnego obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2017 – 2018 przedstawia Tabela 2.

Tab. 2. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2017 – 2018

Lp.	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2017	2018	
1	Wytwornie lodów	1,4	1	-0,4
2	Automaty do lodów	1,2	1	-0,2
3	Wytwornie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	2,2	2,2
4	Piekarnie	3,5	3	-0,5
5	Ciastkarnie	2,5	1,9	-0,6
6	Przetwornie owocowo - warzywne i grzybowe	0,5	0,8	0,3
7	Browary i słodownie	-	1,9	1,9
8	Wytwornie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	-	1,3	1,3
9	Wytwornie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	1	2,4	1,4
10	Zakłady garmazeryjne	1,4	1,5	0,1
11	Zakłady przemysłu zbożowo - młynarskiego	3,1	4,9	1,8
12	Wytwornie makaronów	-	-	-
13	Wytwornie wyrobów cukierniczych	1,9	-	-1,9
14	Wytwornie koncentratów spożywczych	-	0,9	0,9
15	Wytwornie octu, majonezu i musztardy	-	-	-
16	Wytwornie chrupek, chipsów i prażynek	-	-	-
17	Wytwornie suplementów diety	1,0	-	-1,0
18	Wytwornie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwornie substancji dodatkowych	-	-	-
20	Cukrownie	-	-	-
21	Inne wytwornie żywności	0,6	0,4	-0,2
22	Sklepy spożywcze	2,7	2,8	0,1
23	Kioski spożywcze	0,8	0,4	-0,4
24	Magazyny hurtowe	1,2	1,4	0,2
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	0,8	1,6	0,8
26	Środki transportu	-	0,3	0,3
27	Inne obiekty obrotu żywnością	0,3	1,1	0,8
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2,2	2,6	0,4
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,5	0,4	-0,1
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	1,9	2	0,1
31	Wytwornie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	-	-	-
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	-	-
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	2,9	1,9	-1,0
OGÓŁEM		1,9	2,0	0,1

Objaśnienia:

- brak przypadków | bz - bez zmian

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 2 pozytywnie odnotować należy poprawę w stosunku do roku 2017 stanu sanitarnego obiektów z grup:

- wytwórnie wyrobów cukierniczych – o 1,9%,
- wytwórnie suplementów diety – o 1% (nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym),
- obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami – o 1%,
- ciastkarnie – o 0,6%,
- piekarnie – o 0,5%,
- wytwórnie lodów – o 0,4%,
- kioski spożywcze – o 0,4%.

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

- makaronów,
- octu, majonezu i musztardy,
- chrupek, chipsów i prażynek,
- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- substancji dodatkowych

oraz w grupach:

- cukrownie,
- wytwórnie i miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

W roku 2018 pogorszenie stanu sanitarnego stwierdzono w grupach: wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi – o 2,2%; browary i słodownie – o 1,9%, zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego – o 1,8%, wytwórnie naturalnych wód mineralnych,

naturalnych wód źródlanych i wód stołowych – o 1,4%, wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewni piwa – o 1,3%, wytwórnie wyrobów koncentratów spożywczych – o 0,9%.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętego skontrolowano 26 212 obiektów. Stan sanitarny tych zakładów uległ niewielkiej poprawie w stosunku do roku poprzedniego.

Niezgodny z wymaganiami stan sanitarny stwierdzono w 84 zakładach, co stanowi 0,32% obiektów skontrolowanych (w 2017 r. – 0,38%). Na 6 855 stołówek szkolnych – 18 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,26% (w 2017 r. – 0,32%).

Natomiast ze skontrolowanych 7 298 stołówek w przedszkolach – 15 nie spełniało obowiązujących wymagań, co stanowi 0,2 % (w 2017 r. – 0,22%).

W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań oraz wdrażaniu i stosowaniu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a także wprowadzaniu procedur na podstawie zasad HACCP. W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło 367 626 zakładów. Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji. Natomiast system HACCP wprowadziło 228 860 nadzorowanych obiektów.

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

3. Wzmocniony nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego otwartego w sezonie letnim 2018 r.

W związku z sezonem letnim i zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia zatrucia pokarmowych Główny Inspektor Sanitarny w maju 2018 r. polecił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzenie w okresie od 15 czerwca do 15 września 2018 r. wzmocnionych kontroli zakładów żywienia zbiorowego otwartego.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie letnim 2018 r.:

- nadzorowały 76 204 zakłady żywienia zbiorowego otwartego (tj. restauracji, kawiarni, itp.), w tym 39 618 zakładów małej gastronomii (tj. barów, fast food, itp.),

- skontrolowały 11 925 zakładów żywienia zbiorowego otwartego, w tym 5 842 zakłady małej gastronomii,

- w zakładach żywienia zbiorowego otwartego ogółem przeprowadzono 12 782 kontroli sanitarnych, w tym 1 105 kontroli interwencyjnych oraz 2 275 rekontroli (tj. kontroli sprawdzających wykonanie zaleceń pokontrolnych lub obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi),

- w zakładach małej gastronomii przeprowadzono 6 301 kontroli sanitarnych, w tym 384 kontroli interwencyjnych oraz 862 rekontroli,

- nieprawidłowości stwierdzono w 3 020 zakładach żywienia zbiorowego otwartego, w tym w 1 279 zakładach małej gastronomii,

■ w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowano działania – zgodnie z kompetencjami i obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności:

- w zakładach żywienia zbiorowego otwartego ogółem nałożono 1 932 grzywny w drodze mandatu karnego na kwotę 479 430 PLN za uchybienia higieniczno-sanitarne, w tym w zakładach małej gastronomii 766 mandatów na kwotę 168 730 PLN,

- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały ogółem 2 470 decyzji administracyjnych nakazujących wyeliminowanie nieprawidłowości w zakładach żywienia zbiorowego otwartego, w tym 55 decyzji o unieruchomieniu obiektu (dla zakładów małej gastronomii wydano odpowiednio 1 231 decyzji nakazujących wyeliminowanie nieprawidłowości, w tym 31 decyzji o unieruchomieniu obiektu),

■ w przypadku stwierdzenia w trakcie kontroli naruszenia przez przedsiębiorców przepisów art. 103 ust. 1 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2018 r. poz. 1541, z późn. zm.) Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni skierowali do Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych 68 wnio-

sków o nałożenie kar pieniężnych, w tym 37 wniosków dotyczących zakładów małej gastronomii.

Nieprawidłowości najczęściej stwierdzane w trakcie kontroli:

- brak zachowania czystości pomieszczeń i sprzętu roboczego;
- zły stan techniczny pomieszczeń i wyposażenia;
- środki spożywcze po upływie daty minimalnej trwałości/terminu przydatności do spożycia;
- nieprawidłowe warunki przechowywania środków spożywczych (brak ciągłości łańcucha chłodniczego, brak segregacji środków spożywczych);
- brak orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych;
- nieprawidłowości dotyczące wdrożenia procedur GHP/GMP oraz systemu HACCP,
- niewłaściwe postępowanie przy gromadzeniu i usuwaniu odpadów;
- brak zachowania identyfikowalności przechowywanych środków spożywczych.



4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 6 822 środki transportu żywności, z których 2 nie spełniały wymagań higieniczno-sanitarnych (co stanowiło 0,03% skontrolowanych).

Zakłady produkujące żywność posiadają na ogół własne środki transportu, na które uzyskiwały pozytywne decyzje

organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Większość obiektów obrotu żywnością dysponuje odpowiednimi środkami transportu, dobrymi technicznie i przeznaczonymi wyłącznie do przewozu artykułów spożywczych. Niektóre zakłady korzystają z usług specjalistycznych firm transportowych.

5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2010-2018 przedstawia Tabela 3.

Tab. 3. Jakość zdrowotna środków spożywczych

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

W 2018 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 81 938 próbek środków spożywczych, z których 3,03 % nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2017 r. – 2,83 %). Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbiciu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej, przedstawioną jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 4.

Z danych zawartych w Tabeli 4 wynika, że w 2018 r. nastąpiła poprawa jakości zdrowotnej żywności w grupach:

- mięso, podroby i przetwory mięsne,
- ryby, owoce morza i ich przetwory
- cukier i inne,
- orzechy, w tym arachidy,
- ocet,
- tłuszcze roślinne,
- majonezy, musztardy i sosy,
- zioła i przyprawy,
- kawa, herbata, kakao,
- środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- suplementy diety,
- sól spożywcza i jej zamienniki.

Tab. 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2018 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek								
		Ogółem		w tym:						
		2017	2018	krajowych		UE		z importu		
				2017	2018	2017	2018	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	2,3	1,7	2,27	1,75	3,63	-	-	-	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	3,23	5,77	3,32	5,9	-	-	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	2,13	1,23	2,5	1,2	1,61	1,66	-	1,01	
4.	Mleko i przetwory mleczne	7,21	7,3	7,35	7,47	2,24	1,6	-	-	
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	1,71	2,19	1,65	2,41	3,26	1,85	0,99	0,64	
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,46	1,8	1,46	1,81	1,08	1,5	-	1,7	
7.	Cukier i inne	5,26	-	5,26	-	-	-	-	-	
8.	Miód i produkty pszczelarskie	-	2,86	-	3,5	-	-	-	-	
9.	Orzechy, w tym arachidy	1,83	1,74	2,3	8,75	14,3	-	1,32	0,65	
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,15	1,73	1,21	1,88	0,62	0,65	0,73	-	
11.	Owoce	1,45	1,75	1,24	1,4	1,68	1,75	1,88	2,54	
12.	Grzyby	2,08	2,35	2,12	2,54	nb	-	-	-	
13.	Drożdże	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	
14.	Napoje alkoholowe	0,24	0,7	0,33	0,87	-	-	-	-	
15.	Ocet	1,96	-	2,5	-	-	-	nb	nb	
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	4,2	5,26	4,35	5,35	-	-	-	5,26	
17.	Tłuszcze roślinne	2,6	0,89	2,25	0,7	2,5	0,47	8,89	3,84	
18.	Ziarna roślin oleistych	0,39	1,2	5,26	8,8	3,7	-	-	0,07	
19.	Koncentraty spożywcze	0,57	0,92	0,4	0,68	10	6,25	-	-	
20.	Majonezy, musztardy, sosy	0,87	0,64	0,41	0,88	5,88	-	-	-	
21.	Zioła, przyprawy	1,5	1,1	0,52	0,1	1,29	1,9	3,59	2,9	
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	1,57	0,45	2,2	0,28	1,76	0,67	-	0,79	
23.	Wyroby garmażeryjne i kulinarne	1,9	2,35	1,94	2,38	-	1,1	nb	-	
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	2,02	1,4	1,86	1,27	2,34	1,77	3,57	4,9	
25.	Nowa żywność	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	
26.	Suplementy diety	6,23	5,14	3,74	3,19	13,14	8,33	13,19	14,6	
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	1,28	2,67	1,69	3,26	3,13	2,7	-	2,08	
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	7,81	6,03	8	4,9	-	33,3 (1 na 3 zbadane)	16,6	16,7 (1 na 6 zbadanych)	
29.	Inne środki spożywcze	4,65	11,3	5,2	12,3	-	-	-	-	
30.	Razem środki spożywcze	2,83	3,03							
31.	Środki spożywcze krajowe			2,84	3,17					
32.	Środki spożywcze UE					3,16	2,12			
33.	Środki spożywcze z importu							2,47	2,38	

Objaśnienia:

- brak przypadków | bz - bez zmian



Niestety w niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory; ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne; wyroby cukiernicze i ciastkarskie; miód i produkty

pszczelarskie; warzywa w tym strączkowe; owoce; grzyby; napoje alkoholowe; wody mineralne i napoje bezalkoholowe; ziarna roślin oleistych; koncentraty spożywcze; wyroby garmażeryjne i kulinarne; substancje dodatkowe pomagające w przetwarzaniu; inne środki spożywcze.

6. Znakowanie środków spożywczych

Prawidłowe znakowanie zawierające obowiązkowe informacje na temat żywności, w tym dotyczące substancji lub produktów powodujących alergie lub reakcje nietolerancji służy ochronie zdrowia konsumentów poprzez zapewnienie podstaw do dokonywania świadomych wyborów oraz

bezpiecznego stosowania żywności. Dlatego próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2018 r. na 41 547 ocenionych próbek – zakwestionowano 638, co stanowi 1,54 % zbadanych (w 2017 r. – 2,18 %).

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

W roku 2018 tak jak w latach ubiegłych prowadzony był nadzór nad obrotem grzybami świeżymi, suszonymi oraz przetworami grzybowymi. Nadzór prowadzony był na bieżąco, jednak podobnie jak w latach poprzednich prace w tym zakresie wzmożono w okresie letnio – jesiennym oraz zimowym, tj. przedświątecznym. Podczas kontroli sprawdzono takie punkty handlowe jak sklepy ogólnospożywcze, warzywnicze i hurtownie. Szczególnym nadzorem objęto również targowiska, na których prowadzi się sprzedaż grzybów świeżych i suszonych. Nadzór nad wykorzystywaniem grzybów w przetwórstwie i gastronomii kontrolowano również w zakładach żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego oraz w miejscach produkcji żywności i przetworów z dodatkiem grzybów. Podczas kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracali uwagę na takie aspekty jak właściwości organoleptyczne grzybów, sprzedaż w jednostkowych opakowaniach oraz oznakowanie towaru umożliwiające identyfikację produktu i producenta. Sprawdzano czy sprzedawcy grzybów wprowadzają je do obrotu zgodnie z prawem żywnościowym określającym, iż każda partia, pochodzących ze stanu naturalnego grzybów świeżych i suszonych, powinna być zaopatrzona w atest na grzyby świeże bądź też suszone.

7.1. Zatrucia grzybami

Krajowy rejestr zatruc grzybami prowadzony jest w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Poznaniu.

Zgodnie z danymi obejmującymi wszystkie województwa w Polsce w roku 2018 zatruciu grzybami uległo 16 osób –

w tym 15 hospitalizowano. Analizując lata poprzednie należy zauważyć, że w 2018 r. stwierdzono mniej przypadków zatruc grzybami niż w roku 2017 – 24 przypadków, w 2016 r. – 46 zachorowań, natomiast w roku 2015 w całym kraju było 9 zatruc grzybami.

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2018 r. wg województw oraz gatunków grzybów przedstawia Tabela 5.

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwie lubelskim (9 zachorowań) oraz zachodniopomorskim 4 zachorowania. W województwie lubelskim od kilku lat obserwuje się wysoką liczbę przypadków zatruc grzybami. W 2018 r. w woj. lubelskim odnotowano 4 przypadki spożycia muchomor sromotnikowego, jak również 5 zatruc grzybami o nieustalonej przynależności gatunkowej. Pozostałe przypadki to zatrucia nieswoiste oraz zatrucia spowodowane spożyciem takich grzybów, jak borowikowate, muchomor plamisty, łysiczka lancetowata. Odnotowano także 2 zatrucia u dzieci w wieku do 7 lat.

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

Tab. 5. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2018 r. wg województw oraz gatunków grzybów

L.p.	Województwo	zachorowania	Hospitaliz.	zgon	Muchomor Sromotnikowy	Muchomor Plamisty	Borowikowate	łyśniczka Lancetowata	Opieńki	Gatunki grzybów o nieustalonej przynależności
1.	dolnośląskie	nie zanotowano								
2.	kujawsko-pomorskie	1	1	-		1				
3.	lubelskie	9	9	-	4					5
4.	lubuskie	Nie zanotowano								
5.	łódzkie	Nie zanotowano								
6.	małopolskie	1	1	-				1		
7.	mazowieckie	Nie zanotowano								
8.	opolskie	Nie zanotowano								
9.	podkarpackie	Nie zanotowano								
10.	podlaskie	Nie zanotowano								
11.	pomorskie	1	1	-						1
12.	śląskie	Nie zanotowano								
13.	świętokrz.	Nie zanotowano								
14.	warmińsko-mazurskie	Nie zanotowano								
15.	wielkopolskie	Nie zanotowano								
16.	zachodnio-pomorskie	4	3	-			3		1	
Razem:		16	15	-	4	1	3	1	1	6

8. 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 rządowej kontroli w Europie, będącymi członkami tego systemu. Do systemu wprowadzane są informacje o żywności, paszach, materiałach i wyrobach przeznaczonych do kontaktu z żywnością, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia ludzi, zwierząt lub środowiska i działaniach następujących w wyniku zidentyfikowania takich produktów.

System RASFF działa na podstawie przepisów prawa:

- rozporządzenia (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiającego

ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołującego Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiającego procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności,

- rozporządzenia Komisji (UE) 16/2011 z dnia 10 stycznia 2011 r. ustanawiającego środki wykonawcze dla systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznych produktach żywnościowych i środkach żywienia zwierząt.

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 przygotować tzw. powiadomienie na specjalnie dla tego celu stworzonym formularzu powiadomienia i przekazać je bezzwłocznie do punktu kontaktowego Komisji Europejskiej.

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

- Powiadomienie alarmowe – przesyłane są, gdy zidentyfikowana zostanie niebezpieczna żywność lub pasze lub materiały/wyroby do kontaktu z żywnością i niezbędne jest podjęcie natychmiastowych działań w tym zakresie w innym państwie będącym członkiem sieci;
- Powiadomienia informacyjne – przesyłane są, gdy zidentyfikowana zostanie niebezpieczna żywność lub pasze lub materiały/wyroby do kontaktu z żywnością, jednak nie jest konieczne podjęcie natychmiastowych działań w tym zakresie w innym państwie będącym członkiem sieci, np. dlatego, że dany produkt nie jest już dostępny na rynku lub znajduje się jedynie na rynku kraju zgłaszającego powiadomienie;
- Powiadomienie o odrzuceniu na granicy oznacza powiadomienie o odrzuceniu partii, kontenera lub ładunku żywności lub paszy lub materiału/wyrobu do kontaktu z żywnością, o czym mowa w art. 50 ust. 3. lit c) rozporządzenia (WE) nr 178/2002.

Dodatkowo, gdy członek sieci posiada informację związaną z bezpieczeństwem żywności lub pasz, która nie może być zakwalifikowana jako powiadomienie, a która może być przydatna dla innych członków sieci, przekazuje informację typu NEWS.

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

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

Szczegółowe zasady działania systemu RASFF zostały opracowane przez Komisję Europejską w dokumencie pt. „**Standardowe procedury operacyjne systemu wczesnego**

ostrzeżenia o niebezpiecznej żywności i paszach”, który w wersji polskiej dostępny jest na stronie internetowej: https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/rasff_reg-guid_sops_01-05_pl.pdf

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

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 (KPK RASFF w GIS) reprezentuje Polskę jako członka sieci RASFF, zgodnie z definicją zawartą w artykule 1 rozporządzenia Komisji (UE) nr 16/2011. Celem KPK RASFF w GIS jest zapewnienie właściwej komunikacji pomiędzy Komisją Europejską, a organami urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce.

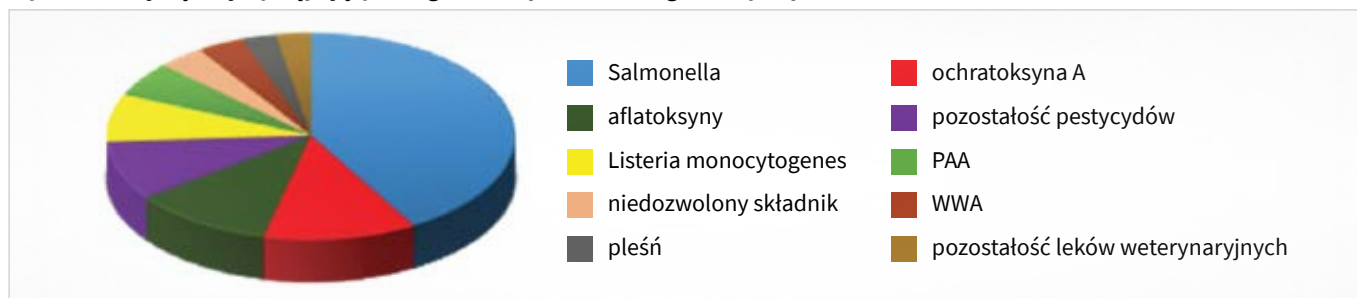
Organy urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce przekazują informacje o stwierdzonych na terenie Polski przypadkach niebezpiecznej żywności, pasz lub materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością zgodnie z zakresem systemu RASFF do KPK RASFF w GIS oraz podejmują odpowiednie działania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

W okresie od 01/01/2018 do 31/12/2018 Krajowy Punkt Kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (KPK RASFF w GIS) zgłosił 131 powiadomień do systemu RASFF, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	42
informacyjne w celu podjęcia działań	10
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	14
o odrzuceniu na granicy	65
Suma końcowa	131

Z całkowitej liczby 131 powiadomień zgłoszonych do RASFF przez Polskę 114 powiadomień dotyczyło żywności, 13 powiadomień dotyczyło wyrobów do kontaktu z żywnością, a 4 powiadomienia dotyczyły paszy.

Wyk. 1. 10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2018 r.



Najczęstsze przyczyny zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2018 r. to wykryte w żywności i paszach pałeczki Salmonella (45 powiadomień, w tym 20 o odrzuceniu na granicy) oraz przekroczenia maksymalnych dopuszczalnych poziomów mikotoksyn (ochratoksyna A i aflatoksyny) w żywności – 25 powiadomień (w tym 20 o odrzuceniu na granicy).

Większość z tych przypadków została wykryta w trakcie granicznej kontroli sanitarnej towarów importowanych spoza Unii Europejskiej. 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 RASFF zgłoszonych przez Polskę była wynikiem właśnie takich kontroli (nasiona sezamu, w których wykryto pałeczki Salmonella importowane z Nigerii – 13 powiadomień, nasiona sezamu pochodzące z Sudanu i Indii – 7 powiadomień; aflatoksyny w orzechach ziemnych z Argentyny, Brazylii, Chin, Egiptu, Stanów Zjednoczonych, Turcji – 7 powiadomień, w orzechach laskowych z Azerbejdżanu – 2 powiadomienia; ochratoksyna A w rodzynkach z Turcji i Chin – 8 powiadomień). Ponadto w trakcie krajowej urzędowej kontroli wykryto pałeczki Salmonella w mięsie drobiowym, jajach i mieszankach paszowych pochodzących z Polski (16 powiadomień), w nasionach sezamu (5 powiadomień), jagodach, ziołach i przyprawach oraz w produktach dla zwierząt (4 powiadomienia).

Pozostałe zagrożenia najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2018 r. to:

- pozostałości pestycydów w czarnej herbacie (5 powiadomień), w owocach i warzywach (3 powiadomienia) oraz w ryżu (2 powiadomienia),
- wykrycie Listerii monocytogenes w mięsie innym niż drobiowe (4 powiadomienia), w rybach i produktach pochodnych (3 powiadomienia) oraz w kukurydzy – 1 powiadomienie,
- stwierdzenia migracji specyficznej pierwszorzędnymi amin aromatycznych z wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością (6 powiadomień),
- stwierdzanie składników żywności, które nie posiadały tzw. historii spożycia w UE, tzn. nie przedstawiono dowodów potwierdzających, że składniki te były stosowane do celów żywienia człowieka w państwach członkowskich Unii Euro-

- pejskiej przed dniem 15 maja 1997 r. (4 powiadomień),
- WWA w suplementach diety (2 powiadomienia), w czosnku i kakao (po 1 powiadomieniu),
- obecność pleśni w materiałach paszowych (2 powiadomienia) i 1 powiadomienie dotyczące zapleśnienia malin z Ukrainy,
- pozostałość leków weterynaryjnych w jajach i mięsie drobiowym (3 powiadomienia).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2018 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Zagrożenie	Suma
Salmonella	45
ochratoksyna A	13
aflatoksyny	12
pozostałości pestycydów	10
Listeria monocytogenes	8
PAA	6
niedozwolony składnik	4
WWA	4
pleśń	3
pozostałość leków weterynaryjnych	3
substancje dodatkowe - przekroczenie	3
brak dokumentów importowych	2
ciało obce	2
migracja formaldehydu	2
migracja globalna	2
substancje dodatkowe - niedozwolone zastosowanie	2
migracja kadmu i ołowiu z obrzeża	1
migracja ołowiu z obrzeża	1
niewłaściwe dokumenty importowe	1
niewłaściwe warunki transportu	1
niezdatne do spożycia przez ludzi	1
nowa żywność	1
ołów	1
rtęć	1
zmiany organoleptyczne	1
zmiany organoleptyczne + szkodniki	1
Suma końcowa	131



Kategorie produktów	Suma
orzechy, produkty pochodne, nasiona	37
owoce i warzywa	20
mięso drobiowe i produkty pochodne	16
wyroby do kontaktu z żywnością	13
kakao, kawa, herbata	7
zboża i produkty piekarnicze	7
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	7
mięso inne niż drobiowe	6
ryby i produkty pochodne	4
zioła i przyprawy	4
jaja i produkty jajeczne	2
materiały paszowe	2
mieszanka paszowa	1
napoje bezalkoholowe	1
substancje dodatkowe i aromaty	1
tluszcze i oleje	1
wyroby cukiernicze	1
produkty dla zwierząt domowych	1
Suma końcowa	131

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2018 r. pochodziło z Polski oraz z krajów spoza Unii Europejskiej Chin, Nigerii i Turcji.

W okresie od 01/01/2018 do 31/12/2018 wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 186 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski, w tym:

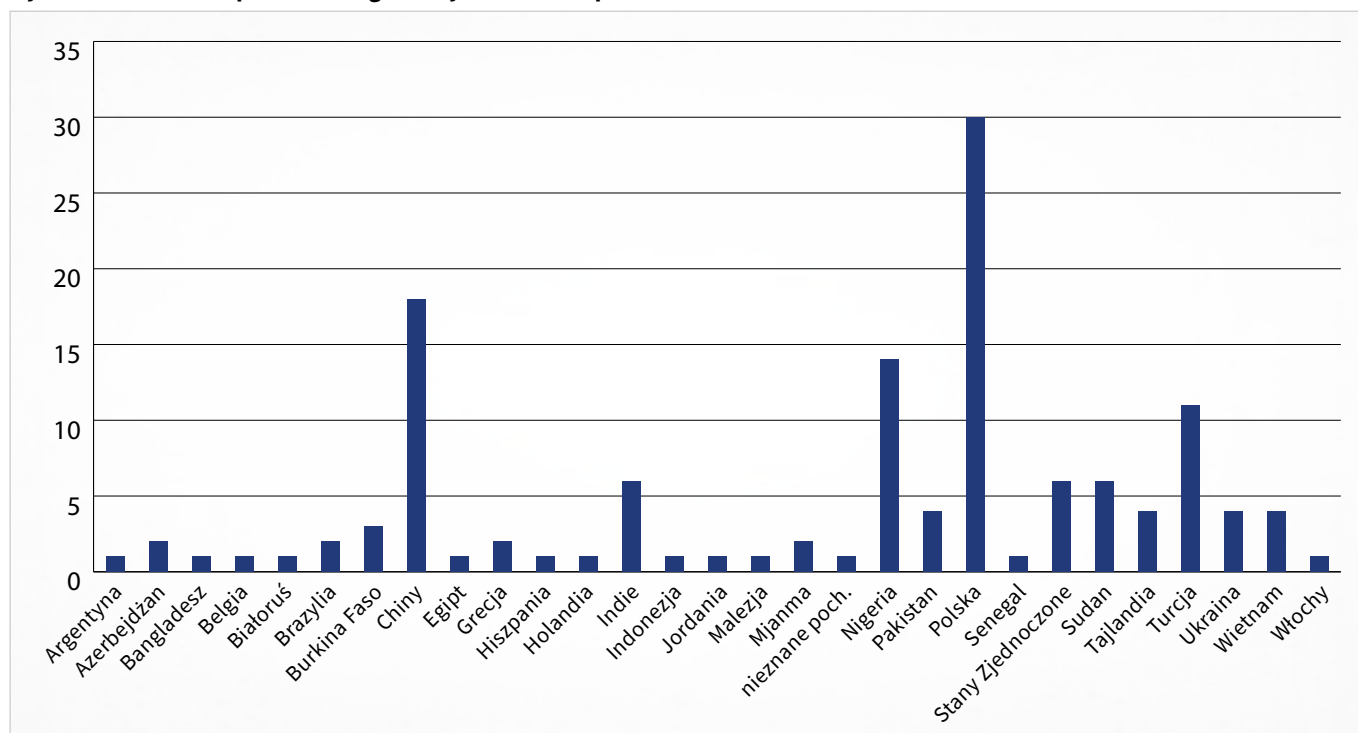
Powiadomienia	Suma
alarmowe	106
informacyjne w celu podjęcia działań	33
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	46
news	1
Suma końcowa	186

Z całkowitej liczby 186 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 166 powiadomień dotyczyło żywności (89,4%), 19 powiadomień dotyczyło pasz (10,2%) i 1 powiadomienie dotyczyło wyrobu do kontaktu z żywnością.

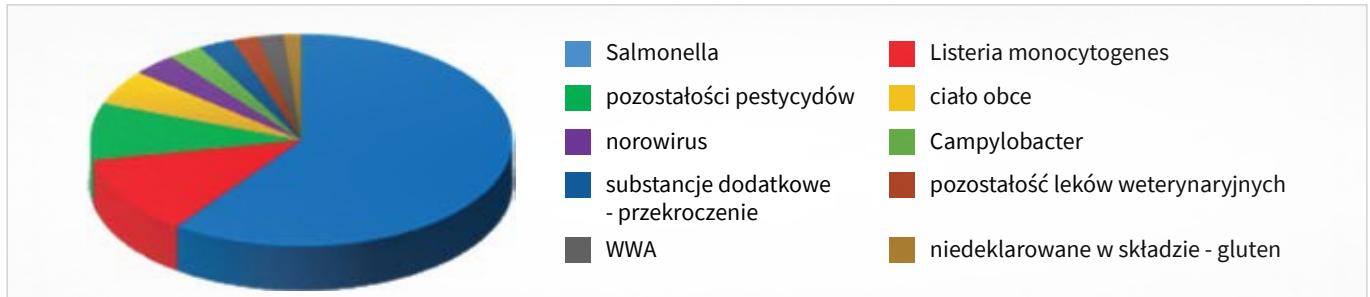
Najczęściej identyfikowane zagrożenie w roku 2018, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski to występowanie niebezpiecznych dla zdrowia bakterii *Salmonella*, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (65 powiadomień), mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (3 powiadomienia), produktach dla zwierząt domowych – gryzakach (8 powiadomień), materiałach paszowych (5 powiadomień), jajach (2 powiadomienia), orzechach, produktach pochodnych, nasionach (3 powiadomienia) oraz w mieszankach paszowych, innych produktach spożywczych, owocach i warzywach, ziołach i przyprawach (po 1 powiadomieniu).

Liczba powiadomień dotyczących produktów z Polski kwestionowanych z uwagi na wykrycie w nich pałeczek *Salmonella* rośnie na przestrzeni ostatnich lat. Tendencje w poszczególnych kategoriach żywności w tym zakresie w latach 2015-2018 obrazuje poniższy wykres.

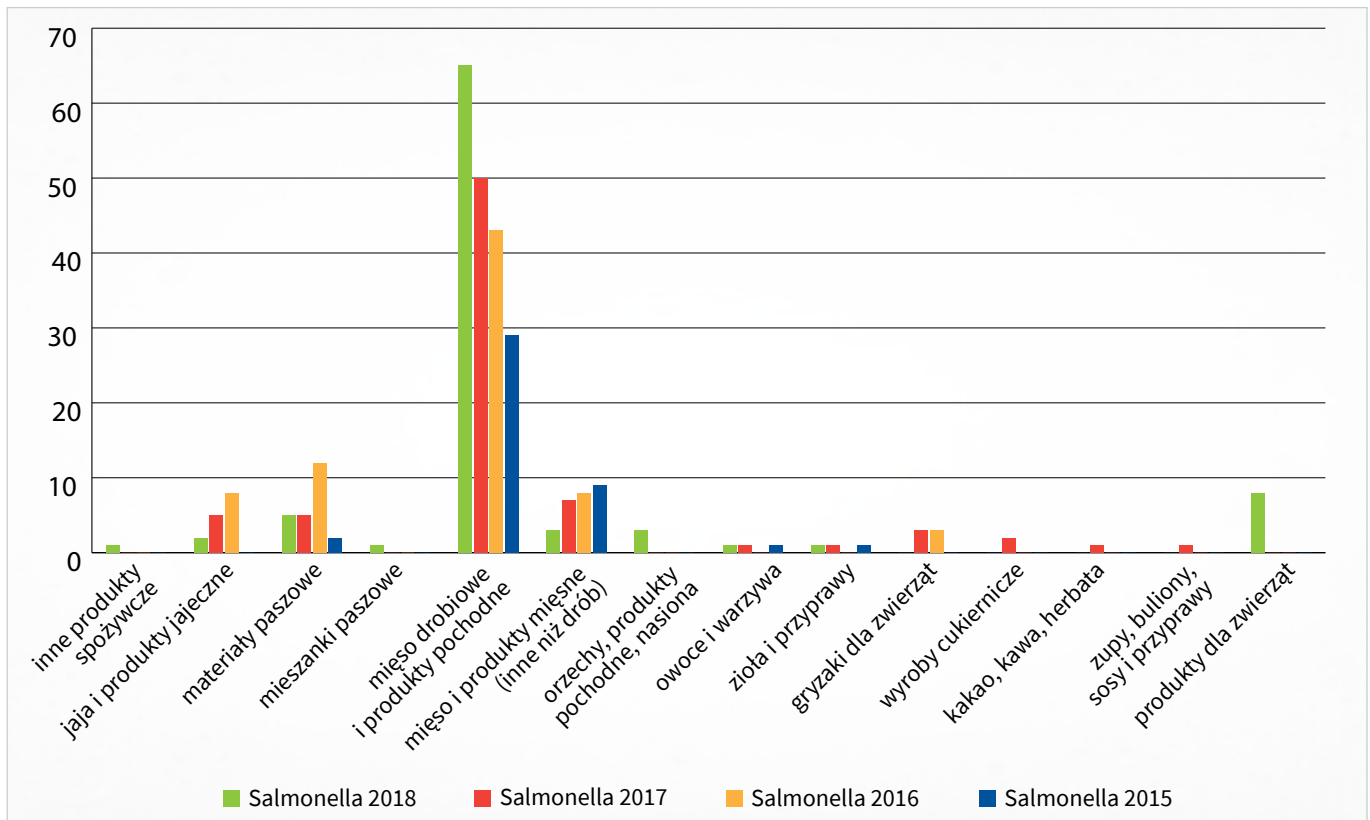
Wyk. 2. Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2018 r.



Wyk. 3. 10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach pochodzących z Polski w 2018 r.



Wyk 4. Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015 - 2018



Drugim najczęściej notowanym w RASFF zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski była obecność bakterii *Listeria monocytogenes* w rybach (głównie wędzonych na zimno), mięsie i produktach innych niż drobiowe, mięsie drobiowym, owocach i warzywach, daniach gotowych i skorupiakach (18 powiadomień).

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2018 r. to:

- pozostałości pestycydów w owocach (jabłkach – 7 powiadomień) i warzywach (papryka, sałata, kalafior, kapusta pekińska – po 1 powiadomieniu) oraz materiałach paszowych (korzeń łośniany – 2 powiadomienia),
- ciała obce (plastik, szkło, metal) w różnych produktach spożywczych (8 powiadomień),
- norowirus w mrożonych owocach tj. jagody, maliny, wiśnie, czerwona i czarna porzeczka (5 powiadomień),

- Campylobacter* w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (4 powiadomienia),
- substancje dodatkowe – przekroczenia – wysoka zawartość barwników w wyrobach cukierniczych (4 powiadomienia),
- pozostałość leków weterynaryjnych w jajach i mięsie drobiowym (3 powiadomienia),
- WWA w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (2 powiadomienia) i w suplementie diety (1 powiadomienie),
- niedeklarowane w składzie alergeny: gluten, jajka oraz siarczyny (po 2 powiadomienia).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2018 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

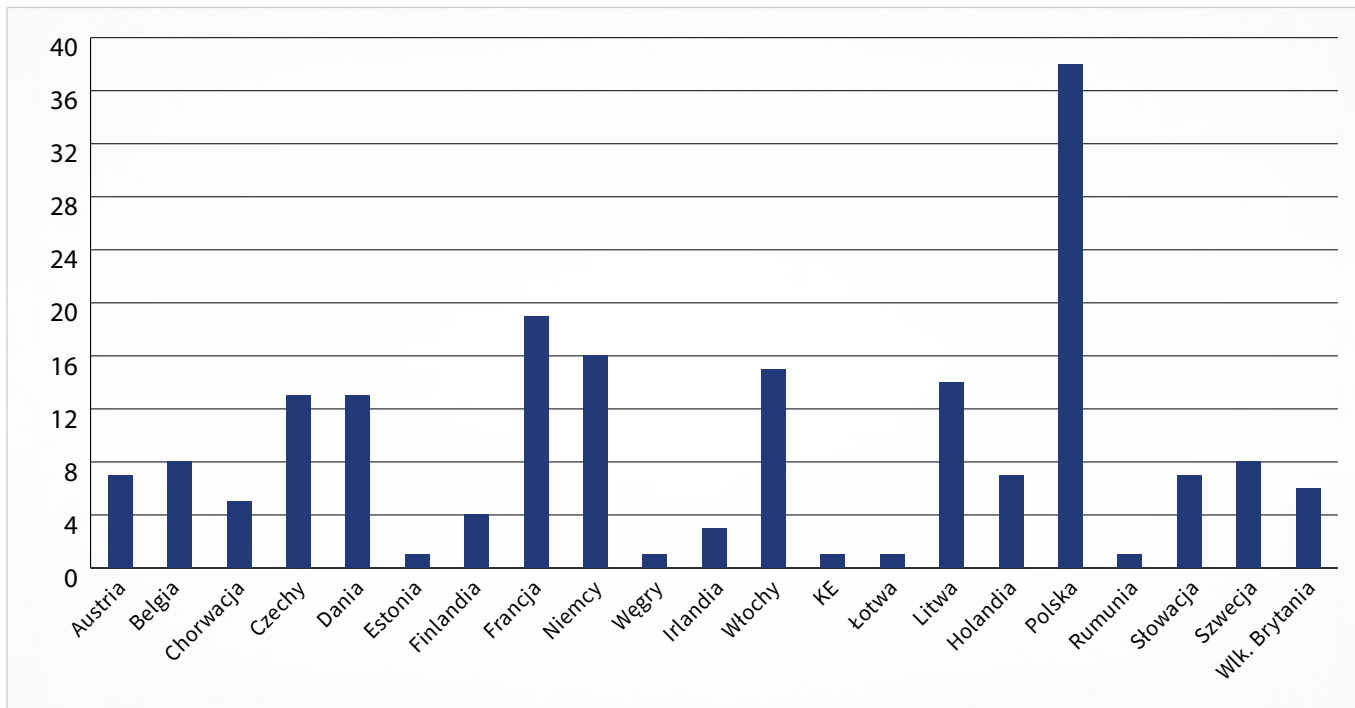
Zagrożenie	Suma
<i>Salmonella</i>	90
Listeria monocytogenes	18
pozostałości pestycydów	13
ciało obce	8
norowirus	5
Campylobacter	4
substancje dodatkowe - przekroczenie	4
pozostałość leków weterynaryjnych	3
WWA	3
niedeklarowane w składzie - gluten	2
niedeklarowane w składzie - jajka	2
niedeklarowane w składzie - siarczyny	2
ochratoksyna A	2
pleśń	2
wysoka zawartość kofeiny	2
zmiany organoleptyczne	2
aflatoksyny	1
alkaloidy pirolizydynowe	1
alkaloidy tropanowe	1
ambrozja	1
arsen nieorganiczny	1
bombaż opakowania	1
dioksyny	1
dochodzenie epidemiologiczne	1
dotatki paszowe	1
E.coli produkująca toksynę Shiga	1
kadm	1
niedeklarowane w składzie - laktoza i gorczyca	1
niedeklarowane w składzie - migdały	1
niedozwolona substancja - nikotyna	1
niewystarczająca informacja dotycząca alergenu	1
niezdatne do spożycia przez ludzi	1
obecność DNA przeżuwaczy	1
podejrzanie nielegalnej produkcji	1
rtęć	1
Staphylococcus	1
wysoka zawartość cyjanowodoru	1
wysoka zawartość morfiny	1
WZW A	1
zakażenie pasożytami	1
Suma końcowa	186

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	74
owoce i warzywa	23
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	19
ryby i produkty pochodne	10
materiały paszowe	9
produkty dla zwierząt domowych	8
wyroby cukiernicze	6
orzechy, produkty pochodne, nasiona	5
produkty zbożowe i piekarskie	4
zioła i przyprawy	4
jaja i produkty jajeczne	3
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	3
dania gotowe i przekąski	2
inne produkty spożywcze	2
kakao, kawa, herbata	2
lody i desery	2
mleko i produkty mleczne	2
zupy, buliony, sosy i przyprawy	2
mieszanki paszowe	1
napoje bezalkoholowe	1
premik paszowy	1
skorupiaki i produkty pochodne	1
substancje dodatkowe i aromaty	1
wyroby do kontaktu z żywnością	1
Suma końcowa	186

W omawianym okresie najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Polskę (38 powiadomień), Francję (19), Niemcy (16), Włochy (15), Litwę (14), Czechy i Danię (po 12). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za kontrolę żywności i pasz w Unii Europejskiej wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r. i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF. Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie RASFF przekazując odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach do systemu.

Poniższy wykres obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie.

Wyk. 5. Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów poch. z PL (2018 r.)



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

Powiadomienia RASFF zwykle związane są z wycofaniem produktu (żywności, pasz, 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.

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 Inspektorat Sanitarny informuje opinię publiczną za pośrednictwem tzw. ostrzeżeń publicznych publikowanych na stronie internetowej <https://gis.gov.pl/> o charakterze ryzyka dla zdrowia, określając możliwie najdokładniej żywność, bądź rodzaj żywności, ryzyko, jakie mogą one stanowić oraz środki podjęte lub które są planowane w celu zapobieżenia, zmniejszenia lub likwidacji ryzyka.

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

W 2018 r. zbadano 695 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, żadna z ww. próbek nie została zakwestionowana.

Do badań w 2018 r., podobnie jak w latach ubiegłych, pobierano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, a nie oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej. Pobierano również próbki produktów zawierających w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej oraz produkty oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie mogące zawierać materiał GM niedopuszczony w UE.

Do badań były pobierane: produkty z soi, kukurydzy i ryżu, miód, warzywa, owoce, przetwory mięsne i drobiowe, wy-

roby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, w tym preparaty do początkowego i dalszego żywienia niemowląt oraz środki spożywcze uzupełniające obejmujące produkty zbożowe przetworzone i inne środki spożywcze dla niemowląt i małych dzieci. 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.

10. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety i żywności dla określonych grup

Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa suplementów diety i żywności dla określonych grup sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z ustawowymi kompetencjami obejmuje zarówno aspekt produkcji jak i dystrybucji tych produktów. Nadzór sanitarny sprawowany jest m. in. poprzez kontrole planowe i interwencyjne, realizację planu pobierania próbek, szybką wymianę informacji w ramach systemu RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), AAC (Administrative Assistance and Cooperation) oraz w ramach współpracy pomiędzy innymi uprawnionymi organami urzędowej kontroli, a także przy współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

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

W roku 2018 w systemie RASFF pojawiły się 3 zgłoszenia dotyczące żywności dietetycznej, żywności wzbogacanej oraz suplementów diety produkowanych/wprowadzanych do obrotu przez polskie podmioty działające na rynku spożywczym – żadne ze zgłoszeń nie dotyczyło żywności dla określonych grup.

10.1. Suplementy diety

Zakres nadzoru sanitarnego

W 2018 r. na terenie Polski funkcjonowały 223 wytwórnie oraz 737 hurtowni suplementów diety. Zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) wdrożono w 202 wytwórniach suplementów diety

oraz w 541 hurtowniach. System HACCP posiadało 189 zakładów produkcyjnych oraz 316 hurtowni suplementów diety.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały w 2018 r. :

- 164 wytwórnie, tj. 73,54% zakładów funkcjonujących na terenie kraju;
- 274 obiekty obrotu hurtowego, tj. 37,17% nadzorowanych hurtowni suplementów diety.

Kontrolowane obiekty oceniano na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego. Dokonano oceny 92 wytwórni skontrolowanych, co stanowi 41,25% obiektów nadzorowanych. Ponadto ocenie kompleksowej poddano 76 hurtowni – tj. 10,31% nadzorowanych. Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny nie wykazały obiektów niezgodnych z ustalonymi wymaganiami sanitarno-higienicznymi. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w 2018 r. we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety wynosiła 1 117, w tym 224 kontrole stanowiły kontrole interwencyjne.

W następstwie przeprowadzonych kontroli organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 162 decyzji administracyjnych, w tym 61 decyzji skierowano do wytwórców suplementów diety, a 101 – do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto wydało łącznie 38 decyzji zakazujących wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2018 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych przeprowadziły analizy laboratoryjne 4 107 próbek suplementów diety, w tym:

- 3 071 próbek produktów krajowych,
- 612 próbek z krajów członkowskich UE,
- 424 próbek z importu spoza UE.

Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia Tabela 6.



Tab. 6. Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2018 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			krajowe	UE	import
1	zanieczyszczenia mikrobiologiczne	700	630	50	20
2	metale szkodliwe dla zdrowia	429	335	46	48
3	mikotoksyny	53	26	6	2
4	substancje dodatkowe	311	38	13	1
5	znakowanie	3151	2358	462	331
6	organoleptycznie	2316	1736	319	261
7	zanieczyszczenia biologiczne	5	5	-	-
8	inne parametry	2190	1478	388	324

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (70,62%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 149 przypadkach badanych próbek (76 produktów krajowych, 39 z kra-

jów UE, 34 z importu). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, UE, import) przedstawiono w Tabeli 7.

Tab. 7. Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2018 r.

Rok	Suplementy diety		W tym					
			krajowe		UE		importowane (spoza UE)	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2018	4 107	5,13%	3 071	3,19%	612	13,14%	424	14,62%

10.2. Żywność dla określonych grup

Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały 18 wytwórni żywności dla określonych grup, z których skontrolowały 12 zakładów. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego oceniono 6 skontrolowanych wytwórni, w żadnej z nich nie wykazano niezgodności. Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 41, w tym 4 kontrole interwencyjne. W roku 2018 wydano 1 decyzję administracyjną dot. wytwórni żywności dla określonych grup.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej stwierdzono w 16 wytwórniach, natomiast wdrożony system HACCP stwierdzono w 15 wytwórniach żywności dla określonych grup.

Do badań laboratoryjnych z ww. wytwórni pobrano 141 próbek środków spożywczych – żadnej nie zdyskwalifikowano.

Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup

W 2018 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 6 551 próbek żywności dla określonych grup. Kie-

runki badań oraz liczba próbek żywności dla określonych grup zostały przedstawione w Tabeli 8.

Spośród wszystkich 6 551 przebadanych próbek żywności dla określonych grup największy odsetek (73%) stanowiły próbki produktów krajowych – 4 800 próbek. Ponadto zbadano 1 690 próbek produktów z Unii Europejskiej (UE), co stanowiło 26 % badanych próbek oraz 61 próbek produktów z importu spoza UE (1% zbadanych próbek).

Ogółem zdyskwalifikowano 94 próbki produktów, co stanowi 1,4 % wszystkich zbadanych próbek żywności dla określonych grup.

Wśród zdyskwalifikowanych próbek – 61 było próbkami produktów krajowych, 30 pochodziło z UE, a 3 pochodziły z importu. Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, UE, import) przedstawiono w Tabeli 9.

Najwięcej – 88 próbek produktów, co stanowi 94 % wszystkich zdyskwalifikowanych próbek, zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie, 6 próbek zdyskwalifikowano ze względu na „inne parametry” oraz 1 próbkę ze względu na substancje dodatkowe.

Tab. 8. Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2018 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			krajowe	UE	import
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3254	2539	715	-
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	540	355	178	7
3	Pozostałości pestycydów	110	96	14	-
4	Mikotoksyny	500	414	75	11
5	Zanieczyszczenia azotanami	351	295	56	-
6	Substancje dodatkowe	98	38	58	2
7	Obecność GMO	38	26	12	-
8	Znakowanie	4464	3252	1164	48
9	Organoleptycznie	3649	2631	986	32
10	Zanieczyszczenia biologiczne	38	33	5	-
11	Zanieczyszczenia fizyczne	6	3	3	-
12	Inne parametry	1142	779	346	17

Tab. 9. Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – udział próbek zdyskwalifikowanych.

Rok	Żywność dla określonych grup		W tym					
			krajowe		UE		import	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2018	6 551	1,4%	4 800	1,3%	1690	1,8%	61	4,9%

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

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

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2018 r. przedstawia Tabela 10.

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

W 2018 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 1,85% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2017 r. – 0,6%), w tym produkcji krajowej – 1,63% (w 2017 r. – nie kwestionowano), wyprodukowanych w UE – 0,65% (w 2017 r. – nie kwestionowano) oraz z importu – 2,22% (w 2017 r. – 1,08%).

11.2. Kosmetyki

Odsetek przebadanych próbek produktów kosmetycznych, niespełniających wymagań wynosił 0,96% (w 2017 r. – 0,43%), w tym produkcji krajowej – 0,63% (w 2017 r. – 0,54%), wyprodukowanych w UE – 0,6% (w 2017 r. – nie kwestionowano) oraz z importu – 10% (w 2017 r. – nie kwestionowano).

W zakresie produktów kosmetycznych w 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły kontrole na zgodność z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczącego produktów kosmetycznych. Kontrole dotyczyły w szczególności dokumentacji produktów kosmetycznych w aspekcie oceny bezpieczeństwa oraz warunków wytwarzania produktów kosmetycznych i wprowadzenia zasad dobrej praktyki produkcji.



Tab. 10. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2018 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
				krajowych		UE		z importu	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	-	1,63	-	2,2	-	-	-	1,06
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	0,66	1,9	-	1,45	-	0,72	1,12	2,37
3.	Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	0,6	1,85	-	1,63	-	0,65	1,08	2,22
4.	Kosmetyki	0,43	0,96	0,54	0,63	-	0,6	-	10

W związku z informacjami otrzymywanymi od konsumentów i przedsiębiorców organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również działania związane z naruszaniem przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych, np. w zakresie wprowadzania do obrotu wyrobów do wybielania zębów.

W ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzeżenia o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 roku otrzymały 8 powiadomień dotyczących produktów kosmetycznych uznanych za mogące stwarzać zagrożenie dla zdrowia konsumentów, dla których osoby odpowiedzialne znajdowały się na terenie Polski lub, dla których w liście dystrybucji wskazano podmioty z terenu Polski.

W 2018 r. zakończono prace nad nową ustawą o produktach kosmetycznych. Ustawa z dnia 4 października 2018 r. o pro-

duktach kosmetycznych została opublikowana w dniu 29 listopada 2018 r. (Dz. U. poz. 2227) i dostosowała przepisy krajowe do przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych. W nowej ustawie doprecyzowano, że produkty kosmetyczne znakuje się w języku polskim. W celu monitorowania przestrzegania zasad dobrej praktyki produkcji produktów kosmetycznych wprowadzono obowiązek rejestracji przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych zakładów, w których są wytwarzane lub konfekcjonowane produkty kosmetyczne. Powołano System Informowania o Ciężkich Działaniach Niepożądanych Spowodowanych Użyciem Produktów Kosmetycznych. Ustawa wprowadziła nowy system kar za nieprzestrzeganie przepisów dotyczących produktów kosmetycznych. Jednocześnie uchylona została dotychczasowa ustawa z dnia 31 marca 2001 r. o kosmetykach.

12. Wybrane zagadnienia żywienia zbiorowego

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

Warunki produkcji i obrotu żywnością regulują obowiązujące przepisy prawa żywnościowego. Do zadań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi m.in. w obiektach produkcji i obrotu żywnością, w tym w zakładach żywienia zbiorowego.

Natomiast zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują (zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy) oraz

publikują jednostki badawczo-rozwojowe podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, w tym głównie Instytut Żywności i Żywienia. Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego, korzystne jest posługiwanie się modelowymi racjami pokarmowymi, w których podane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Dla większości obiektów mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia. Oceny sposobu żywienia dokonywane w obiektach, dla których nie wprowadzono przepisów dot. żywienia – przesyłane są w formie pism (zawierających również informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach) do przedsiębiorców prowadzących żywnienie – odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywności i jakość żywienia oraz do wiadomości jednostkom nadrzędnym lub dyrektorom obiektów.

Ocena sposobu żywienia w 2018 r. została przeprowadzona łącznie w 10 286 zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego – w szpitalach, domach opieki społecznej, żłobkach i domach małego dziecka, stołówkach szkolnych, bursach i internatach, stołówkach na koloniach, półkoloniach lub obozach, przedszkolach, domach dziecka, zakładach specjalnych i wychowawczych oraz innych zakładach żywienia. Przedstawiciele organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonali teoretycznej oceny sposobu żywienia na podstawie 9 912 jadłospisów oraz 2 396 zestawień dekadowych, analizowanych pod kątem wartości energetycznej i odżywczej posiłków.

12.1. Żywnie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty

W 2018 r. żywnie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty regulowane było przepisami 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).

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

W 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ocenę sposobu żywienia w 7 270 obiektach systemu oświaty (3 116 stołówkach szkolnych, 189 stołówkach w bursach i internatach, 3 754 stołówkach w przedszkolach oraz 211 stołówkach w zakładach specjalnych i wychowawczych), w których oceniono 6 929 jadłospisów i 1 723 zestawień dekadowych.

Nieprawidłowości stwierdzone w żywnie dzieci i młodzieży dotyczyły:

- braku warzyw i owoców w posiłkach,
- braku mleka lub przetworów mlecznych,
- stosowania cukru i substancji słodzących do słodzenia napojów,
- braku weryfikacji ilości używanej soli oraz cukru do potraw i napojów,
- zbyt rzadkiego podawania ryb,
- serwowania więcej niż raz w tygodniu potraw smażonych,
- stosowania koncentratów spożywczych,
- zbyt dużego udziału ziemniaków w stosunku do produktów zbożowych.

Z informacji przekazanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej można wnioskować, że następuje stopniowa poprawa żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty. W trakcie kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielali osobom odpowiedzialnym za organizację żywienia zbiorowego wyjaśnień na temat wymagań obowiązującego rozporządzenia.

12.2. Kontrole sklepików i kiosków szkolnych

W 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały 4 333 sklepiki i kioski szkolne, z których skontrolowano 1 789 obiektów, tj. 41 % nadzorowanych. Przeprowadzono 1 331 kontroli sanitarnych obejmujących sprawdzenie zgodności oferowanego asortymentu z wymaganiami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W 125 sklepikach szkolnych stwierdzono niezgodności asortymentu wprowadzanego do obrotu w zakresie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Za stwierdzone uchybienia sanitarno – higieniczne nałożono 74 mandaty karne na łączną kwotę 12 180 zł. Ponadto nałożono na właścicieli sklepików szkolnych 42 kary pieniężne na łączną kwotę 58 055 zł w związku z wprowadzaniem do obrotu środków spożywczych niezgodnych z przepisami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016r.







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE

**Działalność Państwowych
Granicznych Inspektorów
Sanitarnych (PGIS) w zakresie
zabezpieczania sanitarno-
epidemiologicznego granic
Rzeczypospolitej Polskiej i Unii
Europejskiej w 2018 roku**

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, północno-wschodnie granice Polski stały się granicami Unii Europejskiej i od tej chwili Państwowa Inspekcja Sanitarna strzeże również granic wspólnotowych.

Równoczesne otwarcie granic i rozwój transportu międzynarodowego (głównie lotniczego), a także groźba użycia czynników zakaźnych w celach terrorystycznych sprawiły, że coraz więcej chorób stało się realnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego w wymiarze ponadnarodowym.

1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej

Państwowa Inspekcja Sanitarna poprzez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych, kierujących granicznymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną, której celem jest utrzymanie bariery sanitarno-epidemiologicznej kraju poprzez niedopusz-

czenie do wprowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, których jakość zdrowotna nie odpowiada obowiązującym przepisom i może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną

W ramach realizacji ustawowych zadań, PGIS monitorują zagrożenia i oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Istotną część działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią działania PGIS dla obszarów przejść granicznych

drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych. Realizację ww. zadań, wykonuje 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych (GSSE) w: Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemyślu, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu, Warszawie.

3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Głównymi zadaniami realizowanymi przez PGIS są:

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

Zgodnie z posiadanymi kompetencjami, nadzór nad GSSE w zakresie prowadzonych granicznych kontroli sanitarnych, zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic oraz nadzór w zakresie organizacyjnym i finansowym sprawuje Główny Inspektor Sanitarny.

4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2018 roku

W 2018 r., w ramach urzędowej kontroli żywności, obejmującej graniczną kontrolę żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, na przejściach granicznych w całym kraju przeprowadzono ogółem 51999 kontroli. Oznacza to wzrost liczby kontroli w porównaniu z rokiem 2017 o 12,7 %. W związku z przeprowadzonymi kontrolami, w stosunku do niewielkiej części partii produktów tj. 165 - wydano decyzję o zakazie wprowadzenia importowanych partii środków spożywczych do obrotu w Unii Europejskiej, co stanowi wzrost o 4,4 % w stosunku do roku 2017.

Od 2013 roku obserwuje się trend spadkowy dotyczący liczby decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE **żywności**

pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, pomimo wzrostu rok do roku liczby granicznych kontroli sanitarnych.

Należy mieć na uwadze, że ww. liczba partii produktów odrzucanych na granicy ze względu na jakość zdrowotną nieodpowiadającą obowiązującym przepisom, stanowi zaledwie 0,3 % partii towarów, dla których, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały świadectwa stwierdzające spełnienie wymagań zdrowotnych.

Graniczne kontrole sanitarne przeprowadzają na przejściach granicznych PGIS, a w miejscu przeznaczenia towarów (w siedzibie importera albo odbiorcy) - państwowi powiatowi lub państwowi graniczni inspektorzy sanitarni.



Tab. 11 Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2018.

Nazwa stacji sanitarno-epidemiologicznej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba wydanych świadectw jakości zdrowotnej/CED*	Liczba decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE lub zmiana przeznaczenia
GSSE Dorohusk	2 857	2 411/32*	6
GSSE Elbląg	174	174	0
GSSE Gdynia	19 710	14 923	87
GSSE Hrebenne	4 932	4 743/103*	68
GSSE Koroszczyń	1 899	2 007/113*	3
GSSE Przemyśl	8 290	8 254	0
GSSE Suwałki	881	825/51*	0
GSSE Szczecin	421	414/7*	0
GSSE Świnoujście	15	18	0
GSSE Warszawa	12 820	12 802/12*	1
SUMA	51 999	46 571/318*	165

* wspólnotowy dokument wejścia (CED) wprowadzony rozporządzeniem Komisji (WE) nr 669/2009 z dnia 24 lipca 2009 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie zwiększonego poziomu kontroli urzędowych przywozu niektórych rodzajów pasz i żywności nie pochodzących od zwierząt i zmieniające decyzję 2006/504/WE

5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega

Graniczna kontrola sanitarna zgodnie z art. 16 *rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, Rozdz. 3, t. 45, str. 200)*, obejmuje m.in.:

- kontrolę dokumentacji, w szczególności certyfikatów zdrowotnych i deklaracji producenta potwierdzających zgodność produktu z wymaganiami zawartymi w obowiązujących przepisach prawnych,
- oględziny partii towaru, czyli ocenę stanu opakowań jednostkowych i transportowych, ocenę etykietowania, ocenę organoleptyczną (barwa, zapach, konsystencja, zawilgocenie, oznaki zepsucia), ocenę w kierunku widocznych zanieczyszczeń biologicznych i innych, kontrolę temperatury oraz pobieranie próbek do analizy i badania laboratoryjne, a także wszelkie inne kontrole niezbędne do sprawdzenia zgodności z prawem żywnościowym.

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

Środki spożywcze pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, przy-

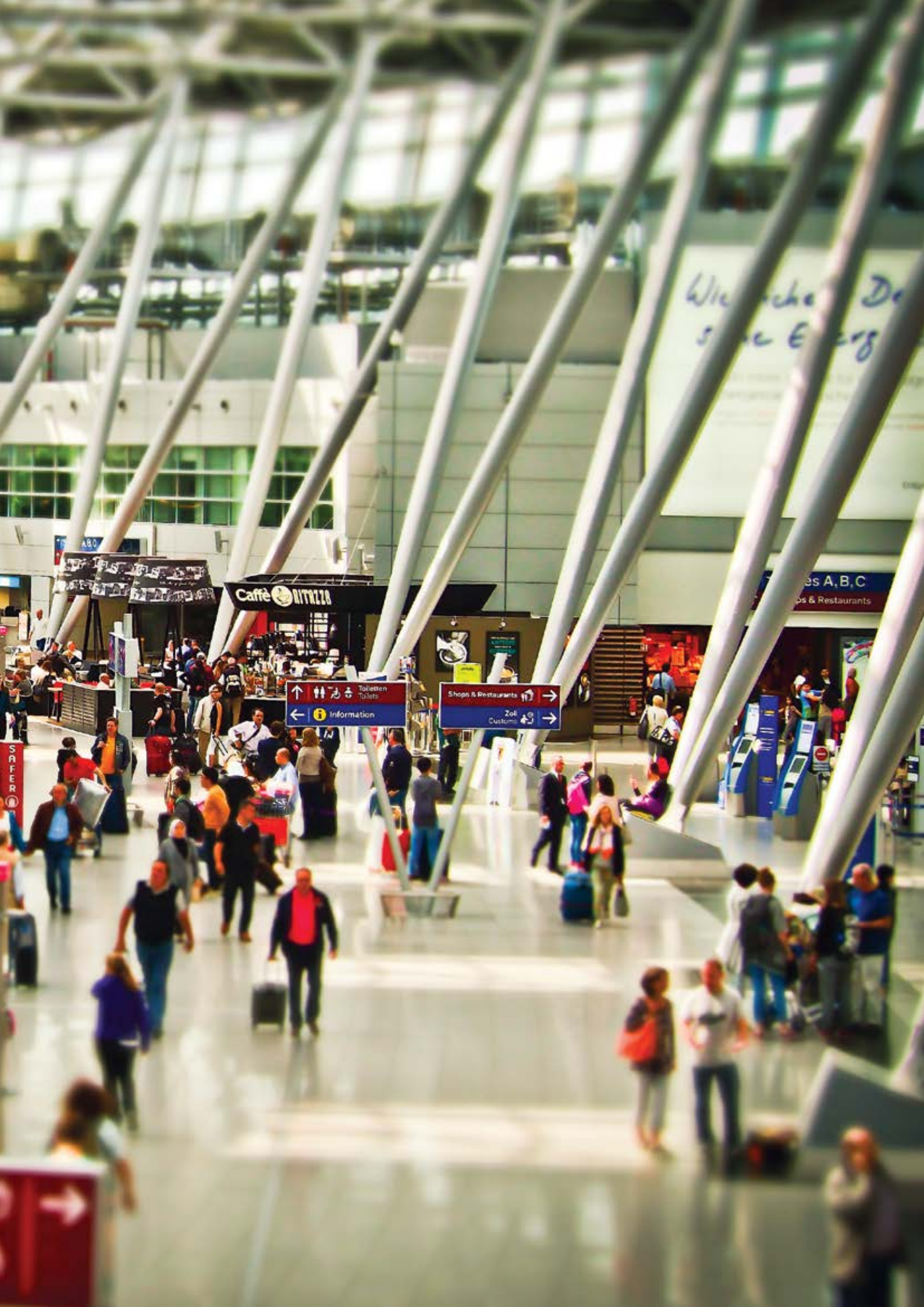
wożone z państw trzecich i wprowadzane w Polsce do obrotu podlegają granicznej kontroli sanitarnej.

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

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

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

W zakresie granicznej kontroli sanitarnej obowiązuje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2007 r. w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. Nr 196, poz. 1423 z późn. zm.)* oraz *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2017 r. w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych (Dz. U. 2017 poz. 567)*



6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej

Bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarno-epidemiologiczny na granicy Polski, która jest jednocześnie zewnętrzną granicą Unii Europejskiej, prowadzony jest przez Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych na podstawie ściśle określonych zasad współpracy z innymi organami kontroli granicznej oraz z innymi jednostkami tj. m.in.:

1. Urzędami Celno-Skarbowymi,
2. Strażą Graniczną,
3. Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym,

4. Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym,
5. Granicznym Lekarzem Weterynarii,
6. Państwowym Inspektorem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji,
7. wojewódzkimi/powiatowymi centrami zarządzania kryzysowego,
8. podmiotami leczniczymi,
9. przedsiębiorcami/przewoźnikami/podmiotami zgłaszającymi towar do kontroli.

7. Działania GSSE w obszarze portów morskich i jednostek pływających

W oparciu o m.in. Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, GSSE w: Gdyni, Szczecinie, Świnoujściu i Elblągu wykonują zadania związane z ochroną zdrowia publicznego, które wpisują się w politykę morską państwa poprzez realizację działań z zakresu:

- nadzoru sanitarnego nad jednostkami pływającymi zawijającymi do podległych portów, w ramach którego wydawane są certyfikaty Kontroli Statku i Zwolnienia z Zabiegów Sanitarnych (Ship Sanitation Control Exemption Certificate) oraz Certyfikaty Medyczne (Medical Certificate). Łączna liczba wydanych w 2018 roku certyfikatów to 570, co oznacza wzrost o 118% w stosunku do roku ubiegłego;
- nadzoru sanitarnego nad portami i przystaniami oraz nad jednostkami pływającymi (promy pasażerskie, holowniki, kutry rybackie, statki wycieczkowe);
- 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 GSSE w Szczecinie prowadzony jest jeden z nielicznych w kraju, referencyjny punkt szczepień ochronnych z poradnią dla marynarzy oraz osób podróżujących do wszystkich krajów świata. Łączna liczba wykonanych szczepień w GSSE, w 2018 r. to 764, co stanowi wzrost o 45% w stosunku do roku ubiegłego;

- w GSSE w Świnoujściu również znajduje się Międzynarodowy Punkt Szczepień, w którym wykonano 45 szczepień przeciwko żółtej febrze;
- poradnictwa z zakresu medycyny podróży i szczepień oraz profilaktyki chorób zakaźnych i pasożytniczych. W 2018 roku udzielono 1860 porad, co stanowi wzrost aż o 54% w stosunku do roku ubiegłego;
- kontroli, zapobiegania i nadzoru nad przypadkami zachorowań na choroby zakaźne zawleczone drogą morską, przeprowadzanie wywiadów i dochodzeń epidemiologicznych;
- współdziałania przy organizowaniu i kierowaniu akcją sanitarną w przypadku zaistnienia stanów masowego zagrożenia i stanów awaryjnych na obszarze wód terytorialnych;
- nadzoru nad warunkami sanitarnymi transportu pasażerskiego na przejściach granicznych morskich;
- nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w środkach transportu morskiego (w 2018 roku pobrano 147 próbek wody pitnej ze zbiorników statków morskich oraz jednostek żeglugi śródlądowej 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.

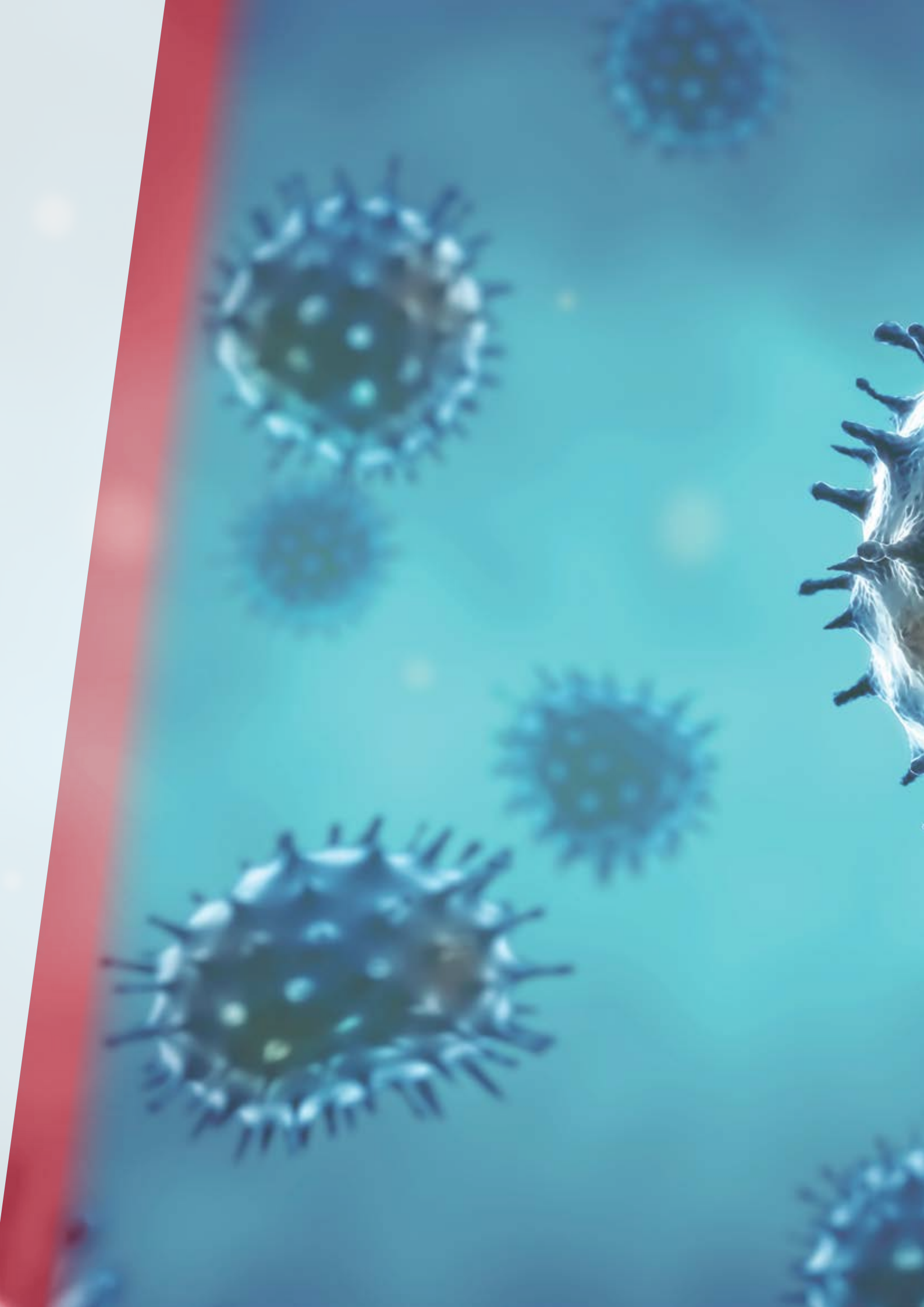
8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia

W Głównym Inspektoracie Sanitarnym funkcjonuje Krajowy Punkt Kontaktowy Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (Early Warning and Response System - EWRS) obejmujący wszystkie kategorie zagrożeń zdrowia. Ww. system działa na podstawie Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia i służy do wymiany informacji między Państwami Członkow-

skimi o poważnych zagrożeniach zdrowia publicznego mających wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo obywateli Unii Europejskiej.

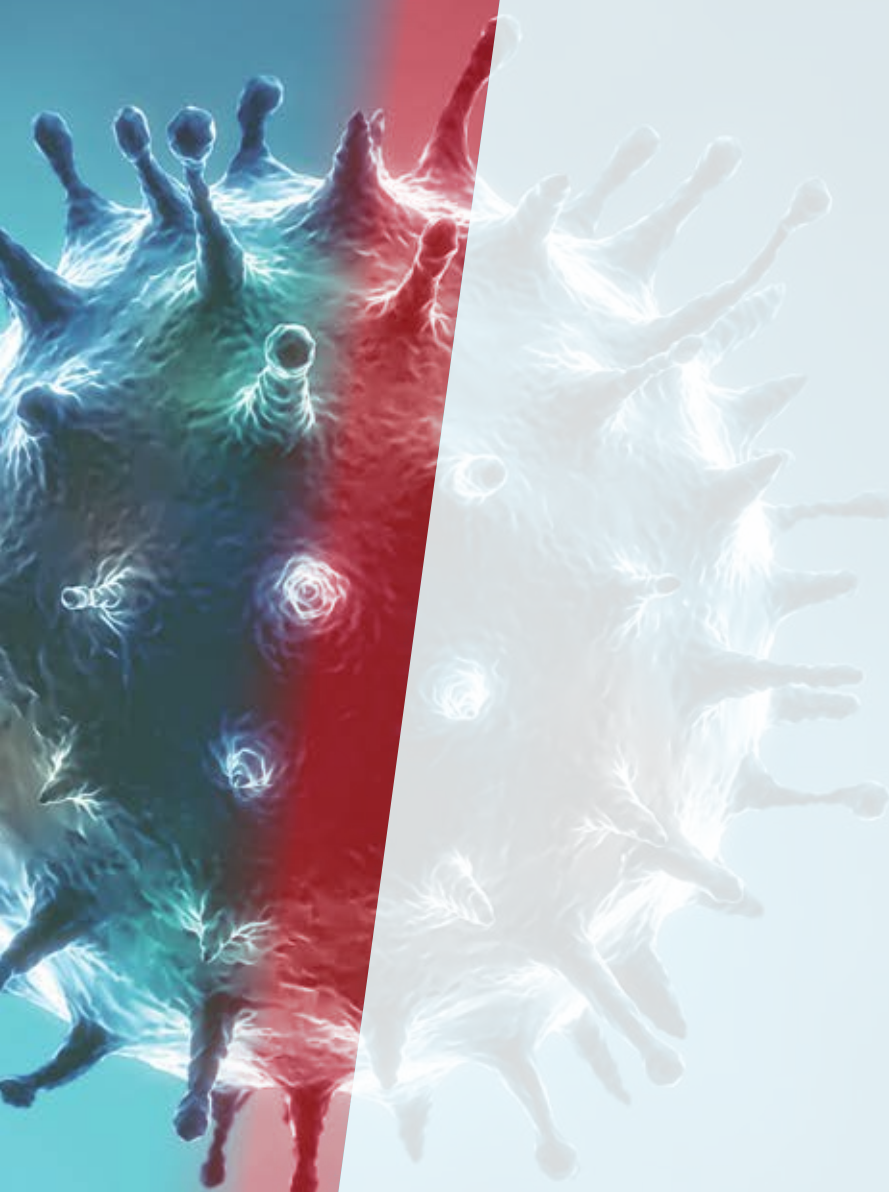
W roku 2018 korzystano z EWRS głównie do wyszukiwania osób z kontaktu z osobami chorymi na gruźlicę, chorobę meningokową i odrę.







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE



Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

W 2018 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wielokierunkową działalność w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, która obejmowała zarówno działania skierowane na populację ogólną, jak również na zagadnienia specjalne takie jak zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów poprzez nadzorowanie warunków sanitarno-higienicznych oraz monitorowanie zakażeń szpitalnych.

Za najistotniejszy i najbardziej skuteczny element działań zapobiegawczych należy uznać realizację Programu Szczepień

Ochronnych, w tym realizację szczepień które są częścią koordynowanych przez Światową Organizację Zdrowia programów eliminacji i eradykacji wybranych chorób zakaźnych. Prowadzono również działania mające na celu podniesienie świadomości społecznej korzyści wynikających ze szczepień ochronnych oraz działania na forum Sejmu RP, w mediach społecznościowych i debacie publicznej mające na celu utrzymanie i dalsze doskonalenie systemu organizacji szczepień ochronnych w Polsce.

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

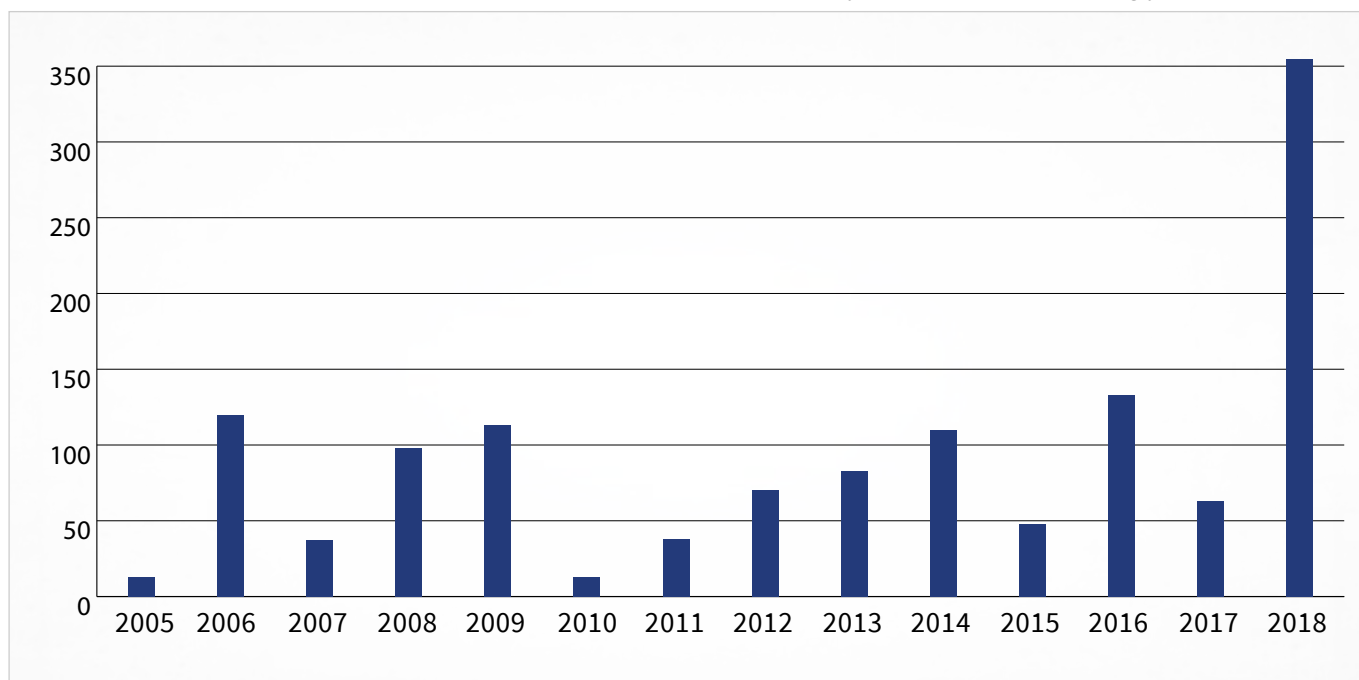
W odniesieniu do tych chorób zakaźnych, które nie mają rezerwuaru zwierzęcego (tzn. występują jedynie u człowieka) i dla których dostępne są szczepionki o wysokim stopniu skuteczności, możliwe jest osiągnięcie celu jakim jest eliminacja choroby na danym obszarze (rozumiana jako brak zakażeń na terenie 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 i eradykacji odry i różyczki oraz 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 2018 liczba przypadków odry wyniosła 355, podczas gdy w 2017 było zarejestrowano zaledwie 63 przypadki. Liczbę odnotowanych przypadków zachorowań na odrę w Polsce w latach 2005-2018 przedstawia wykres 6.

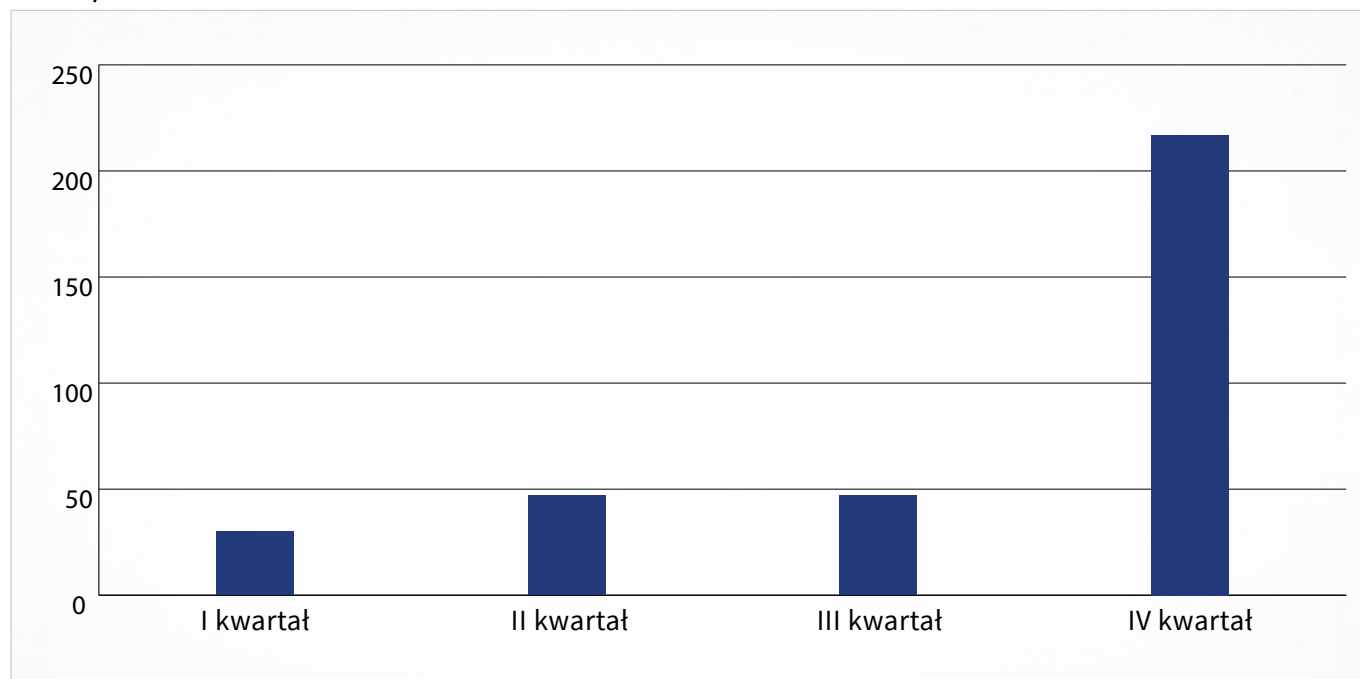
Szczególnie wysoki wzrost liczby zachorowań na odrę zarejestrowano w ostatnim kwartale 2018 r. (Wykres 7.)

Wyk. 6. Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2005-2018. (dane za 2018 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Wyk. 7. Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych kwartałach 2018 r. (dane za 2018 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Zarejestrowany ponad 5-krotny wzrost liczby przypadków związany był m.in. ze wzrostem liczby przypadków odry w całym regionie Europejskim WHO.

W 2018 r. 30 krajów EU/EOG zgłosiło 12 352 przypadków odry, z czego 8 596 (70%) zostało potwierdzonych laboratoryjnie. Najwięcej przypadków zachorowań zarejestrowano we Francji (2 913), we Włoszech (2 517), w Grecji (2 293), w Rumunii (1 087), w Wielkiej Brytanii (953), na Słowacji (572) i w Niemczech (542), co stanowi odpowiednio 24%, 20%, 19%, 9%, 8%, 5% i 4% wszystkich przypadków. Odnotowano także 35 zgonów z powodu odry – 22 w Rumunii, 8 we Włoszech, 3 we Francji i 2 w Grecji. W krajach spoza UE najwięcej zachorowań odnotowuje: Ukraina – w 2018 r. odnotowano ponad 54 tys. zachorowań (20 204 wśród dorosłych i 34 277 wśród dzieci), a w samym styczniu 2019 r. jak dotąd 2305 nowych przypadków (966 wśród dorosłych i 1339 wśród dzieci), Serbia (5783 w 2018 r.), Rosja (3017), Gruzja (1400), Izrael (2300 w 2018 r.), Białoruś (254 w 2018 r.).

W 2018 roku w całym Regionie Europejskim WHO odnotowano 82 596 zachorowania na odrę. Jest to 3-krotnie więcej przypadków w porównaniu do 2017 roku (25 863 przypadków zachorowań) i 15-krotnie więcej w porównaniu do 2016 roku (5 273 przypadków zachorowań). Z 12 351 przypadków, w których znany był wiek, 3 615 (29%) to dzieci poniżej piątego roku życia, a 6 501 (53%) było w wieku 15 lat lub starszych. Najwyższe wskaźniki zgłoszeń dotyczyły dzieci poniżej jednego roku (261,2 przypadków na milion) i 1-4 lat (108,1 przypadków na milion). Łącznie 1 484 przypadki (12%) miały nieznaną status szczepień. Odsetek przypadków o nieznanym statusie szczepienia

był najwyższy u dorosłych w wieku 30 lat i powyżej (740 z 3 188 przypadków; 23%). Z 10 867 przypadków (88% wszystkich przypadków) o znanym wieku i statusie szczepienia 8 597 (79%) było nieszczepionych, 1 238 (11%) zaszczepiono jedną dawką szczepionki przeciw odrze, 817 (8%) było zaszczepione dwiema lub więcej dawkami i 215 (2%) zaszczepiono nieznaną liczbą dawek.

Odsetek przypadków nieszczepionych był najwyższy wśród dzieci poniżej 1 roku (1 259 z 1 345 przypadków; 94%), zbyt małych, aby otrzymać pierwszą dawkę szczepionki zawierającej odrę. Spośród 2 270 przypadków w wieku 1-4 lat 1 756 (77%) było nieszczepionych, 336 (15%) zaszczepiono jedną dawką szczepionki przeciw odrze, 50 (2%) zaszczepiono dwiema lub więcej dawkami i 23 (1%) zaszczepiono nieznaną liczbą dawek.

Na wzrost liczby przypadków odry miał również wpływ spadek poziomu zaszczepienia. W ostatnich latach w Polsce obserwujemy spadek odsetka dzieci szczepionych przeciw odrze, śwince i różyczce. Zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w 2017 r. odnotowano spadek odsetka dzieci w 3 r.ż. zaszczepionych jedną dawką MMR - do 94,0 % (spadek z poziomu 95,5 % w 2016 r.), oraz spadek odsetka dzieci w 10 r.ż. zaszczepionych dwiema dawkami MMR - do 93,0 % (spadek z poziomu 93,4 % w 2016 r.).

Należy podkreślić, iż zachorowania na odrę w Polsce są związane przede wszystkim z zawlekaniami choroby z zagranicy przez osoby podróżujące, w tym cudzoziemców. 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 tzw. odporności zbiorowiskowej, która powstaje gdy liczba osób uodpornionych w danym środowisku osiąga co najmniej 95%.

Niepokojący jest fakt wzrostu liczby osób odmawiających szczepień dzieci. W krajach w których odsetek osób niezaszczepionych jest znacznie niższy niż w Polsce, obserwuje się znacznie większą liczbę przypadków odry.

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

1.2. Różyczka

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

Po okresie wystąpienia wzrostu zachorowań na różyczkę wywołanych epidemią wyrównawczą (ostatnia miała miejsce w 2013 r.) głównie wśród młodych mężczyzn, którzy nie byli

objęci obowiązkowymi szczepieniami w latach 90. XX wieku, w kolejnych latach obserwowano spadek liczby zachorowań na różyczkę w Polsce. W 2018 r. odnotowano 438 zachorowań na różyczkę w porównaniu z 476 w 2017 r. Zapadalność w 2018 r., w skali Polski, wyniosła 1,2 na 100 000 mieszkańców. Liczbę odnotowanych zachorowań na różyczkę w poszczególnych latach przedstawiono na wykresie nr 8.

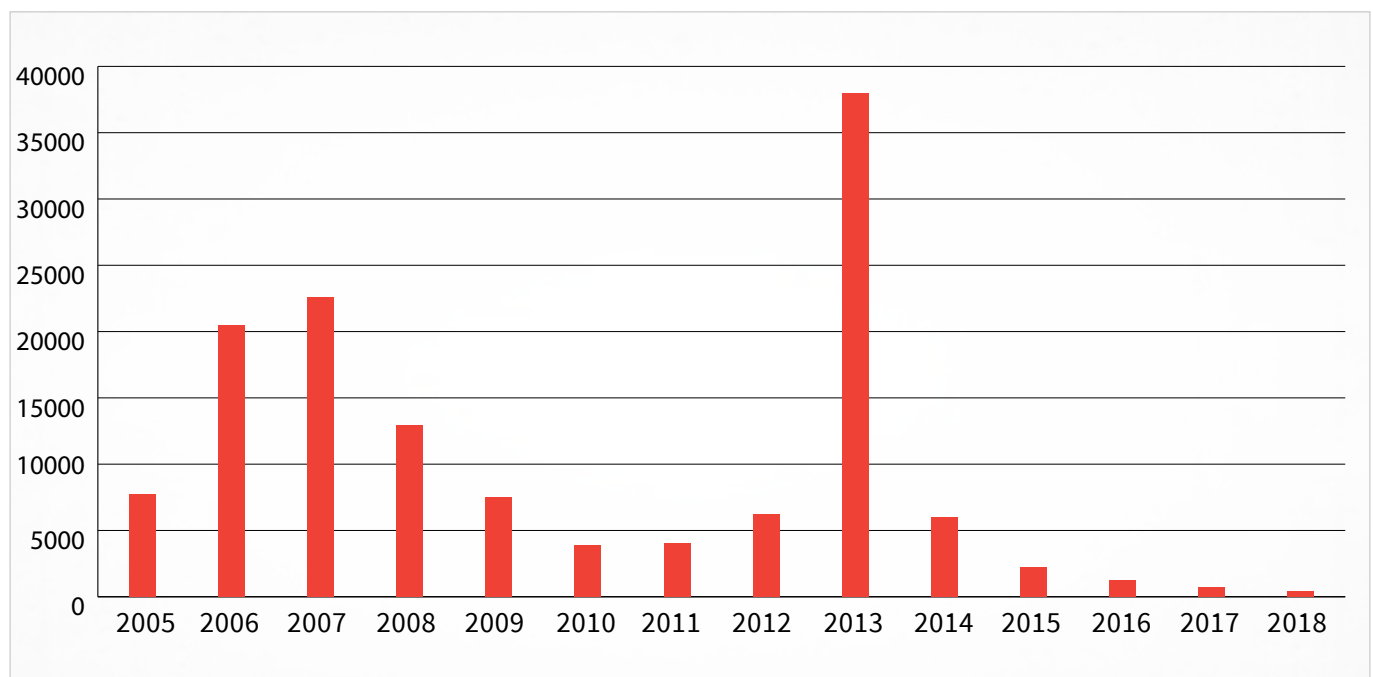
Pomimo, odnotowywanego od kilku lat spadku liczby przypadków, Polska uznawana jest za kraj, w którym różyczka występuje endemicznie.

W 2018 r. na terenie UE/EOG zarejestrowano 579 przypadków różyczki z czego 57 (10%) z nich zostało potwierdzonych laboratoryjnie. Najwięcej zachorowań i podejrzeń zachorowań zarejestrowano w Polsce (438), Niemczech (58), we Włoszech (23) i Hiszpania (13), co stanowi odpowiednio 78%, 10%, 4% i 2% wszystkich przypadków. Dane dotyczące Polski obejmują zarówno podejrzenia zachorowań jak i z chorowania potwierdzone laboratoryjnie. W ich interpretacji należy uwzględnić, że tylko 3 z 438 przypadków (1%) z stało potwierdzone laboratoryjnie. Najwięcej przypadków podejrzeń różyczki zgłoszonych w Polsce dotyczyło dzieci: 141 przypadków (31%) – dzieci w wieku 5–9 lat, 136 (30%) – dzieci w wieku 1-4 lat i 56 (12%) przypadków u dzieci poniżej roku. Nie odnotowano przypadków różyczki wrodzonej.

1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)

Poliomyelitis jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą najczęściej w postaci bezobjawowego zakażenia lub niecharakterystycznych objawów z przewodu pokarmowego.

Wyk. 8. Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2005-2018



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

W przypadku wystąpienia postaci porażennej powoduje trwałe upośledzenie narządu ruchu lub nawet zgon spowodowany porażeniem mięśni oddechowych. Polska, jak i cały Region Europejski WHO, jest oficjalnie wolna od *poliomyelitis* od 2002 r. Ostatnie dwa spowodowane dzikim wirusem polio przypadki tej choroby w Polsce odnotowano w 1982 r. i 1984 r.

Mimo to groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa polio do Polski pozostaje realna, aż do momentu wyeradycowania tej choroby na świecie. Do krajów zaliczanych jako endemiczne dla *poliomyelitis* wciąż należą Afganistan, Nigeria oraz Pakistan, w których występują krążenie wirusów polio typu 1 i 3 (WPV 1 i 3). Wirus polio typu 2 (WPV 2) został w 2015 r. oficjalnie uznany za wyeradycowany (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 1999 r.). W celu zapobieżenia szerzeniu

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

2. Grypa

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

W Polsce nadzór epidemiologiczny nad grypą prowadzony jest w ciągu całego roku, ze szczególnym wzmocnieniem nadzoru wirusologicznego w okresie zwiększonej liczby zachorowań, który trwa zwykle od września do kwietnia następnego roku, przy czym szczyt zachorowań przypada między styczniem a marcem. Rejestruje się wtedy od kilkuset do kilku milionów zachorowań na grypę i choroby grypopodobne. W Polsce, jako przypadki zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę, rejestruje się zachorowania przebiega-

jące pod postacią zespołów objawów klinicznych takich jak: zachorowania grypopodobne (ILI) lub ostre zakażenia górnych dróg oddechowych (ARI), zgodnie z definicjami przypadku przyjętymi dla celów nadzoru epidemiologicznego.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej grypy według wstępnych danych w 2018 r. zarejestrowano ogółem 5 239 696 przypadków grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 13 637,11/100 000). Zgłoszono 48 zgonów osób, u których stwierdzono obecność wirusa grypy, na podstawie badań wykonanych metodą RT-PCR w laboratoriach wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczbę osób skierowanych do szpitala, w poszczególnych latach przedstawia tabela 12.

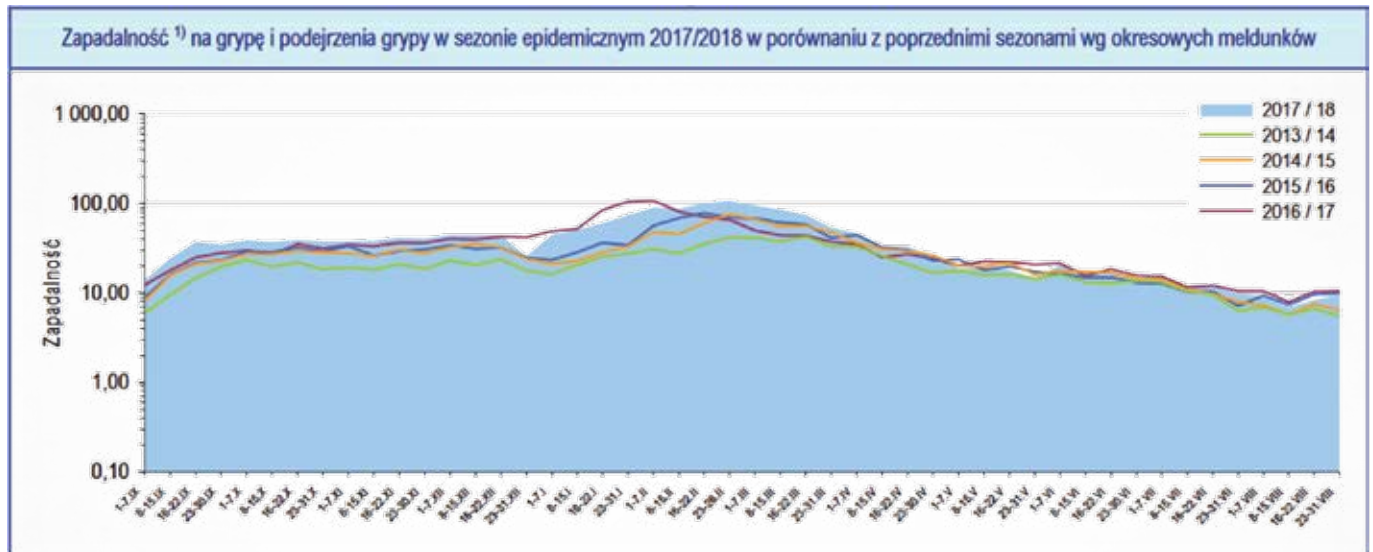
Zgodnie z danymi (tabela powyżej) opracowanymi na podstawie zachorowań zgłaszanych przez lekarzy, w 2018 r. łączy

Tab. 12. Liczba zachorowań, podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w przeciągu ostatnich 7 lat

Rok	Liczba przypadków	Zapadalność (na 100 tys.)		Liczba osób skierowanych do szpitala	
		Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat	Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat
2018	5 239 696 (2 297 492)	9 018,7	39 619,2	8 627	9 231
2017	5 043 491 (2 269 154)	8 504,2	39 130,5	7 707	9 411
2016	4 316 823 (2 038 966)	11 233,9	35 399,9	16 648	9 428
2015	3 843 438 (1 784 680)	9 994,7	30 995,9	12 197	7 447
2014	3 137 056 (1 530 240)	8 151,6	26 543,6	10 118	6 437
2013	3 164 405 (1 400 947)	8 218,7	24 229,3	14 376	7 079
2012	1 460 037 (702 584)	3 789,0	12 096,2	4 887	3 292

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Wyk. 9. Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2017/2018 w porównaniu z poprzednimi sezonami.



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

liczba osób, które zachorowały na grypę oraz inne wirusowe choroby dróg oddechowych (zgłaszane jako zachorowania oraz podejrzenia zachorowań na grypę) wynosi ponad 5 mln osób. Zapadalność w grupie dzieci w wieku 0-14 lat, w 2018 roku wynosiła 39619,2/100 000 i od wielu lat zwiększa się. Średnie dzienne zapadalności (na 100 000 ludności) w sezonie epidemicznym 2017/2018 w porównaniu z poprzednimi sezonami, przedstawia Wykres 9.

Liczbę zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2016/2017 i 2017/2018 przedstawia Tabela 13.

Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w sezonie grypowym 2017/2018 przypadł na okres od października 2017 roku do marca 2018 roku, a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 8 do 15 lutego 2018 roku, w którym zachorowało 271 777 osób (zapadalność wynosiła 88,42 /100 000). Dla porównania w sezonie 2016/2017 szczyt zachorowań przypadł na okres od 23 do 31 stycznia 2017 roku, w którym zachorowało 363 583 osób (zapadalność wynosiła 105,05 /100 000).

Ponadto, stosownie do wymogów European Influenza Surveillance Network (EISN) oraz European Center

Tab. 13. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2016/2017 i 2017/2018.

Miesiąc/Rok	Liczba przypadków sezon 2016/2017	Liczba przypadków sezon 2017/2018
Wrzesień	242 346	322 432
Październik	366 358	458 309
Listopad	406 265	460 635
Grudzień	490 949	468 805
Styczeń	884 540	698 657
Luty	883 978	1032 434
Marzec	519 334	914286
Kwiecień	318 949	400813
RAZEM	4 112 719	4 756 371

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

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

Jednocześnie z danych wspólnotowego nadzoru epidemiologicznego nad gripą wynika, iż szczepy wirusa grypy typu B były dominującymi w Europie w sezonie 2017/2018. Wchodziły one w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych w danym sezonie.

Pomimo, iż szczepienia przeciw grypie są jedyną i bezpieczną metodą profilaktyki przeciw tej chorobie oraz jej powikłaniom, a także pomimo udowodnionej skuteczności i powszechnej dostępności na rynku szczepionek przeciwko grypie sezonowej oraz akcji informacyjnej skierowanej do wielu grup ludności, w sezonie 2017/2018 zaszczepiło się jedynie 3,7% populacji.

W procesie podnoszenia wszczepialności przeciwko grypie w Polsce i tym samym w ramach ograniczania szerzenia

się grypy Główny Inspektor Sanitarny wraz z ekspertami Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy zorganizował akcję bezpłatnych szczepień przeciw grypie dla pracowników Urzędu. Zapobieganie grypie poprzez promowanie zdrowego stylu życia i szczepień ochronnych to jedno z zadań realizowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny i podległą mu Państwową Inspekcję Sanitarną. W ramach wspólnej akcji ze szczepień skorzystało blisko 150 osób – obok kierownictwa Głównego Inspektoratu Sanitarnego z rodzinami oraz pracowników Urzędu, przeciw grypie zaszczepili się także m.in.: członkowie Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, przedstawiciele Policji, Krajowej Administracji Skarbowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Biura do Spraw Substancji Chemicznych.

„Pracownicy Głównego Inspektoratu Sanitarnego szczepią się od lat i korzystają z zalecanej ochrony przed sezonem epidemicznym. Mamy pewność, że dzięki temu zmniejszy ryzyko zachorowania, a nasza odporność będzie lepsza. Ja szczepię się z wyboru, aby wyeliminować ciężkie powikłania pogrypowe i nie zarażać innych wirusem grypy” – powiedział dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, Główny Inspektor Sanitarny.

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



3. Choroby przenoszone drogą pokarmową

Do chorób przenoszonych drogą pokarmową zalicza się zarówno choroby odzwierzęce przenoszone poprzez żywność, która jest najpowszechniejszym źródłem tych zakażeń, jak również choroby które występują wyłącznie u człowieka takie jak zakażenia rotawirusowe, norowirusowe, a także wirusowe zapalenie wątroby typu A (wzw typu A) oraz dur brzuszny. Rozpowszechnienie ostatniej z wymienionych chorób jest w Polsce niewielkie i wiąże się najczęściej z powrotem z wyjazdów do krajów jej endemicznego występowania. W przypadku grupy chorób bakteryjnych zapobieganie przed zachorowaniami polega na przestrzeganiu zasad bezpiecznego przygotowania żywności, natomiast przed wzw typu A oraz durem brzusznym można zaś skutecznie chronić się poprzez szczepienia. W drodze szczepień można zapobiegać również zakażeniom rotawirusowym, które szerzą się głównie przez kontakt bezpośredni wśród dzieci.

3.1. Zakażenia bakteryjne

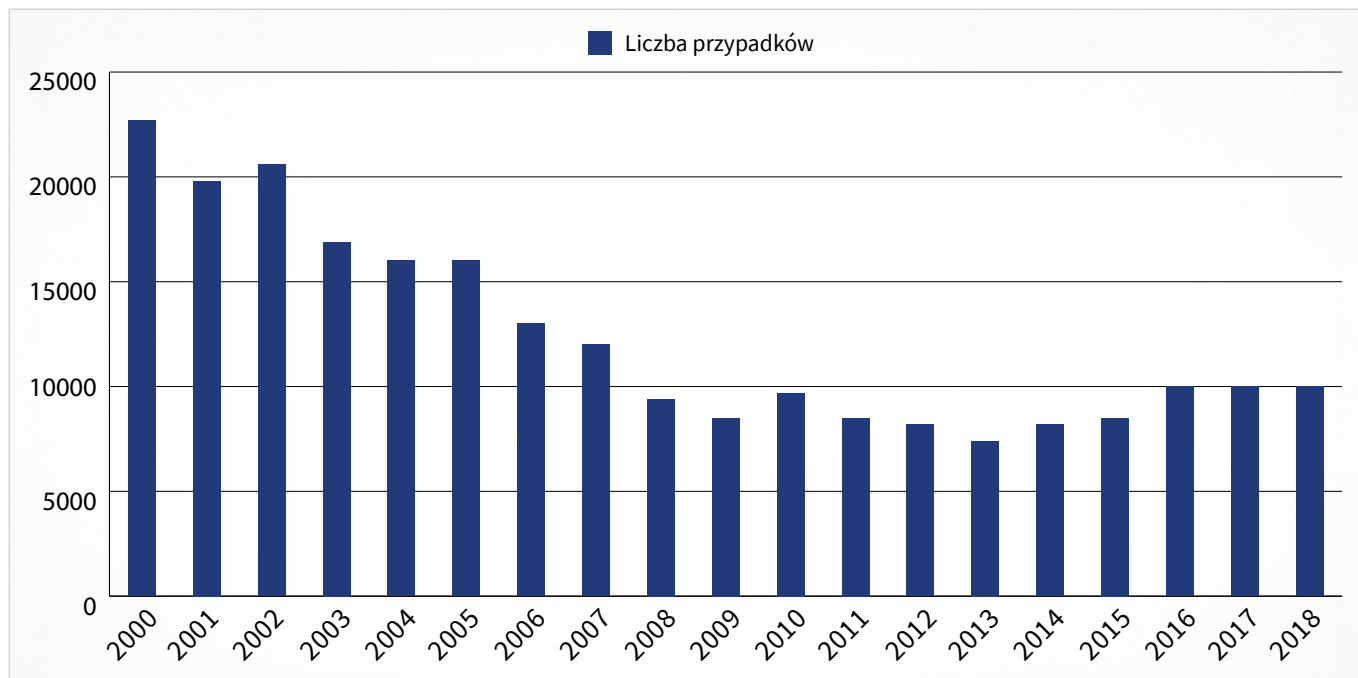
W Polsce wśród przyczyn zatruć pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. W 2018 r. potwierdzono 9 969 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 9 662 za-

truć pokarmowych). Jest to porównywalna liczba jak w roku poprzednim, w którym liczba ta wyniosła 10 000 przypadków (w tym 9 710 zatruć pokarmowych). Zakażenia *Salmonella* powszechnie występują u zwierząt hodowlanych.

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

Liczbę zachorowań na salmonellozy w latach 2000 -2018 przedstawia wykres 10.

Wyk. 10. Liczba zachorowań na salmonellozy w latach 2000-2018 r.



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

W latach 2014 -2018 zakażenia wywołane przez enterokrwotoczne *E. coli* - EHEC utrzymywały się na poziomie kilku przypadków rocznie (2014 – 8 przypadków, 2015 – 2 przypadki, 2016 – 8 przypadków, 2017 – 6 przypadków, 2018 – 8 przypadków). Liczba zakażeń bakteryjnych wywołanych przez *E. coli* biegunkotwórcze wykazuje trend malejący (2014 – 464 przypadków, 2015 – 368 przypadków, 2016 – 330 przypadków, 2017 – 270 przypadków, 2018 – 288 przypadków). Liczba zakażeń jelitowych *E. coli* inna i bliżej nie określone również maleje (2014 – 597 przypadków, 2015 – 496 przypadków, 2016 – 326 przypadków, 2017 – 306 przypadków, 2018 – 274 przypadków).

3.2. Kampylobakterioza

W 2018 r. w Polsce zarejestrowano 738 zachorowań wywołanych przez bakterie z rodzaju *Campylobacter* sp. Dla po-

równania w 2017 r. odnotowano 874 przypadki zakażenia jelitowego wywołanego przez ten drobnoustrój, w 2016 r. - 787 przypadki kampylobakteriozy, a w 2015 r. - 653. Głównym nośnikiem chorobotwórczych dla człowieka bakterii *Campylobacter* są: surowy (niedogotowany/niedopieczony) drób lub inne mięso, niepasteryzowane mleko krowie i kozie oraz ich przetwory.

W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* obserwowany jest niewielki spadek (z 191 przypadków w 2017 r. do 176 w 2018 r.) W roku 2016 r. odnotowano – 167 przypadków; 2015 r. – 172 przypadków.

3.3. Czerwonka bakteryjna (szigelozą)

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

Liczba zachorowań na czerwonkę bakteryjną w latach 2009-2018 przedstawia tabela nr 14.

Tab. 14. Liczba zachorowań na czerwonkę bakteryjną w latach 2009-2018 r.

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Liczba przypadków w Polsce	30	30	18	13	19	44	18	15	44	267

* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie | Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

W roku 2018 zanotowano 267 przypadków. Na zwiększenie liczby przypadków czerwonki w Polsce w 2018 r. wpłynęło wystąpienie dwóch ognisk czerwonki. Jedno z nich wystąpiło na terenie Polski podczas imprezy zbiorowej, drugie zostało zawleczone do Polski z turystycznego wyjazdu za granicę. Należy podkreślić, że w krajach rozwiniętych, ryzyko zakażenia bakteriami z rodzaju *Shigella* jest małe. Osoby podróżujące do krajów o dużej częstości występowania zakażeń bakteriami z rodzaju *Shigella* powinny spożywać żywność przetworzoną termicznie, nie stosować lodu do napojów, spożywać owoce i warzywa umyte, obrane i najlepiej ugotowane. Należy pamiętać, że w krajach rozwijających się zanieczyszczona woda jest najczęstszym źródłem infekcji. Dominującym sposobem transmisji bakterii jest droga kontaktowa przez zanieczyszczone ręce, przedmioty (np. kłamki w toaletach), żywność.

3.4. Dur brzuszny i dury rzekome

Sporadycznie występowały zachorowania na: *dur brzuszny i dury rzekome*. W 2018 roku zgłoszono 2 zachorowania na dur brzuszny (w 2017 r. - 7 zachorowania, w 2016 r. – 2 zachorowania, 2015 r. – 4 zachorowania) oraz 6 zachorowania na dury rzekome (w 2017 r. – 2 zachorowania, w 2016 r. – 2 zachorowania, w 2015 r. – 5 zachorowań). Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat występują na niezmiernie niskim poziomie i głównie występują u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru nadal powszechnie występują w środowisku.

W 2018 r. odnotowano 68 przypadków gronkowcowych zatruc pokarmowych (w 2017 r. - 54 przypadków, w 2016 r. – 37 przypadków, w 2015 r. – 98 przypadków).

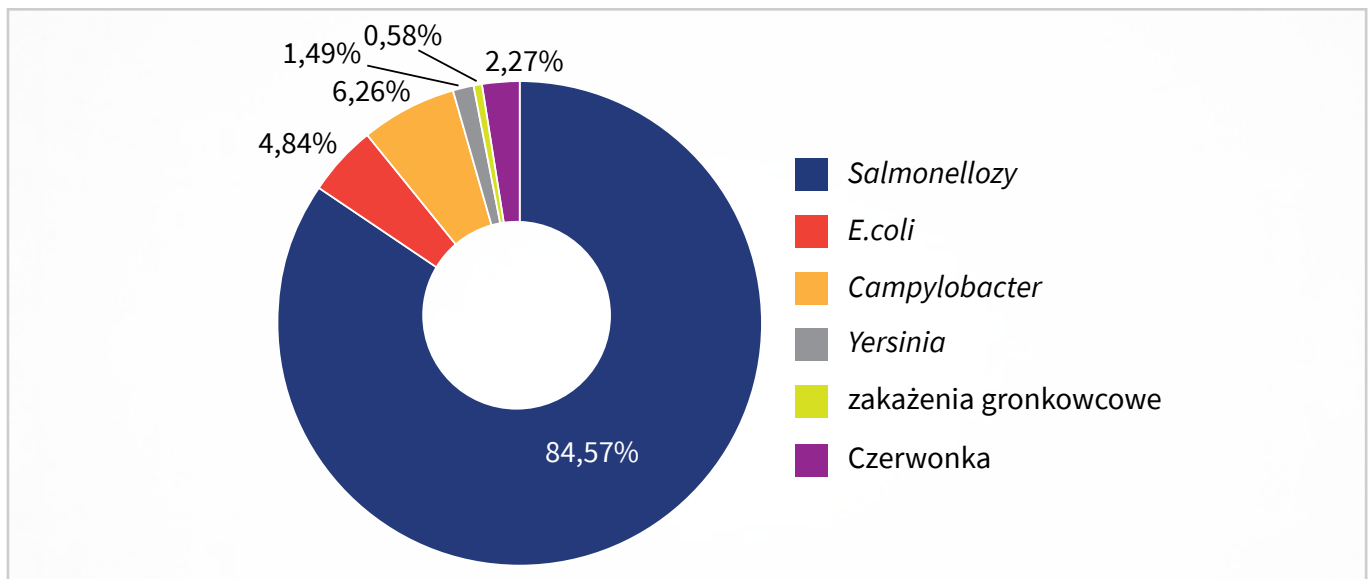
3.5. Listerioza

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

spowodować poronienie, martwe urodzenie lub zespół chorobowy u noworodka. W Polsce w 2018 r. zarejestrowano ogółem 124 przypadków listeriozy, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej. Dla porównania w Polsce w 2017 r. zarejestrowano ogółem 116 przypadków listeriozy, 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.

Udział wybranych bakteryjnych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i zatrucia pokarmowe przedstawia wykres 11.

Wyk. 11. Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2018 r.



3.6. Włośnica

Ze względu na ryzyko wystąpienia ognisk zachorowań szerzących się drogą pokarmową poprzez źródło jakim jest mięso zwierząt zakażonych larwą pasożyta - włośnia krętego, pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje nadal włośnica. Zachorowania na włośnicę u ludzi obecnie zdarzają się rzadko i przede wszystkim wynikają ze spożycia mięsa i wędlin/ przetworów mięsnych, przygotowanych najczęściej na własny użytek, ze zwierząt zarażonych włośniem, pozyskanych przez środowiska łowieckie i domowe. Przyczyną zachorowań jest niewłaściwa obróbka termiczna mięsa, brak poddania próbek mięsa badaniu weterynaryjnemu w kierunku tego pasożyta lub badanie przeprowadzone niewłaściwą metodą. Badanie w kierunku obecności larw włośnia w mięsie określonych gatunków zwierząt przeprowadzają laboratoria Inspekcji Weterynaryjnej. Wzrost liczby zachorowań na włośnicę na przestrzeni lat przyjmował charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2005, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy. Także w 2014 r. wystąpiły dwa ogniska, a łącznie odnotowano 32 zachorowania. W 2018 r. zarejestrowano 2 przypadki włośnicy, a w 2017 r. zarejestrowano 9 zachorowań (po 1 przypadku

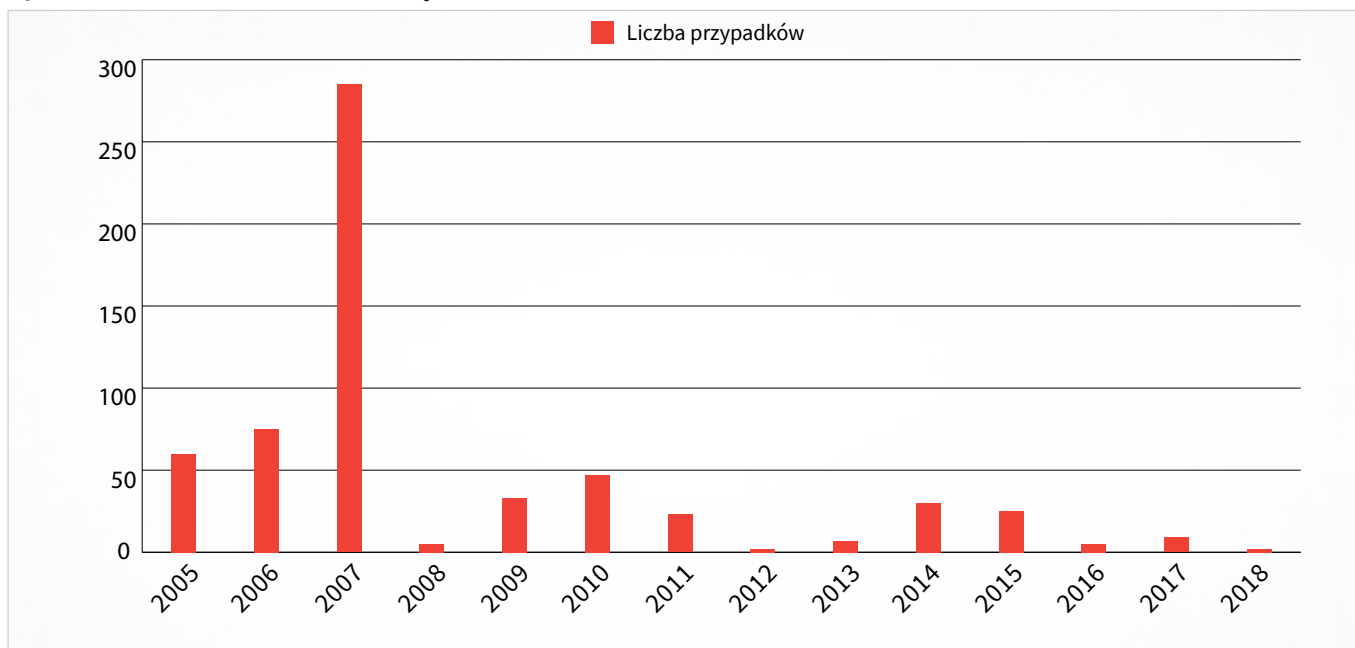
w województwach pomorskim i zachodniopomorskim oraz ognisko - w województwie wielkopolskim). Dla porównania w 2016 r. odnotowano jedynie 4 przypadki tej choroby, ale w roku 2015 r. zarejestrowano 27 przypadków włośnicy u ludzi.

3.7. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)

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

W Polsce co roku rejestruje się kilkadziesiąt przypadków zatrucia pokarmowych jadem kiełbasianym (botulizm). Jest to związane z wciąż żywą tradycją konserwowania pokarmów metodami domowymi (sporządzanie weków). Przeprowadzo-

Wyk. 12. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2018

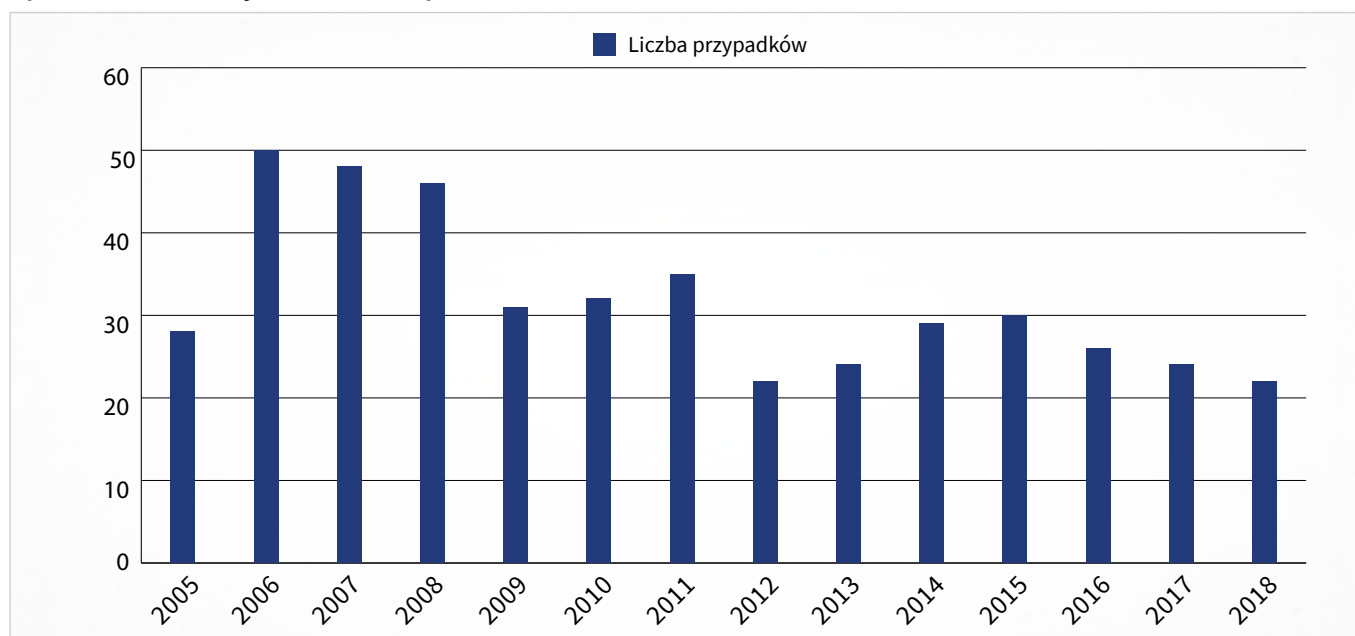


Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

ne w sposób nieprawidłowy procesy konserwowania prowadzą do produkcji toksyny przez namnażające się w żywności bakterie *Clostridium botulinum*. W Polsce są to najczęściej przypadki spowodowane spożyciem źle przygotowanych w warunkach domowych lub nieswieżych przetworów mięsnych (kiełbasy, peklowanego mięsa, także ryb), wędów z warzyw o małej kwasowości takich jak: zielony groszek, kukurydza, oliwki, grzyby, szpinak, buraki. Zachorowalność i zapadalność na tę jednostkę chorobową na poziomie wyłącznie kilkudziesięciu przypadków rocznie jest wynikiem nadzoru nad przestrzeganiem przez firmy produkujące żywność systemu HACCP (ang. Hazard analysis and critical control points),

zasad GHP (ang. Good Hygiene Practice) oraz przepisów prawnych i wytycznych zapewniających bezpieczeństwo produkcji żywności na każdym etapie łańcucha produkcyjnego, co przyczyniło się do poprawy jakości oferowanej w sklepach żywności konserwowanej. Inną postacią botulizmu 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. 13. Liczba zatruć jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005-2018



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)



3.8. Zakażenia wirusowe

W odróżnieniu od chorób bakteryjnych, które w większości są pochodzenia odzwierzęcego i szerzą się w wyniku pierwotnego skażenia żywności pochodzenia zwierzęcego (mięso, jaja), najważniejsze choroby przenoszone drogą pokarmową o etiologii wirusowej (rotawirusy, norowirusy i wzv 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).

3.9. Zakażenia rotawirusowe

W 2018 r. zgłoszono 48 533 wirusowych zakażeń przenoszonych drogą pokarmową (55 563 przypadków zgłoszono w 2017 r.), w większości wywołanych przez *rotawirusy*

(2018 r. – 23 258 przypadki, 2017 r. – 32 993 przypadków). Zakażenia rota wirusowe szerząc się przez kontakt bezpośredni i pośredni są najczęstszą przyczyną biegunek i zakażeń pokarmowych u dzieci do lat 2.

3.10. Zakażenia norowirusowe

Drugą w kolejności najczęstszych przyczyn zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej są zakażenie norowirusowe (2018 – 5 359 przypadków, 2017 – 3 501 przypadków, 2016 – 3 706 przypadków, 2015 – 3 637 przypadków).

4. Wirusowe zapalenie wątroby typu A

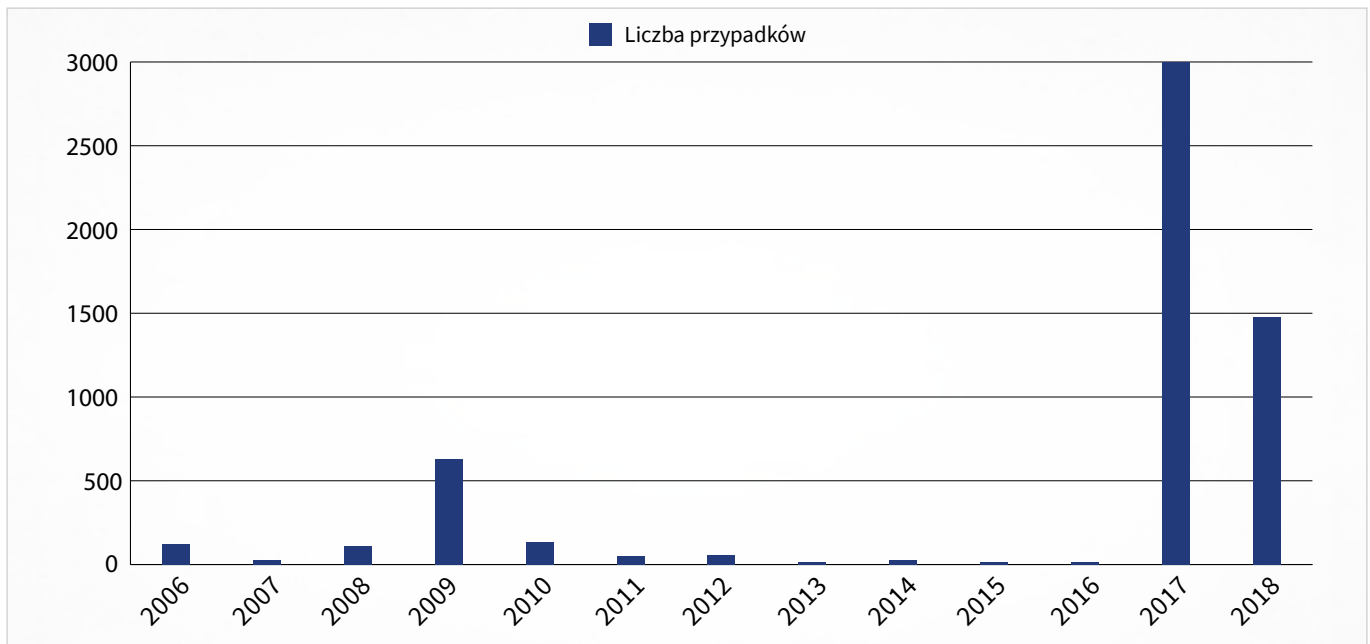
Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV) jest na całym świecie przyczyną 1,4 mln przypadków ostrego wzv A rocznie. Choroba ta występuje endemicznie na całym świecie, szczególnie na obszarach o złym stanie sanitarnym.

Do 1978 roku Polska była krajem endemiczności wysokiej (ok. 50 tys. zachorowań rocznie), stopniowo następowała poprawa sytuacji epidemiologicznej, po 1997 roku Polska należy do krajów o niskiej endemiczności. W 2017 roku wystąpił znaczący wzrost liczby zachorowań wzv A. Zgodnie z danymi NIZP-PZH odnotowano łącznie 3 006 przypadków WZW A, tj. ponad 80-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, kiedy stwierdzono 35 przypadków. Wyraźne nara-

stanie liczby zakażeń obserwowano od marca 2017 roku. W roku 2018 zarejestrowano 1 457 przypadków wzv A, tj. ponad 40-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, ale równocześnie ponad 2-krotnie mniej w porównaniu z 2017 r. W związku z powyższym można domniemywać iż, jesteśmy po szczycie zachorowań na wzv A.

Liczba zachorowań wzrosła w całej Europie. Od stycznia do grudnia 2017 r. 24 kraje europejskie zgłosiły ponad około 20 tys. potwierdzonych laboratoryjnie przypadków zachorowań. Natomiast od stycznia do lipca 2018 r. 24 kraje europejskie zgłosiły około 5 tys. potwierdzonych laboratoryjnie przypadków. W 2017 r. w Europie zarejestrowano ognisko wirusowego za-

Wyk. 14. Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006 -2018.



palenia wątroby typu A, w którym zachorowania głównie dotyczyły mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami. Polska także była objęta tym ogniskiem.

Ocenia się, że w Polsce prawie 80% populacji w wieku 30-55 lat jest nieuodporniona. Osoby starsze powyżej 70 lat są uodpornieni po uprzednim kontakcie z wirusem, ale wśród dorosłych do 40 r.ż. jedynie 6,5% ma przeciwciała przeciw wzv A. Przyczyny wzrostu zachorowań należy dopatrywać się w fakcie, iż w niedalekiej przeszłości w Polsce i krajach Europy zachodniej, wzv A występowało sporadycznie i większość osób dorosłych do ok. 45 roku życia nie zetknęła się z wirusem wzv A w dzieciństwie, a tym samym nie nabyła odporności na tą chorobę. Z tego względu wzv A może obecnie łatwo szerzyć się w populacji szczególnie osób dorosłych. Wieloletni spadek liczby zachorowań na wzv A w Polsce wiąże się z wygasaniem odporności zbiorowej i wzrastającym odsetkiem ludzi podatnych na zakażenie, co w sprzyjających okolicznościach (np. w wyniku wprowadzenia wirusa do środowiska) spowodowało wzrost liczby zachorowań.

W przypadku wzv A istnieje skuteczna profilaktyka (szczepienia ochronne). Zgodnie z *Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2019* szczepienie przeciwko wzv A jest obecnie zale-

cane szczególnie osobom wyjeżdżającym do krajów o wysokiej i pośredniej endemiczności zachorowań na wzv 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 wzv A. Szczepienie przeciw wzv A jako szczepienie zalecane, nie jest finansowane ze środków MZ.

Liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A w latach 2006 – 2018 przedstawia wykres 14.

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

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

5. Choroby krwiopochodne

5.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na świecie żyje około 325 milionów osób z przewlekłym zapaleniem wątroby, w tym 257 milionów ludzi z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) i 71 milionów osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Znaczna liczba osób przewlekłe zakażonych HCV rozwija marskość lub raka wątroby, a około 399 000 ludzi umiera każdego roku z tego powodu. Leki przeciwwirusowe mogą wyleczyć obecnie ponad 95% osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, zmniejszając tym samym ryzyko zgonu z powodu tych ciężkich i odległych powikłań.

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

Dane pochodzące z europejskiego nadzoru nad wirusowym zapaleniem wątroby typu C wskazują na spadek o 10% nowo zgłoszonych przypadków w latach 2016–2017. Jednak w stosunku do odnotowanych ponad 31 000 przypadków WZW C w 2017 r., wskazuje to na wciąż wysoki odsetek rozpoznania tej choroby w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG). Ponadto ECDC szacuje, że około 5,6 mln Europejczyków żyje z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Na poziomie UE/EOG wysokie obciążenie HCV dotyczy przede wszystkim osób wstrzykujących narkotyki oraz mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami.

W Polsce zgodnie z meldunkami o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce, udostępnianymi przez NIZP-PZH, w latach 2009-2012 odnotowano ok. 2000 zachorowań na WZW C rocznie, natomiast w latach 2013 do 2018, co roku na terytorium naszego kra-

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



ju rozpoznano między 3000 a 4000 zachorowań na WZW C. W 2017 r. w Polsce zgłoszono 4 010 przypadków WZW C, a w 2018 r. - 3 441 (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). Jednocześnie zgodnie z wynikami ostatniego dużego badania epidemiologicznego przeprowadzonego w latach 2012-2016 w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, przeciwciała anty-HCV występują u ok. 1% populacji, a liczba osób aktywnie zakażonych wynosi w przybliżeniu 200 000 (0,5%). Porównując te liczby z ww. aktualnymi danymi rozpowszechnienia zakażeń HCV w populacji Polski, epidemiolodzy wysnuwają wniosek, że rocznie diagnozuje się w naszym kraju wciąż zbyt mało przypadków WZW C, bo jedynie 25 na 1000 zakażeń. Natomiast średnio ok. 125 000 osób zamieszkujących w Polsce nie jest świadomych zakażenia HCV.

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

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

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń. W Polsce temat zakażeń HCV jest od co najmniej kilkunastu lat obecny w przestrzeni publicznej dzięki zaan-

gażowaniu 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 zidentyfikować i zrozumieć problem zdrowotny jakim jest zakażenie HCV, jego przyczyny i możliwości zapobiegania można znaleźć na stronach internetowych: <http://www.hcv.pzh.gov.pl>, <http://www.jestemswiadom.org>, <https://gis.gov.pl/> oraz <http://www.who.int/hepatitis/en>. Ponadto dzięki platformie e-learningowej <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/platforma-e-learningowa-1> personel medyczny jak i personel sektora usług usługujących 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 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały działania informacyjno-promocyjne i szkoleniowe, w tym dystrybucję materiałów opracowanych w ramach Projektu KIK/35. Realizacja tych zadań wpisywała się w Cel 2 i 3 oraz zapobieganie stygmatyzacji poprzez poprawę świadomości społecznej, o których mowa w założeniach do dokumentu „Strategia zapobiegania i zwalczania zakażeń HCV w Polsce”. Współpraca w tym zakresie odbywała się sprawnie w związku z zawarciem z dniem 18.01.2018 r. umowy licencyjnej pomiędzy Głównym Inspektoratem Sanitarnym a Instytucją Realizującą. Przedmiotem umowy było udzielenie Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu oraz podległym merytorycznie państwowym inspektorom sanitarnym nieodpłatnej i niewyłącznej licencji na okres utrzymania trwałości Projektu na korzystanie z materiałów informacyjno-promocyjnych oraz szkoleniowych zawierających logotypy: Swiss Contribution, Ministerstwa Zdrowia oraz HCV Jestem świadom, wytworzonych w ramach umowy 5/SPPW/KIK/35.

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmowała działania w sposób skoordynowany i innowacyjny: docierając z informacją i szkoleniami do różnych grup docelowych (personelu salonów urody, personelu medycznego, dzieci i młodzieży oraz ich rodziców, osób osadzonych, ogółem lokalnych społeczności), prowadząc działania w różnorodnych formach (konferencje, szkolenia, e-learning, pogadanki, instruktaże, opiniowanie procedur, działania z zakresu bieżącego nadzoru sanitarnego, dochodzenia epidemiologiczne i współpraca z zespołami kontroli zakażeń w placówkach szpitalnych, imprezy, kontakt z mediami tradycyjnymi oraz poprzez Internet), podejmując lokalną

współpracę z innymi instytucjami publicznymi i przedsiębiorcami oraz organizacjami pozarządowymi (jednostkami samorządu terytorialnego, uczelniami, placówkami oświatowo-wychowawczymi, innymi służbami, przedsiębiorcami, organizacjami pozarządowymi, fundacjami).

W 2018 r. rozdysponowano blisko 52 tysiące ulotek (Rekin, Banan, Kobra), oraz ok. 3100 innych broszur z Projektu KIK/35. W zakresie planów higieny (dla salonu fryzjerskiego, kosmetycznego oraz tatuażu) dystrybucji uległo blisko 8,5 tysiąca sztuk. Jednocześnie w 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej miały możliwość skorzystania z szerokiej gamy multimediów tj. spotów z celebrytami, wywiadów z ekspertami, spotu z Martą, spotu TV, filmu informacyjno-edukacyjnego w 12 odcinkach oraz filmu instruktażowego dla gabinetów stomatologicznych. **Łącznie odbiorcami wszystkich rodzajów materiałów informacyjno-promocyjnych i edukacyjnych było blisko 15 tys. podmiotów, w tym podróżni przekraczający granicę w granicznych punktach kontroli pozostających pod nadzorem 10 państwowych granicznych inspektorów sanitarnych.**

Wśród ważniejszych inicjatyw realizowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny wymienić należy działania z zakresu legislacji obszaru wymagań sanitarnohigienicznych przy świadczeniu usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej, oraz kontynuację współpracy na forum Europejskiego Komitetu Normalizacyjnego w zakresie rozpoczętych w 2015 r. prac nad normą europejską pn. „*Tattooing Services – Safe practice and hygiene requirements*” (CEN/TC 435), której publikacja zaplanowana jest przez CEN

najpóźniej na wrzesień 2019 r. Dokument wdrożonej normy będzie stanowić istotne źródło wiedzy i rekomendacji w obszarze bezpieczeństwa i higieny wykonywania usług tatuażu ze szczególnym naciskiem na zapobieganie transmisji zakażeniom HCV i HBV.

Wykorzystując doświadczenia zdobyte w Projekcie, Główny Inspektorat Sanitarny przygotował propozycję sylabusu modułu „Zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi”, do wykorzystania na etapie kształcenia przeddyplomowego studentów kierunków medycznych, jako uzupełnienie zajęć w dziedzinie mikrobiologii lub chorób zakaźnych. W pracach nad dokumentami zaangażowani byli eksperci: zdrowia publicznego - Pani dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch, chorób zakaźnych - Pan prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomaszewicz, oraz epidemiologii - Pani dr n. med. Iwona Paradowska - Stankiewicz, Krajowy Konsultant w dziedzinie epidemiologii. Sylabus sporządzono w dwóch wersjach, dla studentów kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego oraz pielęgniarstwa i położnictwa oraz sylabus dla innych zawodów medycznych: ratowników medycznych, analityków medycznych, farmaceutów, fizjoterapeutów oraz higienistek dentystycznych. Materiał przekazano w połowie 2018 r. Ministrowi Zdrowia z prośbą o jego rekomendację i przekazanie do stosowania Rektorom wszystkich uczelni medycznych w Polsce.

Ponadto, Główny Inspektorat Sanitarny podejmował inne inicjatywy wspierające państwowych inspektorów sanitarnych w zakresie bieżącej realizacji zadań z nadzoru nad podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym.

6. Choroby odzwierzęce

Nadzór nad chorobami zwierzęcymi w Polsce realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną. W celu zapewnienia dalszego rozwoju oraz współpracy pomiędzy służbami odpowiedzialnymi za zapewnienie bezpieczeństwa żywności pochodzenia zwierzęcego oraz zdrowia zwierząt i ludzi w dniu 16 października 2018 r. pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym a Głównym Lekarzem Weterynarii zawarte zostało Porozumienie ramowe o współdziałaniu i współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organów Inspekcji Weterynaryjnej, chorobotwórczych oraz środków ochrony przed określonymi chorobami odzwierzęcymi i odzwierzęcymi czynnikami chorobotwórczymi u zwierząt i w produktach pochodzenia zwierzęcego, w celu zapobieżenia zakażeniom i zatruciom przenoszonym przez żywność.

Odzwierzęcymi czynnikami chorobotwórczymi wymagającymi szczególnego nadzoru są patogeny wywołujące: brucelozę, kamylobakteriozę, bąblowicę, listeriozę, włośnicę,

gruźlicę wywołaną przez *Mycobacterium bovis*, werocyto-toksyczne *Escherichia coli* i odzwierzęce typy serologiczne pałeczek *Salmonella*.

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

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

W Polsce sytuację epidemiologiczną chorób odzwierciedlonych w 2018 r. należy uznać za stabilną. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzanych przypadków zoonoz są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

Borelioza z Lyme jest najczęściej występującą chorobą odkleszczową w Polsce i Europie, wywołaną przez krętki (bakterie) z rodzaju *Borrelia burgdorferi*. Choroba ta jest przenoszona przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*, a rezerwuarem dla tego drobnoustroju są dzikie i domowe zwierzęta - gryzonie, drobne ssaki oraz ptaki. Borelioza występuje na całej półkuli północnej, ale także w Australii. Obszar całej Polski uznawany jest za terytorium endemiczne dla tej choroby, co oznacza, że kleszcze będące wektorami krętków z rodzaju *Borrelia* są obecne na terenie całego kraju. Najwięcej przypadków tej choroby odnotowuje się w północno-wschodnich Stanach Zjednoczonych Ameryki, Europie Środkowej, Skandynawii i Rosji. W Europie każdego roku rejestruje się około 85 000 zachorowań. W Polsce, podobnie jak w pozostałej części Europy, z roku na rok obserwuje się rosnącą liczbę zachorowań na boreliozę.

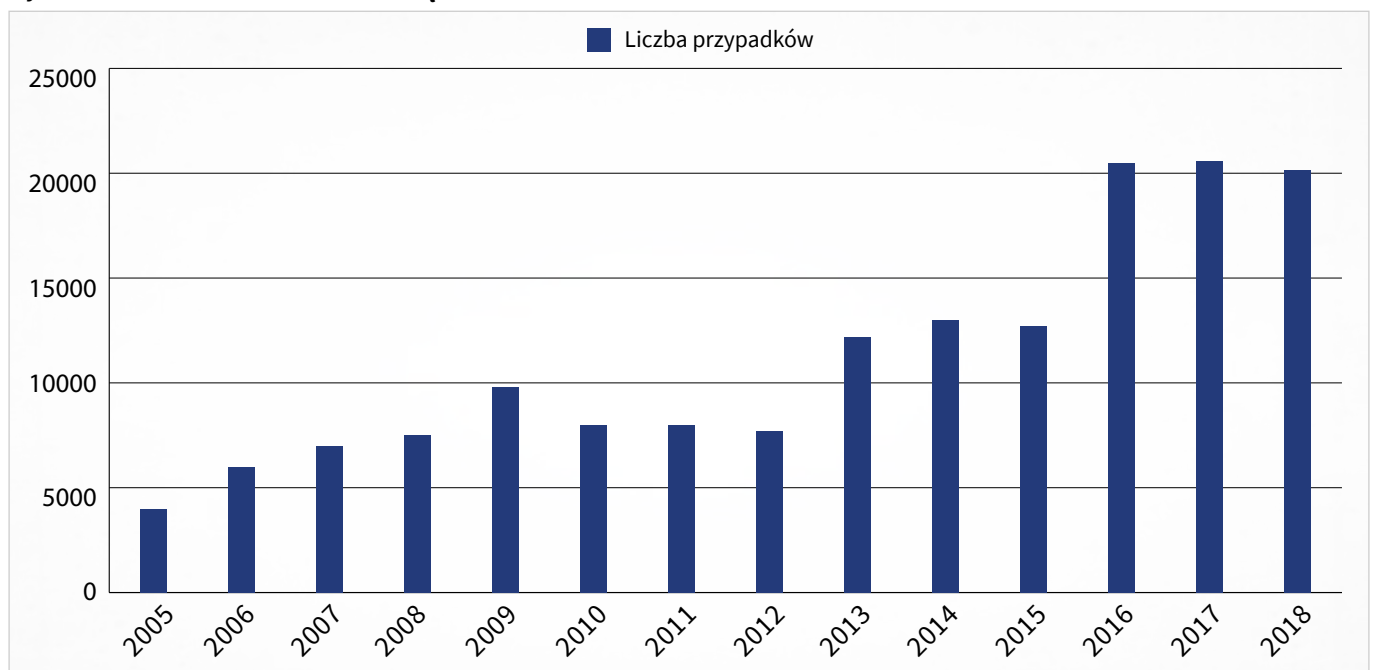
W 2018 r. w Polsce odnotowano 20 139 przypadków boreliozy (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). W 2017 r. zgłoszono 21 514 przypadków boreliozy. Zapadalność wyniosła 55,99/100 tys. mieszkańców, 10,8% osób zdiagnozowanych zostało poddanych leczeniu w warunkach szpitalnych. Dla porównania w 2016 r. zanotowano w Polsce 21 200 przypadków boreliozy, przy zapadalności 55,2/100 tys. mieszkańców i 12,4 % chorych skierowanych

do hospitalizacji. Z kolei w 2015 r. odnotowano na terenie naszego kraju 13 625 przypadków boreliozy, przy zapadalności 35,4/100 tys. mieszkańców, a 14% chorych hospitalizowano. Do roku 2012 liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 000 rocznie. W 2017 r. (podobnie jak w 2016 i 2015 r.) największą liczbę rozpoznań boreliozy odnotowano w województwach: małopolskim, śląskim, mazowieckim, lubelskim, podlaskim, oraz warmińsko-mazurskim.

Przyczyn wzrostu rejestrowanej rokrocznie coraz wyższej liczby przypadków boreliozy jest wiele. Przede wszystkim wzrasta podatność człowieka na zakażenie poprzez kontakt z kleszczami, co jest wynikiem zmian społeczno-ekonomicznych, w tym popularyzacji aktywnych form spędzania wolnego czasu przez człowieka w środowisku naturalnym, które jest także naturalnym środowiskiem kleszczy. Wzrost liczby kleszczy oraz wydłużenie okresu ich żerowania wynika głównie ze zmian klimatycznych i zmian środowiskowych, które doprowadziły do zwiększenia się liczby zwierząt stanowiących rezerwuara *Borrelia burgdorferi*. Wzrost rejestracji przypadków boreliozy należy wiązać także z poprawą efektywności diagnostyki laboratoryjnej tej choroby, jej rozpoznawania i zgłaszania przez lekarzy.

Wobec braku dostępnej szczepionki przeciwko boreliozie podstawą jej profilaktyki jest stałe upowszechnianie wiedzy nt. tej choroby oraz edukacja społeczeństwa w zakresie stosowania środków ochronnych oraz właściwego postępowania w przypadku ukłucia przez kleszcza. Ryzyko kontaktu z kleszczem można ograniczyć poprzez: noszenie długich spodni (nogawki należy wpuścić do skarpetek), koszul z długim rękawem, stosowanie repelentów (preparaty odstrasza-jące) zgodnie z zaleceniami producenta.

Wyk. 15. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2018



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)



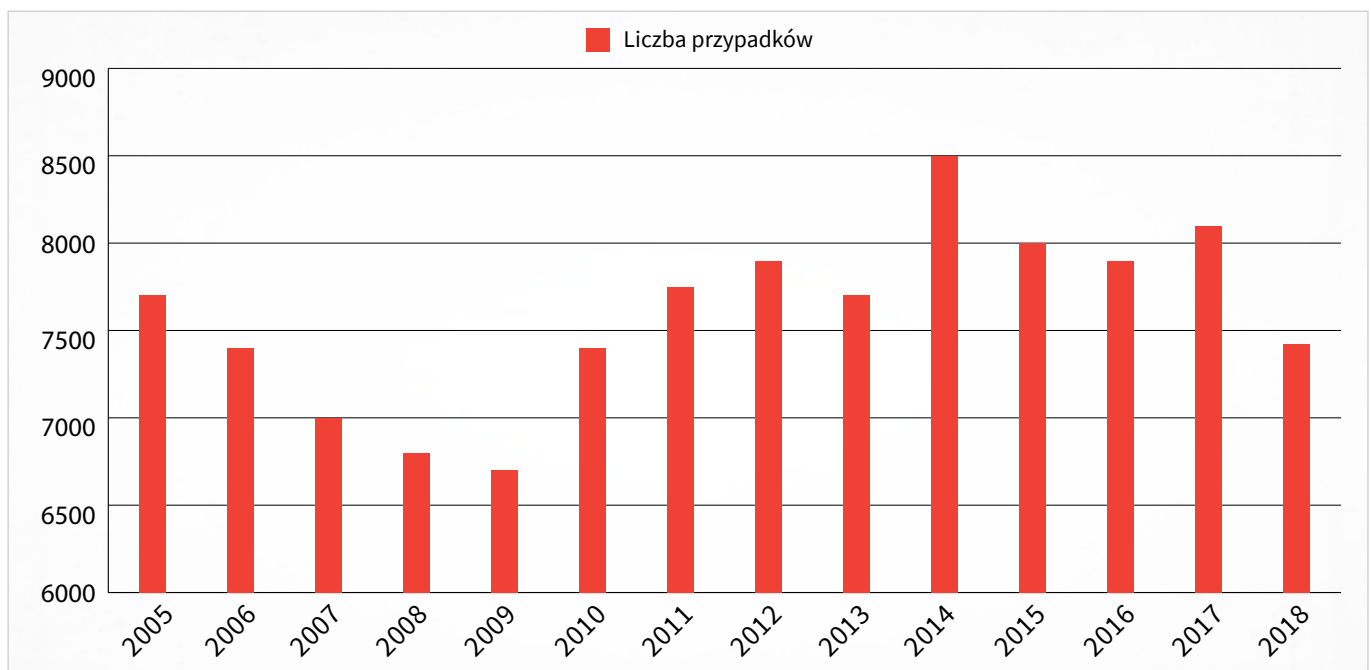
Kleszczowe zapalenie mózgu to ostra choroba wirusowa, która często wiąże się z powikłaniami neurologicznymi. Źródłem infekcji jest ukąszenie przez zakażonego kleszcza. Przyczyną zakażenia może być również spożycie niepasteryzowanego mleka zakażonego zwierzęcia (zwierzęta nie wykazują objawów chorobowych). W Polsce liczbę zachorowań na kleszczowe zapalenie wahała się na przestrzeni ostatnich lat od 150 do ponad 250 przypadków rocznie. W 2018 r. zarejestrowano 197 przypadków zachorowań. Najskuteczniejszą formą ochrony przed zakażeniem wirusem kleszczowego zapalenia mózgu jest szczepienie, które jest zalecane w szczególności dla najbardziej narażonych grup zawodowych (leśnicy, rolnicy itp.).

Obok boreliozy istotnym nadal problemem jest stała i wysoka liczba osób narażonych rokrocznie na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wirusem wścieklizny, wśród których przypadki na terenie naszego kraju się zdarzają, choć są to pojedyncze zachorowania. W 2018 r. wg. danych Głównego Inspektoratu Weterynarii (GIW) wścieklizna wystąpiła u 9 zwierząt dzikich, nie odnotowano przypadków wścieklizny wśród zwierząt domowych. Z kolei w roku 2017, wg. danych GIW, przypadki wścieklizny wystąpiły u 1 lisa i 8 nietoperzy oraz u 1 zwierzęcia domowego. Ostatnie przypadki wścieklizny u człowieka w Polsce (śmiertelne) miały miejsce w 2000 i 2002 r. Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w nadzorze nad przypadkami/podejrzeniami wścieklizny u ludzi polega na współpracy z organami Inspekcji Weterynaryjnej i objęciu nadzorem osób ze styczności z takim zwierzęciem oraz na zapewnieniu dostępności preparatów immunoprofilaktyki czynno-biernej (szczepionki), podawanych według określonych schematów w ramach postępowania poekspozycyjnego.

Aktualny jest dla właścicieli psów obowiązek wynikający z art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2018 r. poz. 1967), zgodnie z którym posiadacze psów są obowiązani zaszczepić je przeciwko wściekliznie w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez psa 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia. Obowiązek ten nie dotyczy kotów domowych. Jednak mając na uwadze obecność wirusa wścieklizny w środowisku naturalnym, niski koszt szczepienia i niepodważalny jego wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, rekomenduje się także właścicielom kotów, szczególnie swobodnie wychodzących, regularne szczepienie przeciwko wściekliznie.

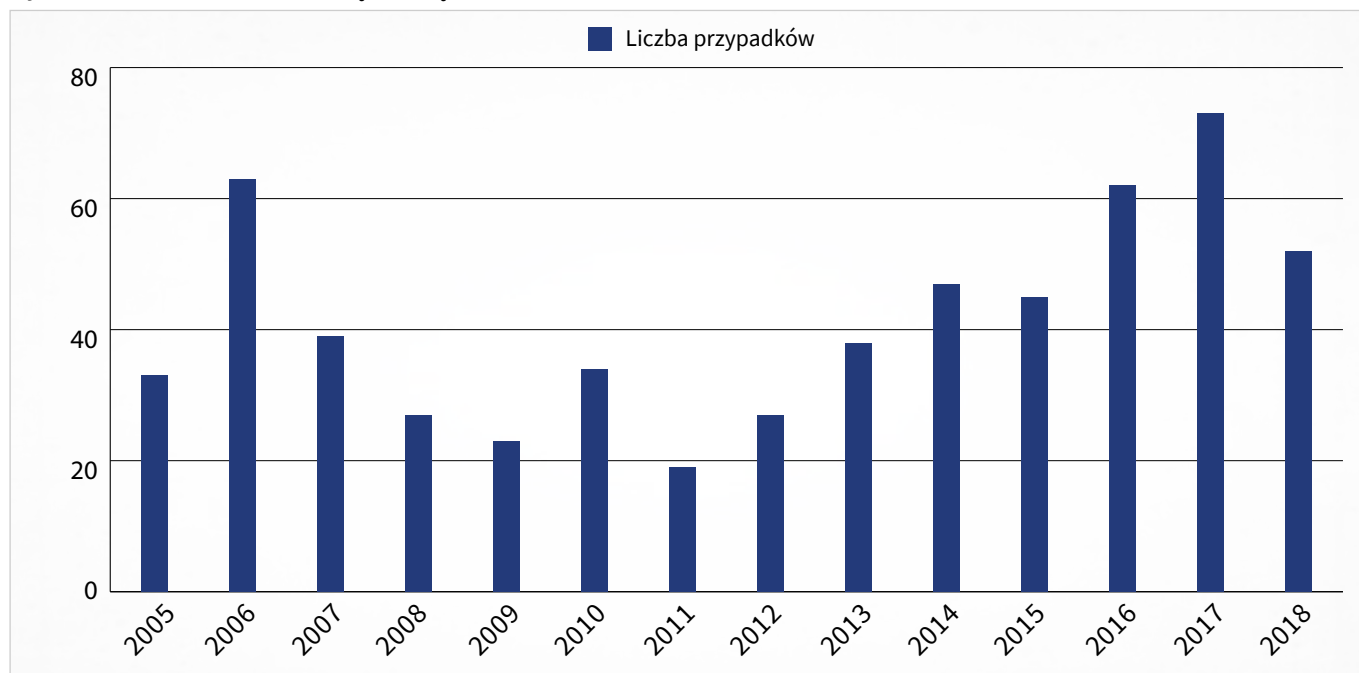
Za istotny problem dla zdrowia ludzi należy uznać także bąblowicę w okresie, kiedy pojawiają się owoce runa leśnego. Bąblowica jest chorobą powodowaną przez pasożyta tj. larwy tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*. Liczba stwierdzanych przypadków tej choroby jest prawdopodobnie zaniżona, z uwagi na trudną wykrywalność choroby - przewlekły rozwój sięgający 5-10 lat, brak objawów w pierwszej kilkuletniej fazie rozwoju, a z drugiej strony powszechne skażenie środowiska jajami tasiemców, wydalanych wraz z kałem przez zakażone lisy. Wyniki ostatnich badań dowodzą, że 1 na 3 lisy jest zakażony ww. pasożytami. W warunkach polskich także pies, jeśli nie jest na bieżąco poddawany profilaktyce przeciw pasożytniczej (odrobaczany), może być rezerwuarem tasiemców bąblowcowych. Jaja tasiemców dostają się do organizmu człowieka zarówno przez bliski kontakt z tymi zwierzętami (np. głaskanie) i prze-

Wyk. 16. Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2018



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Wyk. 17. Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2018



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

niesienie jaj do ust za pośrednictwem brudnych rąk, jak i spożycie skażonej jajami tasiemca żywności (np. niemyte owoce runa leśnego) lub skażonej wody. Zakażenie jest realne w wielu regionach naszego kraju, także na terenach miejskich i podmiejskich, ze względu na pogłębiające się zjawisko powszechnego występowania lisów. W zakresie zapobiegania zachorowaniu na bąblowicę najistotniejsze jest upowszechnianie wiedzy nt. zasad higieny podczas i po pracy/relaksie w polu/ogrodzie/lesie, ochrona posesji przed lisami poprzez ogradzanie domostw i zabezpieczanie śmietników, które jako źródło resztek jedzenia wabią dzikie zwierzęta, a także prowadzenie regularnych zabie-

gów odrobaczania zwierząt domowych preparatami działającymi na tasiemce.

W trosce o zdrowie własne i swoich najbliższych posiadacze zwierząt towarzyszących powinni pamiętać o ciężących na nich obowiązkach związanych z dbałością o zwierzęta. Toksokaroza oraz toksoplazmoza, czy świerzby – do zakażenia tymi chorobami może dojść w drodze bezpośredniego kontaktu ze zwierzętami takimi jak: psy, koty, domowe gryzonie. Chorobom tym zapobiega się poprzez dbanie o dobrostan zwierząt utrzymywanych w domach, regularne kontrole stanu zdrowia zwierząt i działania profilaktyczne (np. odrobaczanie, szczepienie).

7. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji

Dzięki wysokiemu stopniowi zaszczepienia populacji, właściwemu poziomowi infrastruktury sanitarnej oraz bezpieczeństwa żywności sytuacja epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2018 roku może być uznana za ogólnie stabilną. Na szczególną uwagę zasługuje jednak znaczący wzrost liczby przypadków odry oraz wirusowego zapalenia wątroby typu A (WZW A) w porównaniu do lat ubiegłych. Wzrosty liczby przypadków tych chorób są ściśle związane ze wzrostem zachorowań na te choroby w Europie.

W przypadku odry zarejestrowano ponad 5-krotny wzrost zachorowań (355 przypadków w 2018 r., 63 przypadki w 2017 r.). Jest on związany ze wzrostem liczby przypadków odry w całym regionie Europejskim WHO, w tym krajach z bezpośrednio graniczącymi z Polską, jak również

z wieloletnią aktywności ruchów anty-szczepionkowych prowadzących do spadku zaufania do szczepień ochronnych, których skutkiem jest powstawanie luk w poziomie zaszczepienia – obecnie przede wszystkim w środowisku domowym/rodzinnym lub rzadziej lokalnym co umożliwia występowanie niewielkich ognisk zachorowań o zasięgu ograniczonym do rodziny, środowiska szkolnego lub zakładu pracy. Choć luki w poszczególnych rocznikach mogą wydawać się relatywnie niewielkie w odniesieniu do stopnia zaszczepienia/odporności całej populacji to ich nawarstwianie się w okresie kolejnych lat może doprowadzić do spadku odporności populacji poniżej progu odporności zbiorowiskowej i w konsekwencji umożliwić epidemiczne szerzenie się chorób, zwłaszcza tych przenoszonych drogą oddechową, których zakaźność jest bardzo wysoka.

Tab. 15. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2009–2018 (dane za 2018 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Lp.	Jednostka Chorobowa	Rok									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	AIDS	150	157	241	190	191	152	134	119	117	121
2	Zakażenia HIV(nowowykryte)	716	747	1193	1135	1159	1090	1290	1387	1481	1304
3	Dur brzuszny	3	0	2	2	2	3	4	2	7	2
4	Dury rzekome A,B,C	5	6	2	5	5	1	5	2	2	6
5	Salmonelozy - ogółem	8972	9732	8813	8444	7578	8392	8650	10027	10000	9 969
6	Czerwonka bakteryjna	30	30	18	13	19	44	18	15	44	267
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem:	6595	6388	6539	7046	9624	11329	13311	13003	15665	15362
8	W tym: kamylobakteriozy	359	375	354	431	552	652	653	787	874	738
9	Jersiniozy	288	206	238	201	199	2112	172	167	191	176
10	Wirusowe zakażenia jelitowe	32863	32723	44906	39462	42699	51561	55729	44844	55563	48 533
11	W tym rotawirusowe	22104	20902	30769	23692	23529	33789	33943	21258	32995	23 258
12	Biegunki u dzieci do 2 lat	31204	30043	36478	34386	38101	41572	43502	35114	40218	39005
13	Krzusiec	2390	1266	1669	4684	2182	2100	4955	6828	3066	1 552
14	Tężec	19	16	14	19	14	13	12	12	11	8
15	Odra	115	13	38	70	84	110	48	133	63	355
16	Różyczka	7587	4197	4290	6263	38548	5891	2007	1105	477	438
17	Ospa wietrzna	140115	183446	172855	208276	178501	221628	187624	160707	173196	149 567
18	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	2954	2754	2585	2779	2436	2508	2208	1978	1670	1 584
19	Wirusowe zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych	736	1184	1046	1284	1077	1823	891	952	810	2030
20	Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	193	183	200	187	172	157	137	153	120	109
21	Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	351	294	221	190	227	195	149	283	283	197
22	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	296	229	296	241	251	188	220	167	228	202
23	W tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu - meningokokowe	190	146	193	165	163	122	121	91	122	100
24	Inwazyjna choroba wywołana przez Haemophilus influenzae (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	19	25	31	36	25	41	62	69	116	108
25	W tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu - Haemophilus influenzae	13	11	11	11	9	11	14	9	11	6
26	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	274	364	430	441	540	708	979	964	1182	1 315
27	W tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu - pneumokokowe	163	180	192	146	195	199	197	180	171	208
28	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	652	155	65	71	48	76	49	35	3006	1 457
29	Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1475	1633	1583	1583	1541	2763	3518	3806	3363	3202
30	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	(1939) ¹ (1891) ²	2178 ²	2241 ²	2268 ²	22643	35514	42855	4261	4 010	3 441
31	Włośnica	36	51	23	1	9	32	27	4	9	2
32	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem:	10825	11464	10847	10054	9053	9734	9856	10734	10214	10174
33	W tym: salmonelozowe	8855	9549	8652	8267	7407	8197	8418	9701	9710	9 662
34	Gronkowcowe	146	217	283	147	128	68	98	37	54	68
35	Jadem kiełbasianym	31	32	35	22	24	29	30	26	24	22
36	Clostridium perfringens	1	8	24	5	18	16	1	0	1	1
37	Borelioza (choroba z Lyme)	10329	9003	9157	8783	12754	13863	13625	21200	21514	20 139
38	Grypa (i podejrzenia grypy) - ogółem	1081974	551054	1156357	1460037	3164405	3137056	3843438	4316823	5 043 491	5 239 696
39	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę - profilaktyka wścieklizny	6876	7524	7842	7999	7844	8661	8157	7987	8245	7 424
41	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	18	18	21	17	23	24	22	26	24	28

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

1 wg definicji przypadku przyjętej w 2005 r.; łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV
2 wg definicji przypadku przyjętej w 2009 r.; łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV
3 wg definicji przypadku przyjętej w 2014 r.; łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV
4 wg definicji przypadku przyjętej w 2009/2014 r.; łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV
5 łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV

Odmienne przyczyny leżą natomiast u źródeł epidemii zakażeń wywołanych WZW A, którą obserwuje się w krajach europejskich od 2017 r. Globalna dobra sytuacja epidemiologiczna wzw A w krajach wysoko rozwiniętych, która jest związana z wysokim poziomem infrastruktury sanitarnej oraz higieny przy produkcji i dystrybucji żywności, okazała się jednak niewystarczająca dla zapobieżenia wystąpienia ognisk zakażeń związanych z szerzeniem się choroby drogą bezpośrednich kontaktów intymnych, w tym związanych z imprezami o charakterze międzynarodowym. Przy braku uzasadnienia dla prowadzenia masowych szczepień przeciw wzw typu A, doświadczenia z lat 2017-2018 wskazują na wagę promocji i prowadzenia szczepień wśród osób szczególnie narażonych na zachorowanie. W 2018 r. w porównaniu do 2017 r. zanotowano ok. 50% spadek liczby nowych przypadków zachorowań na wzw typu A w Polsce (1552 przypadków w 2018 r. w porównaniu do 3066 w 2017 r.)

W latach 2017-2018 r. nastąpił również spadek liczby przypadków krztuśca w porównaniu z latami epidemicznymi 2015-2016. W 2016 r. było 6828 przypadków zachorowań, w 2017 r. – 3066, a w 2018 r. – 1552. Należy jednak pamiętać, że szczepionka przeciw krztuścowi daje jedynie przejściową odporność. Dlatego nie jest możliwa całkowita eliminacja zachorowań na krztuśca i podstawowym zadaniem szczepień obowiązkowych przeciw krztuścowi pozostaje zapewnienie ochrony przed zachorowaniem tych grup wiekowych, które są najbardziej narażone na ciężki przebieg choroby tzn. dzieci, a w szczególności niemowląt do 6 m.ż. Zachorowania wśród starszej młodzieży oraz dorosłych podlegają natomiast i będą podlegały zmianom (wzrostom i spadkom) w cyklu kilkuletnim, a realizacja szczepień w tych grupach jest kwestią decyzji indywidualnych.

Porównywany rok do roku znaczny pod względem procentowym wzrost w 2018 r. niektórych chorób zakaźnych takich jak np. przypadki czerwonki bakteryjnej musi być interpretowany poprzez analizę bezwzględnej (nominalnej) liczby przypadków (która pozostaje niewielka) oraz źródła, rozkładu czasowego, geograficznego i charakteru szerzenia się zachorowań, które nie wskazują na utrwaloną transmisję endemiczną tej choroby. Zanotowany wzrost zachorowań jest wynikiem wystąpienia dwóch dużych, lecz ograniczonych ognisk epidemicznych: w przypadku jednego z nich źródło znajdowało się zagranicą (pobyt w miejscowości turystycznej), zaś drugie z nich miało charakter krajowy, lecz związany z imprezą, w której uczestniczyły osoby z zagranicy. Zdarzenia te skutkowały kilkukrotnym (6-krotnym) wzrostem liczby zarejestrowanych w Polsce przypadków czerwonki bakteryjnej, ale relatywnie niewielka liczba tych przypadków (267 w 2018 r. przy 44 w 2017 r.) oraz ich źródło i charakter wyraźnie wskazują, że nie stanowią one znaczącego problemu wśród chorób przenoszonych drogą pokarmową w porównaniu z chorobami występującymi endemicznie: salmonellozą oraz zakażeniami norowirusowymi.

Wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych na terenie kraju zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 15), w oparciu o dane przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego.

8. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2018 r.

Realizację Programu Szczepień Ochronnych, w tym realizację szczepień, które wynikają z koordynowanych przez Światową Organizację Zdrowia programów eliminacji i eradykacji chorób zakaźnych należy uznać za najistotniejszy i najbardziej skuteczny element działań zapobiegawczych.

Sposób regulacji obowiązkowych szczepień ochronnych w polskim prawie wynika zarówno z uczestnictwa Polski w koordynowanych przez WHO międzynarodowych programach całkowitego wykorzenia (eliminacji) takich chorób zakaźnych jak polio, odra i różyczka, jak również z krajowych programów zwalczania chorób zakaźnych, a także konieczności zapewnienia ochrony populacji przed chorobami zakaźnymi o szczególnie ciężkim przebiegu i wysokiej śmiertelności.

Polska od wielu lat, podobnie jak inne kraje, realizuje program powszechnych szczepień ochronnych. Jest on

systematycznie modyfikowany, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z uwzględnieniem możliwości finansowych budżetu Ministra Zdrowia. Obowiązek poddawania się szczepieniom ma charakter powszechny i podlegają mu osoby przebywające na terenie Polski. Podstawą prawną do nałożenia obowiązku szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym jest art. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 t.j.), który zobowiązuje osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres dłuższy, niż 3 miesiące do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym na zasadach określonych w ustawie, przy czym w odniesieniu do osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczęć albo jej opiekun faktyczny.

8.1. Batalia w Sejmie RP w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W dniu 11 lipca 2018 roku został wniesiony do Sejmu RP obywatelski (autorstwa Stowarzyszenia STOP NOP) projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (druk nr 2796) przewidujący całkowite zniesienie obowiązku szczepień ochronnych.

Stanowisko Rządu wobec obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wygłoszone z upoważnienia Prezesa Rady Ministrów na 69 Posiedzeniu Sejmu RP w dniu 4 października 2019 roku przez Pana dr hab. med. Jarosława Pinkasa - Głównego Inspektora Sanitarnego w trakcie I czytania projektu ww. ustawy dostępne jest na stronie internetowej:

(<http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?documentId=C1DC2A10F70497A5C125831A0046C993>)

Stanowisko to zostało opracowane merytorycznie w Głównym Inspektoracie Sanitarnym i bez uwag zostało w całości zaakceptowane przez Radę Ministrów. Ostatecznie obywatelski projekt ww. ustawy został odrzucony większością głosów w trakcie II czytania w dniu 9 listopada 2018 roku.

8.2. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych

Ewolucja w zakresie szczepień ochronnych pozwala dostrzec i docenić rolę szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych. Spojrzenie w przeszłość ilustruje, co osiągnęliśmy dzięki szczepieniom – jakie sukcesy i korzyści przyniosły szczepienia w aspekcie populacyjnym – w obliczu wyzwań wobec pojawiających się chorób oraz oczekiwań, co do zapobiegania ich występowaniu. Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych na przestrzeni lat uległa diametralnej zmianie. Zastosowanie oficjalnych, ramowych programów szczepień ochronnych pozwoliło na osiągnięcie wysokiego odsetka uodpornienia wśród populacji nimi objętych.

W 2018 roku szczepienia w Polsce odbywały się zgodnie z wykazem obowiązkowych szczepień ochronnych i grup osób obowiązanych do poddania się tym szczepieniom określonym w art. 17 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 t.j.) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 753) wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w art. 17 ust. 10 ww. ustawy. Obowiązkiem szczepień ochronnych objętych było 13 chorób zakaźnych: błonica, gruźlica, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*, krztusiec, nagminne zakażenie przysusznic (świnka), odra, ospa wietrzna, ostre

nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), różyczka, tężec, wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz wścieklizna. W odniesieniu do każdej z tych chorób w ogłoszonym przez Głównego Inspektora Sanitarnego komunikacie w sprawie Programu Szczepień Ochronnych określono osoby lub grupy osób oraz wiek, przesłanki wynikające ze stanu zdrowia i przesłanki epidemiologiczne, zgodnie z którymi dane szczepienie powinno zostać przeprowadzone.

Kwestie dotyczące kształtu PSO podnoszone są rokrocznie przez ekspertów podczas posiedzeń Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym. Gremia eksperckie zarekomendowały priorytety zmian PSO do realizacji na lata 2016-2020. Spośród przyjętych rekomendacji polskich Ekspertów, w ciągu pięcioletniego okresu, zrealizowano takie postulaty, jak wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom u całej populacji dzieci (w 2017), wprowadzenie szczepienia przeciwko krztuścowi u młodzieży w 14 roku życia oraz wprowadzenie szczepienia przeciw poliomyelitis szczepionką inaktywowaną (IPV) w miejsce żywej szczepionki (OPV) u dzieci w 6 roku życia (w 2016).

W opublikowanym Komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2019 (Dz. Urz. MZ, poz. 104) przesunięto wiek szczepienia przypominającego przeciwko odrze, śwince i różyczce. Wprowadzono dawkę przypominającą szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce u dzieci w 6 roku życia w celu zapewnienia ochrony dzieciom przed rozpoczęciem nauki. Przeniesienie dawki przypominającej szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce z 10 roku życia na 6 rok życia uzasadniono sytuacją epidemiologiczną odry w Europie. Szczepienie przypominające szczepionką skojarzoną przeciw odrze, śwince i różyczce w 2019 roku będzie realizowane w dwóch rocznikach, tj. w 6 roku życia do czasu osiągnięcia przez nich 10 roku życia oraz w 10 r.ż. Jednocześnie zgodnie z PSO szczepienie przeciwko gruźlicy może być wykonywane przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego, czyli przed wyjściem ze szpitala.

Corocznie w Polsce opracowywana jest szczegółowa analiza przeprowadzonych szczepień ochronnych. 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 poszczególnych roczników oraz osób z określonych grup zawodowych i grup ryzyka podlegających obowiązkowi szczepień, w odniesieniu do poszczególnych województw oraz całego kraju;
- porównanie stanu zaszczepienia osób podlegających szczepieniom w roku bieżącym do roku poprzedniego;
- analizę występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego wyniki analizy są corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH) w biuletynie pt. „Szczepienia Ochronne w Polsce za rok...”, który stanowi główne źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce. Dane dotyczące zaszczepienia populacji w 2018 roku będą dostępne w II połowie 2019 roku, w tym również na stronie internetowej NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl).

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są podmiotami obowiązanyymi do sporządzania ilościowego zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych wraz z harmonogramem dostaw szczepionek. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych dla powiatu, jak w latach poprzednich, w roku 2018 określili państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, zgodnie z wykazem chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych, określonym w art. 17 ust. 10 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, z uwzględnieniem w szczególności:

- aktualnej sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych na terenie powiatu;

- danych demograficznych i struktury wiekowej mieszkańców powiatu;
- liczby osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, objętych podstawową opieką zdrowotną oraz uczęszczających do szkół na terenie powiatu;
- stanu zaszczepienia grup osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w latach wcześniejszych;
- stanu realizacji zapotrzebowania na szczepionki na dany rok;
- wytycznych państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, dotyczących sposobu ustalenia rocznego zapotrzebowania na szczepionki na rok kolejny.

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

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



Główny Inspektor Sanitarny opracował w 2018 roku roczne ilościowe zapotrzebowanie na szczepionki do realizacji PSO w kraju na rok 2019. Podstawę stanowił określony przez Radę Sanitarno-Epidemiologiczną przy GIS kształt PSO na kolejny rok z uwzględnieniem priorytetów zmian PSO przyjętych do realizacji na kolejne lata, w tym rekomendacji dotyczących wprowadzenia do PSO szczepionek wysokoskojarzonych (tzw. 5 w 1) dla całej populacji dzieci. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych dla całego kraju na rok 2019 Główny Inspektor Sanitarny określił z uwzględnieniem w szczególności:

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

Przedmiotowe zapotrzebowanie wraz z harmonogramem dostaw i szacunkową oceną wielkości środków niezbędnych do jego realizacji, Główny Inspektor Sanitarny przekazał Ministrowi Zdrowia w czerwcu 2018 roku, tj. w terminie przewidzianym w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W zapotrzebowaniu na szczepionki uwzględniono bezpieczne stany magazynowe szczepionek, tzw. BSM w ilości pozwalającej na kontynuowanie szczepień ochronnych przez okres co najmniej 3 miesięcy, w przypadku wystąpienia zdarzeń mających wpływ na zaburzenie płynności realizacji PSO w Polsce. Do takich zdarzeń zaliczyć należy np. unieważnienie postępowań przetargowych, wycofanie z obrotu określonej serii szczepionek, opóźnienie w dostawach szczepionek, wzrost liczby urodzeń dzieci, czy wzrost zapotrzebowania na szczepionki stosowane u osób narażonych na zakażenie poekspozycyjne.

8.4. 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 są: Centralny dystrybutor – Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach – wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Szczepionki kupione przez ministra właściwego do spraw zdrowia były transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w przepisach ustawy Prawo farmaceutyczne. Koordynatorem przekazywania szczepionek zakupionych do realizacji

PSO był Główny Inspektor Sanitarny. Centralny dystrybutor przechowywał i zapewniał transport szczepionek do magazynów wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych na terenie kraju, które przechowywały szczepionki i przekazywały je powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym, a także koordynowały przekazywanie szczepionek na obszarze województwa. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazywały szczepionki świadczeniodawcom przeprowadzającym obowiązkowe szczepienia ochronne, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy o udzielanie tych świadczeń i koordynowały przekazywanie szczepionek na obszarze powiatu. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobligowane są do prowadzenia racjonalnej gospodarki szczepionkami zakupionymi przez Ministra Zdrowia. W przypadku wystąpienia obawy, że szczepionki zgromadzone w magazynach Centralnego Dystrybutora mogą, z uwagi na krótki termin ważności, nie zostać wykorzystane do realizacji PSO podejmują stosowne działania minimalizujące straty szczepionek i zapobiegające ich utylizacji. Jednym z ważniejszych elementów skutecznego nadzoru nad dystrybucją szczepionek jest funkcjonujący w Polsce, na wszystkich poziomach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Elektroniczny System Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek (ESNDS). ESNDS jest narzędziem wykorzystywanym do prowadzenia nadzoru nad zasobami szczepionek zgromadzonymi w magazynach, ich dystrybucją i efektywnym wykorzystaniem do realizacji szczepień ochronnych. Ponadto zapewnienia jednolity obieg dokumentacji oraz umożliwia uzyskanie bieżących danych o dostępności i rozmieszczeniu szczepionek w magazynach Państwowej Inspekcji Sanitarnej w kraju.

Główny Inspektor Sanitarny w I kwartale 2018 r. polecił podległym organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazanie zbiorczych informacji po kontroli punktów szczepień w podmiotach leczniczych realizujących szczepienia ochronne na terenie ich właściwości. Państwowi inspektorzy sanitarni przekazali dane na temat sposobu monitorowania „łańcucha chłodniczego” w punktach szczepień, a także informacje zbiorcze z kontroli wszystkich powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, będących jednym z podstawowych elementów w łańcuchu dystrybucji szczepionek do realizacji Programu Szczepień Ochronnych.

Odnosnie monitoringu temperatur w urządzeniach chłodniczych punktów szczepień, które mają zawartą umowę z NFZ na realizację świadczeń i otrzymują szczepionki do realizacji PSO na 10 365 podmiotów nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej 4 640 punktów (44,8%) posiada rejestrator temperatur z możliwością wydruku temperatur oraz funkcją powiadamiania sms, 728 punktów (7%) posiada rejestrator temperatur z możliwością wydruku temperatur bez funkcji powiadamiania sms, 4 565 z nich (44%) nie posiada rejestratora, zaś 432 punkty (4,2%) posiadają inne rozwiązania w tym zakresie.

W punktach szczepień, które nie posiadają możliwości elektronicznej rejestracji temperatur oraz tych, które wdrożyły inne sposoby monitoringu (łącznie 4997 punktów) zastosowane zostały następujące rozwiązania:

- w 988 podmiotach (19,8%) - całodobowa obecność personelu w placówce/gabinecie, zwykły odczyt z termometru, zapisy w formie papierowej od jednego do sześciu razy na dobę,
- w 1296 podmiotach (26%) - obecność personelu w placówce/gabinecie tylko w określonym czasie (godziny pracy), zwykły odczyt z termometru, zapisy w formie papierowej od jednego do sześciu razy na dobę,
- w 116 podmiotach (2,3%) - obecność personelu w placówce/gabinecie tylko w określonym czasie (godziny pracy), zwykły odczyt z termometru, zapisy w formie papierowej od jednego do sześciu razy na dobę, dodatkowo odczyt poza godzinami pracy, bez dni wolnych od pracy,
- w 2165 podmiotach (43,3%) - obecność personelu w placówce/gabinecie tylko w określonym czasie (godziny pracy), zwykły odczyt z termometru, zapisy w formie papierowej od jednego do sześciu razy na dobę, dodatkowo odczyt poza godzinami pracy i w dni wolne od pracy,
- jednocześnie 432 podmioty (8,6%), posiadają inne niż ww. rozwiązania w tym m.in.:

- funkcję powiadamiania SMS, bez możliwości wydruku,
- przewóz szczepionek przed dniem wolnym od pracy do punktu szczepień posiadającego całodobowy monitoring,
- pobieranie bieżące preparatów szczepionkowych tylko w wyznaczone dni szczepień,
- umowy z firmami zewnętrznymi (system monitorujący przesyła wiadomość do firmy, która powiadamia pracownika danej placówki medycznej),
- rejestratory z powiadamianiem sms są w trakcie podłączenia,
- monitoring prowadzony przez firmę ochroniarską,
- apteka szpitalna przechowuje preparaty szczepionkowe na potrzeby oddziałów, a nadzór nad nią sprawuje wojewódzki inspektor farmaceutyczny.

Odnosnie monitoringu temperatur w lodówkach znajdujących się w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych na 318 PSSE 100% posiada urządzenia chłodnicze ponieważ dystrybuują one do podmiotów leczniczych szczepionki będące mieniem Ministra Zdrowia, nie realizują jednak szczepień ochronnych. 290 PSSE (91,2%) posiada rejestrator temperatur z możliwością wydruku oraz funkcją powiadamiania sms lub sygnałem dźwiękowym na telefon komórkowy osoby dyżurującej pod telefonem, albo osoby



z firmy prowadzącej monitoring w budynku, która następnie zawiadomia dyżurującego pracownika PSSE, w 13 PSSE (4,1%) znajduje się rejestrator z funkcją wydruku temperatur, bez funkcji powiadamiania SMS, 10 PSSE (3,1%) nie posiada rejestratora, zaś 5 PSSE (1,6%) posiada inne rozwiązania techniczne w tym zakresie. Jedynie 10 PSSE, łącznie w 3 województwach, rejestruje temperaturę w urządzeniach chłodniczych poprzez zwykły odczyt z termometru znajdującego się wewnątrz urządzenia chłodniczego i zapisy wartości temperatury w formie papierowej z różną częstotliwością w ciągu doby.

Magazyny szczepionek wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych posiadają urządzenia lub komory chłodnicze, które zapewniają przechowywanie preparatów szczepionkowych w stałej temperaturze. Rejestracja elektroniczna temperatury odbywa się w ciągu całej doby.

8.5. 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.

Realizacja Programu Szczepień Ochronnych odgrywa istotną rolę w kształtowaniu zdrowia publicznego w Polsce w obszarze zapobiegania występowaniu chorób zakaźnych i zapobiegania następstwom tych chorób. Jest ona uzależniona od poziomu społecznej akceptacji prawnego obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym, rzetelności działań lekarzy, pielęgniarek, położnych realizujących szczepienia obowiązkowe oraz działań organów administracji w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby do tego prawnie zobowiązane.

Obowiązkowe szczepienia ochronne są skuteczną i powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). 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 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 immu-

nologicznej oraz w trakcie leczenia immunosupresyjnego po przeszczepie).

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

W roku 2018 w sprawozdaniach o osobach uchylających się od obowiązku szczepień, sporządzanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych i w sprawozdaniach zbiorczych sporządzanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, uwzględniono wyłącznie te osoby, które będąc zobowiązane do poddania się 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 151, z późn. zm.), zostały zgłoszone przez lekarzy odpowiedniemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, jako osoby uchylające się.

Szczegółowe dane o liczbie osób uchylających się w 2018 roku od obowiązku szczepień zawierają poniższe tabele:

- Tabela 16 - Dane o liczbie dzieci niezaszczepionych w związku z uchylaniem się od obowiązku szczepień na koniec 2018 roku wg województw i przyczyn
- Tabela 17 - Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2018 roku - wg województw i przyczyn uchylania się, oraz
- Tabela 18 - Dane o osobach uchylających się wykonania obowiązku szczepień ochronnych - wg województw i przyczyn uchylania się – porównanie za lata 2014 -2018

Należy zwrócić uwagę, że w przedmiotowej analizie, na koniec 2018 roku wykazano liczbę 52733 osób uchylających się od obowiązku szczepień w porównaniu do 39195 osób uchylających się na koniec 2017 roku, 28 983 osób uchylających się na koniec 2016 roku, 22 392 osób uchylających się na koniec 2015 roku, 15480 osób uchylających się na koniec 2014 roku i 10122 osób uchylających się na koniec 2013 roku. W trakcie 2018 roku liczba osób uchylających się wzrosła zatem o 34,5% w stosunku do danych z końca 2017 roku i łącznie o 421,0 % (ponad 5 krotny wzrost) w stosunku do danych z końca 2013 roku. Przyrost liczby osób uchylających się od obowiązku szczepień w 2018 roku był jednak

Tab. 16. Dane o liczbie dzieci niezaszczepionych w związku z uchylaniem się od obowiązku szczepień na koniec 2018 roku

Liczba dzieci niezaszczepionych w związku z uchylaniem się od obowiązku szczepień na koniec 2018 roku wg województw i przyczyn	odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	wpływ ruchów antyszczepionkowych	wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	inna	RAZEM
01 dolnośląskie	9	21	1128	26	415	1599
02 kujawsko-pomorskie	8	10	685	2	508	1213
03 lubelskie	26	58	651	61	1358	2154
04 lubuskie	8	3	175	6	767	959
05 łódzkie	20	27	514	29	890	1480
06 małopolskie	10	11	1310	7	1014	2352
07 mazowieckie	56	142	2728	91	3138	6155
08 opolskie	29	12	188	6	648	883
09 podkarpackie	6	4	277	12	385	684
10 podlaskie	0	13	1215	1	258	1487
11 pomorskie	1	97	839	100	2582	3619
12 śląskie	65	106	1830	144	5009	7154
13 świętokrzyskie	0	9	439	6	100	554
14 warmińsko-mazurskie	2	7	286	2	984	1281
15 wielkopolskie	4	104	1495	20	3865	5488
16 zachodniopomorskie	1	1	419	8	925	1354
RAZEM	245	625	14179	521	22846	38416

nieznacznie niższy niż w trakcie 2017 roku, w którym wyniósł 35,4 %.

Uwzględniając dodatkowo te osoby, które w trakcie 2018 roku uchylały się od obowiązku szczepień i które następnie w trakcie trwania roku spełniły ten obowiązek (m.in. w wyniku nasilonych działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wojewodów podejmowanych w celu wyegzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się) wykazano, że zjawisko uchylania się od szczepień ochronnych w trakcie całego 2018 roku dotyczyło 57 874 osób.

Analiza geograficzna rozpowszechnienia zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień w 2018 roku wskazuje, że ulegało ono znacznemu nasileniu we wszystkich województwach.

Największy wzrost liczby osób uchylających się w wystąpił w województwach:

- zachodniopomorskim – o 64,5 %,
- podlaskim - o 56,9 %,
- podkarpackim - o 54,8%
- świętokrzyskim - o 46,6 %,

Najmniejszy przyrost liczby osób uchylających się wystąpił w województwach:

- lubuskim - o 17,3 %
- łódzkim - o 22,1 %
- pomorskim - o 24,4 %
- wielkopolskim - o 24,9 %

Wskutek uchylania się rodziców od wykonania prawnego obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym w wymaganym prawem zakresie w 2018 roku nie zostało poddanych szczepieniom ochronnym 38416 dzieci (patrz Tabela 1).

Analizując przyczyny nasilania się zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień wykazano, że najszybszy wzrost liczby osób uchylających się w 2018 roku dotyczył osób pozostających pod wpływem ruchów antyszczepionkowych (wzrost o 46,2%).

W mniejszym stopniu wzrost ten dotyczył osób wyrażających obawy związane z wystąpieniem w przeszłości u nich lub u ich dzieci niepożądanego odczynu poszczepiennego (wzrost o 12,2 %), osób motywowanych względami odrębności kulturowej, etnicznej lub religijnej (wzrost o 12,8 %),

Tab. 17. Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2018 roku - wg województw i przyczyn uchylania się

wg województw	liczba osób uchylających się na początek 2018 roku (dane zweryfikowane)	liczba osób uchylających się, które wykonały obowiązek szczepień w 2018 roku	liczba nowych uchylających się osób w 2018 roku	liczba osób uchylających się na koniec 2018 roku	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie początek - koniec 2018	liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w całym 2018 roku (kol. 3+5)
0	1	2	3	4	5	6
01 dolnośląskie	2333	209	1016	3140	34,6 %	3349
02 kujawsko-pomorskie	1192	219	667	1577	32,3 %	1796
03 lubelskie	2018	155	1059	2832	40,3 %	2987
04 lubuskie	979	107	276	1148	17,3 %	1255
05 łódzkie	1768	146	738	2158	22,1 %	2304
06 małopolskie	2096	636	1704	3053	45,7 %	3689
07 mazowieckie	6540	563	3240	9217	41,0 %	9780
08 opolskie	1025	125	526	1422	38,8 %	1547
09 podkarpackie	640	106	457	991	54,8 %	1097
10 podlaskie	1199	188	870	1881	56,9 %	2069
11 pomorskie	3984	488	1461	4957	24,4 %	5445
12 śląskie	6469	902	2783	8350	29,1 %	9252
13 świętokrzyskie	526	150	396	771	46,6 %	921
14 warmińsko-mazurskie	1388	108	556	1836	32,2 %	1944
15 wielkopolskie	5799	659	2166	7244	24,9 %	7903
16 zachodniopomorskie	1310	380	1298	2156	64,5 %	2536
RAZEM wg przyczyn	39266	5141	19213	52733	34,3 %	57874
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	330	38	95	372	12,7 %	410
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	827	73	197	955	15,5%	1028
wpływ ruchów antyszczepionkowych	13363	1484	7787	19676	47,2 %	21160
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	663	58	166	744	12,2 %	802
inna przyczyna	23983	3488	10968	30986	29,2 %	34474

Tab. 18. Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych - wg województw i przyczyn uchylania się - lata 2014-2018

wg województw	liczba osób uchylających się na koniec 2013	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 1.01.-31.12. 2014	liczba osób uchylających się na koniec 2014	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 1.01. - 31.12. 2015	liczba osób uchylających się na koniec 2015	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 1.01. - 31.12.2016	liczba osób uchylających się na koniec 2016	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 1.01. - 31.12.2017	liczba osób uchylających się na koniec 2017	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 1.01. - 31.12.2018	liczba osób uchylających się na koniec 2018
0	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	14
01 dolnośląskie	437	27,2%	556	73,6%	965	74,1%	1680	34,5%	2260	38,9%	3140
02 kujawsko-pomorskie	305	41,6%	432	42,8%	617	216,7%	795	49,9%	1192	32,3%	1577
03 lubelskie	539	33,0%	717	51,0%	1083	33,3%	1444	39,8%	2018	40,3%	2832
04 lubuskie	255	40,4%	358	26,0%	451	78,0%	842	23,6%	979	17,3%	1148
05 łódzkie	533	35,5%	722	22,7%	886	38,6%	1200	46,8%	1768	22,1%	2158
06 małopolskie	562	36,8%	769	47,0%	1138	14,9%	1307	60,9%	2096	45,7%	3053
07 mazowieckie	1348	48,7%	2005	110,2%	4214	23,0%	5183	26,2%	6540	40,1%	9217
08 opolskie	265	35,8%	360	59,2%	573	38,0%	791	29,6%	1025	38,7%	1422
09 podkarpackie	320	0,3%	321	- 5,6%	303	35,6%	411	55,7%	640	54,8%	991
10 podlaskie	257	57,2%	404	53,0%	618	41,3%	873	37,3%	1199	56,9%	1881
11 pomorskie	1359	36,0%	1848	42,5%	2633	15,9%	3051	30,6%	3984	24,4%	4957
12 śląskie	1693	76,6%	2989	29,8%	3881	25,0%	4849	33,4%	6469	29,1%	8350
13 świętokrzyskie	126	7,1%	135	45,2%	196	55,6%	305	72,5%	526	46,6%	771
14 warmińsko-mazurskie	207	146,4%	510	52,2%	776	23,8%	961	44,6%	1390	32,1%	1836
15 wielkopolskie	1730	67,3%	2894	21,0%	3503	25,7%	4403	31,7%	5799	24,9%	7244
16 zachodniopomorskie	186	147,3%	460	20,7%	555	60,0%	888	47,5%	1310	64,6%	2156
RAZEM wg przyczyn	10 122	52,9%	15 480	44,7%	22 392	31,6%	28 983	35,4%	39 195	34,5%	52 733
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	213	29,6%	276	6,6%	294	15,8%	373	-11,5%	330	12,8%	372
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	406	37,9%	560	14,1%	639	28,0%	795	20,6%	825	15,8%	955
wpływ ruchów antyszczepionkowych	2723	71,3%	4665	52,9%	7135	35,2%	9570	39,5%	13461	46,2%	19676
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	241	0,2%	245	94,3%	476	11,6%	502	28,7%	663	12,2%	744
inna przyczyna	6539	48,9%	9734	42,3%	13848	30,9%	17743	35,0%	23916	29,6%	30986

osób pod wpływami środowisk propagujących tzw. medycynę alternatywną (wzrost o 15,8 %).

Przeprowadzono również analizę działań podejmowanych w 2018 roku przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby zobowiązane.

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organ administracji publicznej sprawujący nadzór nad realizacją szczepień ochronnych jest bowiem uprawniony w trybie przewidzianym w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2018 r. poz. 1314, z późn. zm.) do żądania w drodze egzekucji administracyjnej wykonania obowiązku szczepień, tj. jest wierzycielem tego obowiązku. Przepisy ww. ustawy jednocześnie nakładają na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jako wierzycieli obowiązku szczepień ochronnych, prawny obowiązek podejmowania wszelkich czynności zmierzających do zastosowania przewidzianych prawem środków egzekucyjnych w celu nakłonienia osoby uchylającej się do wykonania obowiązku szczepień ochronnych. Organem egzekucyjnym właściwym w sprawie prowadzenia egzekucji obowiązku szczepień jest wojewoda, do którego kierowane są wnioski i jej przeprowadzenie przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych. Skierowanie wniosku do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień jest poprzedzone wystosowaniem do osoby uchylającej się upomnienia, zawierającego wezwanie

do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej, następnie sporządzeniem przez wierzyciela tzw. tytułu wykonawczego.

W 2018 roku państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wystosowali do osób uchylających się od wykonania obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym w wymaganym prawem zakresie:

- 4478 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej (w 2017 roku – 4405, w 2016 roku - 4081, w 2015 roku - 4411, w 2014 roku – 4081),
- 2677 tytułów wykonawczych (w 2017 roku - 2519, w 2016 roku - 2002, w 2015 roku – 1661, w 2014 roku - 1090)

i skierowali

- 2557 wniosków do wojewodów o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień (w 2017 roku – 2287, w 2016 roku - 1851, w 2015 roku - 1604, w 2014 roku - 901).

W Tabeli 19 zostały przedstawione zbiorcze dane o działaniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2018 roku – wg województw i przyczyn uchylania się.



Tab. 19. Zbiorcze dane o działaniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2018 roku – wg województw i przyczyn uchylania się.

wg województw	liczba upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień z zagrożeniem skierowania na drogę egzekucji administracyjnej	liczba wystawionych tytułów wykonawczych	liczba wniosków do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień	liczba postępowań dot. zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej	liczba skarg wierzycieli na przewlekle prowadzenie postępowania przez organ egzekucyjny	liczba zażeń wnoszonych przez organy PIS na postanowienia organu egzekucyjnego	liczba skarg sądowo-administracyjnych wierzycieli na postanowienia odwoławczego organu egzekucyjnego	liczba postępowań w sprawach o wykroczenia zakończonych wystawieniem mandatu lub wnioskiem do sądu
0	1	2	3	4	5	6	7	8
01 dolnośląskie	339	164	135	19	0	0	0	0
02 kujawsko-pomorskie	609	477	471	219	0	0	0	0
03 lubelskie	148	99	109	29	0	0	0	0
04 lubuskie	25	9	9	6	1	0	0	0
05 łódzkie	364	283	260	141	0	0	0	0
06 małopolskie	119	35	26	1	0	1	0	0
07 mazowieckie	231	48	48	30	0	23	0	0
08 opolskie	23	6	4	8	0	0	0	0
09 podkarpackie	202	90	90	35	0	0	0	0
10 podlaskie	96	70	66	20	0	0	0	0
11 pomorskie	578	357	359	156	4	50	0	0
12 śląskie	114	82	61	29	0	0	0	0
13 świętokrzyskie	166	141	71	11	0	0	0	0
14 warmińsko-mazurskie	272	142	142	20	0	0	0	0
15 wielkopolskie	585	321	307	207	2	29	0	0
16 zachodniopomorskie	607	353	399	160	0	0	0	0
RAZEM wg przyczyn	4478	2677	2557	1091	7	103	0	0
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	13	4	4	0	0	0	0	0
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	51	23	23	16	0	8	0	0
wpływ ruchów antyszczepionkowych	2031	1179	1063	483	3	45	0	0
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	23	11	10	6	0	0	0	0
inna przyczyna	2360	1460	1457	586	4	50	0	0

9. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach - ogniska epidemiczne

9.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce

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

1. ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151, 1669);
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. Nr 294 poz. 1741);
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 okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100 poz. 645);
4. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 100 poz. 646);
5. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 746).

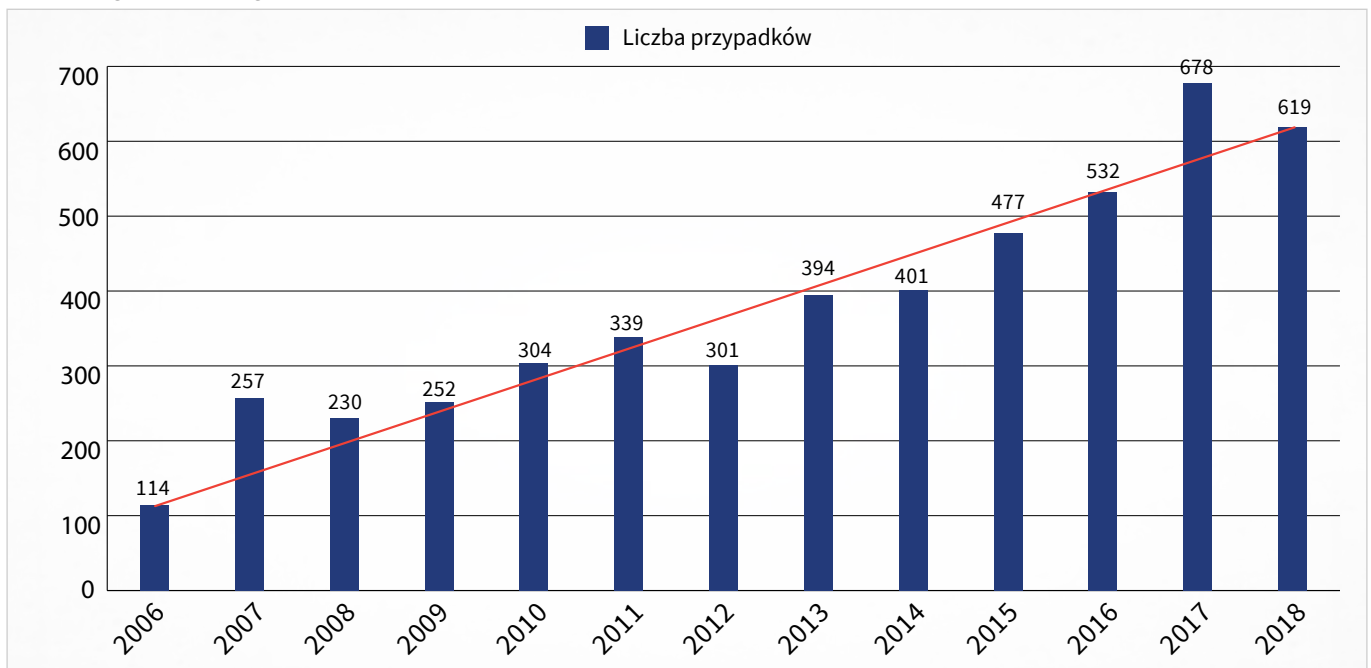
Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi ma charakter wewnętrznoszpitalny i regulowany

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 weryfikację, sporządzania i przekazywanie raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, oraz zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych. Ponadto art. 14 ust. 2 ustawy nakłada na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń i czynników alarmowych.

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

Wyk. 18. Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2018.



Źródło: opracowanie własne (GIS)

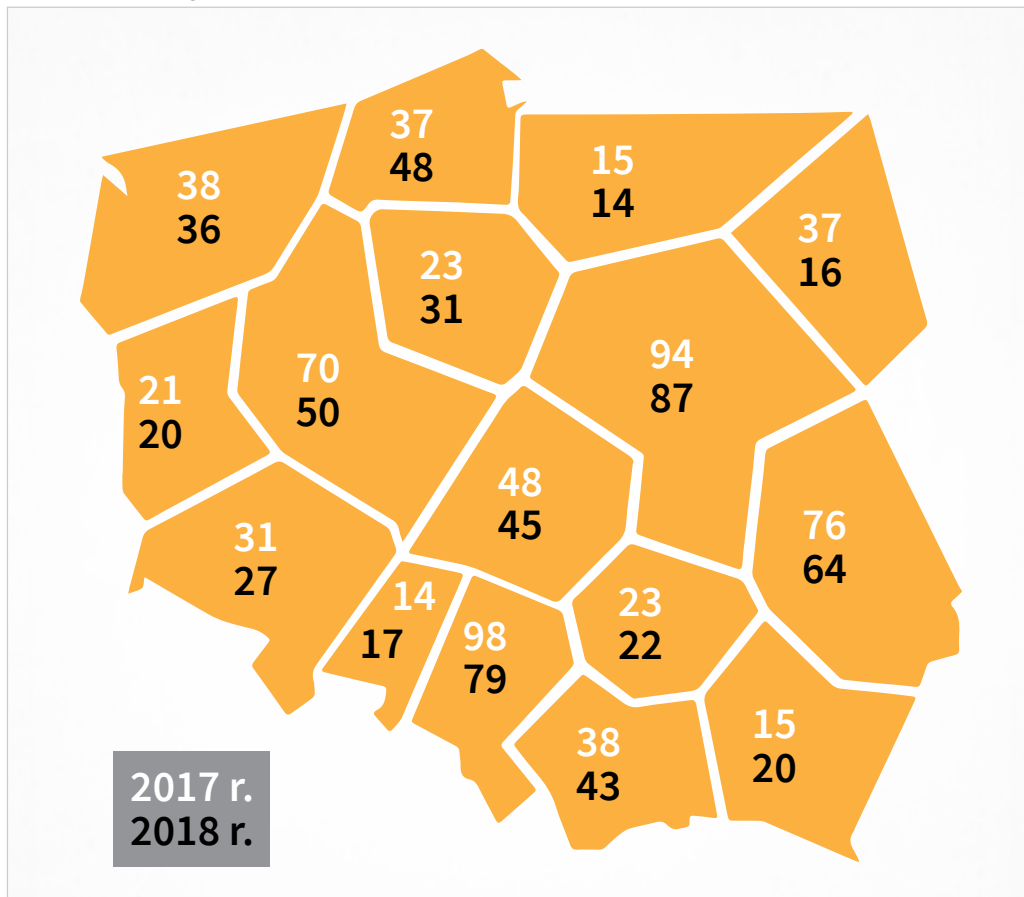
9.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala

Od 2006 roku obserwuje się tendencję wzrostową zgłaszalności liczby ognisk zakażeń szpitalnych - z 114 w 2006 roku do 619 w 2018 roku. Zwiększoną na przestrzeni wielu lat zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych 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 18.

W 2018 roku zgłoszono 619 ognisk zakażeń szpitalnych z 265 podmiotów, co w porównaniu z rokiem 2017, w którym zgłoszono 678 ognisk epidemicznych stanowi 10 % spadek zgłaszalności ognisk epidemicznych do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ogniska epidemiczne w 2018 roku zgłoszono z 265 podmiotów leczniczych, zaś 2017 roku zgłoszono z 301 podmiotów. Wzrost liczby zgłoszonych ognisk epidemicznych zanotowano w województwach: podkarpackim, opolskim, pomorskim, małopolskim, kujawsko-pomorskim. Zmniejszyła się natomiast liczba zarejestrowanych ognisk zakażeń szpitalnych w województwach: mazowieckim, podlaskim, lubelskim, śląskim, dolnośląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim, lubuskim, świętokrzyskim. Wykres 19.

Wyk. 19. Liczba ognisk epidemicznych w Polsce w roku 2017 i 2018



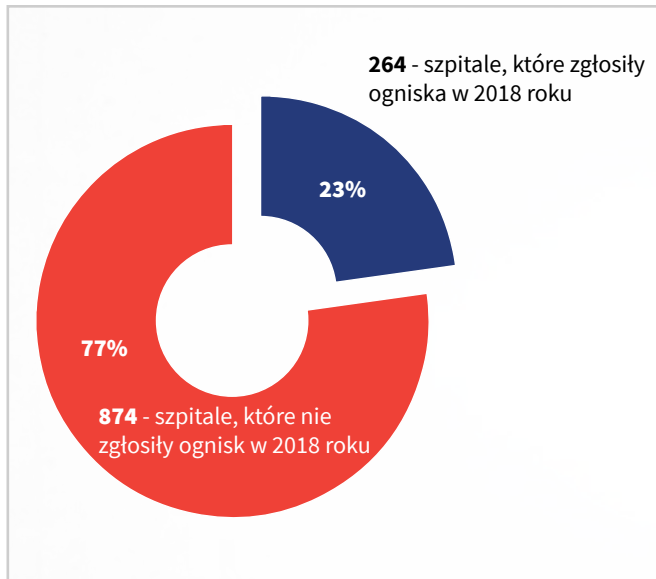
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych obecnie pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się 1138 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych w 2018 roku wpłynęły z 264 szpitali, co stanowiło 23% ogółu wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w Polsce. Wykres 20.

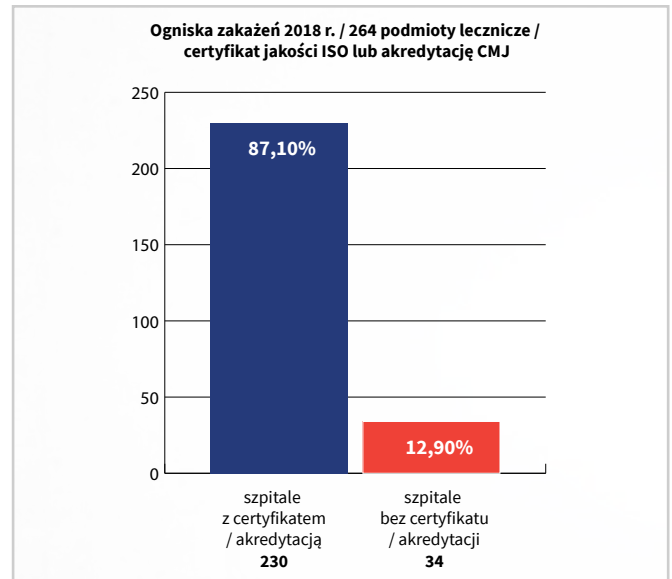
Największą zgłaszalnością w rejestracji ognisk zakażeń szpitalnych w 2018 roku wykazały się szpitale powiatowe – 91 podmiotów, co stanowiło 35% wszystkich podmiotów zgłaszających ogniska zakażeń. W 2018 roku raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych przesyłały 64 (24%) szpitale specjalistyczne, 46 (17%) szpitale wojewódzkich i 44 (17%) klinicznych. Wykres 21.

Wyk. 20. Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej



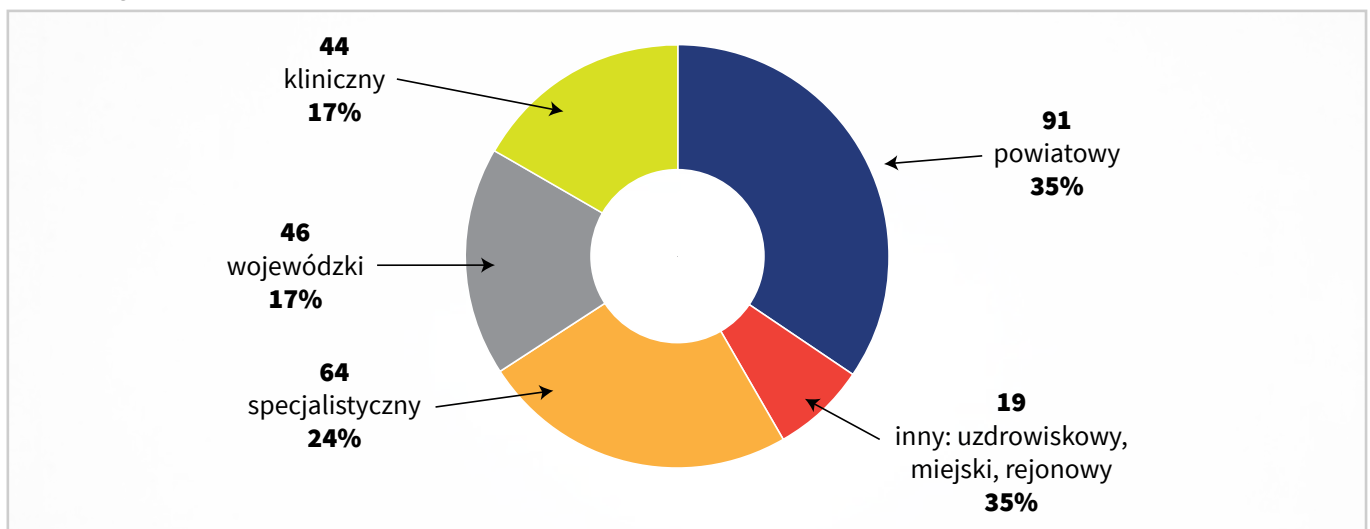
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 22. Certyfikaty jakości ISO / akredytacja CMJ w podmiotach leczniczych.



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 21. Ogniska zakażeń 2018 rok a referencyjność szpitala.



Źródło: opracowanie własne (GIS)

230 (87,10%) podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne posiadało co najmniej jeden certyfikat zgodności systemu zarządzania jakością (ISO) lub certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w ochronie zdrowia (CMJ). Wysoka zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w podmiotach, które przystępują dobrowolnie do oceny zewnętrznej wykonywanych świadczeń (ISO, CMJ), może świadczyć o wprowadzeniu skutecznego systemu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń w szpitalu oraz efektywność sprawowanego nadzoru zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. Wykres 22.

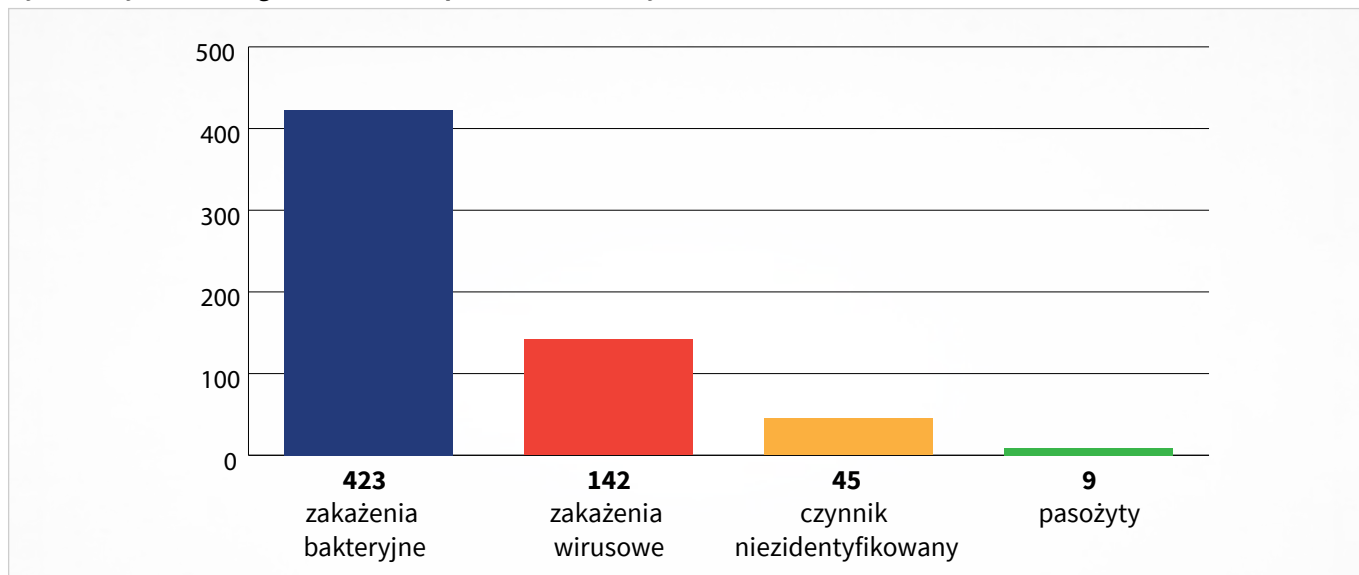
W 2018 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostało zgłoszonych 619 ognisk epidemicznych. Najczęstszymi czynnikami etiologicznym były czynniki: bakteryjne – 423 (68,3%), wirusowe – 142 (23%) i pasożytnicze (1,4%). Wykres 23.

W 45 (7,3%) przypadkach zgłoszonych ognisk epidemicznych nie udało się ustalić czynników etiologicznych wywołujących ogniska zakażeń szpitalnych. Wykres nr 24.

Wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej/laboratoryjnej jest elementem kluczowym w nadzorze nad zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. W 2018 roku zauważono spadek liczby wykonywanych badań przesiewowych (w celu potwierdzenia /wykluczenia ogniska) u pacjentów z zakażeniem objętych ogniskiem epidemicznym (70,7%) w stosunku do roku 2017 (71,5%). Tabela 20.

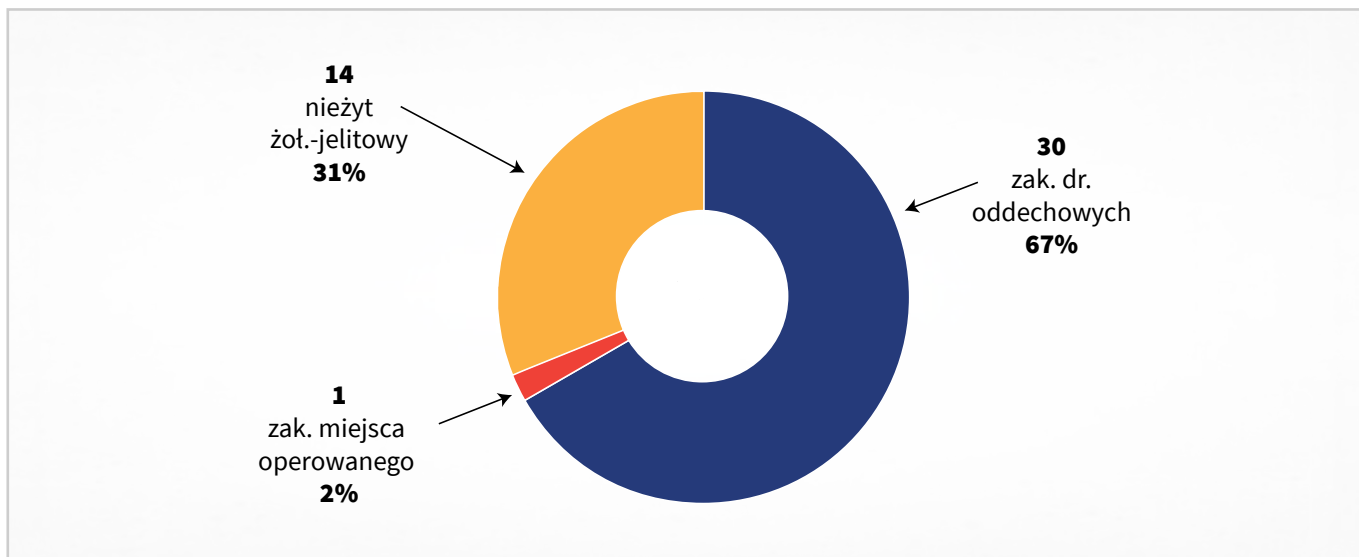
Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala Państwo-

Wyk. 23. Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych w 2018 roku



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 24. Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2018 roku.



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Tab. 20. Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2017 - 2018

Rok	2018	2017
Ogólna liczba osób z zakażeniem w ogniskach	4234	4170
Łączna liczba osób potwierdzona badaniami laboratoryjnymi	2992	2983

Źródło: opracowanie własne (GIS)

wa Inspekcja Sanitarna otrzymuje dane dotyczące wzrostu liczby zakażeń wywołanych czynnikiem etiologicznym w sytuacji wystąpienia potwierdzonego epidemicznego wzrostu ich liczby (informacje o ogniskach zakażeń w szpitalach).

Obecnie sytuacja epidemiologiczna w Polsce ma charakter zróżnicowany.

Z nadesłanych za 2018 rok zbiorczych rocznych raportów dotyczących sytuacji epidemiologicznej szpitala wynika, iż we wszystkich województwach podobnie jak w latach ubiegłych najczęściej występującym czynnikiem alarmowym, była toksynotwórcza laseczka *C.difficile* wywołująca zakażenie przewodu pokarmowego. Zakażenia wywołane przez laseczki *C.difficile* stają się coraz większym problemem epidemiolo-



10/0,25

40/0,65

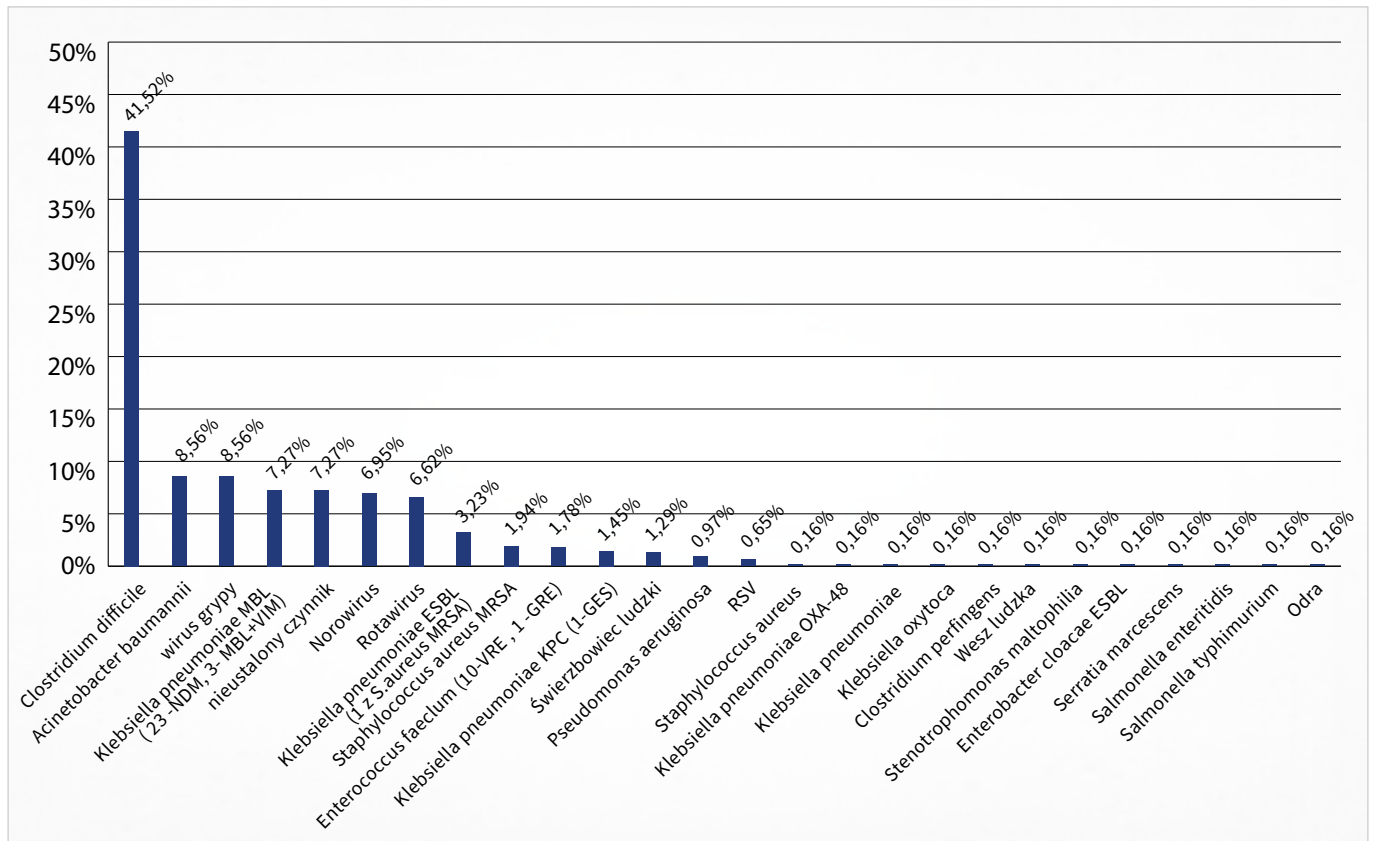
100/1,25

gicznym 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.

W porównaniu z rokiem ubiegłym odnotowano wzrost liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez: *Acinetobacter*

baumannii, wirusy grypy oraz norowirusy. Zaobserwowano trend malejący w zakresie występowania w ogniskach epidemicznych pałeczek niefermentujących z gatunku *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* MRSA oraz rotawirusy. Procentowy udział wszystkich czynników alarmowych wywołujących zakażenia szpitalne zgłoszonych w 2018 roku przez szpitale. Wykres 25.

Wyk. 25. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2018 roku

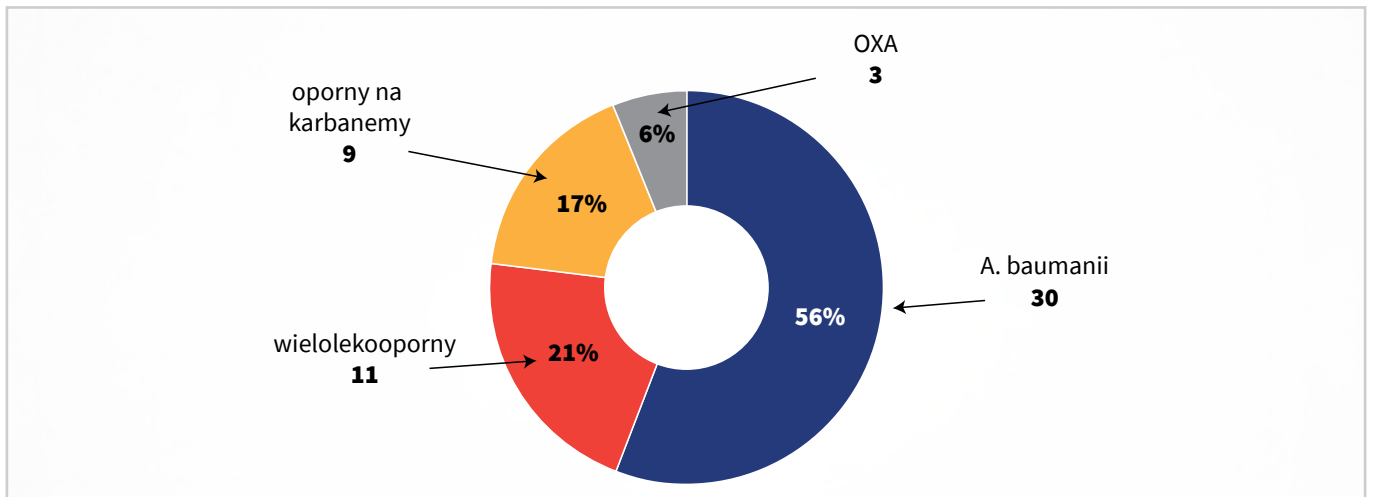


Źródło: opracowanie własne (GIS)

Drugim co do częstości czynnikiem etiologicznym wywołującym ogniska epidemiczne w szpitalach była Gram (-) pałeczka *Acinetobacter baumannii*, która była przyczyną

53 ognisk epidemicznych, co stanowiło 8,56% wszystkich zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych. Wykres 26.

Wyk. 26. Ogniska zakażeń *Acinetobacter baumannii* w 2018 roku.



Źródło: opracowanie własne (GIS)

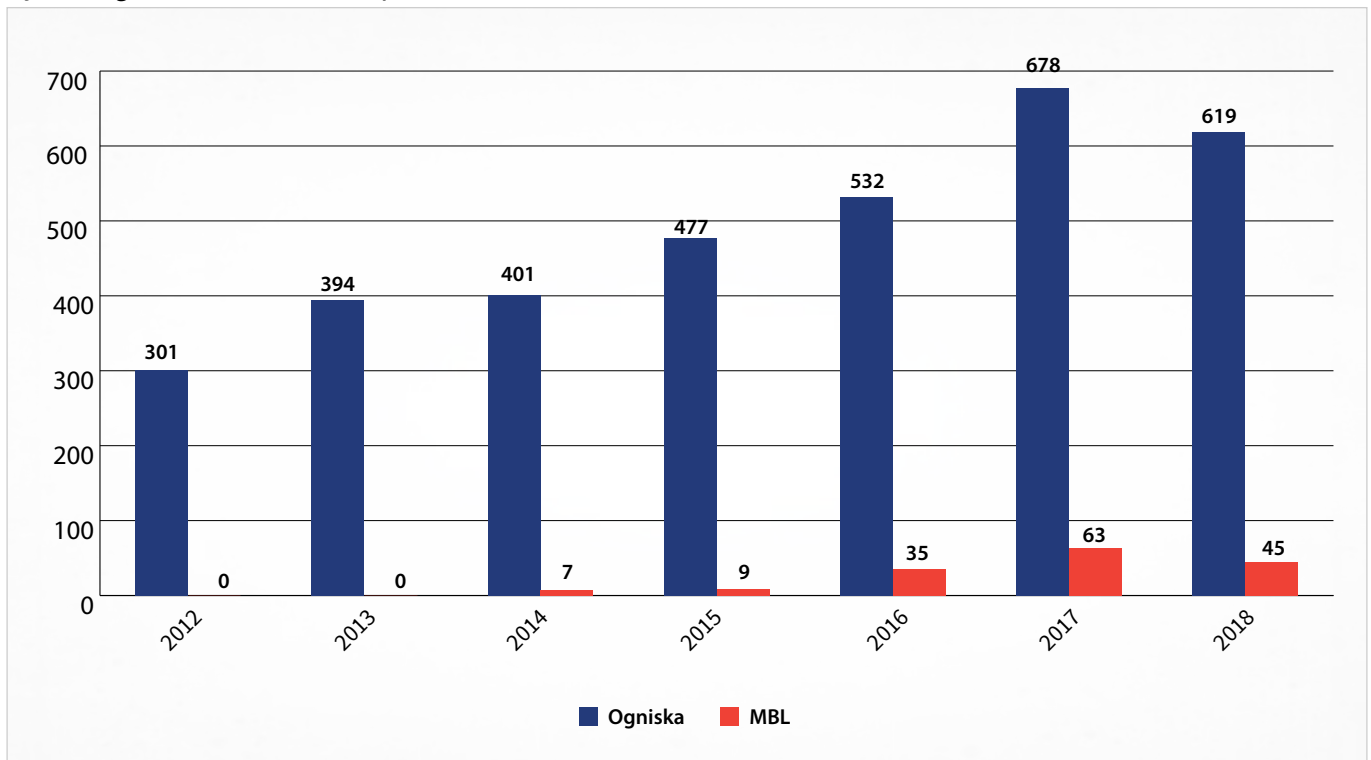
Pałeczki *Klebsiella pneumoniae* dysponują niezwykle niebezpiecznymi mechanizmami oporności, które prowadzą do wyeliminowania skuteczności wszystkich lub niemal wszystkich antybiotyków. Pierwsze ogniska zakażeń szpitalnych o etiologii *Klebsiella pneumoniae* typu NDM (New Delhi) zostały zgłoszone w Polsce w 2014 roku. Wykres 27.

W 2018 roku zakażeniu w ogniskach epidemicznych wywołanych przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae* uległo łącznie 275 osób, natomiast na podstawie wykonanych badań przesiewowych u 349 osób stwierdzono kolonizację/nosicielstwo. Są to szpitale kliniczne, wojewódzkie jak też

powiatowe. Zakażenia dotyczyły głównie układu moczowego, układu oddechowego, ran i łożyska naczyniowego. Wykres 28.

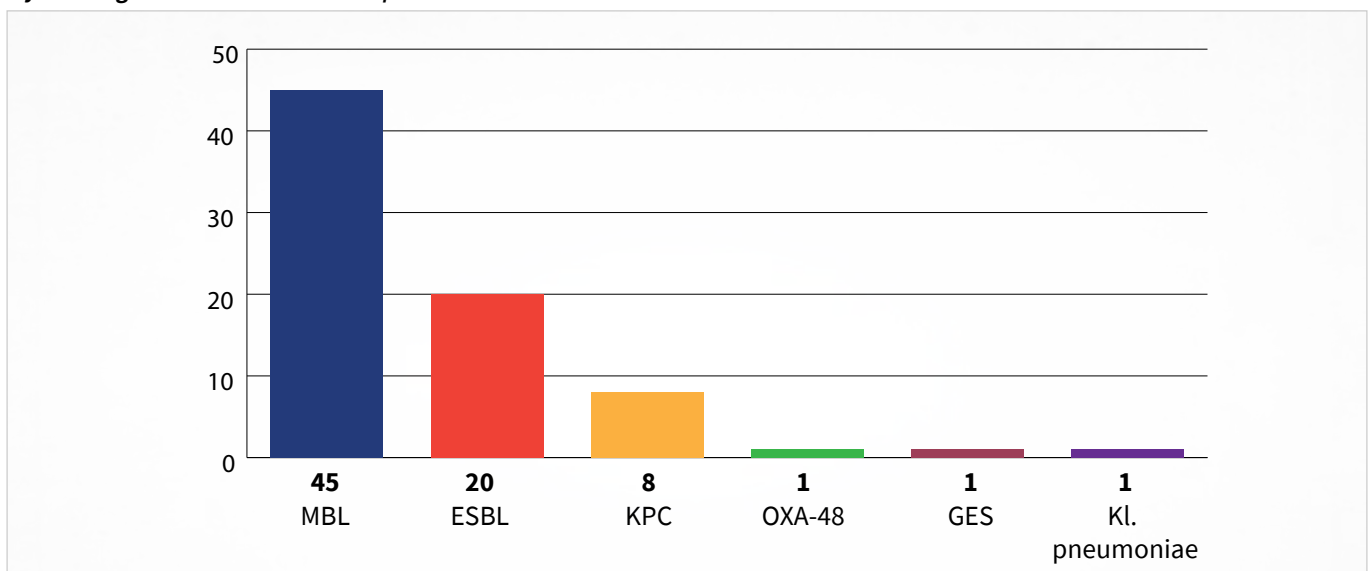
W 2018 roku zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 45 ognisk epidemicznych wywołanych przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae* MBL. W ogniskach zakażeniu uległy 162 osoby, u 294 stwierdzono kolonizację/nosicielstwo. Ogniska epidemiczne zgłosiły szpitale w województwach: mazowieckim, podlaskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim, pomorskim, kujawsko-pomorskim, śląskim, lubelskim, zachodniopomorskim.

Wyk. 27. Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* MBL w latach 2012- 2018



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 28. Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* w 2018 roku



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Jak w latach ubiegłych, tak i w roku 2018 zespoły kontroli zakażeń szpitalnych, często w konsultacji z pracownikami Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały 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 izolacji pacjentów zakażonych lub skolonizowanych, zakresu i częstotliwości prowadzenia badań przesiewowych pacjentów hospitalizowanych oraz nasilenia wewnętrznych kontroli stosowania procedur a także edukacji pacjentów przebywających w szpitalach oraz ich rodzin na temat zasad postępowania w celu zapobiegania zakażeniom.

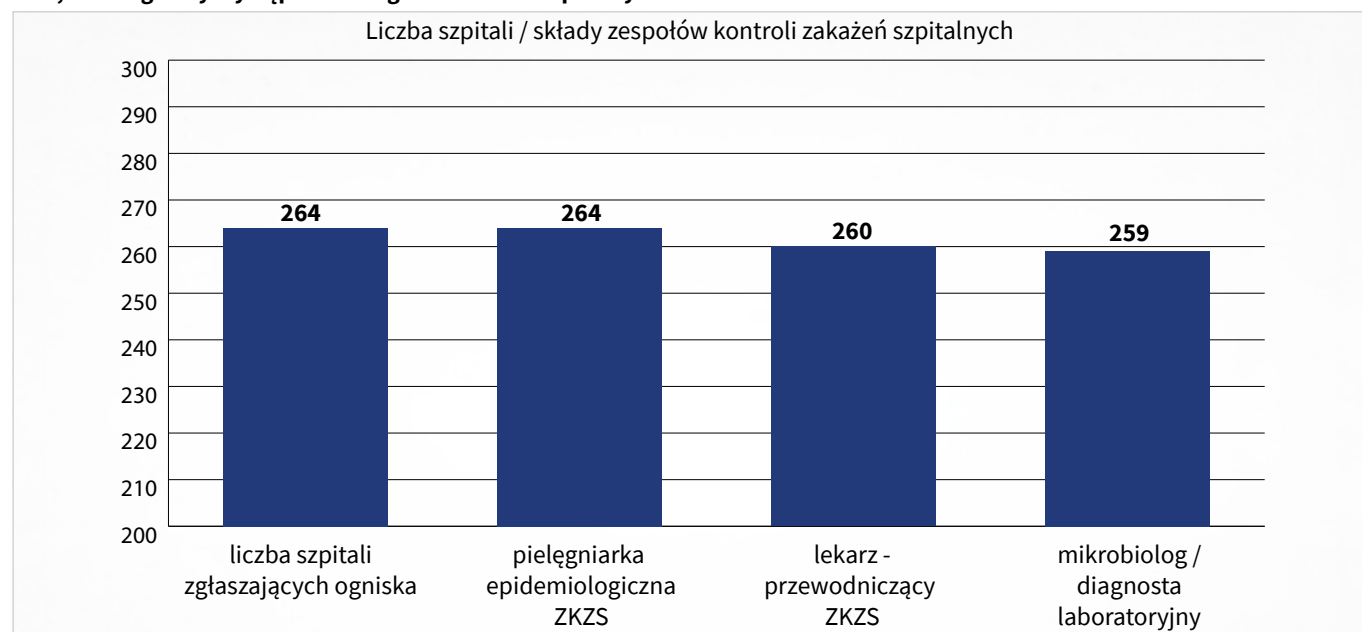
10. Składy zespołów kontroli zakażeń szpitalnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, które zgłosiły ogniska epidemiczne w 2018 roku

Istotnym warunkiem prawidłowego nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi jest rzeczywiste funkcjonowanie w szpitalu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych złożonego z fachowego personelu. Według aktualnych wymagań prawnych ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w skład zespołu wchodzi: lekarz ze specjalizacją jako przewodniczący, pielęgniarka epidemiologiczna 1 na 200 łóżek, jako specjalista ds. epidemiologii

lub higieny i epidemiologii oraz diagnosta laboratoryjny jako specjalista ds. mikrobiologii.

We wszystkich 264 szpitalach, które zgłosiły w roku 2018 występowanie ognisk zakażeń szpitalnych zostały powołane zespoły kontroli zakażeń szpitalnych, zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wykres 29.

Wyk. 29. Realizacja obowiązujących przepisów dotyczących składu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (ZKZS) / w 264 podmiotach, które zgłosiły występowanie ognisk zakażeń szpitalnych w 2018 r.

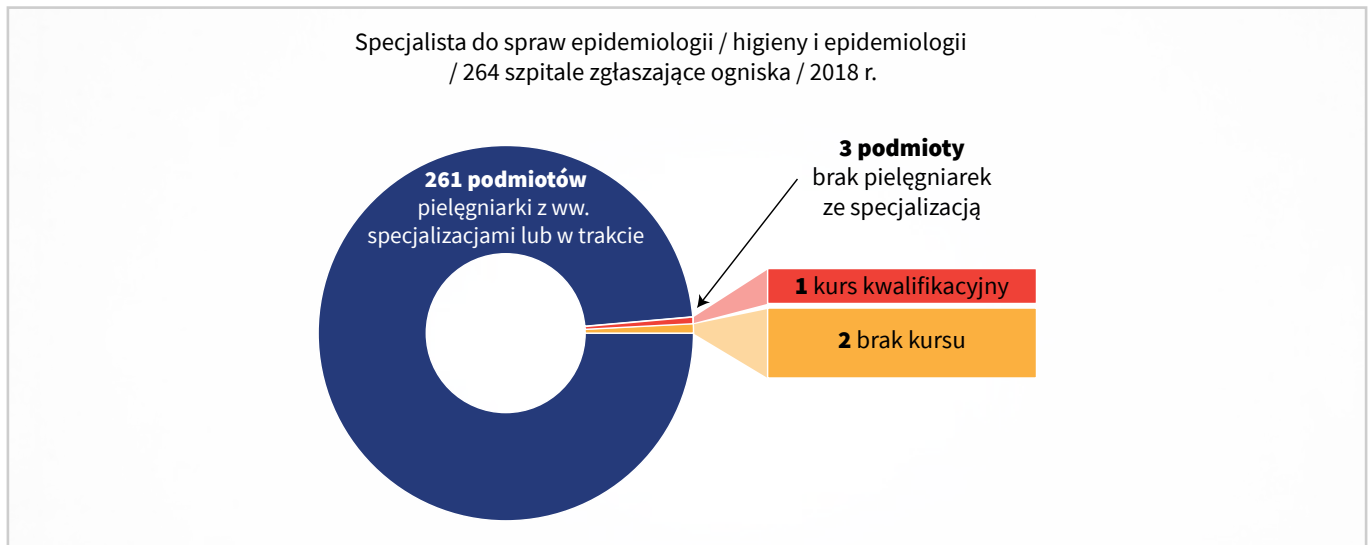


Źródło: opracowanie własne (GIS)

W 259 (98,10%) z 264 szpitali, które przekazały raporty o występowaniu ognisk epidemicznych powołano zespoły kontroli zakażeń szpitalnych zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W skład wszystkich 264 zespołów kontroli zakażeń powołane zostały pielęgniarki epidemiologiczne (100%). W 261 (98,86%) szpitalach pielęgniarki posiadały lub były w trakcie wykonywania specjalizacji w dziedzinie epidemiologii / higieny i epidemiologii. Wykres 30.

Wyk. 30. Realizacja obowiązujących przepisów - specjalista ds. epidemiologii/higieny i epidemiologii / w 264 podmiotach, które zgłosiły występowanie ognisk zakażeń szpitalnych w 2018 roku.



Źródło: opracowanie własne (GIS)

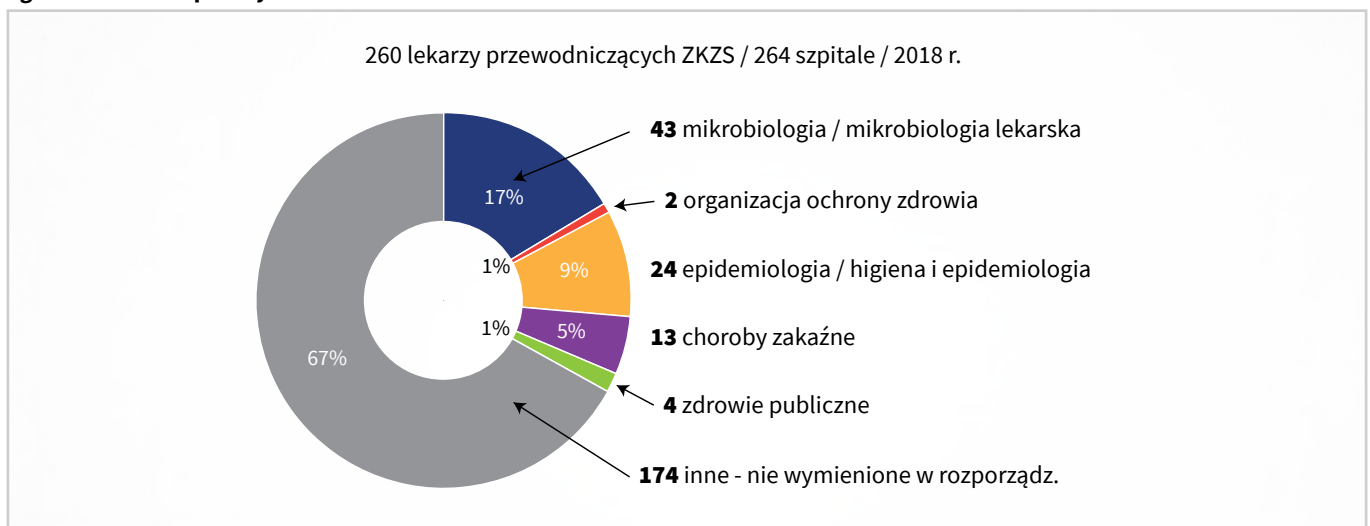
Zaledwie 218 (82,58%) z 264 podmiotów, które zgłosiły występowanie ognisk zakażeń spełniała wymagania ustawy dotyczącej zapewnienia 1 pielęgniarki epidemiologicznej na 200 łóżek.

W 260 (98,48%) z 264 szpitali w skład zespołów kontroli zakażeń szpitalnych wchodził lekarz jako przewodniczący zespołu, natomiast jedynie 86 (33,07%) z 260 lekarzy przewodniczących ZKZS posiadało tytuł specjalisty lub uzyskało specjalizację zgodną z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Wykres 31.

W 6 szpitalach do składów ZKZS zostali powołani lekarze jako przewodniczący zespołów ze specjalizacją w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej.

W 259 (98,10%) z 264 szpitalach do składów zespołów kontroli zakażeń szpitalnych zostali powołani specjaliści do spraw mikrobiologii /diagnozy laboratoryjnej. W 247 podmiotach leczniczych spełniali oni wymagania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Wyk. 31. Realizacja obowiązujących przepisów – lekarz – przewodniczący ZKZS / w 264 podmiotach, które zgłosiły występowanie ognisk zakażeń szpitalnych w 2018 roku.



Źródło: opracowanie własne (GIS)







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE

Spülwasser

**Jakość wody
przeznaczonej do spożycia**

1. Wstęp

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi już od 19 lipca 1919 r., kiedy to w życie weszła pierwsza ustawa sanitarna¹. Obecnie nadzór sanitarny prowadzony jest na podstawie krajowych aktów prawnych o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*² i ustawy o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków*³. Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi*⁴, 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 na każdym etapie jej produkcji i dystrybucji (ujmowania, uzdatniania, dostarczania sieciami i instalacjami wodociagowymi).

Podstawą zapewnienia konsumentom bezpiecznej wody do spożycia stanowią zarówno badania wykonywane przez producentów wody w ramach kontroli wewnętrznej, jak i badania realizowane w ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (zgodnie z ustalonym planem działania na dany rok). Producenci wody prowadzili badania jakości wody na podstawie uzgodnionych z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej harmonogramów pobierania próbek wody, zgodnie z częstotliwością i zakresem określonymi w prawie krajowym⁴. Sprawozdania z powyższych badań były na bieżąco przekazywane organom Państwo-

wej Inspekcji Sanitarnej, które weryfikowały terminowość ich przekazywania, analizowały wyniki badań jakości wody oraz określały przydatność wody do spożycia. W sytuacji, gdy woda nie odpowiadała wymaganiom Rozporządzenia⁴, monitorowały wywiązywanie się producentów wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych. Każdorazowo po stwierdzeniu, że jakość wody uległa zmianie i odbiega od norm krajowych, właściwy państwowy inspektor sanitarny opracowywał komunikat o jakości wody i zasadach jej użytkowania. Komunikaty rozpowszechniane były natomiast przez właściwego wójta (burmistrza, prezydenta miasta) w sposób umożliwiający bezzwłoczne 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 wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zakres badań obejmuje zarówno badania mikrobiologiczne, fizykochemiczne, organoleptyczne oraz badania stężeń promieniotwórczości w wodzie. Podstawą nadzoru nad jakością wody przeznaczoną do spożycia przez ludzi jest 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 z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego wody przyczyniają się do systematycznej jej poprawy.

2. Zaopatrzenie ludności w wodę

2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 2017 r. w 72% pochodziła z ujęć podziemnych i w 28% z ujęć powierzchniowych – 11675 ujęć wody wykorzystywanych do zbiorowego zaopatrzenia, w tym 353 ujęć powierzchniowych i 11322 ujęć podziemnych.

W latach 2000-2017 obserwuje się stałą malejącą tendencję do wykorzystywania wody z ujęć powierzchniowych. Z ujęć powierzchniowych wodę najczęściej pobierają wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miej-

skie 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 wpływu jednak na bezpieczeństwo zdrowotne wody.

Polska zaliczana jest do krajów ubogich w zasoby wodne (zasoby wód Polski plasują się na 3 miejscu od końca wśród krajów UE). Przeciętne zasoby wód w Polsce wynoszą ok. 60 mld m³, a w porach suchych ten poziom może spaść nawet poniżej 40 mld m³⁵.

1 Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz.Pr.P.P. 1919 nr 63 poz. 371)

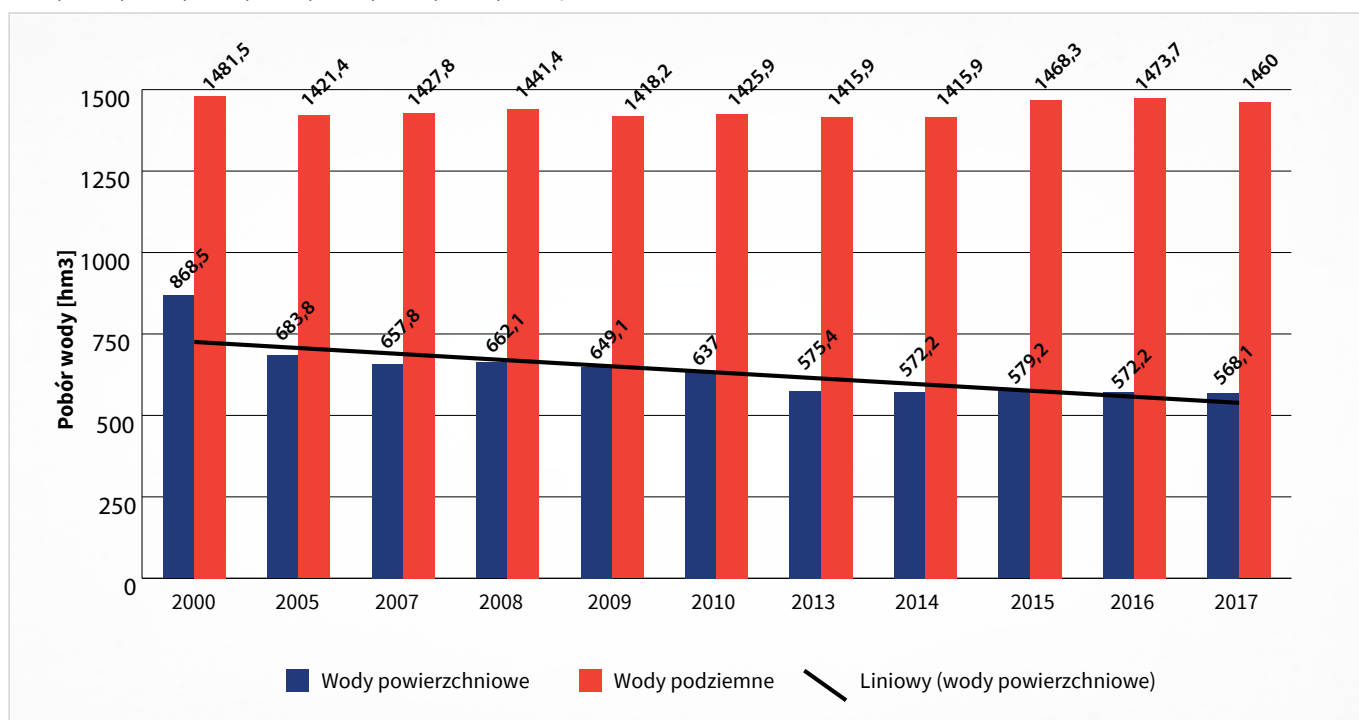
2 Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 59)

3 Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2018 r. poz. 1152)

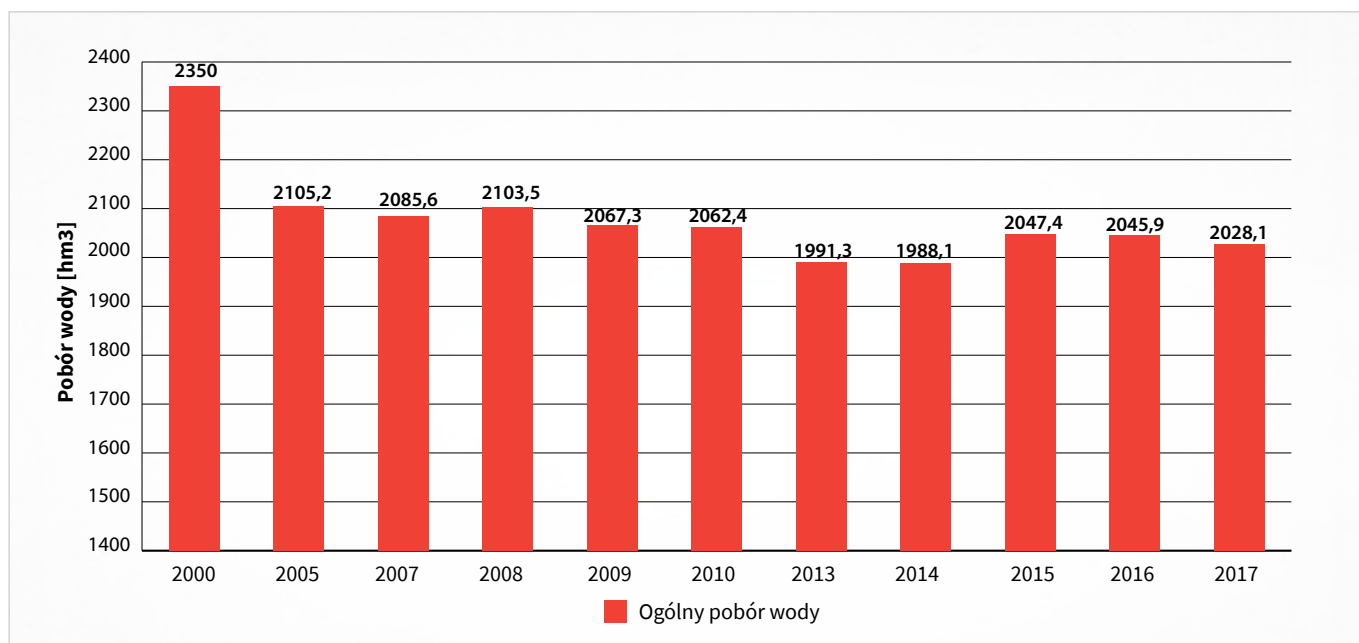
4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

5 źródło: Ochrona Środowiska 2018

Wyk. 32. Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2017 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)



Wyk. 33. Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2017 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)



Pobór wody na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce stopniowo maleje, w 2017 r. wyniósł 2028,1 hm³. Malejąca sprzedaż wody dla gospodarstw domowych w wyniku racjonalnej gospodarki wodnej konsumentów, stosowanie nowoczesnych urządzeń AGD, wprowadzenie wodomierzy, wymiana armatury oraz wzrost opłat za pobór wody są przyczyną stałego zmniejszania poboru wody do celów zbiorowego zaopatrzenia.

2.2. Zmiany legislacyjne

Z dniem 11 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia⁶, które wdraża do polskiego systemu prawnego rozwiązania zawarte w dyrektywie Komisji (UE) 2015/1787⁷.

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

7 Dyrektywa Komisji (UE) 2015/1787 z dnia 6 października 2015 r. zmieniająca załączniki II oraz III do dyrektywy Rady 98/83/WE w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Kluczowe zmiany dotyczą m.in.:

- wprowadzenia możliwości przyjęcia elastycznego systemu monitorowania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi realizowanego na podstawie oceny ryzyka przeprowadzanej w oparciu o normę PN-EN 15975-2⁸;
- zmiany w zakresie podejścia do charakterystyki metod badań parametrów chemicznych wskazanych w załączniku III do dyrektywy 98/83/WE⁹ - wprowadzenie niepewności pomiaru;
- doprecyzowanie sposobu informowania konsumentów o jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

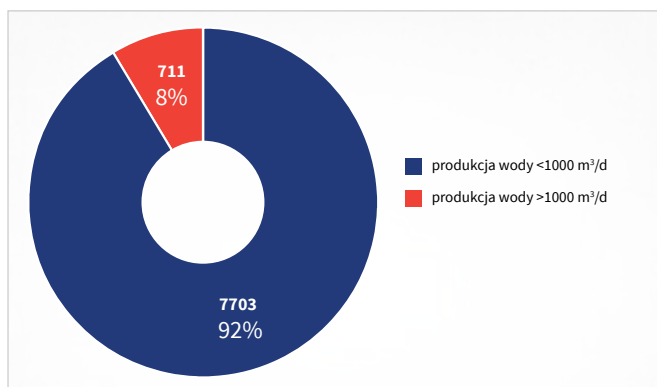
W związku z krajowymi problemami w dotrzymaniu niektórych parametrów wskaźnikowych, w nowej regulacji wprowadzono rozwiązanie kompromisowe, gwarantujące jednocześnie zachowanie norm bezpieczeństwa konsumentów w zakresie stwierdzania warunkowej przydatności wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Rozwiązanie pozwala na utrzymanie ciągłości dostaw wody, w sytuacjach, gdzie przekroczenie wartości parametrycznej danego parametru nie będzie stwarzało zagrożenia zdrowotnego.

Tab. 21. Struktura wodociągów w 2018 r. (opracowanie własne)

Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę (w tys.)	
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom*	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	3409	3337	1573,225	1573,225
101-1000	4294	4260	10246,081	10246,081
1001-10000	652	650	11965,251	11965,251
10001-100000	55	55	8362,721	8362,721
>100000	4	4	4017,980	4017,980
SUMA	8414	8306	36265,540	36165,258

* 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.

Wyk. 34. Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2018 r. (opracowanie własne)

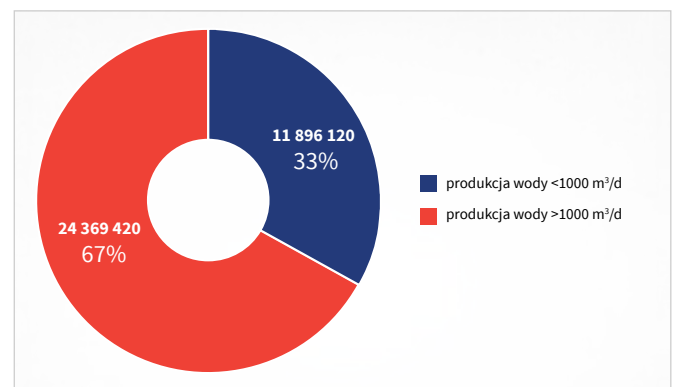


2.3. Struktura wodociągów w Polsce

Zgodnie z art. 3 ust. 1 Ustawy¹⁰, zaopatrzenie w wodę jest zadaniem własnym gminy. Przepisy Ustawy regulują również zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura wodociągów w 2018 r. została przedstawiona w poniższej tabeli.

W roku 2018 funkcjonowało 8414 wodociągów zaopatrujących w wodę około 36 mln konsumentów. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8384 wodociągów, co stanowi 99,6% wszystkich wodociągów. W 2018 r. w ewidencji znajdowało się 8414 wodociągów, tj. o 23 mniej niż w 2017 r. Pomimo, iż liczba małych wodociągów maleje, to poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadal nadmierne rozproszenie wodociągów. Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1000 m³/d wody stanowią 92% wszystkich przedsiębiorstw i zaopatrują około 12 mln ludności, co stanowi 33% ludności zaopatrywanej w wodę.

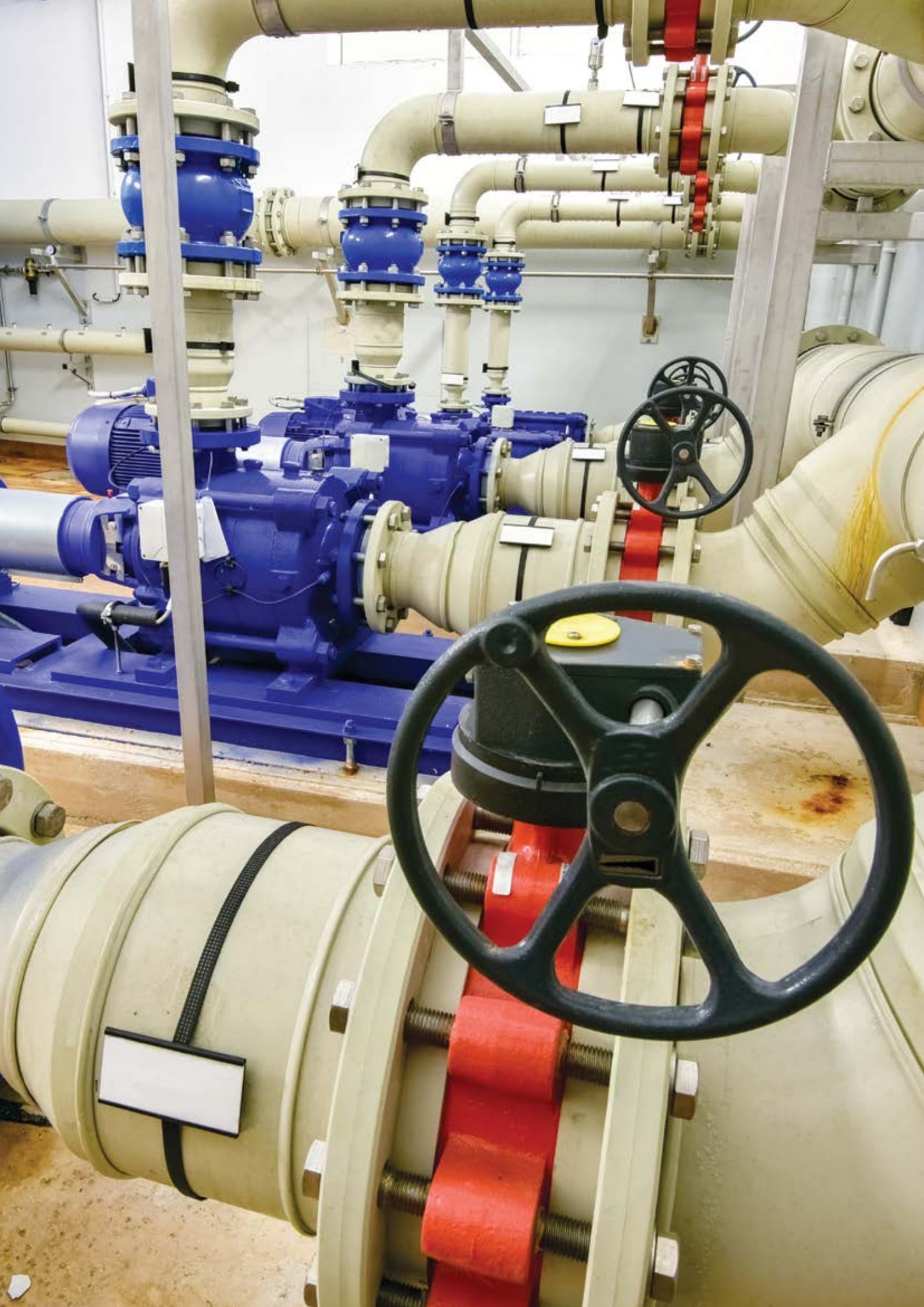
Wyk. 35. Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2018 r. (opracowanie własne)



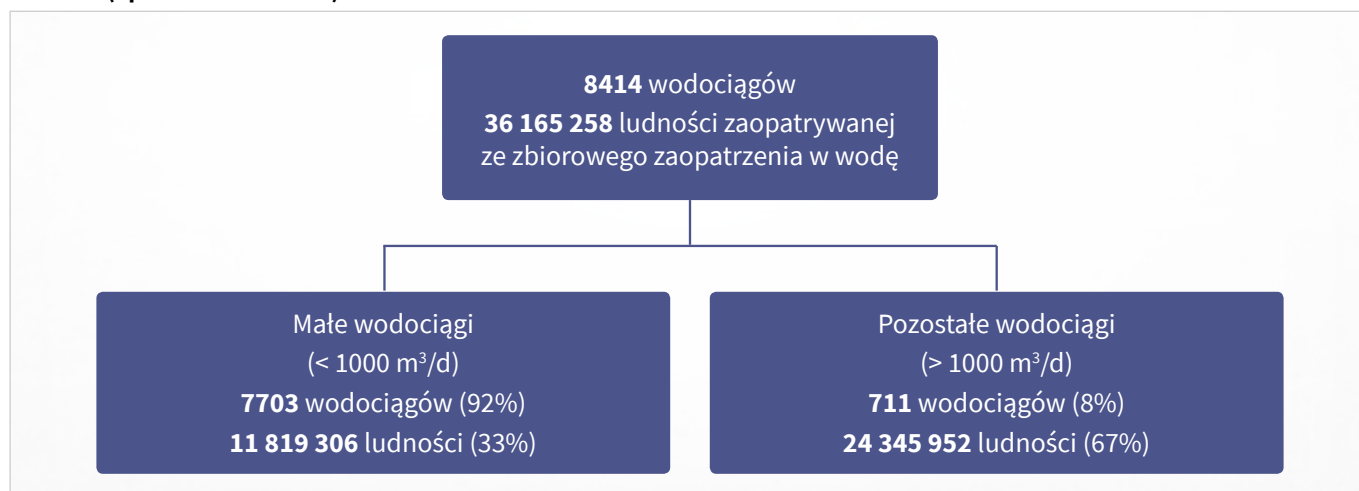
8 Bezpieczeństwo zaopatrzenia w wodę pitną – Wytyczne dotyczące zarządzania kryzysowego i ryzyka – Część 2: Zarządzanie ryzykiem

9 Dyrektywa Rady 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

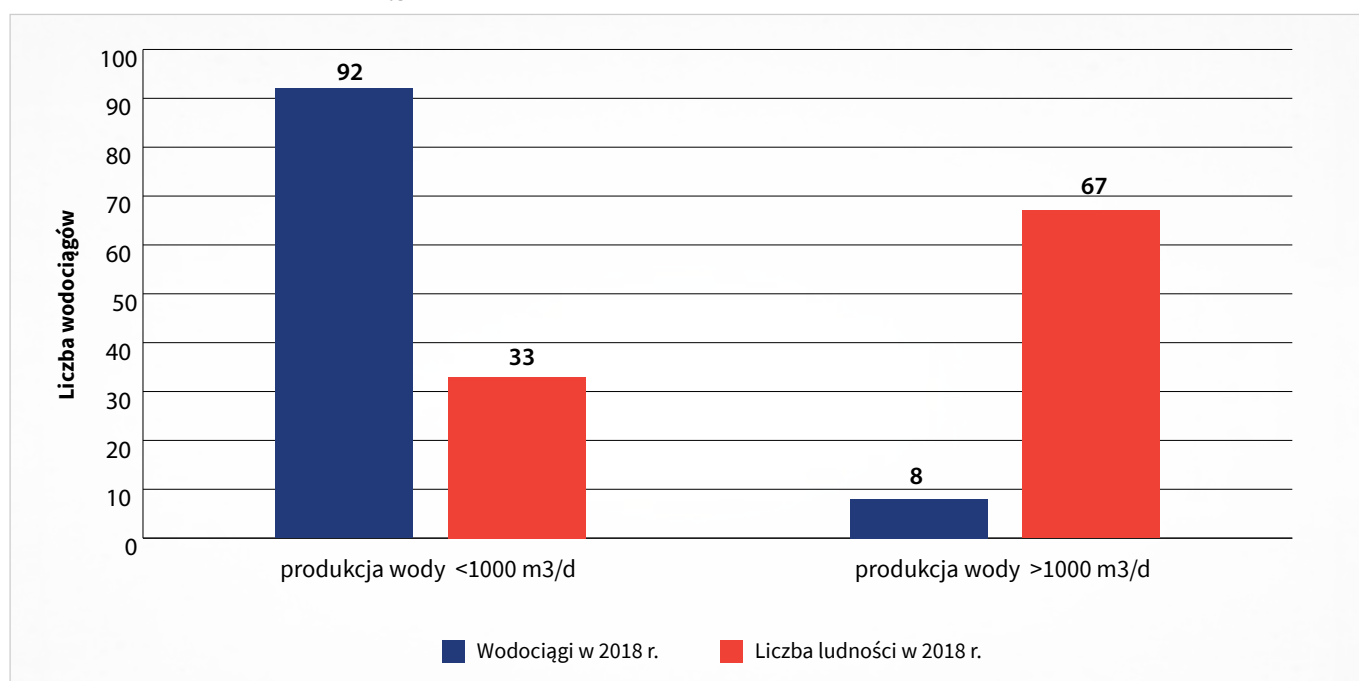
10 Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2018 r. poz. 1152)



Rys. 1. Liczba wodociągów małych produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2018 r. (opracowanie własne)



Wyk. 36. Struktura podziału wodociągów i zaopatrywanej ludności w zależności od produkcji (opracowanie własne)



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.

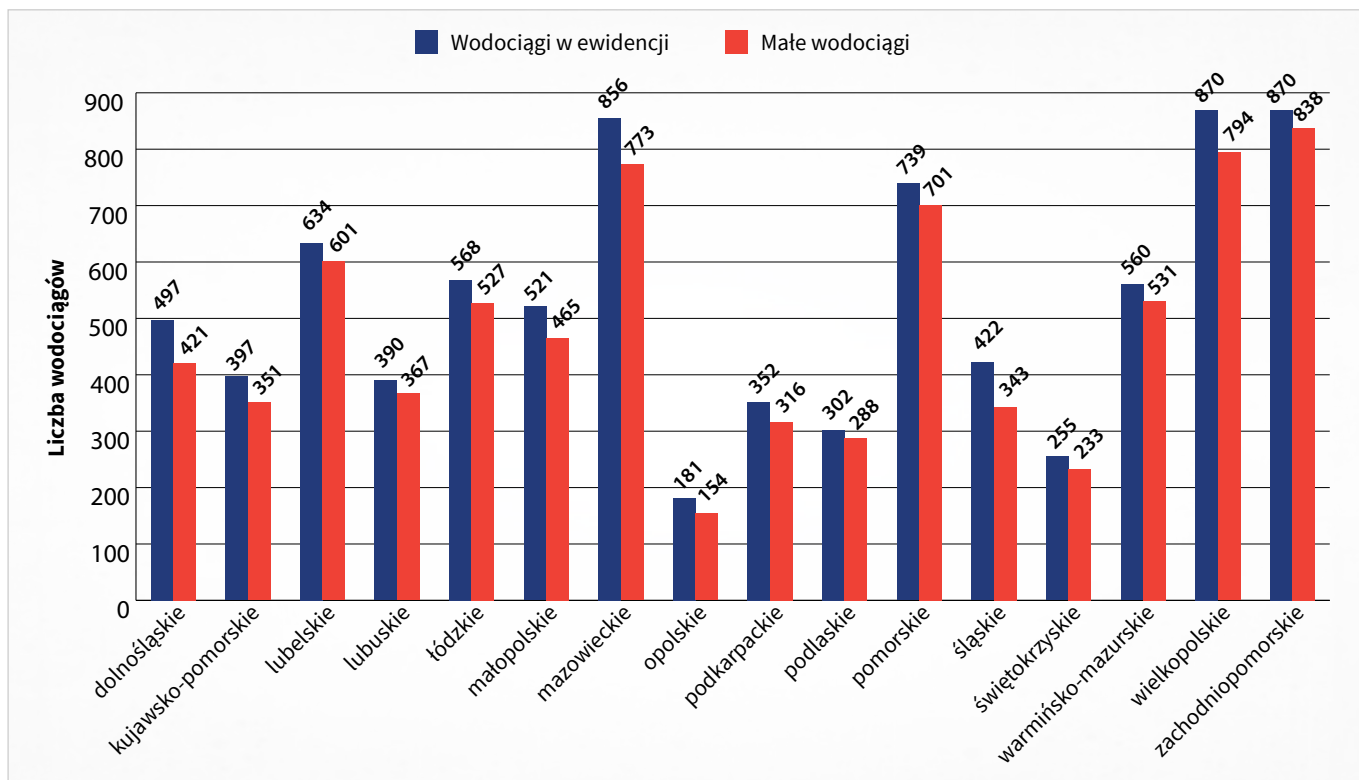
2.4. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach

Najwięcej małych wodociągów, produkujących poniżej 1000 m³/d, znajduje się w województwie zachodniopomorskim (838 obiektów w ewidencji), a najmniej w województwie opolskim (154 wodociągów). Najwięcej dużych wodociągów, czyli produkujących powyżej 1000 m³/dobę

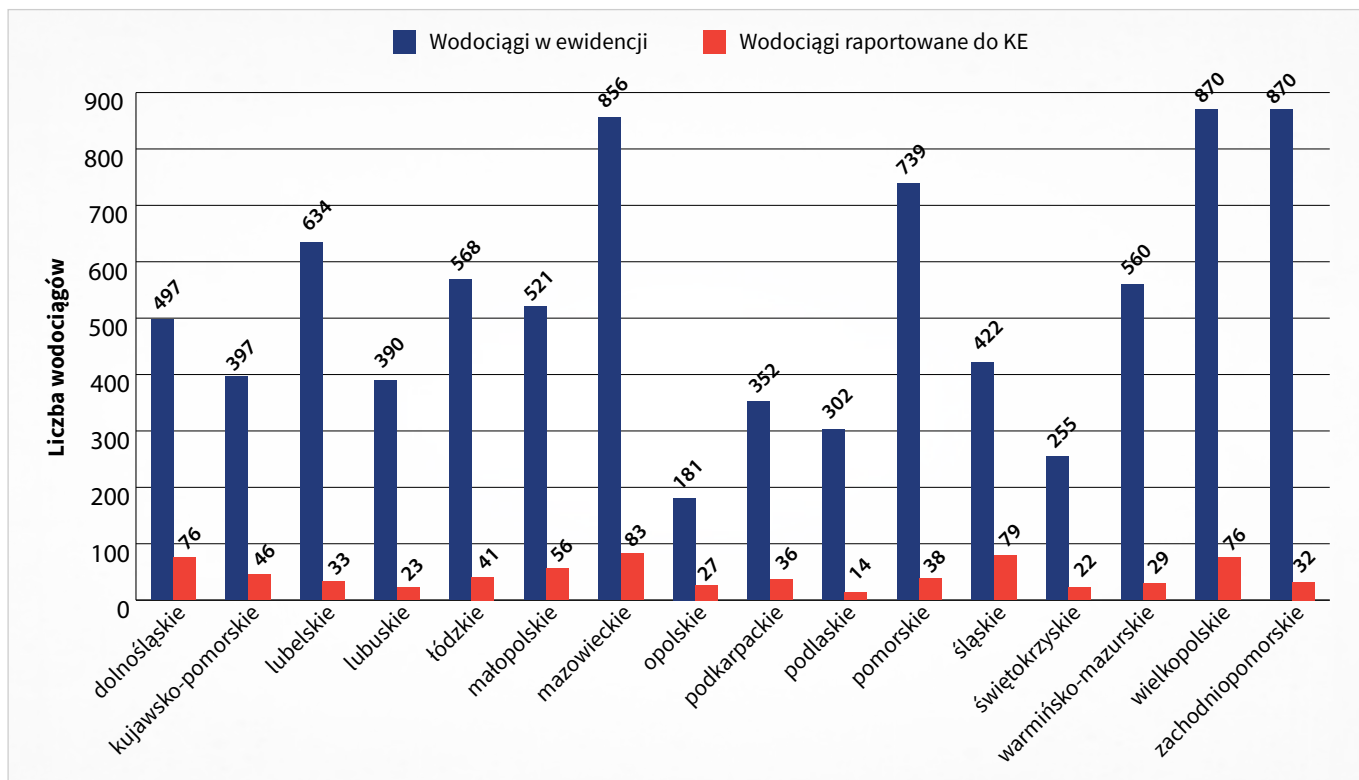
znajduje się na terenie województwa mazowieckiego (83), a najmniej na terenie województwa podlaskiego (14). Dane o jakości wody z dużych wodociągów raportowane są do Komisji Europejskiej w trzyletnim cyklu sprawozdawczym. Dane o jakości wody za rok 2018 r. będą raportowane w cyklu sprawozdawczym za lata 2017-2019, w terminie w ciągu roku kalendarzowego kończącego okres sprawozdawczy.

Jak wskazano powyżej w skali kraju od kilkunastu lat obserwuje się spadek liczby tzw. małych wodociągów. Zmiany w poszczególnych województwach i kategoriach wodociągów przedstawiono na poniższych wykresach. Szczegółowe dane dla województw wskazują, iż w część z nich nastąpiło zmniejszenie liczby małych wodociągów w 2018 r., a w części z nich zwiększenie ich liczby. Najwięcej zmian w zakresie liczby wodociągów odnotowuje się w zakresie małych producentów wody.

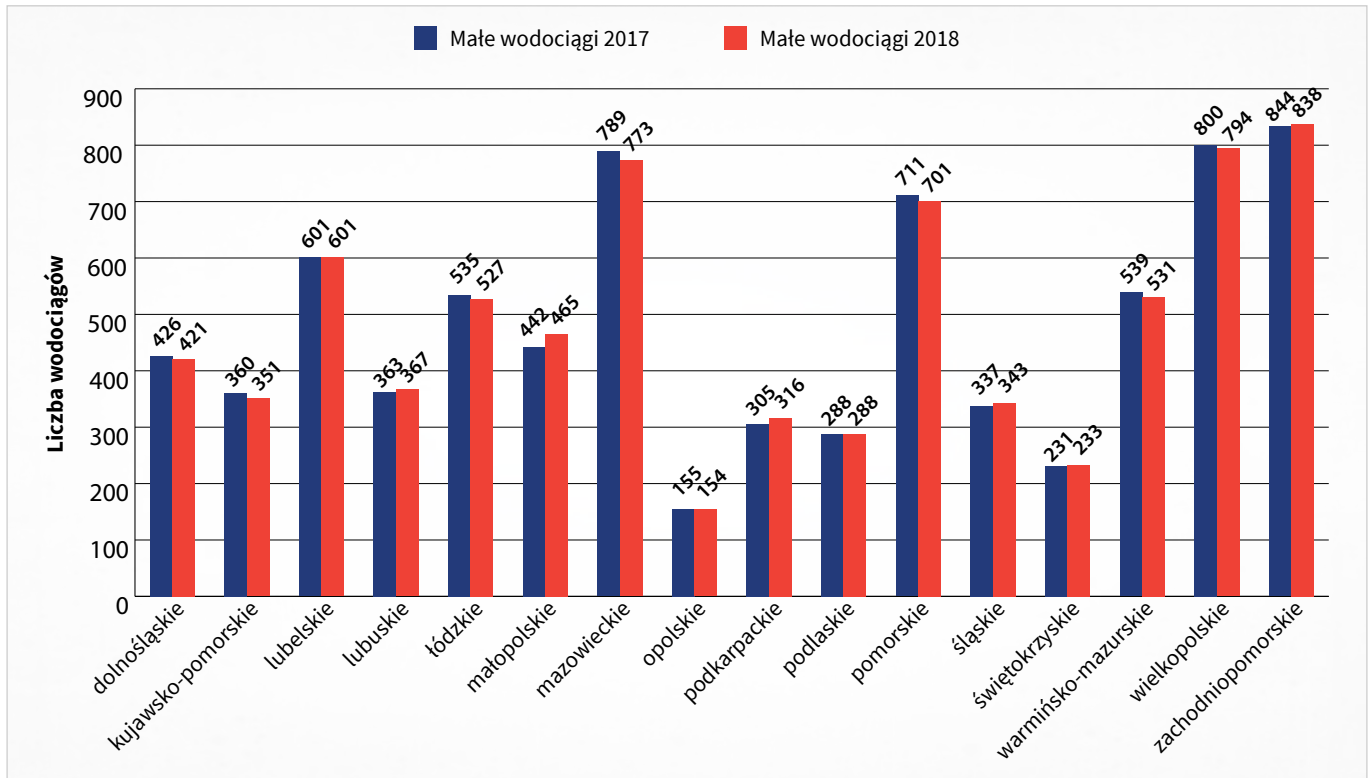
Wyk. 37. Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i małe dla poszczególnych województw (opracowanie własne)



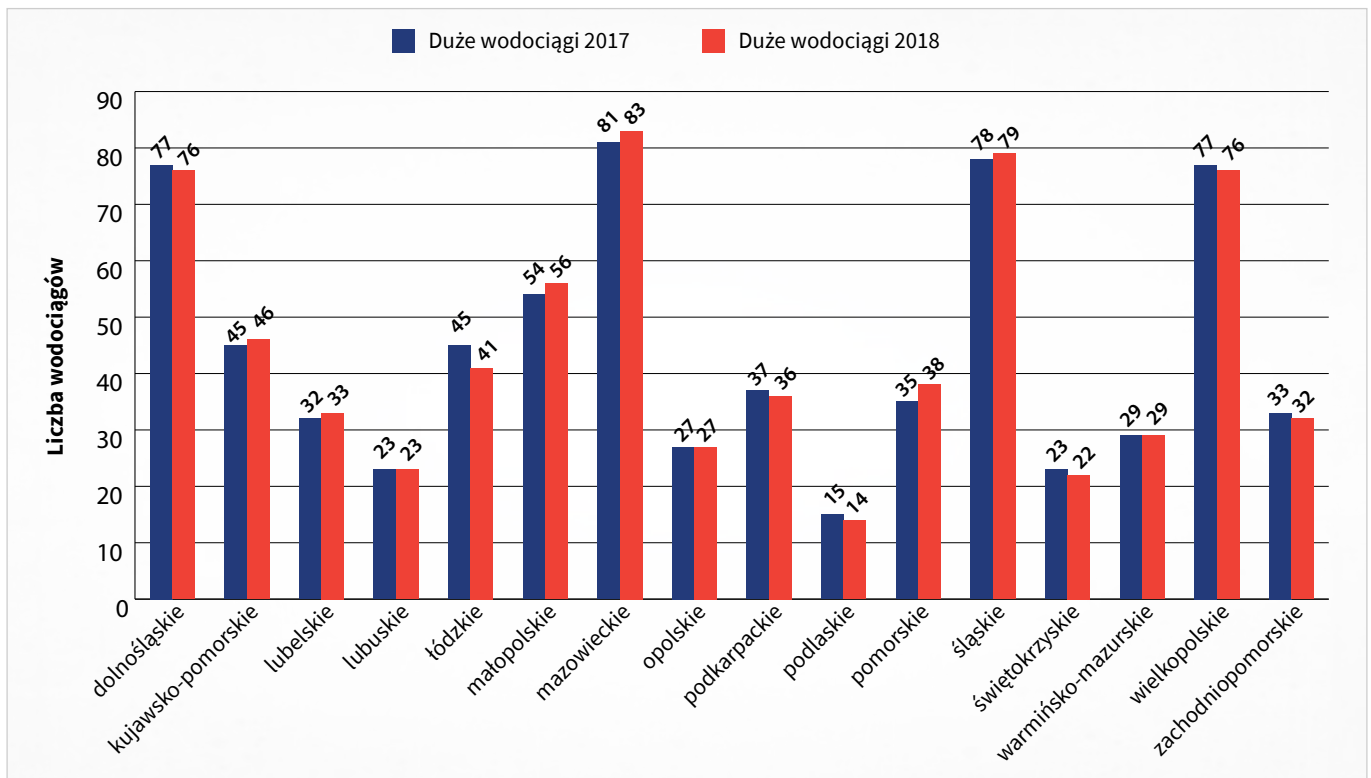
Wyk. 38. Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i duże dla poszczególnych województw (opracowanie własne)



Wyk. 39. Liczba małych wodociągów w latach 2017-2018 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne)



Wyk. 40. Liczba dużych wodociągów w latach 2017-2018 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne)

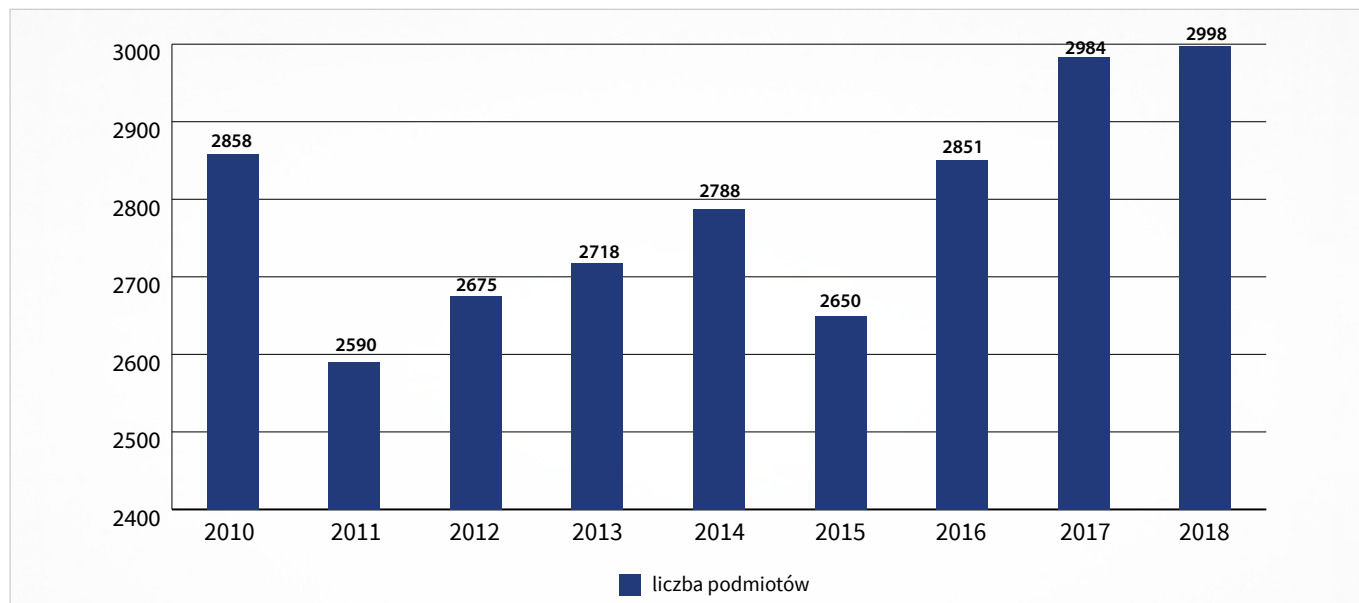


2.5. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia

W Polsce około 36 mln ludności jest zaopatrywanych w wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę do spożycia, natomiast pozostała część zaopatruje się w wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć wody. W celu zabezpie-

czenia 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 indywidualnego ujęcia w ramach działalności gospodarczej lub w budynkach użyteczności publicznej, budynkach zamieszkania zbiorowego, lub w podmiotach

Wyk. 41. Liczba podmiotów w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010-2018 (opracowanie własne)



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 2018 znajdowało się 2 998 tego typu podmiotów, co stanowi 35% wszystkich wodociągów. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru sanitarnego skontrolowały 2496 podmiotów, co stanowi około 83% obiektów. Spośród wszystkich skontrolowanych podmiotów 2425, wymaganiom krajowych norm jakości wody odpowiadało 97,1% podmiotów.

3. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi

Biorąc pod uwagę lata poprzednie obserwuje się tendencję do poprawy i tak już wysokiej jej jakości i zapewnienia konsumentom wody bezpiecznej dla zdrowia ludzkiego. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi systematycznie ulega poprawie. Dla zobrazowania sytuacji warto przywołać dane jakości wody. W 2006 r. wodociągi dostarczały wodę spełniającą wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi do ok. 91% odbiorców, w 2009 r. do ok. 93% odbiorców, natomiast już w 2013 r. około 96% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami a trend wskazujący na poprawę jakości wody utrzymywał się w kolejnych latach. W 2014 r. około 98% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a w 2018 r. to już **99,7% ludności** – w tym warunkowo dopuszczonej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Pozostały 0,3% ludności miało natomiast dostęp do wody, która czasowo wykazywa-

ła 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 podstawiają mieszkańcom np. beczkowszy z wodą. Ważnym jest jednak podkreślenie, iż dopuszczenie wody do spożycia dla grupy społeczeństwa w warunkach odstępstwa bądź warunkowej przydatności każdorazowo związane jest z przeprowadzeniem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceny zagrożeń i wykluczeniem wpływu jej jakości na zdrowie.

Na jakość wody do spożycia w punkcie jej pobierania wpływa wiele elementów. Najważniejsze są tu niewątpliwie:

- jakość wody ujmowanej – zależna od warunków środowiskowych,
- sposób uzdatniania – im bardziej skomplikowane technologie, stosujące różnego rodzaju środki chemiczne, tym większe ryzyko zanieczyszczenia wody produktami ubocznymi,

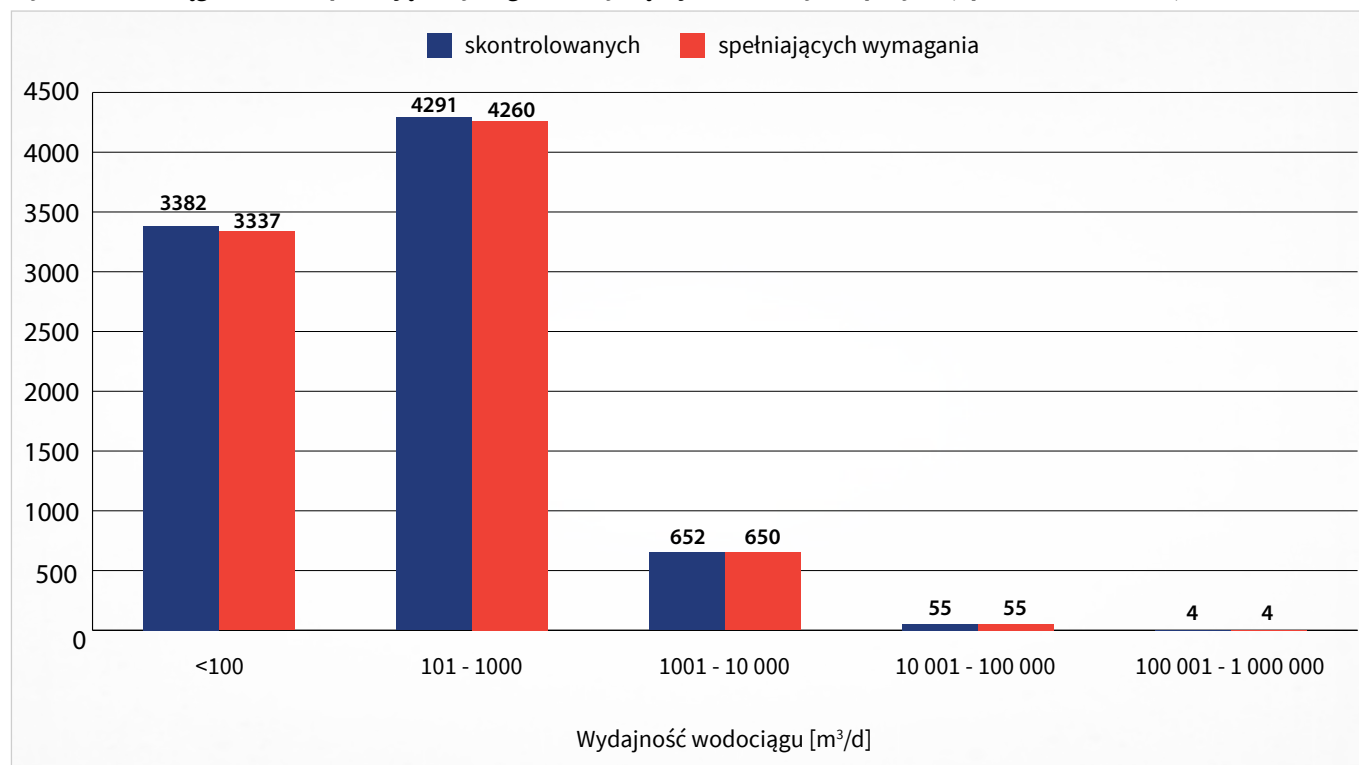
- sposób dystrybucji wody przez przedsiębiorstwo wodociągowe, a zwłaszcza stan techniczny sieci wodociągowych, okres ich eksploatacji i rodzaj materiałów, z jakich zostały wykonane oraz sposób eksploatacji instalacji wodociągowych (ptukanie sieci, planowe remonty i renowacje, a nie tylko usuwanie awarii),
- jakość, stan sanitarno-techniczny i właściwa eksploatacja instalacji wodociągowych w budynkach, w tym armatury w punktach pobierania wody.

Wodociągi produkujące:

- poniżej 100 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 98,7%;
- 101-1000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,3%;
- 1001-10 000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,7%;
- 10001 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. 42. Wodociągi w 2018 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody do spożycia (opracowanie własne)



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.

3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco analizują wyniki badań wody przeznaczonej do spożycia, wykonanych zarówno w ramach nadzoru sprawowanego przez Inspekcję Sanitarną, jak również otrzymane od podmiotów prowadzących zbiorowe zaopatrzenie. W zależności od wyników podejmują działania zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia¹².

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

Pogorszenia jakości wody w zakresie mikrobiologicznym były spowodowane głównie awariami urządzeń, przeciekami na sieci, brakiem właściwej dezynfekcji po dokonanej konserwacji, złym stanem technicznym instalacji wewnętrz-

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

nej, małym rozbiorem wody, brakiem regularnego płukania sieci, co mogło być skutkiem wtórnego zanieczyszczenia. W niektórych przypadkach nie udało się ustalić bezpośredniej przyczyny niewłaściwej jakości bakteriologicznej wody w systemie dystrybucji.

Tab. 22. Odsetek przekroczeń parametrów mikrobiologicznych (opracowanie własne)

Parametr	Odsetek przekroczeń		
	2007	2014	2018
E. coli	1,3%	1,4%	0,17%
Enterococci	3,5%	1,4%	0,22%

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

- intensyfikowanie płukania źródeł filtracyjnych lub ich wymiana;
- płukanie i/lub dezynfekowanie odcinków sieci wodociągowej oraz urządzeń uzdatniających.

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 przeznaczoną do spożycia mogą wystąpić o zgodę na odstępstwo od tych wymagań. Udzielenie zgody jest dopuszczalne wyłącznie, jeżeli nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Przyznawanie odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej umożliwia podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Podstawowym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed potencjalnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, które mogłyby wystąpić wskutek spożywania wody o nieodpowiedniej jakości. Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku i zależy od:

- rodzaju substancji i jej specyficznych właściwości toksykologicznych,
- stężenia i stopnia przekroczenia stężenia dopuszczalnego,
- czasu ekspozycji na zwiększone stężenie danej substancji w wodzie przeznaczonej do spożycia,

- oceny narażenia populacji na daną substancję z innych źródeł,
- oceny współistniejącego narażenia na inne substancje toksyczne, zwłaszcza za pośrednictwem wody przeznaczonej do spożycia.

W roku 2018, 4 podmioty zbiorowego zaopatrzenia wystąpiły z wnioskiem do właściwego państwowego inspektora sanitarnego o udzielenie odstępstwa od wymagań chemicznych, ustanowionych w przepisach krajowych. Każdorazowo wnioski były weryfikowane w zakresie kompletności i poprawności złożenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzały czy wydanie zgody na odstępstwo nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie może być zrealizowane niezwłocznie za pomocą żadnych innych środków. W wyniku przeprowadzonych weryfikacji, sprawdzeń i ocen, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali dla wszystkich 4 złożonych wniosków decyzje wyrażające zgody na odstępstwo, określając jednocześnie maksymalną wartość parametru, na jaką pozwala odstępstwo, termin obowiązywania zgody oraz warunki, jakie mają być spełnione w trakcie obowiązywania zgody na odstępstwo z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów.

Wydane i obowiązujące odstępstwa w 2018 r.:

- 1. Wodociąg Chmielnik** – województwo podkarpackie
 Parametr na który wydano odstępstwo – bor
 Maksymalna dopuszczalna wartość parametru – 2,0 mg/l
 Najwyższe dopuszczalne stężenie w normach krajowych – 1,0 mg/l
 Termin trwania zgody na odstępstwo – 6.04.2021 r.
 Podmiot odpowiedzialny za jakość wody – Gmina Chmielnik
 Organ nadzorujący – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Rzeszowie
 Liczba zaopatrywanej ludności w wodę – 1600 (stan na 2018 r.)
 Dobowa produkcja wody – 150 m³/dobę
- 2. Wodociąg Miłoradz** – województwo pomorskie
 Parametr na który wydano odstępstwo – fluorki
 Maksymalna dopuszczalna wartość parametru – 1,7 mg/l
 Najwyższe dopuszczalne stężenie w normach krajowych – 1,5 mg/l
 Termin trwania zgody na odstępstwo – 30.04.2021 r.
 Podmiot odpowiedzialny za jakość wody – GZGK w Miłoradzu
 Organ nadzorujący – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Malborku
 Liczba zaopatrywanej ludności w wodę – 2200
 Dobowa produkcja wody – 400-650 m³/dobę
- 3. Wodociąg Janowice Wielkie** – województwo dolnośląskie
 Parametr na który wydano odstępstwo – arsen
 Maksymalna dopuszczalna wartość parametru – 16 µg/l

Najwyższe dopuszczalne stężenie w normach krajowych – 10 µg/l

Termin trwania zgody na odstępstwo – 27.06.2021 r.

Podmiot odpowiedzialny za jakość wody – Gmina Janowice Wielkie

Organ nadzorujący – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Jeleniej Górze

Liczba zaopatrywanej ludności w wodę – 3540

Dobowa produkcja wody – 600 m³/dobę

4. Ujęcie indywidualne Stacji Paliw w miejscowości

Brzeźnik 150 – województwo dolnośląskie

Parametr na który wydano odstępstwo – azotany

Maksymalna dopuszczalna wartość parametru – 100 mg/l

Najwyższe dopuszczalne stężenie w normach krajowych – 50 mg/l

Termin trwania zgody na odstępstwo – 27.06.2021 r.

Podmiot odpowiedzialny za jakość wody – DRAGONGAZ Sp. z o.o.

Organ nadzorujący – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bolesławcu

Liczba zaopatrywanej ludności w wodę – Stacja paliw wykorzystuje wodę z tego ujęcia do celów socjalno-bytowych i gastronomicznych (przygotowanie posiłków, gorących napojów, mycia naczyń).

Dobowa produkcja wody – 2 m³/dobę

Wydana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bolesławcu decyzja o udzieleniu zgody na od-

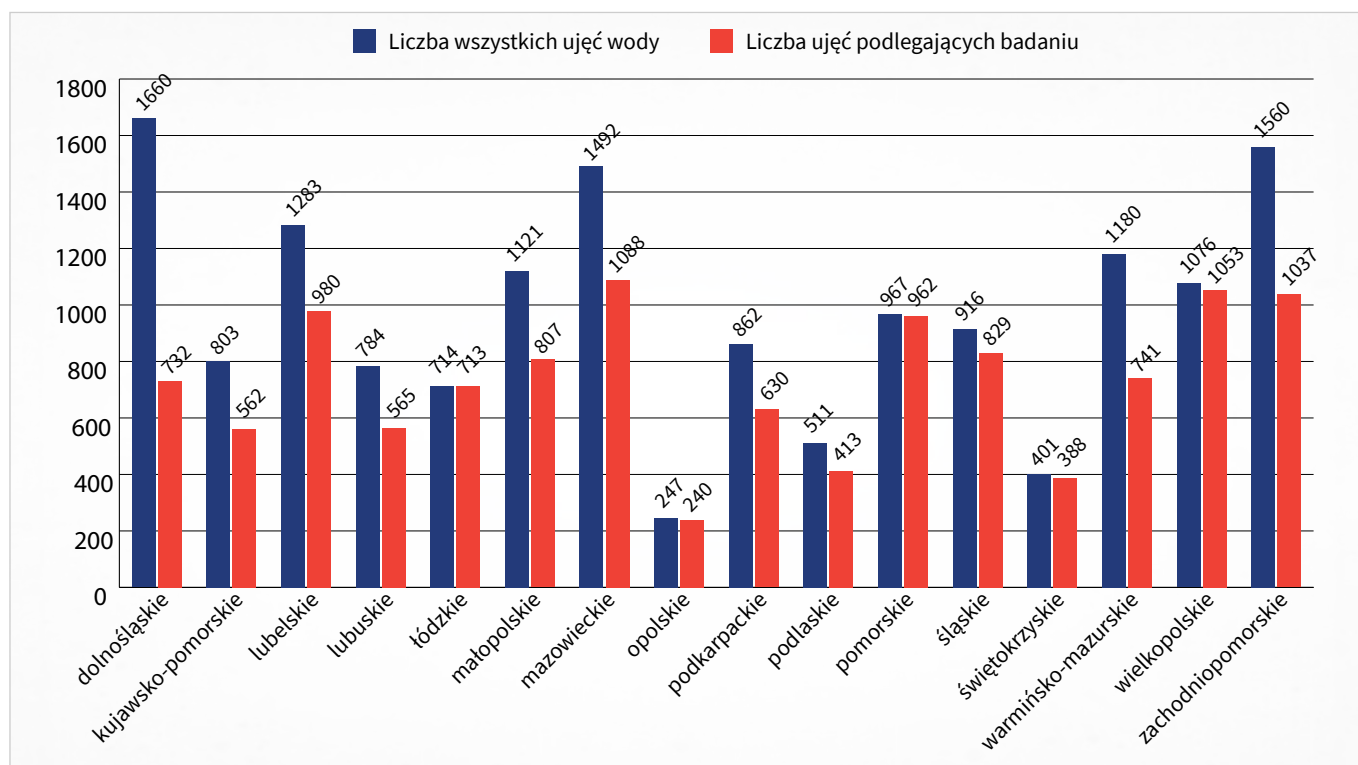
stępstwo, uwzględnia wpływ najwyższego stężenia azotanów w wodzie na zdrowie grup wrażliwych – niemowląt poniżej 3 miesiąca życia i kobiet w ciąży. Komunikat w tej sprawie Inspektor przekazał Wójtowi Gminy Bolesławiec, ze wskazaniem obowiązku rozpowszechnienia komunikatu w sposób umożliwiający bezzwłoczne zapoznanie się z nim konsumentów z Stacji paliw w Brzeźniku.

3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Krajowe uregulowania w zakresie substancji promieniotwórczych transponują przepisy Dyrektywy 2013/51/Euratom¹³ określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych jest pierwszym badaniem poziomu stężenia substancji promieniotwórczych i ich przekroczeń przeprowadzonym we wszystkich istniejących oraz w nowo tworzonych ujęciach wody pod kątem występowania radonu, izotopów radu: Ra-226 i Ra-228 oraz trytu.

Biorąc pod uwagę pewnie trudności z przeprowadzeniem przez producentów wody wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych w okresie 24 miesięcy od dnia wejścia w życie poprzedniego przepisu, Rozporządzenie¹⁴ (§ 36 ust. 4) wydłużyło czas na przedstawienie wyników badań. Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni zostali zob-

Wyk. 43. Liczba wszystkich ujęć wody, podlegających badaniu oraz pozostających do przedłożenia badań GIS (opracowanie własne)



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

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

wiązani do przekazania, w terminie nie dłuższym niż do dnia 30 czerwca 2019 r., Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu raportu ze zrealizowanego, przez producentów wody, do dnia 31 grudnia 2018 r. wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych.

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

Jednym z elementów mogących wpłynąć na jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na końcowym etapie jej dostarczania może stanowić instalacja wewnętrzna budynków. Niewłaściwe projektowanie, montaż i eksploatacja instalacji wewnętrznych oraz niedostosowanie starych instalacji do aktualnych potrzeb i wymagań, niewłaściwy lub niewystarczający nadzór sanitarno-higieniczny nad urządzeniami i instalacjami wodnymi może być przyczyną powstawania sprzyjających warunków do namnażania się niepożądanych w środowisku mikroorganizmów. Niewłaściwie zaprojektowana instalacja ciepłej wody użytkowej może sprzyjać występowaniu i namnażaniu się bakterii z rodzaju *Legionella*. Za jakość wody w punkcie czerpalnym u odbiorcy, zgodnie z obowiązującymi przepisami, odpowiada właściciel/zarządca danego obiektu.

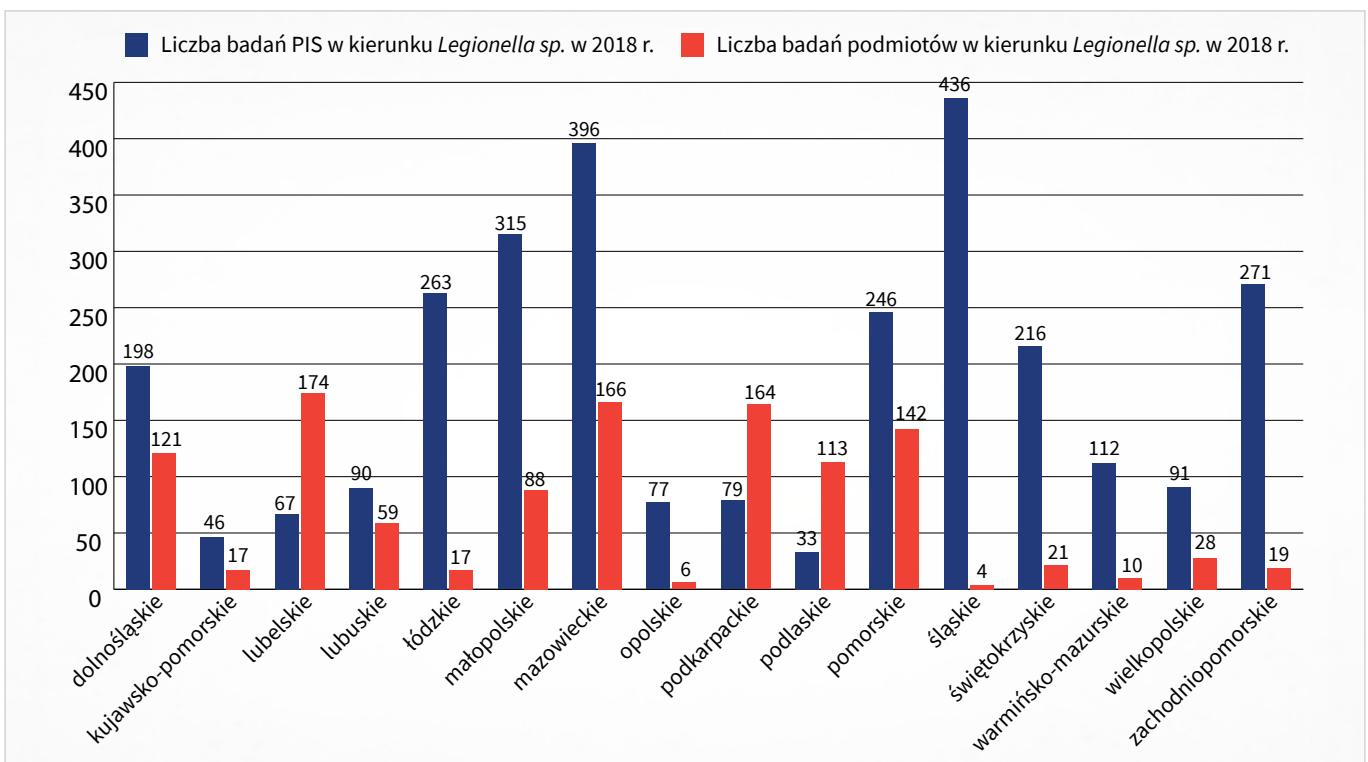
W związku z zagrożeniami, jakie niesie za sobą występowanie bakterii z rodzaju *Legionella* w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi, krajowe przepisy prawne już od 2007 r. regulują kwestię zagrożeń związanych z występowaniem bakterii *Legionella* w instalacjach wewnętrznych i badania

parametru *Legionella* sp. w ciepłej wodzie użytkowej. Rozporządzenie z 2017 r.¹⁵ 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 2018 r. wykonano na podstawie zaplanowanych harmonogramów około 4 085 badań ciepłej wody na obecność bakterii z rodzaju *Legionella* sp., w tym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 2 936 badań, natomiast podmioty zarządzające wykonały 1 149 badań ciepłej wody.

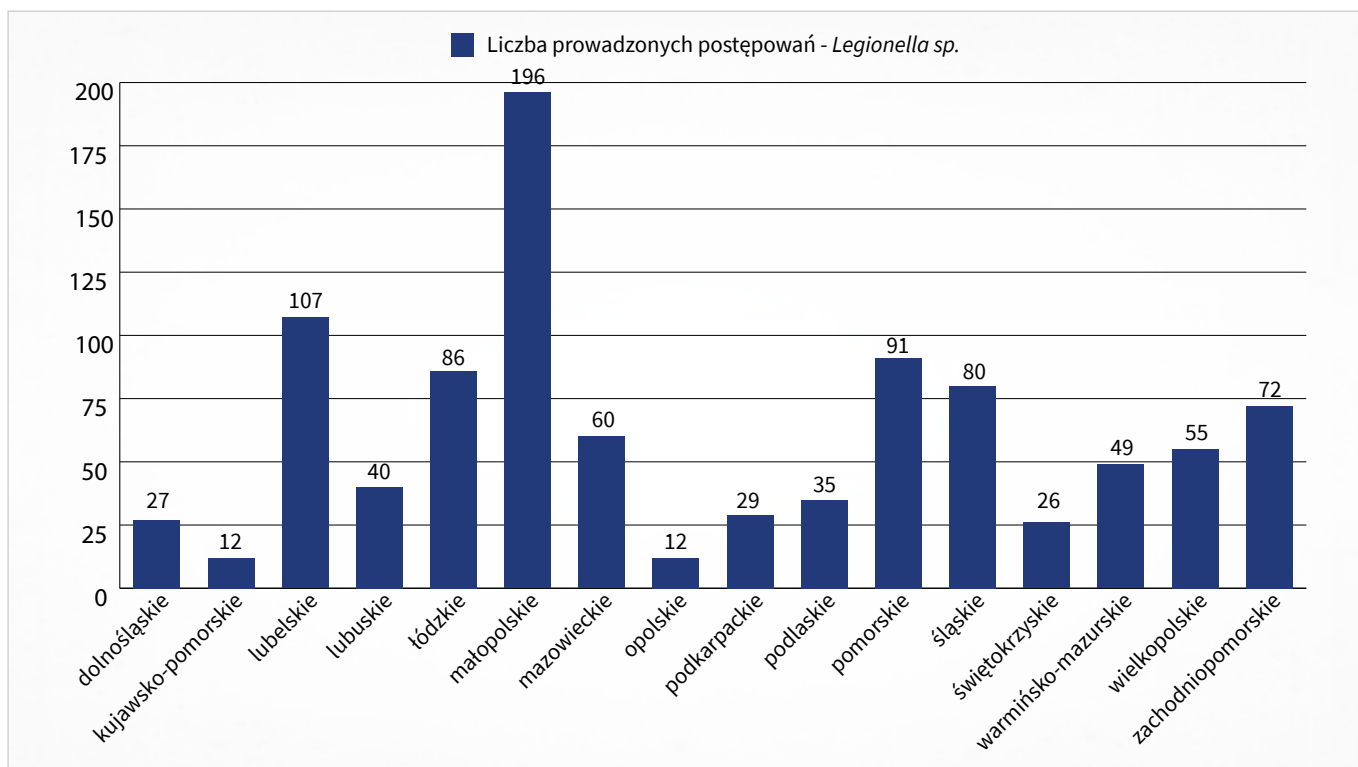
W 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowanego bieżącego nadzoru sanitarnego, w związku z brakiem spełnienia wymagań mikrobiologicznych, jakim powinna odpowiadać ciepła woda prowadziły ponad 900 postępowań mających na celu doprowadzenie wody do wymagań przepisów krajowych.

Wyk. 44. Liczba badań wykonanych w kierunku *Legionella* sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne)



¹⁵ 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)

Wyk. 45. Liczba prowadzonych postępowań w związku z kwestionowaną jakością wody w kierunku *Legionella* sp. (opracowanie własne)

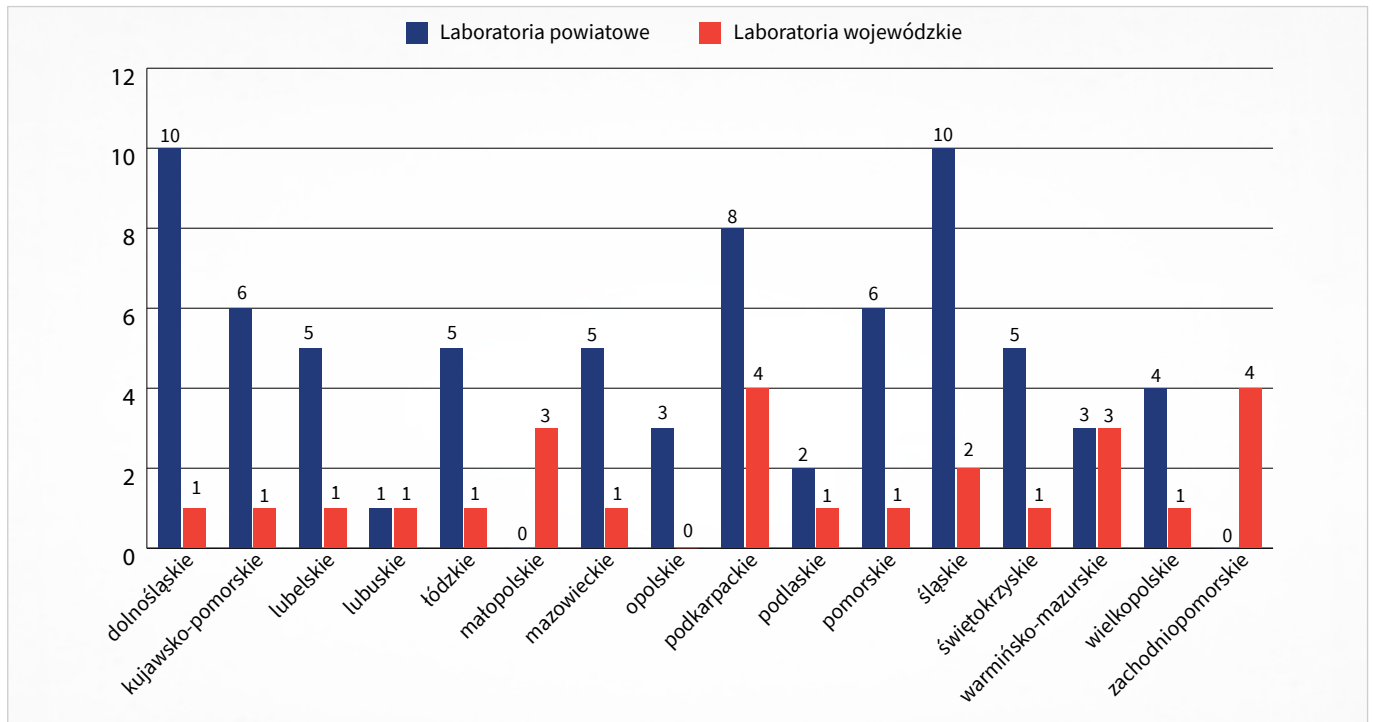


4. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody w 2018 r. musiały posiadać aktualne zatwierdzenie do badania wody dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zatwierdzenie systemu jakości prowadzonych

badan jest dokonywane każdego roku przez właściwego państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego w ramach prowadzenia nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody.

Wyk. 46. Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej badania wody do spożycia (opracowanie własne)



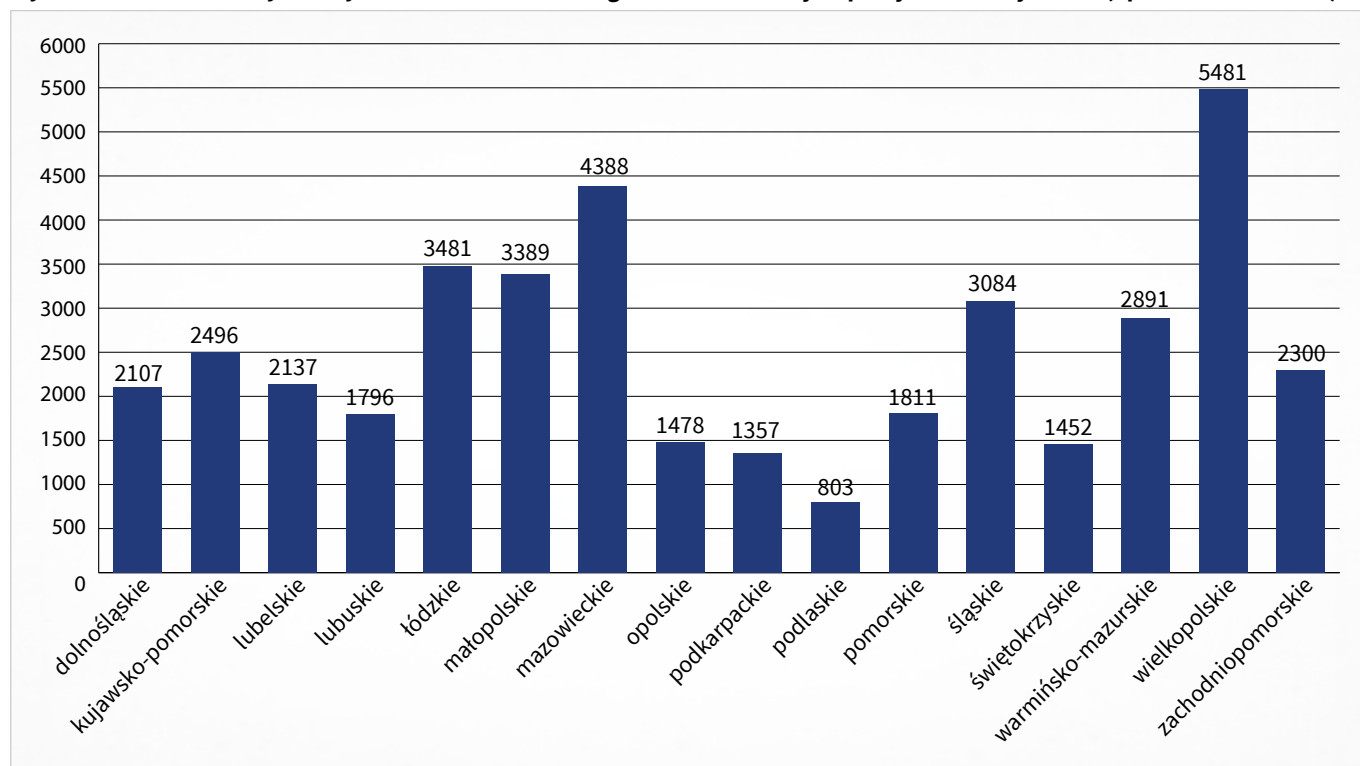
Rys. 2. Lokalizacja laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne)



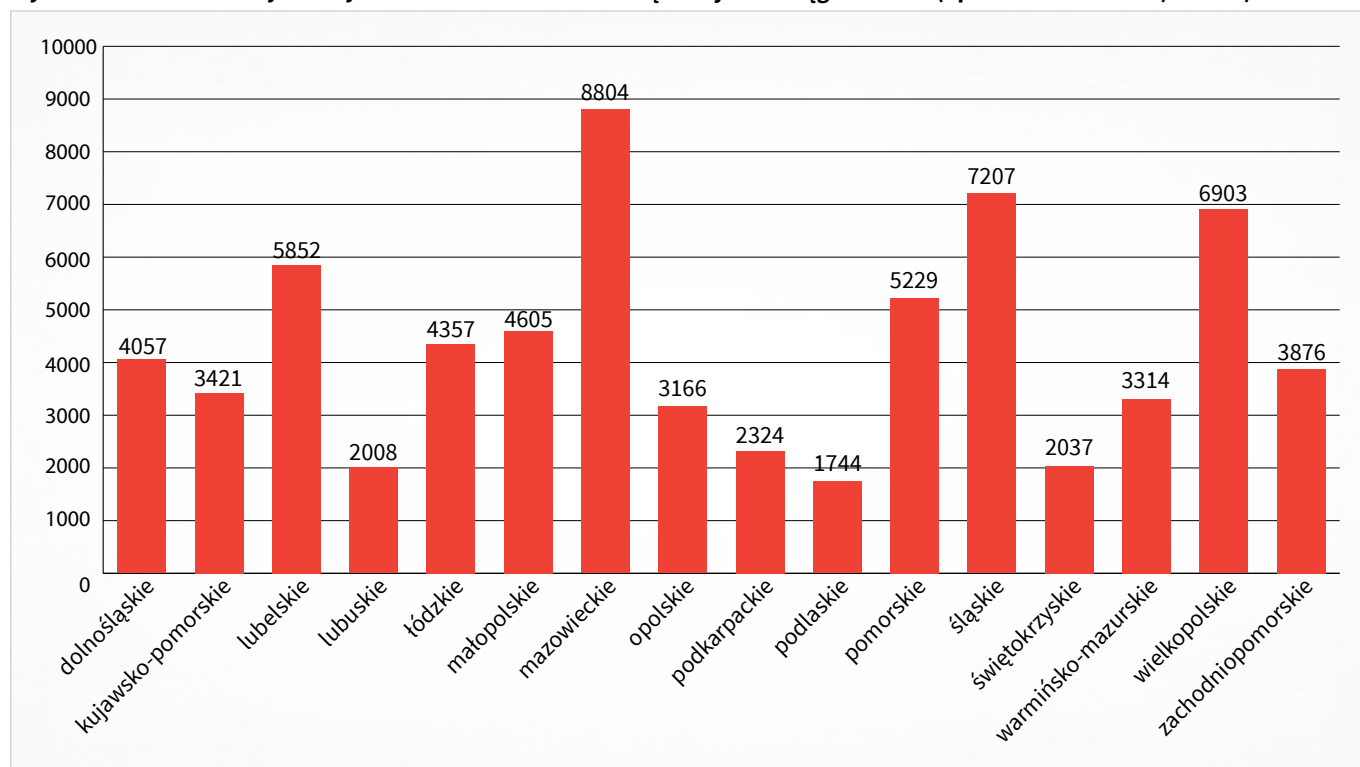
W ramach kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2018 wykonano ponad 40 tys. badań wody, o około 2 tys. mniej niż w roku ubiegłym.

Wodociągi wykonały w ramach kontroli wewnętrznej i zaraportowały organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r. – 68904 badań wody przeznaczonej do spożycia.

Wyk. 47. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2018 r. (opracowanie własne)



Wyk. 48. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli wewnętrznej wodociągów 2018 r. (opracowanie własne) własne



5. Podsumowanie

W roku 2018, podobnie jak rok wcześniej, około 99% konsumentom dostarczano wodę w ramach zbiorowego zaopatrzenia, zgodną z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, natomiast około 1% mieszkańcom dostarczano wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia.

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. Przyczyniają się do tego również prowadzone przez Główny Inspektorat Sanitarny działania edukacyjne, dotyczące zmian legislacyjnych, które polegały między innymi na opracowaniu materiału informacyjnego pt. *Woda przeznaczona do spożycia przez ludzi. Kompendium*, przekazanego pracownikom jednostek samorządu terytorialnego oraz producentom wody.

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

Działania Inspekcji Sanitarnej w zakresie kompetencji pionu higieny komunalnej i oddziałów bezpieczeństwa wody stopniowo przyczyniają się do wzrostu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE



Pływalnie I

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 wyznaczone-

go obszaru wodnego oraz sposobie powiadamiania o wypadkach wraz z numerami alarmowymi.

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

2. Wymagania jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach

Rozporządzenie Ministra Zdrowia³ 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. Należy podkreślić, iż zakres tych badań pozwala w bezpiecznym stopniu zapewnić dobrą jakość wody na pływalni. Stanowi również podstawę do dokonania przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego zbiorczej rocznej oceny 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 kąpieli mogą zanieczyszczać wodę przede wszystkim drobnoustrojami bytującymi w przewodzie pokarmowym, w górnych drogach oddechowych, błonach śluzowych i na skórze. Oprócz drobnoustrojów wchodzących w skład normalnej mikroflory, stanowiących normalną stałą lub przejściową mikroflorę ciała, mogą to być również organizmy chorobotwórcze, będące przyczyną infekcji. Występowanie patogenów w wodzie basenowej tj. *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* w istotny sposób może zwiększać ryzyko zdrowotne użytkowników pływalni. Niebezpieczeństwo to wynika z czasu ekspozycji na zagrożenie mikrobiologiczne zanim zostanie wykryte, dlatego tak istotna jest kontrola jakości wody basenowej oraz właściwe prowadzenie procesów uzdatniania i dezynfekcji wody.

1 Dz. U. z 2018 r. poz. 1482

2 Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59); 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. poz. 2016)

3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach

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 jest zatem przestrzeganie podstawowych zasad higieny osobistej osób kąpiących się (dokładne umycie się mydłem i splotkanie pod prysznicem przed wejściem do basenu i po każdym skorzystaniu z toalety). Dokładne umycie ciała pod prysznicem, przy użyciu mydła redukuje liczbę wnoszonych mikroorganizmów o 2-3 rzędy wielkości.

Ze względu na fakt, że najmłodszy użytkownicy pływalni stanowią grupę bardziej podatną na wszelkiego rodzaju infekcje, z uwagi na niedojrzały jeszcze układ odpornościowy organizmu, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach, w odniesieniu do niecek basenowych udostępnianych do nauki pływania dla niemowląt i małych dzieci do lat 3, w porównaniu z pozostałymi nieckami, do-

puszcza niższą wartość stężenia wolnego chloru (aby nie powodować negatywnych reakcji zdrowotnych), na rzecz zwiększenia częstotliwości wykonywanych badań *Escherichia coli* oraz dodatkowej konieczności wykonywania badań w kierunku gronkowców koagulazododatnich.

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

2.2 Legionella

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

- 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, wykonywały badania wody z częstotliwością i zakresem ustalonym w harmonogramach pobierania próbek wody. Liczba badań dla każdego obiektu była ustalana indywidualnie przez terenowo właściwego inspektora sanitarnego, w zależności od stanu obiektu i wyników badań kontrolnych.

3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody

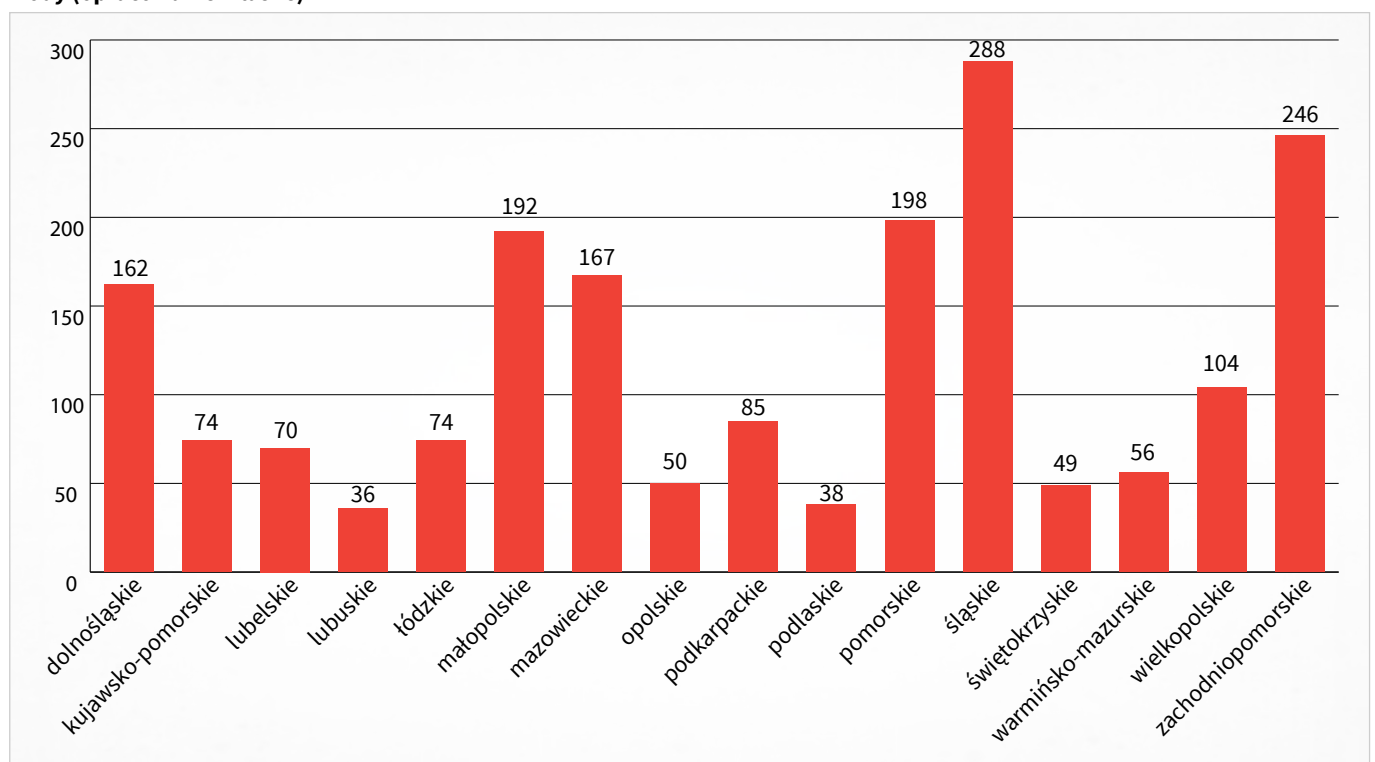
Na podstawie informacji raportowanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, w 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmo-

nogramów badania wody dla 1889 pływalni.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 113 976 ocen badań jakości wody na pływalniach. Wydano 105 124 oceny o przydatności wody do kąpieli oraz 8 852 o jej nieprzydatności.

Każdorazowo w sytuacji stwierdzenia zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody, właściwi terenowo inspektorzy sanitarni nakazywali unieruchomienie obiektu i podjęcie skutecznych działań naprawczych w celu wyeliminowania z wody niebezpiecznych dla zdrowia mikroorganizmów i 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, istotnym jest aby w każdym obiekcie, w widocznych miejscach, zarządzający obiektem umieszczał regulaminy ustanawiające prawa i obowiązki wszystkich osób przebywających na terenie obiektu. Szczególnie starannie powinien być przygotowany regulamin dotyczący zagadnień 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.

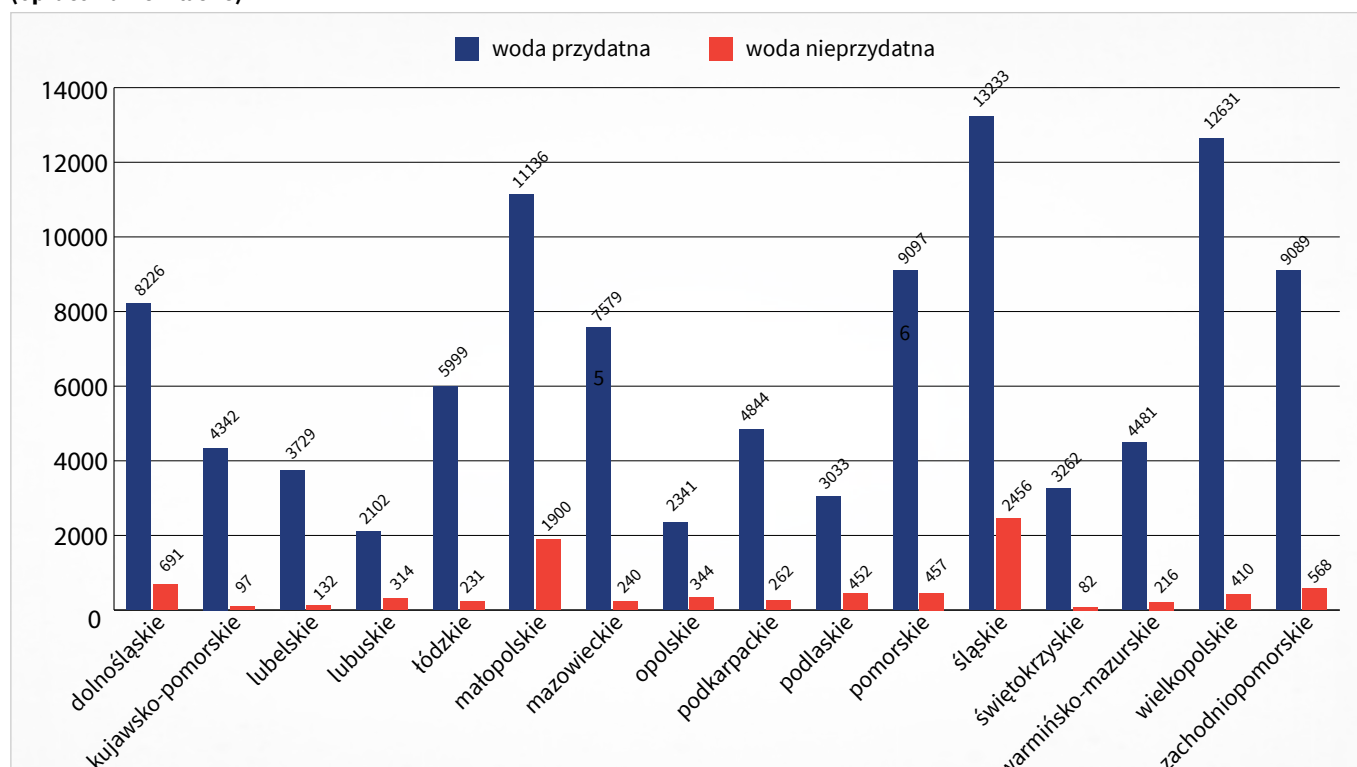
Wyk. 49. Liczba pływalni dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne)



Tab. 23. Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2018 r. (opracowanie własne)

Województwo	Liczba badań w sumie	Ocena wody	
		przydatna	nieprzydatna
dolnośląskie	8917	8226	691
kujawsko-pomorskie	4439	4342	97
lubelskie	3861	3729	132
lubuskie	2416	2102	314
łódzkie	6230	5999	231
małopolskie	13036	11136	1900
mazowieckie	7819	7579	240
opolskie	2685	2341	344
podkarpackie	5106	4844	262
podlaskie	3485	3033	452
pomorskie	9554	9097	457
śląskie	15689	13233	2456
świętokrzyskie	3344	3262	82
warmińsko-mazurskie	4697	4481	216
wielkopolskie	13041	12631	410
zachodniopomorskie	9657	9089	568
POLSKA	113976	105124	8852

Wyk. 50. Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2018 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)



3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach

Zgodnie z przepisami krajowymi właściwi państwowi inspektorzy sanitarni dokonuje zbiorczej oceny rocznej 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 przed wydaniem oceny.

Tab. 24. Stan sanitarny pływalni w 2018 r. (opracowanie własne)

Wyszczególnienie		Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen	
		odpowiadających wymaganiom	nieodpowiadających wymaganiom
Pływanie – ogółem:		1552	76
pływanie	kryte	1270	58
	odkryte	213	17
	mieszane (kryte-odkryte)	69	1
w tym parki wodne		80	1

W 2018 r. właściwi państwowi inspektorzy sanitarni po raz drugi dokonali zbiorczych ocen rocznych jakości wody na pływalni za kolejny ich okres funkcjonowania tj. 2 czerwca 2017 r. - 1 czerwca 2018 r.

W 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały **1 628 ocen rocznych**, w tym **1 552** ocen pozytywnych (tj. woda odpowiadała wymaganiom), **76** ocen negatywnych (tj. woda nie odpowiadała wymaganiom).

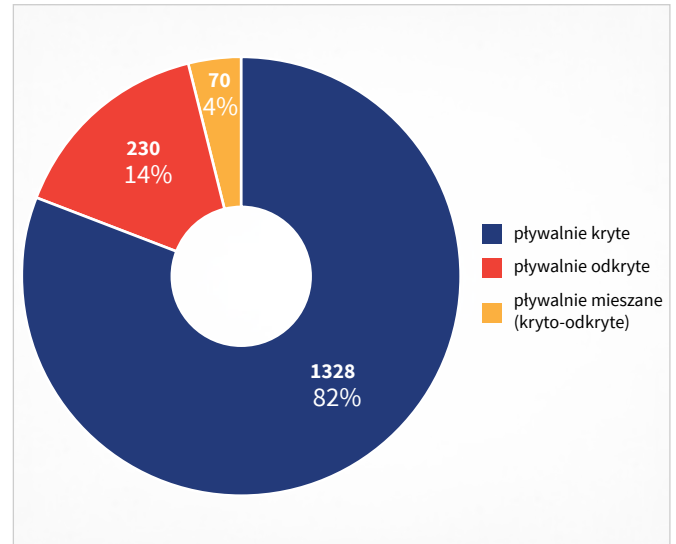
Przyczyny ocen negatywnych:

- przekroczenie wymagań mikrobiologicznych lub fizykochemicznych;
- brak spełnienia kryterium częstotliwości badań;
- brak realizacji badań zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Nie wszystkie pływalnie będące pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podlegały procedurze wydania zbiorczej oceny rocznej jakości wody. Przyczyny braku wydania zbiorczych ocen jakości wody na pływalni:

- pływalnia nieczynna - remont obiektu lub wyłączona z użytkowania;
- zbiorcza roczna ocena jakości wody na pływalni w trakcie realizacji;
- brak pełnego okresu działania obiektu wymaganego do wydania zbiorczej rocznej oceny jakości wody.

Wyk. 51. Liczba ocen rocznych z podziałem na rodzaj pływalni w 2018 r. (opracowanie własne)



4. Obowiązki zarządzającego pływalnią w zakresie zamieszczania komunikatów

Istotnym obowiązkiem zarządzającego pływalnią w zakresie zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego osób z niej korzystających jest obowiązek prezentowania informacji o jakości wody basenowej. Komunikat o jakości wody na pływalni powinien być zamieszczony na tablicy informacyjnej w obiekcie oraz na stronie internetowej, jeśli zarządzający taką prowadzi. W wyniku przeprowadzonej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontroli wypełniania obowiązku informowania o jakości wody na

pływalniach stwierdzono, iż w 87% obiektów komunikaty zamieszczono na tablicy informacyjnej. Komunikaty umieszczone były najczęściej na tablicach informacyjnych lokalizowanych w miejscu widocznym dla osób pływających. Odnotowano wzrost liczby obiektów, które prezentują komunikaty o jakości wody na pływalni na stronie internetowej - 44% pływalni, w stosunku do 2017 r. gdzie komunikaty były zamieszczone na stronach internetowych 42% pływalni.





**Kąpieliska i miejsca okazjonalnie
wykorzystywane do kąpeli**

1. Wstęp

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem oraz nadzorem 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. Działania Unii Europejskiej na rzecz zapewnienia czystej wody w kąpieliskach rozpoczęły się czterdzieści lat temu w ramach pierwszej dyrektywy dotyczącej wody w kąpieliskach. Polska wraz z przystąpieniem do Unii Europejskiej implementowała normatywy europejskie, jednak już w 1919 r. kwestie czystej wody, w tym do „kąpeli ludowych” znalazły się w Zasadniczej Ustawie Sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r.

Dzisiaj wody w kąpieliskach są znacznie czystsze gdyż ograniczone zostało odprowadzanie do wody nieoczyszczonych ścieków komunalnych i przemysłowych. Działania wielu resortów, podmiotów i organizacji w obszarze polityki ochrony środowiska skutkują stałą poprawą jakości wody w Polsce.

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, co pozwala na wykrycie zanieczyszczeń stanowiących niebezpieczeństwo dla osób kąpiących się.

W trakcie trwania sezonu kąpielowego najważniejszym działaniem jest utrzymanie odpowiedniej jakości wody w kąpieliskach oraz zarządzanie jakością wody w kąpieliskach prowadzone przez podmioty zaangażowane w nadzór i organizację kąpielisk. Zarządzanie jakością wody w kąpieliskach polega na podejmowaniu wszelkich działań, mających na celu rozpoznawanie ryzyka zanieczyszczenia, co w szczególności wpływa na poprawę jakości wody. 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 zanieczyszczeń, które mogłyby mieć wpływ na wodę w kąpielisku oraz niekorzystnie wpływać na zdrowie kąpiących się,
- informowaniu społeczeństwa, w tym aktywnym rozpowszechnianiu i niezwłocznym udostępnianiu informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku oraz zakazie kąpeli poprzez oznakowanie kąpieliska,
- podejmowaniu działań mających na celu zapobieganie narażeniu kąpiących się na kontakt z zanieczyszczeniami, podejmowaniu działań w celu obniżenia ryzyka zanieczyszczenia.

Jak co roku i w 2018 r. wiele osób wybrało odpoczynek nad wodą. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odnotowały zwiększone zainteresowanie odpoczywających nad wodą jej jakością. Prowadzony przez Inspekcję internetowy serwis kąpieliskowy odwiedziło w 2018 r. ponad 800 tys. osób.

2. Stan sanitarny kąpielisk

Ocena jakości wody w kąpielisku odbywa się poprzez analizę parametrów świadczących o zanieczyszczeniu mikrobiologicznym – *Escherichia coli* i enterokoki, które zostały zakwalifikowane jako stanowiące 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 nadzоровanie wody w zakresie występowania zakwitów sinic, makroalg, fitoplanktonu morskiego oraz stałych zanie-

czyszczeń mogących wpływać na bezpieczeństwo osób kąpiących się.

Bieżącym nadzorem sanitarnym w 2018 r. objęto 483 kąpieliska (100% obiektów ujętych w ewidencji). W porównaniu z latami ubiegłymi, liczba kąpielisk wzrosła ok. 2,5 raza.

W 2018 r. najwięcej kąpielisk znajdowało się na obszarze województwa pomorskiego (105) i zachodniopomorskiego (104). Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: podkarpackim (7), świętokrzyskim (8).

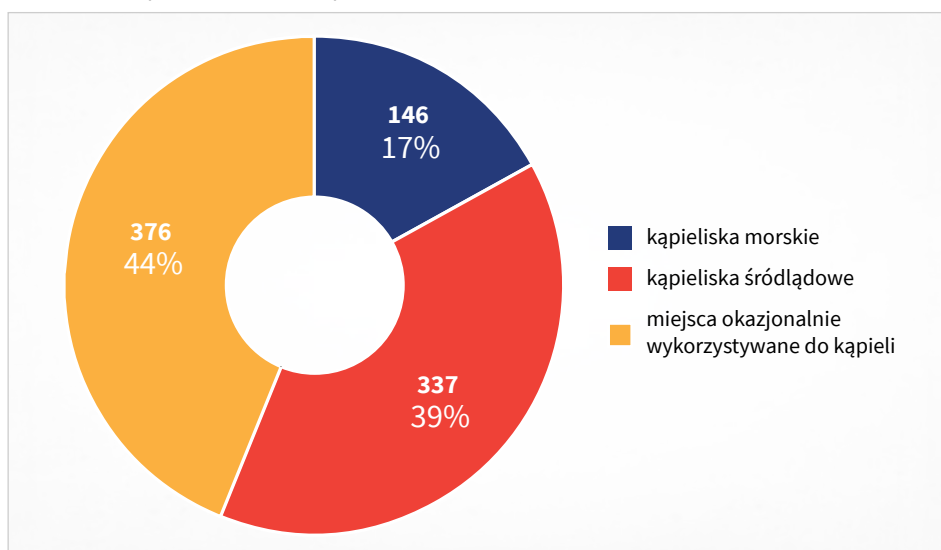
¹ Przepisy obowiązujące w 2018 r.: Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2268, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli (Dz. U. z 2016 r., poz. 1602); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli (Dz. U. z 2016 r., poz. 2082); Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku (Dz. U. Nr 36, poz. 191).

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).

Tab. 25. Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2014-2017 (opracowanie własne)

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej				
	2014	2015	2016	2017	2018
Wody przybrzeżne i przejściowe	84	82	88	97	146
Wody wewnętrzne	117	115	113	108	337
Razem	201	197	201	205	483

Wyk. 52. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w sezonie kąpielowym 2018 r. (opracowanie własne)



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

Województwo	Kąpieliska		
	ogółem	śródlądowe	morskie
dolnośląskie	12	12	
kujawsko-pomorskie	26	26	
lubelskie	25	25	
lubuskie	20	20	
łódzkie	16	16	
małopolskie	9	9	
mazowieckie	15	15	
opolskie	9	9	
podkarpackie	7	7	
podlaskie	10	10	
pomorskie	105	30	75
śląskie	16	16	
świętokrzyskie	8	8	
warmińsko-mazurskie	34	34	
wielkopolskie	67	67	
zachodniopomorskie	104	33	71
POLSKA	483	337	146

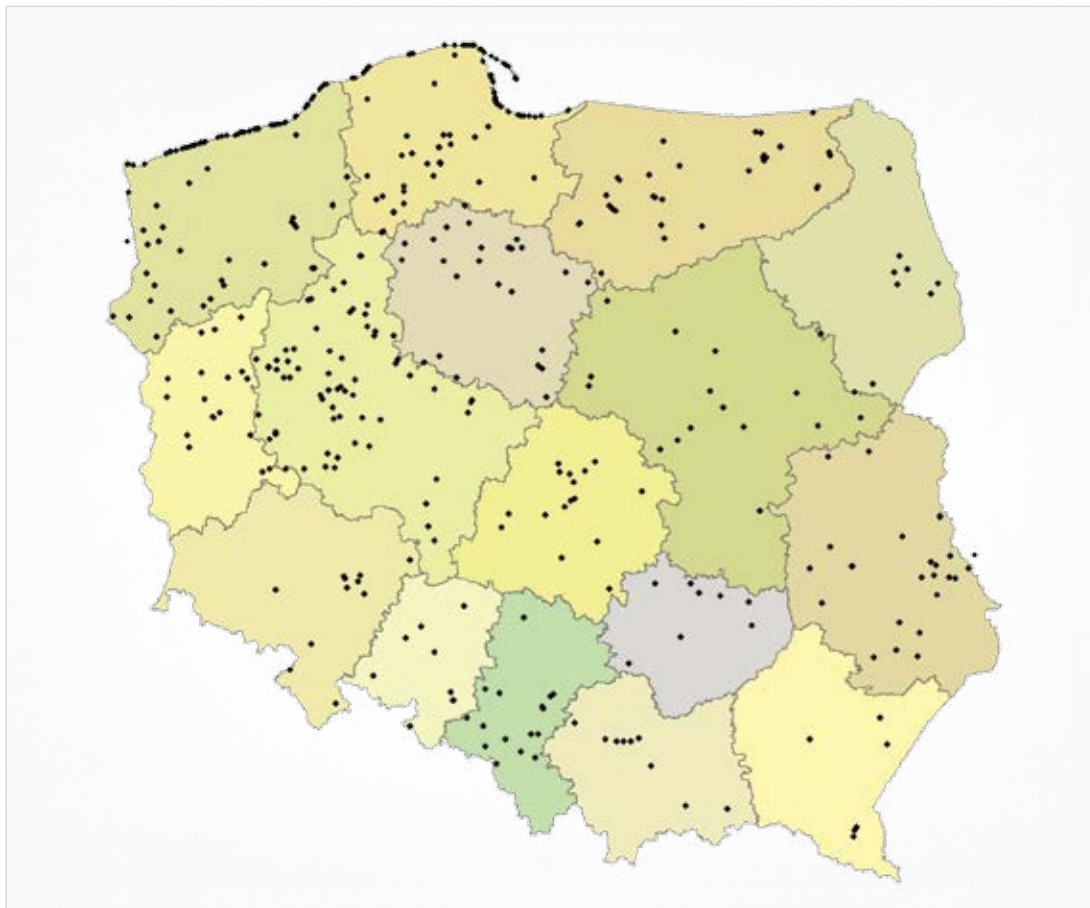
Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2018 r. liczyła 146 obiektów (stanowi to odpowiednio około 30% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim.

Lokalizację poszczególnych kąpielisk w 2018 r. przedstawiono na poniższej mapie (mapa 1).

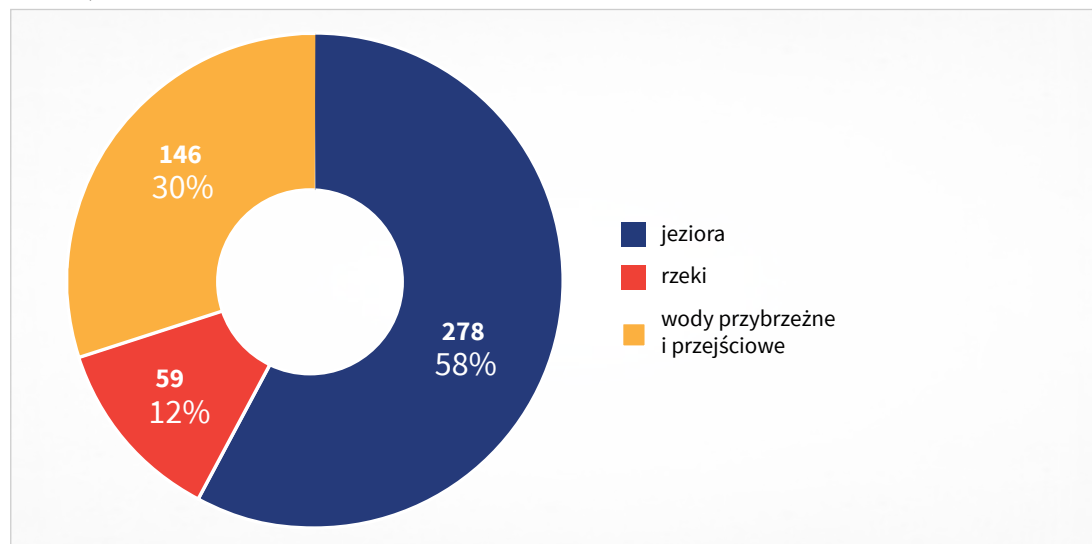
W 2018 r. spośród 483 czynnych kąpielisk, większość była zorganizowana na jeziorach.

Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2018 r. w województwach wielkopolskim (67), warmińsko-mazurskim (34), zachodniopomorskim (33).

Rys. 3. Lokalizacja kąpielisk uchwalonych i raportowanych do Komisji Europejskiej w 2018 r. (opracowanie własne)



Wyk. 53. Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2018 r. (opracowanie własne)



W 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały w sumie 2 702 oceny, w tym:

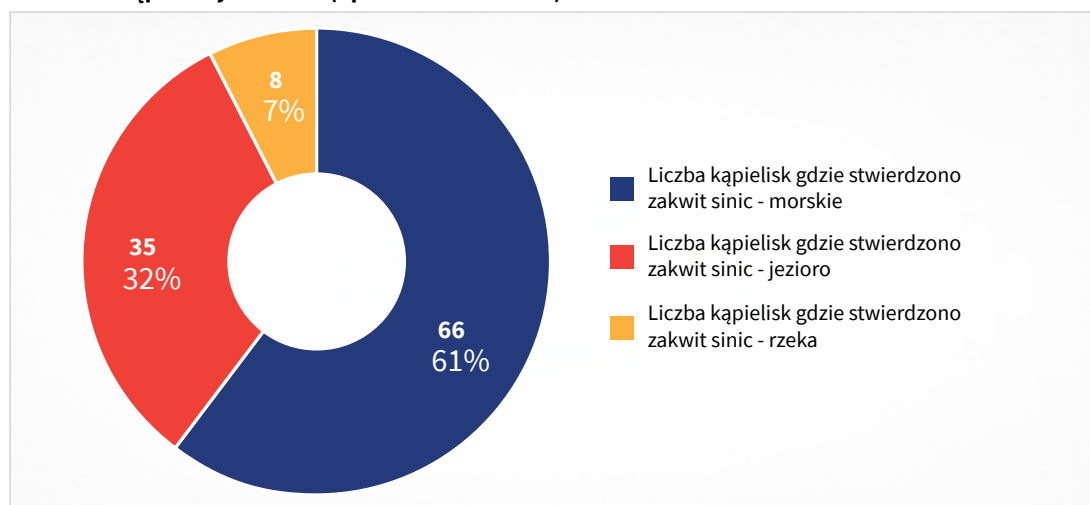
- 2472 oceny o przydatności wody do kąpeli dla 483 kąpielisk;
- 275 ocen o tymczasowym zakazie kąpeli dla 128 kąpielisk – głównie ze względu na wystąpienie nadmiernego zakwitnięcia sinic lub przekroczenia parametrów mikrobiologicznych.

Sezon kąpielowy w 2018 r. był wyjątkowy pod względem liczby wydanych ocen bieżących o tymczasowym zakazie kąpeli 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 nadmieremu 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.

Tab. 27. Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2018 r. (opracowanie własne)

	Liczba ocen bieżących	Liczba kąpielisk dla których była wydana ocena bieżąca
Wszystkich	2702	483
Woda przydatna do kąpeli	2427	483
Tymczasowy zakaz kąpeli - wszystkie	275	128
Tymczasowy zakaz kąpeli - zakwit sinic	236	109
Tymczasowy zakaz kąpeli- parametry mikrobiologiczne	28	20
Tymczasowy zakaz kąpeli- pozostałe	11	10

Wyk. 54. Liczba kąpielisk gdzie stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2018 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 zarządcze w odniesieniu do wód w osób kąpiących się (w tym zamieszczaniu stosownych informacji w serwisie kąpieliskowym kąpieliskach. Polegały one na określeniu i ocenie przyczyn zanieczyszczenia, skutecznym informowaniu), 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 zarządczych 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 Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2268, z późn. zm.)

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



3. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne*³ od dnia 1 stycznia 2018 r., poza kąpieliskami, mogą być tworzone wyłącznie miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli, które mogą funkcjonować przez okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym. Utworzenie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli odbywa się za zgodą rady gminy w drodze uchwały (po złożeniu odpowiedniego wniosku przez organizatora ww. miejsca). Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli mają zabezpieczyć wyjątkowe sytuacje, w których występuje konieczność zorganizowania formy rekreacji związanej z kąpielą. Sytuacje te to przypadki, w których nie dało się wcześniej przewidzieć konieczności utworzenia miejsca do kąpeli zgodnie z wymaganiami i procedurą przewidzianą dla kąpielisk. Mogą one być związane z koniecznością np. zorganizowania zawodów, obozu czy też wydarzeń kulturalnych połączonych z wypoczynkiem (kąpielą). Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą nadzór również nad miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpeli. Ich liczba w 2018 r. wyniosła 376, jest to o 462 mniej niż w 2017 r. W sezonie letnim 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 809 bieżących ocen jakości wody, w tym 38 ocen o okresowej nieprzydatności wody do kąpeli. 360 miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli spełniało wymagania jakości wody, zaś w przypadku 16 miejsc wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań – w większości przypadków z powodu nadmiernego zakwitów sinic.

W sezonie kąpielowym w 2018 r. na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony był wykaz wszystkich miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Tab. 28. Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli (opracowanie własne)

Województwo	Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli
dolnośląskie	15
kujawsko-pomorskie	27
lubelskie	22
lubuskie	31
łódzkie	10
małopolskie	6
mazowieckie	35
opolskie	5
podkarpackie	15
podlaskie	10
pomorskie	51
śląskie	16
świętokrzyskie	24
warmińsko-mazurskie	41
wielkopolskie	46
zachodniopomorskie	22
POLSKA	376

4. Terminy otwarcia kąpielisk

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne*³ sezon kąpielowy obejmuje okres między 1 czerwca a 30 września. W sezonie kąpielowym w 2018 r. średni czas otwarcia kąpieliska wynosił 68 dni, najdłuższy 121 dni, a najkrótszy 45 dni.

Indywidualnie dla każdego kąpieliska decyzję o jego otwarciu i zamknięciu, w ramach czasowych określonych pra-

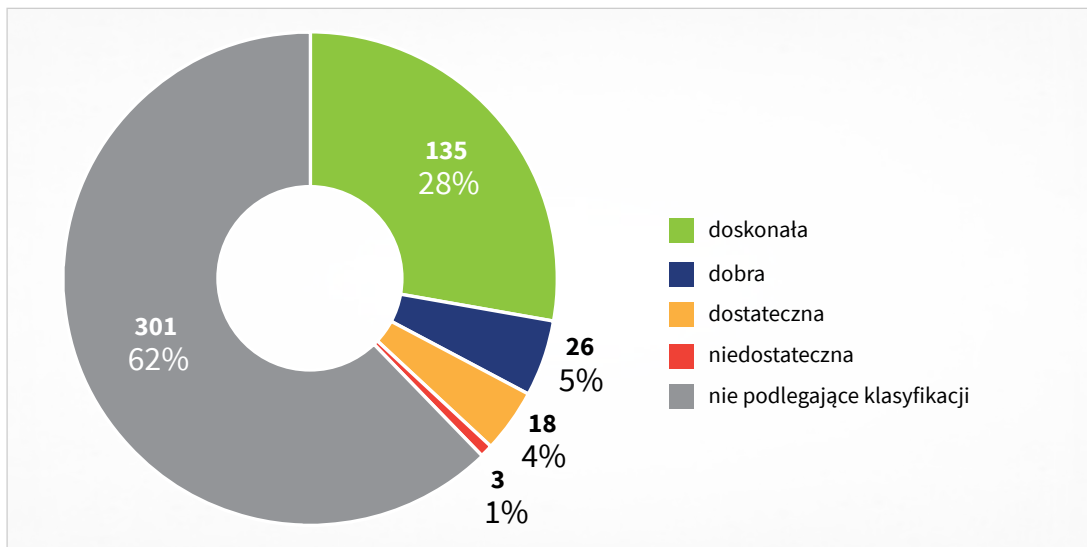
wem, praktycznie podejmuje organizator kąpieliska. Sezon kąpielowy jest określany i zatwierdzany przez radę gminy w uchwale, dodatkowo informacje te można znaleźć w serwisie kąpieliskowym prowadzonym przez Główny Inspektorat Sanitarny (<https://sk.gis.gov.pl/>).

5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

W 2018 roku, po zakończeniu sezonu kąpielowego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły klasyfikację jakości wody dla kąpielisk, które posiadały pełen zestaw danych. Oznacza to, iż kąpieliska, które funkcjonowały rokrocznie przez kolejne cztery sezony kąpielowe, były klasyfikowane i otrzymały status: doskonałe, dobre, dostateczne, niedostateczne. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach przeprowadzana jest na podstawie wyników badań parametrów mikrobiologicznych tj. en-

terokoki i *Escherichia coli*. Klasyfikacja kąpieliska jest dokonywana zgodnie z przepisami rozporządzenia⁵ i mogła zostać wykonana dla 182 kąpielisk z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody niezbędnych do przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. 301 kąpielisk nie zostało sklasyfikowanych przede wszystkim z uwagi na to, iż są to obiekty nowo zidentyfikowane jako kąpieliska i nie posiadają jeszcze pełnego zestawu danych.

Wyk. 55. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach (opracowanie własne)⁶



6. Serwis kąpieliskowy

Serwis kąpieliskowy zgodnie ustawą *Prawo wodne*³ zawiera informacje dotyczące kąpielisk, czyli obiektów spełniających najwyższe standardy bezpieczeństwa.

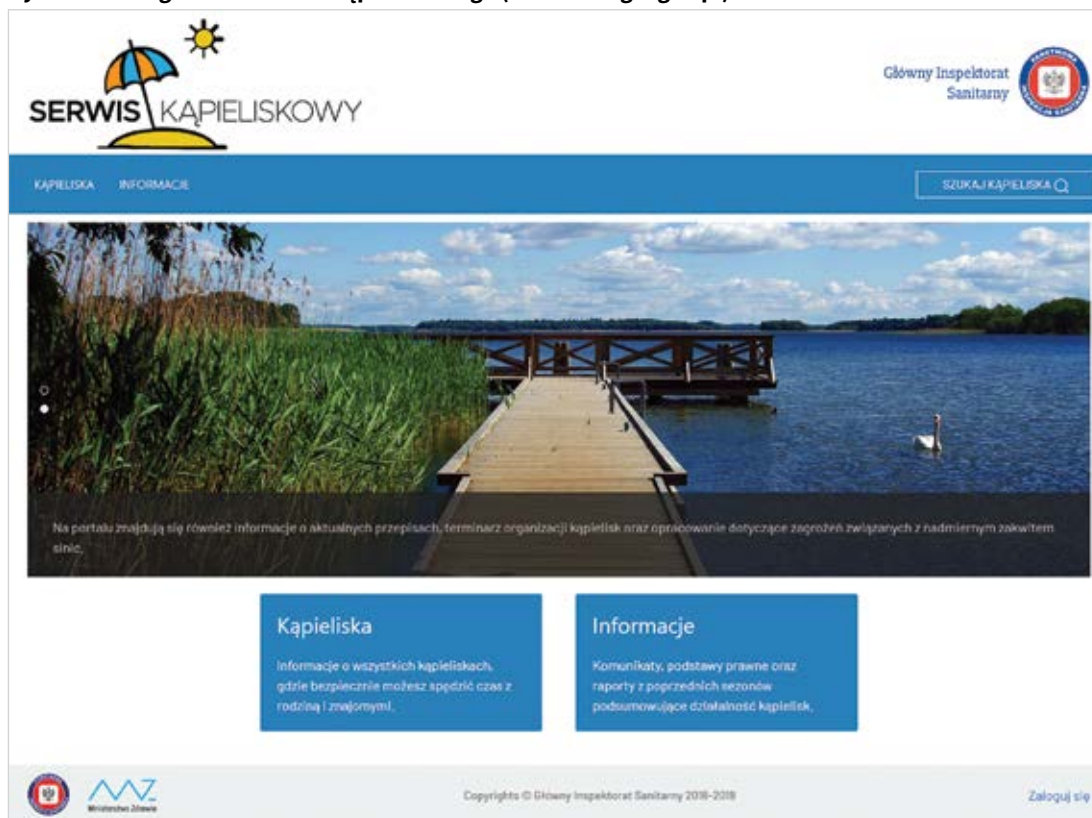
Prowadzony internetowy serwis kąpieliskowy jest systemem informacyjnym, który prezentuje na mapie Polski wykaz wszystkich wyznaczonych uchwałami rad gmin kąpielisk oraz przedstawia aktualne informacje o jakości wody w kąpieliskach i infrastrukturze kąpielisk w trakcie trwania sezonu kąpielowego. Ogólnie dostępne komunikaty przyczyniają się nie tylko do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa korzystającego z kąpielisk, podnoszenia jakości usług, ale także do wzrostu świadomości zdrowotnej osób kąpiących się.

Serwis kąpieliskowy w sezonie kąpielowym 2018 był na bieżąco aktualizowany w terminie 1 czerwca - 30 września, zgodnie z okresem trwania sezonu kąpielowego, i był prowadzony na podstawie danych uzyskiwanych od właściwych państwowych inspektorów sanitarnych oraz organizatorów kąpielisk. Dla każdego kąpieliska, na podstawie sprawozdania z badania jakości wody, właściwy państwowy powiatowy lub państwowy graniczny inspektor sanitarny dokonuje bieżącej oceny jakości w celu określenia jej przydatności do kąpiel. Informacja ta zostaje zamieszczona na stronie serwisu kąpieliskowego.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpielii (Dz. U. z 2016 r., poz. 1602)

⁶ Wg. stanu na 11 kwietnia 2019 r.

Rys. 4. Strona główna Serwisu kąpieliskowego (źródło: sk.gis.gov.pl)

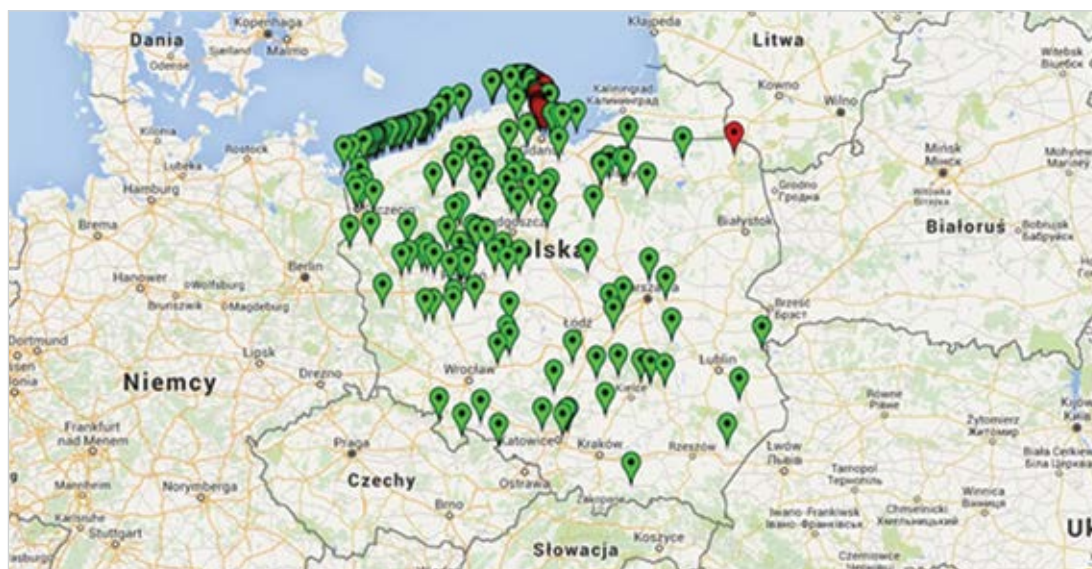


Serwis kąpieliskowy zawiera informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

- wykaz kąpielisk i bieżącą ocenę jakości wody w kąpielisku,
- informację o zakazie kąpeli wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informację o innych zaleceniach dotyczących jakości wody,
- ogólny opis wody w kąpielisku sporządzony w oparciu o profil wody w kąpielisku, przedstawiony w języku nie-technicznym,

- 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 mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce (źródło: sk.gis.gov.pl)






Rys. 6. Widok wykazu kąpielisk (źródło: sk.gis.gov.pl)

Kąpieliska

Liczba kąpielisk: 483

LISTA
MAPA


"Domowe"

Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	
Jezioro Domowe Duże	Szczytno	24/06/2018 - 31/08/2018	
	powiat szczycieński, woj. warmińsko-mazurskie		
Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
10:00 - 18:00	Woda przydatna do kąpeli Wynik badania z dnia 13/08/2018	 2018 - Jakość doskonała	

"Kąpielisko Camping Borzątew"


Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia
Jezioro Kłeckie	Borzątew	1/07/2018 - 31/08/2018	10:00 - 18:00
	powiat gnieźnieński, woj. wielkopolskie		
Jakość wody	Klasyfikacja		
Woda przydatna do kąpeli Wynik badania z dnia 24/08/2018	2018 - Nowe kąpielisko		

"Kąpielisko Miejskie"

Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia
Jezioro Durowskie	Wągrowiec	22/06/2018 - 31/08/2018	10:00 - 18:00
	powiat wągrowiecki, woj. wielkopolskie		
Jakość wody	Klasyfikacja		
Woda przydatna do kąpeli Wynik badania z dnia 23/08/2018	 2018 - Jakość doskonała		

Rys. 7. Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)

Gdańsk Orle

Adres	Akwen	MAPA NAJBLIŻSZE KĄPIELISKA	
Gdańsk, Lazurowa <i>woj. pomorskie, pow. Gdańsk</i>	Zatoka Gdańska		
Długość linii brzegowej	Sezon kąpielowy		
100m	22/06/2018 - 31/08/2018		
Godziny otwarcia			
09:30 - 17:30			

Ocena wody

Brak oceny wody lub kąpielisko zamknięte.

Pokaż oceny wody w kąpielisku

2018	2017	2016	DATA		
DATA OCENY	OCENA	E. COLI	ENTEROKOKI	DATA	NAST
31/08/2018	Woda	0	0	O/C	

Główny Inspektorat Sanitarny © OpenStreetMap contributors

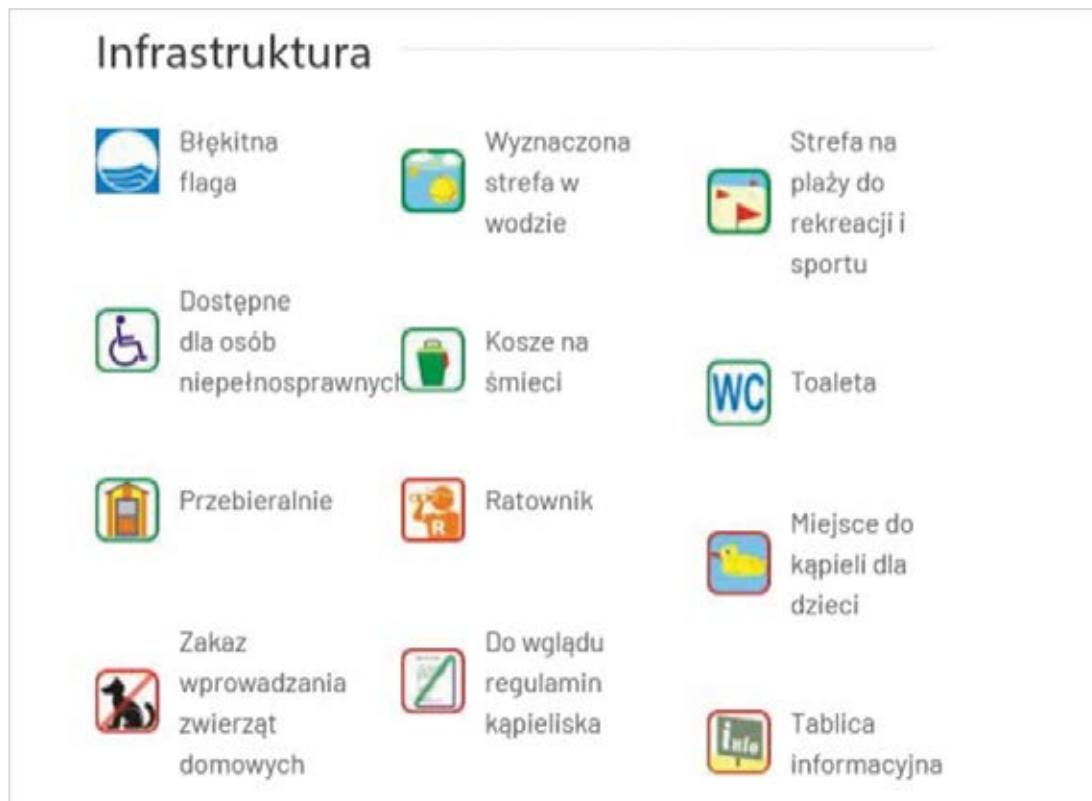
Serwis kąpieliskowy zawiera również informacje z zakresu infrastruktury na obszarze kąpieliska.

W 2018 r. serwis kąpieliskowy został zaktualizowany w zakresie swojej funkcjonalności i cieszył się rosnącą popularnością (liczba aktywnych użytkowników w bieżącym sezonie wyniosła 817 554). Najwięcej osób w czasie trwania sezonu kąpielowego skorzystało z serwisu w dniach 26 lipca 2018 r. (70 140) oraz 27 lipca 2018 r. (65 821). Dużym zain-

teresowaniem cieszył się również materiał informacyjny pt. *Przyczyny występowania i zagrożenia wynikające z obecności potencjalnie toksycznych cyjanobakterii (sinic) w wodzie.*

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

Rys. 8. Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)



7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

W sezonie kąpielowym w 2018 r., dzięki znowelizowanym przepisom, odnotowano znaczący wzrost liczby kąpielisk do 483 obiektów. Wzrost jest również wynikiem prowadzonych przez Ministra Zdrowia, za pośrednictwem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej corocznie - od roku 2014 r. działań edukacyjnych i promocyjnych mających na celu podniesienie świadomości podmiotów zaangażowanych w organizację kąpielisk oraz gmin, które decydując o organizacji kąpielisk dokładają starań, aby zapewnić społeczności lokalnej i turystom bezpieczne warunki rekreacji wodnej.

W ramach podejmowanych działań Główny Inspektorat Sanitarny po sporządzeniu raportu o jakości wody w kąpieliskach za rok 2018 (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.



PW
13

33





**Zapobiegawczy
nadzór sanitarny** |

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. W momencie zrealizowania inwestycji lub zagospodarowania terenu w wyniku działań w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ryzyko zagrożenia zdrowia ludzi czy też wystąpienia uciążliwości powodujących dyskomfort jest znacznie obniżone.

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.

Cele zapobiegawczego nadzoru sanitarnego realizuje się poprzez działania:

- opracowywanie i współdziałanie przy tworzeniu polityk, strategii, planów, programów, prawa miejscowego, aktów administracyjnych i normatywnych czy zajmowaniu 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,
- uzgadnianie nowych materiałów i procesów technologicznych przed ich zastosowaniem w produkcji lub budownictwie,
- 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,
- inicjowanie przedsięwzięć oraz prac badawczych w dziedzinie zapobiegania negatywnym wpływom czynników zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.



2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego dokonuje pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych analizy projektowanych działań 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 wpływu na zdrowie i życie ludzi.

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ma na celu zapewnienie, na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz projektowania i realizacji inwestycji, właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w obiektach, w taki sposób, aby w trakcie eksploatacji nie powstawały zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi, powodowane przyjętymi w tym zakresie rozwiązaniami.

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 jego przebywania.

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

W ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r. zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych, m. in. w sprawach:

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

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

2.1. Strategiczna ocena oddziaływania na środowisko

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko 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 dotyczących odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla wyżej wymienionych dokumentów,
- oceny ww. projektów dokumentów wraz z prognozami oddziaływania na środowisko.

2.2. Ocena oddziaływania przedsięwzięć kwalifikowanych do mogących 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.

Pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych uzgadniane były również projekty planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko.

2.3. Uzgadnianie dokumentacji projektowej

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

Rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych uzgadniają dokumentację projektową w imieniu państwowego inspektora sanitarnego pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych.

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

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

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

W roku sprawozdawczym na terenie całego kraju zarejestrowanych było 382 rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych natomiast aktywnie działających było 285 rzeczoznawców.

Praca rzeczoznawców była kontrolowana przez właściwych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych w oparciu o wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 30 stycznia 2003 r. w sprawie nadzoru i oceny działalności rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych. Dokonano 502 kontrole pracy rzeczoznawców. W nielicznych przypadkach nie przeprowadzono kontroli rzeczoznawców z uwagi na chorobę rzeczoznawcy lub w przypadkach niewielkiej liczby uzgodnień.

Kontrolowany rzeczoznawca przedstawia rejestr uzgadnianych dokumentacji projektowych, kopie klauzul potwierdzających uzgodnienia wraz z ewentualnymi kopiami załączników do tych klauzul oraz ewentualnie odmów uzgodnienia, a także pieczęć imienną. Sprawdzano działalność w zakresie zagadnień merytorycznych i formalnych poprzez skontrolowanie wybranych losowo w rejestrze uzgodnionych dokumentacji, po czym ewentualnie wydawano stosowne zalecenia. Generalnie działalność rzeczoznawców oceniano jako dobrą (241), nielicznych jako dostateczną (9) a jedną jako złą. Rzeczoznawcy, którzy w ubiegłym roku uzyskali ocenę dostateczną lub złą byli kontrolowani co najmniej dwa razy.

W większości województw nie wpłynął żaden wniosek lub skarga od państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych

i inwestorów na temat uchybień w dokumentacjach projektowych uzgodnionych przez rzeczoznawców oraz nie było przypadków ponownego uzgodnienia dokumentacji wcześniej uzgodnionej przez rzeczoznawcę.

Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni przeprowadzili szkolenia dla rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych działających na terenie ich województwa. W niektórych przypadkach szkolenie dla rzeczoznawców było realizowane w trakcie ich kontroli jako szkolenie indywidualne. Były także indywidualne konsultacje dla rzeczoznawców, którzy zgłosili konkretny temat lub zagadnienie. Informowano także na bieżąco o zmianach przepisów prawnych. Rzeczoznawcy prowadzący aktywną działalność, przy uzgadnianiu dokumentacji korzystają z konsultacji i porad udzielanych przez państwowych wojewódzkich oraz państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

2.4. Inne stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na etapie projektowania inwestycji

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,
- odstępstw od przepisów prawa m.in. w zakresie warunków technicznych, bezpieczeństwa i higieny pracy w pomieszczeniach, usytuowania urządzeń w budynkach i na terenie działki budowlanej.

Stanowiska w zakresie odstępstw od przepisów dotyczyły m.in. obniżenia wysokości pomieszczeń, zagłębienia poniżej poziomu terenu oraz oświetlenia wyłącznie światłem sztucznym pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi. Odnosiły się również do zastosowania recyrkulacji powietrza w budynkach opieki zdrowotnej, usytuowania wyrzutni powietrza instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych, a także odległości lokalizowania zbiorników na nieczystości ciekłe, miejsc na kontenery na odpady stałe od okien i drzwi budynków z pomieszczeniami na pobyt ludzi, od granicy z sąsiednią działką, czy od magazynów spożywczych.

Działania podejmowane w ramach sprawowanego zapobiegawczego nadzoru sanitarnego uwzględniały konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu, i były skierowane 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 powietrza w celu zapewnienia wymaganej jakości powietrza na terenach zamieszkania i pobytu ludności, między innymi poprzez zastosowanie odpowiednich technologii przemysłowych, rozwiązań technicznych i urządzeń redukujących lub pochłaniających substancje szkodliwe dla zdrowia ludzi,
- zagwarantowanie odpowiednich pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków pobytu ludzi w budynkach, w odniesieniu do funkcji pomieszczeń, m.in. w zakresie właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (prawidłowej wymiany i czystości powietrza, temperatury, wilgotności),
- zapewnienie pracownikom odpowiednich higienicznych i zdrowotnych warunków pracy, biorąc pod uwagę m.in. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń chemicznych i fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi oraz szkodliwe czynniki biologiczne.

2.5. Zapobiegawczy nadzór sanitarny - dane liczbowe

W 2018 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna zajęła ogółem prawie 122,6 tysiąca stanowisk (w 2017 r. ponad 127 tysięcy, w 2016 r. ponad 134 tysięcy), w tym jedynie ok. 0,7 % negatywnych (w 2017 r. ok. 0,7 %, w 2016 r. ok. 0,8%).

W ramach powyższego dokonano ponad 42 tysiące uzgodnień dokumentacji projektowej inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2017 r. ponad 44 tysiące, w 2016 r. ponad 44 tysiące), w tym przez:

- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – ponad 8 tysięcy uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2017 r. ponad 7,2

tysiąca, w 2016 r. ponad 8,5 tysiąca),

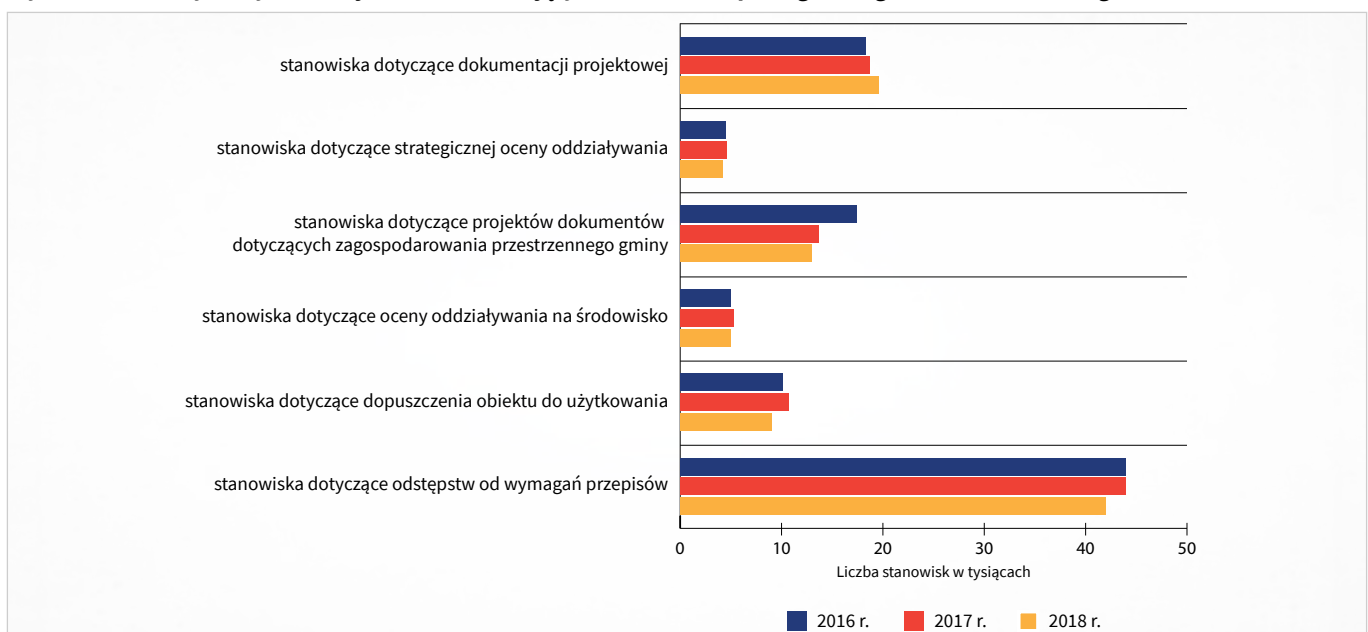
- rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych - ponad 35,1 tysiąca uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2017 r. ponad 36 tysięcy, w 2016 r. ok. 35,8 tysiąca).

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

- ok. 9 tysięcy uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2017 r. ponad 10,7 tysiąca, w 2016 r. ponad 10,1 tysiąca),
- ok. 5 tysięcy opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko (w 2017 r. 5,3 tysięcy, w 2016 r. ponad 5 tysięcy),
- ok. 13 tysięcy opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (w 2017 r. ok. 13,7 tysiąca, w 2016 r. ok. 17,4 tysiąca),
- ok. 4,2 tysięcy stanowisk dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym zakresie warunków technicznych (w 2017 r. ok. 4,6 tysięcy, w 2016 r. ok. 4,5 tysięcy),
- ok. 19,6 tysięcy stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego (w 2017 r. ok. 18,7 tysięcy, w 2016 r. ok. 18,3 tysięcy),
- 64 sprzeciwy wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowywanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2017 r. 64 sprzeciwy, w 2016 r. 76 sprzeciwów).

W związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały ok. 24,1 tysiąca kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów.

Wyk. 56. Liczba wybranych rodzajów stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w latach 2016-2018



3. Podsumowanie

Stanowiska 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.

Z danych statystycznych wynika, że liczba działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania zapobie-

gawczego nadzoru sanitarnego utrzymuje się w okresie ostatnich trzech lat na porównywalnym poziomie.

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.







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE

**Odpady |
medyczne**

Odpady medyczne to odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny.

W odpadach medycznych wyróżniamy:

- odpady niebezpieczne: zakaźne i inne niż zakaźne,
- odpady inne niż niebezpieczne.

Wśród odpadów medycznych rozróżnia się także odpady o ostrych końcach i krawędziach.

Odpady medyczne są podzielone na rodzaje, którym przypisane są konkretne kody, pozwalające na identyfikację tych odpadów.

Postępowanie z odpadami medycznymi jest uzależnione od rodzaju odpadów, ich właściwości i dopuszczalnych sposobów dalszego przetwarzania (odzysku lub unieszkodliwiania).

W tabeli poniżej przedstawiono wybrane informacje na temat rodzajów, odzysku i termicznego przekształcania odpadów medycznych.

Tab. 29. Rodzaje odpadów medycznych

Lp.	Kod odpadów	Rodzaj odpadów	Właściwości odpadów	Odzysk	Termiczne przekształcanie
1.	18 01 01	Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03)	Inne niż niebezpieczne	Dopuszczalny	Tak
2.	18 01 02*	Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03)	Niebezpieczne Zakaźne	Zakaz	Tak (wyłącznie)
3.	18 01 03*	Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82	Niebezpieczne Zakaźne	Zakaz	Tak (wyłącznie)
4.	18 01 04	Inne odpady niż wymienione w 18 01 03 (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy)	Inne niż niebezpieczne	Dopuszczalny	Tak
5.	18 01 06*	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne	Niebezpieczne inne niż zakaźne	Dopuszczalny	Tak z wyłączeniem odpadów zawierających rtęć
6.	18 01 07	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06	Inne niż niebezpieczne	Dopuszczalny	Tak
7.	18 01 08*	Leki cytotoksyczne i cytostatyczne	Niebezpieczne inne niż zakaźne	Zakaz	Tak (wyłącznie)
8.	18 01 09	Leki inne niż wymienione w 18 01 08	Inne niż niebezpieczne	Zakaz	Tak (wyłącznie)
9.	18 01 10*	Odpady amalgamatu dentystycznego	Niebezpieczne	Dopuszczalny z wyłączeniem odpadów zakaźnych	Nie z wyłączeniem odpadów zakaźnych
10.	18 01 80*	Zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej o właściwościach zakaźnych	Niebezpieczne Zakaźne	Zakaz	Tak
11.	18 01 81	Zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej, inne niż wymienione w 18 01 80	Inne niż niebezpieczne	Dopuszczony dla borowiny pozabiegowej	Nie
12.	18 01 82*	Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych	Niebezpieczne Zakaźne	Zakaz	Tak

Zakaźne odpady medyczne unieszkodliwia się wyłącznie przez termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych. Zakazuje się ich:

- odzysku,
- unieszkodliwiania we współspalarniach odpadów,
- składowania na składowisku.

Zakaźne odpady medyczne mogą stanowić poważne zagrożenie epidemiczne, ponieważ niektóre patogeny mają możliwość przetrwania na powierzchniach nieożywionych do kilkunastu miesięcy. Stosowanie zasad bezpiecznego postępowania z tymi odpadami może w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko przeniesienia zakażenia nie tylko na pacjentów, personel medyczny i osoby zaangażowane w gospodarkę odpadami, ale również na pozostałych członków społeczeństwa.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór sanitarny nad postępowaniem z odpadami medycznymi w miejscach ich powstawania realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego.

W ramach bieżącego nadzoru sanitarnego kontrolowane jest postępowanie z odpadami medycznymi w: szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach-rehabilitacji leczniczej, sanatoriach,

hospicjach, podmiotach udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (przychodniach, poradniach, ośrodkach zdrowia, lecznicach, zakładach badań diagnostycznych i medycznych laboratoriach diagnostycznych, zakładach rehabilitacji leczniczej, praktykach zawodowych).

Sprawowanie nadzoru sanitarnego nad postępowaniem z odpadami medycznymi w miejscach ich powstawania obejmuje etap od momentu ich wytworzenia przez wytwórcę do magazynowania wstępnego włącznie, z uwzględnieniem zakaźnych odpadów medycznych powstałych w wyniku świadczenia usług na wezwanie do miejsc ich wstępnego magazynowania.

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej skupiają się szczególnie na ochronie zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych oraz zapobieganiu powstawaniu i szerzeniu się chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności poprzez ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, opracowanie,



wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji powierzchni pomieszczeń i urządzeń, czy stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych. W ten obszar wpisuje się postępowanie z odpadami medycznymi, w szczególności zakaźnymi.

Wymagania w zakresie postępowania z odpadami medycznymi zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. poz. 1975), wydanym na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach.

W trakcie przeprowadzania kontroli dużą wagę przykładano do postępowania z odpadami zakaźnymi szczególnie groźnymi - wysoce zakaźnymi odpadami medycznymi - zawierającymi wyjątkowo groźne biologiczne czynniki chorobotwórcze, mogące wywoływać choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, łatwo rozprzestrzeniające się, o wysokiej śmiertelności (takie jak cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne), powodujące szczególnie zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagające specjalnych metod zwalczania.

W szczególności kontrolowano:

- procedury postępowania z odpadami,
- zasady segregacji i warunki gromadzenia, w tym odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach,
- kolorystykę i oznakowanie pojemników i worków do gromadzenia odpadów medycznych,
- sposób transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- stan sanitarny środków i pojemników do transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- stan sanitarno-techniczny oraz wyposażenie miejsc do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego,
- stan sanitarno-techniczny, wyposażenie, sposób i warunki magazynowania w miejscach wstępnego magazynowania.

Ogólnie postępowanie z odpadami medycznymi na terenie podmiotów leczniczych należy ocenić jako prawidłowe. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- stanu technicznego pomieszczenia do magazynowania odpadów medycznych,
- dostosowania temperatury w miejscu gromadzenia odpadów medycznych do rodzaju i czasu przechowywania tych odpadów bądź braku termometru,
- niewłaściwych warunków transportu wewnętrznego odpadów,

- braku umywalki w sąsiedztwie pomieszczenia magazynowania odpadów,
- braku środków myjących i dezynfekujących przy umywalkach oraz podajnika z rękawiczkami jednorazowego użytku,
- braku oznakowania pojemników i worków z odpadami, właściwej segregacji odpadów w miejscu wytworzenia, aktualizacji procedury postępowania z odpadami, miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego,
- braku przeszkolonego personelu w zakresie postępowania z odpadami.

Każdorazowo w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wydawano decyzje lub zalecenia z nakazem ich usunięcia i nakładano mandaty karne, mające na celu wyegzekwowanie poprawy stanu w tym zakresie.

Ponadto, wydanie zezwolenia na przetwarzanie odpadów polegającego na unieszkodliwianiu zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych wymaga zgody Głównego Inspektora Sanitarnego.

Przed wydaniem zezwolenia na przetwarzanie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych polegającego na unieszkodliwianiu tych odpadów właściwy organ wydający zezwolenie występuje do Głównego Inspektora Sanitarnego o zgodę na dopuszczenie funkcjonowania instalacji lub urządzenia do unieszkodliwiania tych odpadów, przedkładając kopię wniosku wraz z załącznikami. Do zgody stosuje się art. 106 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego.

Główny Inspektor Sanitarny, na podstawie informacji przedłożonych przez organ wydający zezwolenie, w zgodzie na dopuszczenie do funkcjonowania instalacji lub urządzenia do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych określa:

- rodzaj i typ (model) instalacji lub urządzenia;
- dokładne parametry przeprowadzania procesu unieszkodliwiania odpadów dla danego typu instalacji lub urządzenia;
- wymagania i metody dotyczące okresowej kontroli mikrobiologicznej skuteczności procesu unieszkodliwiania dla danego rodzaju i typu (modelu) instalacji lub urządzenia;
- wymagania dotyczące pojemników lub worków, w których odpady będą unieszkodliwiane w danym rodzaju i typie (modelu) instalacji lub urządzenia;
- wymagania dotyczące okresowego przeglądu technicznego danego rodzaju i typu (modelu) instalacji lub urządzenia;
- masę unieszkodliwianych odpadów w okresie roku.







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE



Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej

1. Informacje ogólne

W dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy kontrola przestrzegania przepisów, określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego nieruchomości, zakładów pracy, instytucji, obiektów i urzędzeń użyteczności publicznej oraz zbiorowego transportu publicznego.

W 2018 r. skontrolowano ogółem 79 651 obiektów użyteczności publicznej, co stanowiło 52% spośród 153 186 ujętych w ewidencji.

W ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w 2018 r. oceniono:

- zakłady (salony) fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – skontrolowano 36 653 spośród 64 241 ujętych w ewidencji, co stanowi 57,1 %,
- obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 9 807 spośród 22 271 ujętych w ewidencji, co stanowi 44 %,
- ustępy publiczne ogółem – skontrolowano 1 988 spośród 2 484 ujętych w ewidencji, co stanowi 80 %,
- ustępy ogólnodostępne (w obiektach użyteczności publicznej) – skontrolowano 911 spośród 1 224 pozostających w ewidencji, co stanowi 74,4 %,

- domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 2 071 spośród 2 988 ujętych w ewidencji, co stanowi 69,3 %,
- dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze i morskie, przystanie żeglugi morskiej i śródlądowej, stacje metra, przystanie jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych – skontrolowano 1.007 spośród 1.547 ujętych w ewidencji, co stanowi 65,1 %,
- przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 56 spośród 58 ujętych w ewidencji, co stanowi 96,6 %,
- tereny rekreacyjne – skontrolowano 4 924, spośród 9 441, co stanowi 52,2 %,
- cmentarze i domy pogrzebowe – skontrolowano 4 337, spośród 10 965, co stanowi 39,6 %,
- inne obiekty i urządzenia użyteczności publicznej np.: apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze – skontrolowano 16 038 spośród 35 803, co stanowi 44,8 %.

W 2018 r. pracownicy komórek higieny komunalnej szczebla powiatowego i wojewódzkiego Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach działalności kontrolno-represyjnej wydali 34 703 decyzje merytoryczne, nałożyli 1 267 mandatów na kwotę 254 900.

2. Stan sanitarny wybranych obiektów

2.1. Ustępy publiczne i ogólnodostępne

Ustęp ogólnodostępny jest obiektem towarzyszącym innej funkcji – obiektowi użyteczności publicznej, umożliwiającym załatwienie niektórych potrzeb fizjologicznych osobom przebywającym w tym obiekcie (np. w budynku banku, centrum handlowym, w kinie, na dworcu kolejowym).

Ustęp publiczny natomiast jest obiektem odrębnym, zlokalizowanym w przestrzeni publicznej, którego celem istnienia jest zapewnienie ludności możliwości załatwienia niektórych potrzeb fizjologicznych, w trakcie przebywania poza miejscem zamieszkania (np. w parku publicznym, na placu zabaw, w pobliżu plaży).

W dalszym ciągu obserwuje się niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych, zwłaszcza w miejscowościach wypoczynkowych, przy szlakach turystycznych, targowiskach, kościołach oraz przy cmentarzach.

W miejscach organizowania imprez masowych, a także na cmentarzach w okresach świątecznych stawiane są przenośne systemy sanitarne (toalety przenośne).

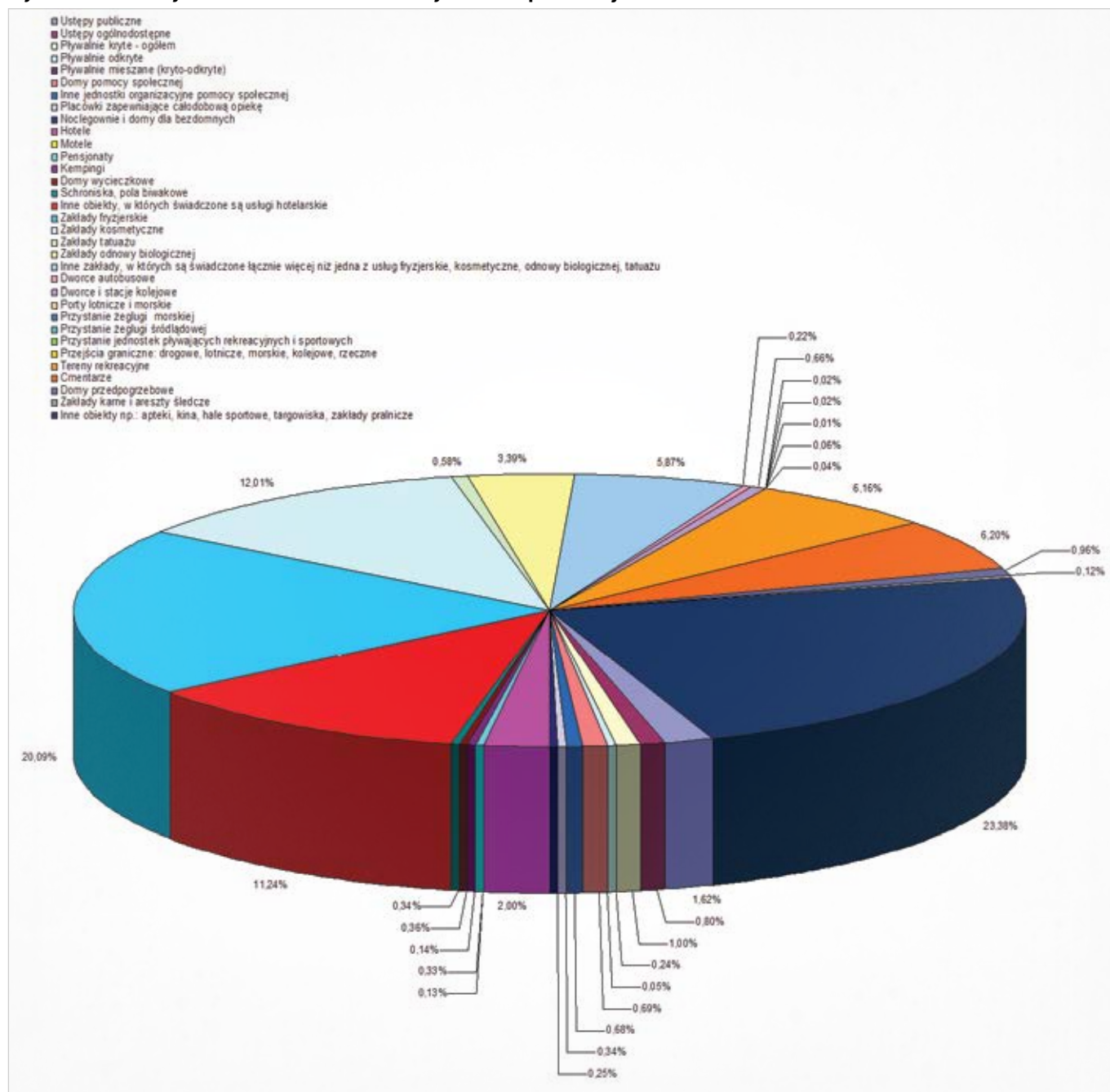
Skontrolowano 1 988 ustępów publicznych i 911 ogólnodostępnych spośród 3 708 znajdujących się w ewidencji, co stanowi 78,2 %.

Z uwagi na fakt, że zapewnienie budowy, utrzymanie i eksploatacja ustępów publicznych leży w gestii gmin, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco współpracują z samorządami gminnymi.

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

W 2018 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 2 988 tego typu obiektów, z czego skontrolowano 2 071. W 39 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, w 35 – niezadowala-

Wyk. 57. Odsetkowy rozkład kontroli obiektów użyteczności publicznej w 2018 r.



jący stan pod względem higieniczno-sanitarnym, zaś w 68 – niezadowolający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym. Wśród kontrolowanych obiektów pomocy społecznej znajdowały się obiekty o różnym profilu działalności:

domy pomocy społecznej – placówki zapewniające całodobową opiekę z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,

inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – placówki w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej takie jak: ośrodki dla cudzoziemców, domy dziennego pobytu, ośrodki wsparcia, w tym ośrodki wsparcia tworzone na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu przemyocy

w rodzinie, środowiskowe domy samopomocy, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży itp.,

placówki zapewniające całodobową opiekę – placówki, które zapewniają opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, prowadzone w ramach działalności gospodarczej,

noclegownie i domy dla bezdomnych wraz z pomieszczeniami pomocniczymi niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania i udzielania pomocy.

Podczas kontroli oceniano wyposażenie wszystkich pomieszczeń, w tym sanitarnych, stan pomieszczeń oraz niezbędnych mebli i urządzeń (kuchenki, pralki, lodówki).



Odnotowano zły stan sanitarno-higieniczny podłóg, ścian, sufitów i wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych (zniszczone, brudne lub zagrzybione ściany, zacieki na sufitach, zagrzybienia, uszkodzona armatura sanitarna, brak środków higienicznych), pomieszczeń gospodarczych, środków transportowych czystej i brudnej bielizny, warunków mycia sprzętu porządkowego, jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, a także przypadki nieprzestrzegania wymagań przepisów o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych braku zaopatrzenia noclegowni w bieżącą wodę ciepłą i zimną.

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

W 2018 r. skontrolowano 9 807 spośród 22 271 tego typu obiektów. W 118 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, w 111 przypadkach – niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym oraz w 75 przypadkach – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w tego typu obiektach kontrolowała:

- zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- jakość wody przeznaczonej do spożycia,
- gospodarkę ściekami i odpadami,
- postępowanie z brudną i czystą bielizną oraz pościelą,
- procedury utrzymania czystości, środki czystości i dezynfekcyjne,
- warunki eksploatacji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- dokumentację zdrowotną pracowników,
- stan sanitarno – higieniczny, techniczny oraz infrastrukturę terenów przeznaczonych pod kempingi, pola namiotowe i wokół budynków.

Stwierdzone w obiektach nieprawidłowości najczęściej dotyczyły: zniszczonych podłóg, zawilgoconych, brudnych ścian i sufitów w ciągach komunikacyjnych, pokojach i łazienkach, uszkodzonej i zagrzybionej glazury, zniszczonej stolarki, nieodpowiednich warunków przechowywania bielizny czystej, zniszczonej armatury sanitarnej, zniszczonych materacy i kołder, niesprawnej wentylacji czy też braku wydzielonego pomieszczenia do przechowywania sprzętu porządkowego.

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

Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej stanowią najliczniejszą grupę wśród usługowych obiektów użyteczności publicznej, nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zakres świadczonych usług jest bardzo zróżnicowany – od niewielkich obiektów

poszczególnych kategorii, obsługiwanych przez jedną osobę, poprzez siłownie, gabinety masażu, sale ćwiczeń, po firmowe salony fryzjersko-kosmetyczne, tatuażu, ośrodki odnowy biologicznej. Powoduje to, że obiekty w tej grupie charakteryzują się największym zróżnicowaniem pod względem wyposażenia technicznego.

Wymagania dla zakładów, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne i tatuażu regulują między innymi przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151, z późn. zm.). Jedną z ważniejszych regulacji jest art. 16 ww. ustawy, który nakłada na osoby podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, obowiązek wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oferują pomoc przy opracowywaniu procedur postępowania w przypadku wykonywania zabiegów, przy których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek.

W 2018 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się:

- 30 773 – zakładów fryzjerskich
- 18 391 – zakładów kosmetycznych
- 893 – zakładów tatuażu
- 5 188 – zakładów odnowy biologicznej
- 8 996 – innych zakładów, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z ww. usług.

W porównaniu z poprzednim rokiem liczba podmiotów oferujących usługi wyraźnie wzrosła. Skontrolowano 36 653 spośród 64 241 zarejestrowanych w ewidencji, co stanowi 57%. W 95 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 262 niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny i w 150 niewłaściwy stan techniczny.

Kontroli dokonano w aspekcie:

- procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi u ludzi, w tym postępowania z:
 - wyrobami, narzędziami i materiałami wielokrotnego użytku, w tym powodującymi lub mogącymi spowodować naruszenie ciągłości tkanek ludzkich (mycie, dezynfekcja, sterylizacja, przechowywanie),
 - bielizną wielokrotnego użytku (ręczniki, pelerynki i inne),
 - odpadami,
 - produktami i preparatami kosmetycznymi (termin ważności, sposób przechowywania),
- stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń, wyposażenia sprzętów i urządzeń, zapewniających utrzymanie higieny osobistej oraz czystości i porządku pomieszczeń,

- stosowania środków czystości, dezynfekcyjnych itp.,
- zaopatrzenia w bieżącą ciepłą i zimną wodę, w tym jakości wody przeznaczonej do spożycia,
- sposobu odprowadzania ścieków, wyposażenia pomieszczenia w wentylację lub klimatyzację,
- przestrzegania przepisów o ochronie zdrowia przed następstwem używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości najczęściej dotyczyły: zniszczonych powierzchni mebli, braku dostępu do wody bieżącej ciepłej i zimnej, braku procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi, zagrzybionych powierzchni ścian i sufitów, braku dozowników na mydło, braku stanowisk do mycia i dezynfekcji narzędzi.

Pozytywnie ocenia się wzrost liczby przedsiębiorców, wyposażających gabinety w autoklawy, jak też posiadających umowy na sterylizację narzędzi poza gabinetami oraz stosujących narzędzia wyłącznie jednorazowego użytku. Obserwuje się, że coraz częściej podmioty rezygnują ze stosowania bielizny wielokrotnego użytku na rzecz bielizny jednorazowej.

2.5. Solaria

W 2018 r. działania kontrolne ww. obiektów usługowych objęły w sposób szczególny miejsca świadczenia usług w zakresie udostępniania solarium, w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium. Obok wymagań higieniczno-sanitarnych, działania nadzorcze skierowane były na ochronę zdrowia Polaków przed szko-

dliwym działaniem sztucznego promieniowania ultrafioletowego (UV), wydzielanego przez urządzenia wykorzystywane do naświetlania skóry, wywołującego efekt opalenizny, tzn. solarium.

Ustawa wprowadziła:

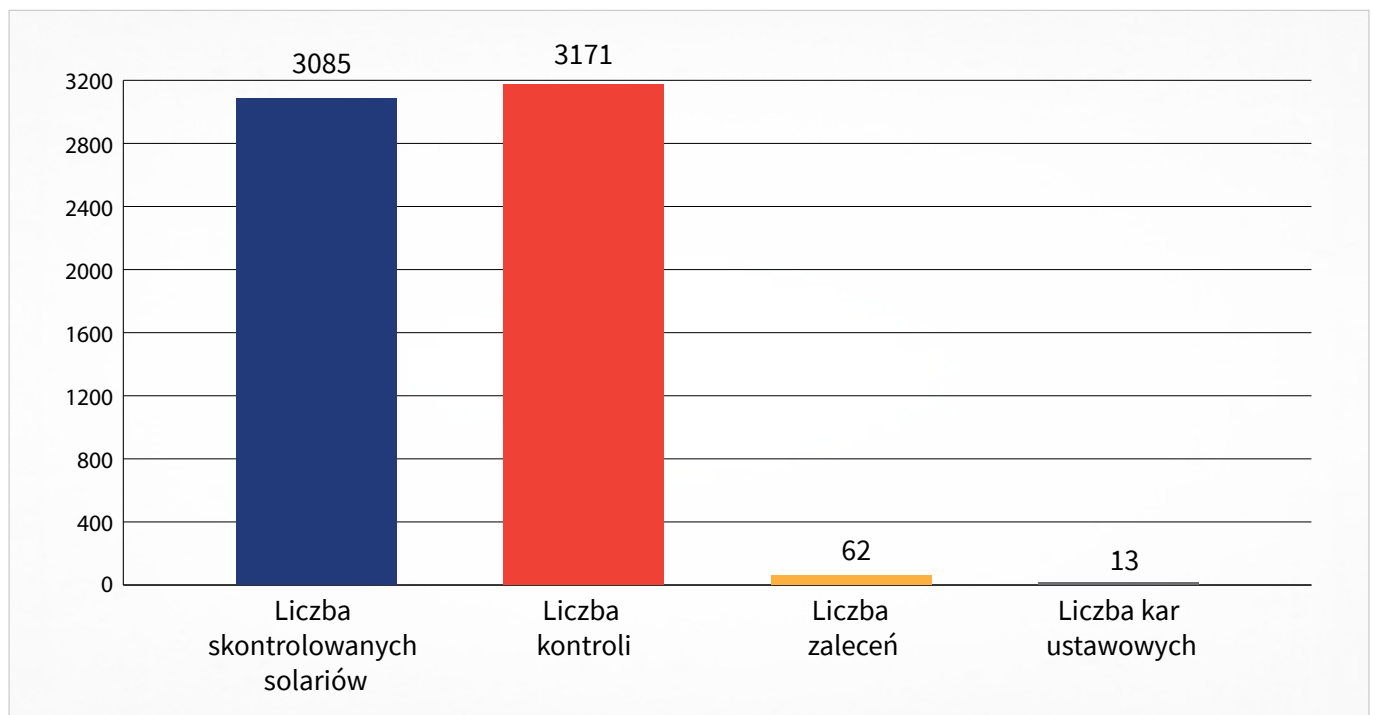
- całkowity zakaz udostępniania solarium małoletnim (osobom, które nie ukończyły 18 roku życia);
- całkowity zakaz reklamy i promocji usług w zakresie udostępniania solarium, w szczególności: w telewizji, radiu, prasie, na plakatach, ulotkach oraz w środkach usług informatycznych;
- obowiązek umieszczania w miejscu udostępniania solarium czytelnej i widocznej informacji o zakazie udostępniania solarium osobom, które nie ukończyły 18 roku życia.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły w tym zakresie 3 171 kontroli (w tym również sprawdzających) w 3 085 obiektach świadczących usługi solarium. Wydano 62 zalecenia, nałożono 13 kar ustawowych na łączną kwotę 12 800 zł.

Uchybienia stwierdzone podczas kontroli związane były głównie z brakiem informacji o szkodliwości solarium (naruszenie art. 8 ust. 1 pkt 2 ustawy), prowadzeniem reklamy lub promocji usług w zakresie udostępniania solarium (naruszenie art. 8 ust. 1 pkt 3 ustawy).

Zaobserwowano nieznaczny spadek liczby solarium wykazanych w ewidencji – z 4 185 obiektów w II kwartale do 4 157 obiektów w IV kwartale 2018 r.

Wyk. 58. Kontrola solarium w liczbach - 2018 r.



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

Skontrolowano 855 dworców i stacji (autobusowych, kolejowych, metra) na 1 369 znajdujących się w ewidencji, w 8 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 18 wyłącznie pod względem technicznym.

Skontrolowano 8 111 środków transportu:

- autobusy komunikacji publicznej – 2 808
- autobusy turystyczne – 327,
- tramwaje, metro, szybka kolej miejska – 522,
- statki i promy – 545,
- samoloty pasażerskie – 33,
- samochody do przewozu chorych – 518,
- samochody do przewozu zwłok i szczątków ludzkich – 2 483,
- samochody do przewozu bielizny – 180,
- inne - 201.

W 23 przypadkach na 8 111 stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny, w 26 - niezadawalający stan techniczny.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawując bieżący nadzór nad obiektami i środkami transportu publicznego przeprowadziły kontrole zgodnie zatwierdzonym harmonogramem na dany rok. Plan kontroli jest w pełni realizowany, co jednak nie znaczy, że każdy środek transportu publicznego wyjeżdżający ze stacji początkowej zostanie skontrolowany. Często środki transportu sprzątane są jedynie przed wyjazdem w trasę z pominięciem czasu w trakcie podróży, która trwa niekiedy kilka godzin. W związku z tym czystość bieżąca w znacznym stopniu może odbiegać od stwierdzanej przed wyjazdem w trasę. Przygotowanie środka transportu do wyjazdu w trasę powinno odbywać się według ustalonych zasad utrzymania czystości (w zależności od potrzeb, rodzaju połączeń – miejskich czy międzymiastowych lub międzynarodowych):

- czynności podstawowe - mycie i dezynfekcja toalet, opróżnianie pojemników na śmieci, zamiatanie i mycie podłóg, odkurzanie półek bagażowych, stolików i grzejników, mycie od wewnątrz szyb, wyposażanie kabin WC w ręczniki, papier toaletowy i mydło, wykładanie pojemników na śmieci workiem, przecieranie poręczy;
- czynności dodatkowo polecane - wymiana pokrowców na zagłówkach, zasłon, czyszczenie chodników, wycieraczek;
- w przypadku stwierdzenia zanieczyszczenia związkami organicznymi – miejsce powinno być dokładnie zdezynfekowane i umyte.

Stwierdzone nieprawidłowości najczęściej dotyczyły: uszkodzonych płytek ściennych w toalecie, braku pojemnika na odpady, zawilgoconych i zagrzybionych ścian i sufitów.

2.7. Porty lotnicze i morskie, przejścia graniczne

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r. znajdowało się 20 portów lotniczych i 18 portów morskich, skontrolowano w ramach posiadanych kompetencji 18 portów lotniczych i wszystkie morskie - nie stwierdzono nieprawidłowości. Obiekty te spełniają standardy europejskie, nie wydano żadnych decyzji administracyjnych, ani nie nałożono mandatów karnych. W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r. znajdowało się 58 przejść granicznych: drogowych, lotniczych, morskich, kolejowych, rzecznych. Skontrolowano 56, nie stwierdzono nieprawidłowości.

2.8. Tereny rekreacyjne

Pod hasłem *Tereny rekreacyjne* znajdują się place zabaw dla dzieci, piaskownice, ogródki jordanowskie, parki, ogrody botaniczne i zoologiczne. Na 9 441 obiektów znajdujących się w ewidencji skontrolowano 4 924. W 6 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 20 - niezadawalający stan techniczny. Kontrole terenów ogólnodostępnych na obszarach miejskich i wiejskich wykazały, że są one oświetlone, odpowiednio oznakowane i sprzątane na bieżąco, wyposażone w dostateczną ilość koszy na odpady. Jednym z istotnych elementów kontroli są place zabaw i piaskownice. Stan sanitarno-techniczny urządzeń do zabaw jest dobry, place w większości są ogrodzone i oznakowane. Piaskownice są zabezpieczone przed dostępem zwierząt. Zwracano uwagę na częstotliwość wymiany piasku w piaskownicach.

2.9. Cmentarze, domy przedpogrzebowe

Spośród 10 965 obiektów znajdujących się w ewidencji skontrolowano 4 337. W 15 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, w 36 niezadawalający stan techniczny.

Stwierdzone w domach przedpogrzebowych nieprawidłowości najczęściej dotyczyły: braku bieżącej ciepłej i zimnej wody, zniszczonej stolarki drzwiowej, czy też braku pomieszczenia do przechowywania sprzętu porządkowego oraz środków do mycia i dezynfekcji.

2.10. Inne obiekty użyteczności publicznej

Do tej grupy zalicza się: parkingi i miejsca postojowe, stacje paliw, obiekty sportowe, boiska, stadiony, hale sportowe, obiekty kulturalne, kina, teatry, domy kultury, świetlice, targowiska, urzędy pocztowe, sklepy, apteki, pralnie, składowiska odpadów, oczyszczalnie ścieków, areszty i zakłady karne. Skontrolowano 16 038 obiektów na 35 803 znajdujące się w ewidencji, w 71 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, w 192 niezadawalający stan techniczny.

3. Podsumowanie

W 2018 r. inspektorzy sanitarni nie stwierdzili poważniejszych zagrożeń sanitarno-epidemiologicznych dla osób korzystających z usług świadczonych w obiektach użyteczności publicznej. Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości były usuwane na bieżąco lub w terminach wyznaczonych w postępowaniu administracyjnym.

Na podstawie przeprowadzonych kontroli dostrzega się, iż wiele podmiotów gospodarczych takich jak hotele, gabinety świadczące usługi upiększania ciała w swojej działalności dąży do poprawy funkcjonalności i estety-

ki posiadanych pomieszczeń poprzez zmiany wystroju wnętrz, wyposaża swoje obiekty w nowoczesne, dobrej jakości materiały, sprzęty i urządzenia, zapewniając jednocześnie warunki zgodne z wymaganiami określonymi w aktach prawnych. Ma to swoje uzasadnienie w istnieniu konkurencji na rynku usług. Obiekty nowopowstające to zakłady nowoczesne, estetycznie urządzone i dobrze wyposażone. Jednocześnie zakłady kosmetyczne wprowadzają do zakresu usług coraz to nowsze, bardziej inwazyjne zabiegi, wymagające szczególnego nadzoru sanitarnego.

Tab. 30. Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2014 – 2018

liczba obiektów użyteczności publicznej	2014	2015	2016	2017	2018
wg ewidencji na 31 XII	128.154	136.940	139.904	142.939	153.186
skontrolowanych	81.576	82.786	80.644	79.067	79.651
	63%	60%	57%	55%	52%
z nieodpowiednim stanem sanitarnym higieniczno sanitarnym i technicznym	511	346	390	377	381
	0,4%	0,3%	0,3%	0,5%	0,5%
z nieodpowiednim stanem sanitarnym tylko pod względem technicznym	890	763	634	600	687
	0,7%	0,6%	0,5%	0,8%	0,9%







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE

**Nadzór nad warunkami
sanitarno-higienicznymi
środowiska pracy i chemikaliami**

1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Kluczowe kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy określone były w *Wytocznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r.* Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2018 r. kontrolę przestrzegania przepisów m.in. z zakresu: bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich 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, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, a także oceny ryzyka zawodowego. Sprawowanie nadzoru nad warunkami pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników obejmowało zarówno programy wieloletnie, tj. ocenę przygotowania pracodawców pod kątem przestrzegania przepisów i zasad bhp podczas usuwania bądź zabezpieczania wyrobów zawierających azbest w ramach realizacji rządowego „Programu Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” – sprawozdanie coroczne, oraz programy dwuletnie: dotyczące spo-

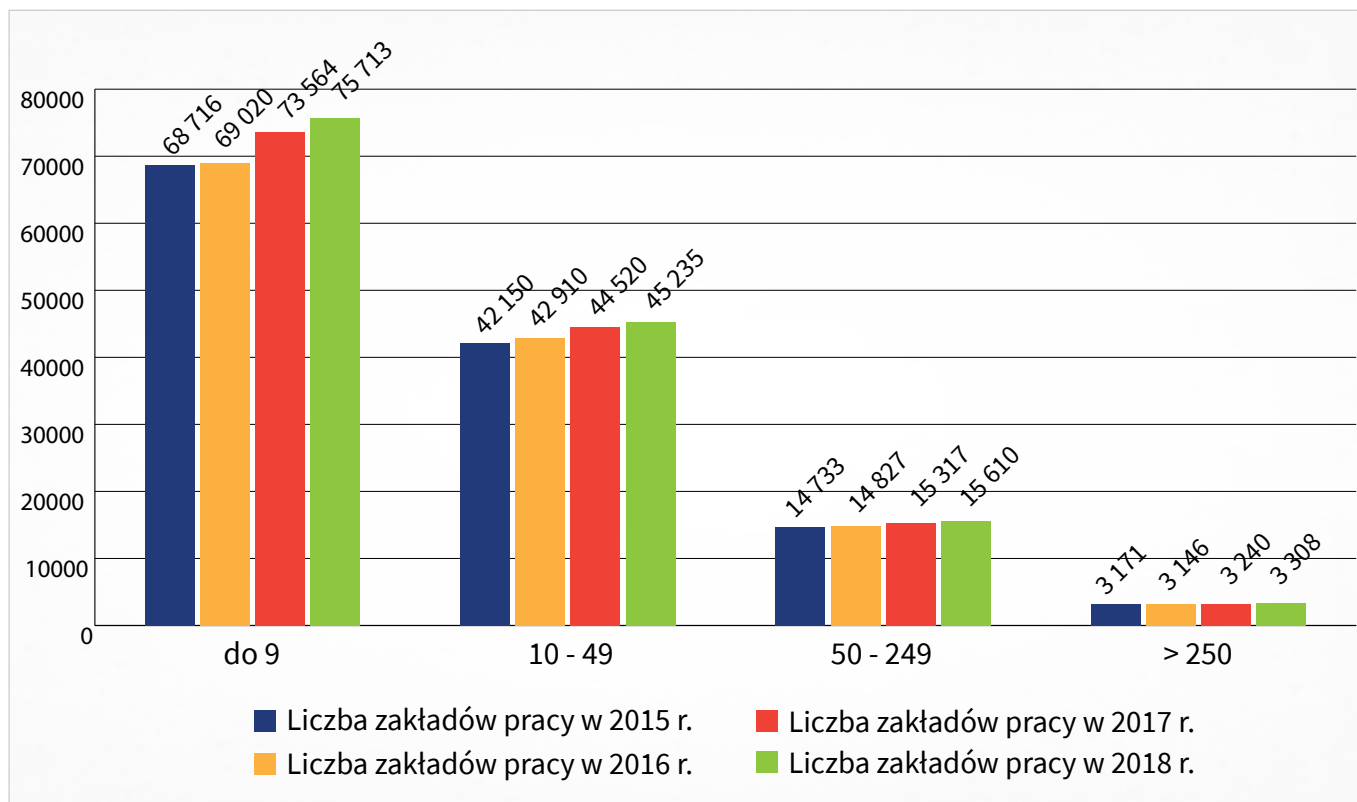
ządzenia oceny warunków pracy pracowników zatrudnionych w wybranych sektorach gospodarki – ze szczególnym uwzględnieniem pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki ściekami i odpadami.

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r. obejmował ewidencją **139 896** zakładów pracy (**136 641** w roku 2017), zatrudniających ogółem: **4 944 272** pracowników (w 2017 r. – **4 825 225**), z czego największą liczbę zatrudnionych stanowili pracownicy wg. następującej klasyfikacji działalności:

- PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – **474 886** zatrudnionych,
- PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – **362 776** zatrudnionych,
- PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – **265 009** zatrudnionych,
- PKD 85 Edukacja – **248 440** zatrudnionych,
- PKD 46 Handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi – **214 206** zatrudnionych.

Pracownicy pionu nadzoru higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2018 r. **53 535** kontroli u **42 630** pracodawców (w 2017 r. – **54 987** kontroli u **43 269** pracodawców), zatrudniających łącznie **2 332 458** pracowników. Nadzorem objętych zostało **30,5%** zewidencjonowanych podmiotów (w 2017 r. – 31,7 %).

Wyk. 59. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2015 – 2018 /wg liczby zatrudnionych pracowników/



Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – **25 590** kontroli w **4 320** obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w **19 873** obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3 – **1 885** kontrole, w tym m.in. w **512** obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – **6 073** kontrole, w tym m.in. w **2 407** obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze,
- nadzór w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – **3 472** kontroli w **3 077** obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – **12 269** kontrole w **11 167** obiektach.

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w **4 529** skontrolowanych badaniach zakładach pracy. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i najwyższych dopuszczalnych natężeń (NDN) odnotowane w 2018 r., tak jak w roku ubiegłym, dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

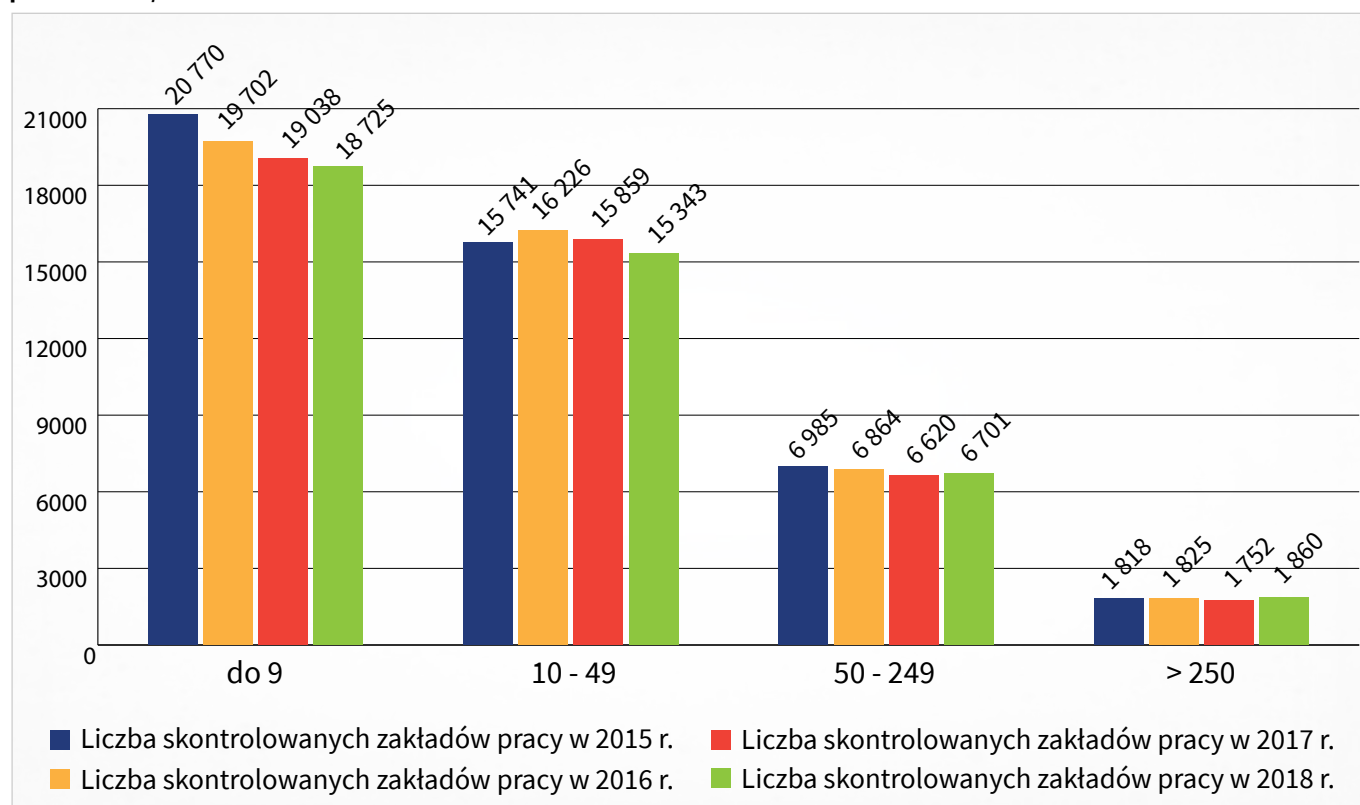
- produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używa-

- nych do wyplatania (PKD 16) – w **696** zakładach (707 zakładach w 2017 r.),
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) – w **637** zakładach (600 zakładach w 2017 r.),
- produkcja artykułów spożywczych (PKD 10) – w **348** zakładach (348 zakładach w 2017 r.),
- produkcja mebli (PKD 31) – w **330** zakładach (261 zakładach w 2017 r.).

Specyfika procesów produkcyjnych zakładów, w których stwierdzono największą liczbę przekroczeń, sprawiła, że pracownicy ekspozowani byli na więcej niż jeden czynnik szkodliwy. Osoby zatrudnione przy produkcji metalowych wyrobów gotowych oraz przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, narażone były zarówno na pyły jak i na hałas. Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2018 r. zatrudnionych było **210 097** pracowników (w 2017 r. – 210 058), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) (PKD 05) – **27 029** pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) – **24 753** pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania (PKD 16) – **21 034** pracowników,

Wyk. 60. Struktura skontrolowanych zakładów pracy w zakresie pionu higieny pracy w latach 2015 – 2018 /wg liczby zatrudnionych pracowników/



- przy produkcji artykułów spożywczych (PKD 10) – **14 539** pracowników,
- przy produkcji mebli (PKD 31) – **13 513** pracowników,
- przy produkcji metali (PKD 24) – **12 181** pracowników.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, podobnie jak i w latach ubiegłych, był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w **3 857** zakładach objętych kontrolami. Łączna liczba osób narażonych na jego oddziaływanie stanowiła 7,4% ogółu zatrudnionych w skontrolowanych zakładach w różnych gałęziach gospodarki.

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

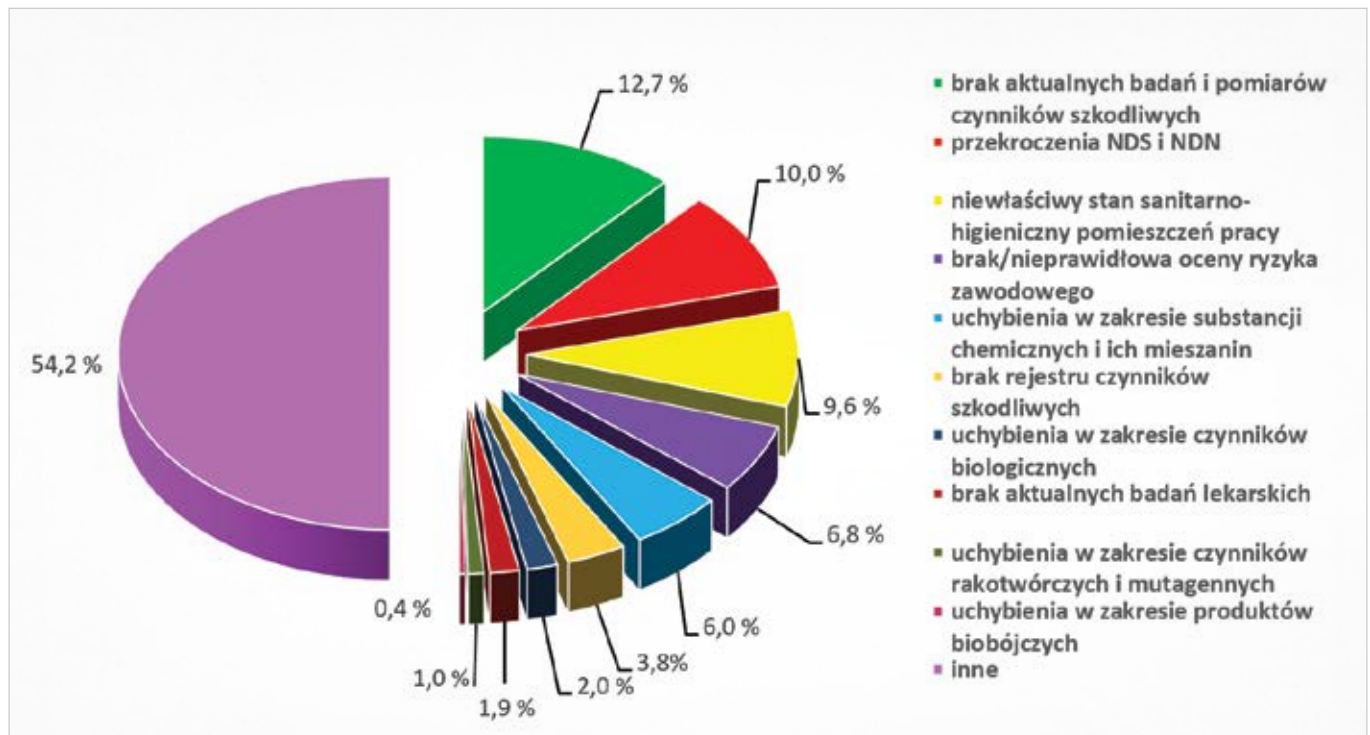
W wyniku prowadzonych postępowań administracyjno-egzekucyjnych, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowo-

ściami, pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydał **12 898** decyzji administracyjnych, zawierających **41 190** nakazów, m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – **9 859** nakazów;
- oceny ryzyka zawodowego – **4 628** nakazów;
- substancji chemicznych i ich mieszanin – **3 599** nakazów;
- obniżenia normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – **2 037** nakazów;
- czynników biologicznych w środowisku pracy – **1 373** nakazów;
- substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – **748** nakazy;
- produktów biobójczych – **178** nakazów;
- detergentów – **31** nakazów.

W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wydanych zostało w 2018 r. w postępowaniu egzekucyjnym **207** postanowień o nałożeniu grzywnien, celem przymuszenia do wykonania decyzji. Nałożono **146** grzywnien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę: **35 750** PLN.

Wyk. 61. Najistotniejsze uchybienia w skontrolowanych zakładach w 2018 r.



2. Ocena warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki ściekami i odpadami w latach 2017-2018

W latach 2017–2018 pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zrealizował temat związany z oceną warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach gospodarki ściekami i odpadami. Kontrole objęły głównie zakłady prowadzące działalność w zakresie odprowadzania i oczyszczania ścieków (dział 37 Polskiej Klasyfikacji Działalności), zakłady prowadzące działalność związaną ze zbieraniem, przetwarzaniem i unieszkodliwianiem odpadów oraz odzyskiem surowców (dział 38 PKD) oraz zakłady prowadzące inną działalność związaną z gospodarką odpadami (dział 39 PKD). Skontrolowano również zakłady posiadające przyzakładowe oczyszczalnie ścieków oraz zakłady zajmujące się poborem, uzdatnianiem i dostarczaniem wody.

Podczas kontroli 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. Pion higieny pracy skontrolował 2018 r. w powyższym zakresie 3 007 zakładów zatrudniających ogółem 94 032 pracowników. Ogółem przeprowadzono 4 255 kontroli, w tym 919 kontroli sprawdzających i 195 kontroli tematycznych (interwencyjnych).

W 193 zakładach stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia na stano-

wiskach pracy. Najwięcej stwierdzono przekroczeń hałasu – w 171 zakładach, w których było 1 258 pracowników zatrudnionych na stanowiskach z przekroczeniem ww. czynnika.

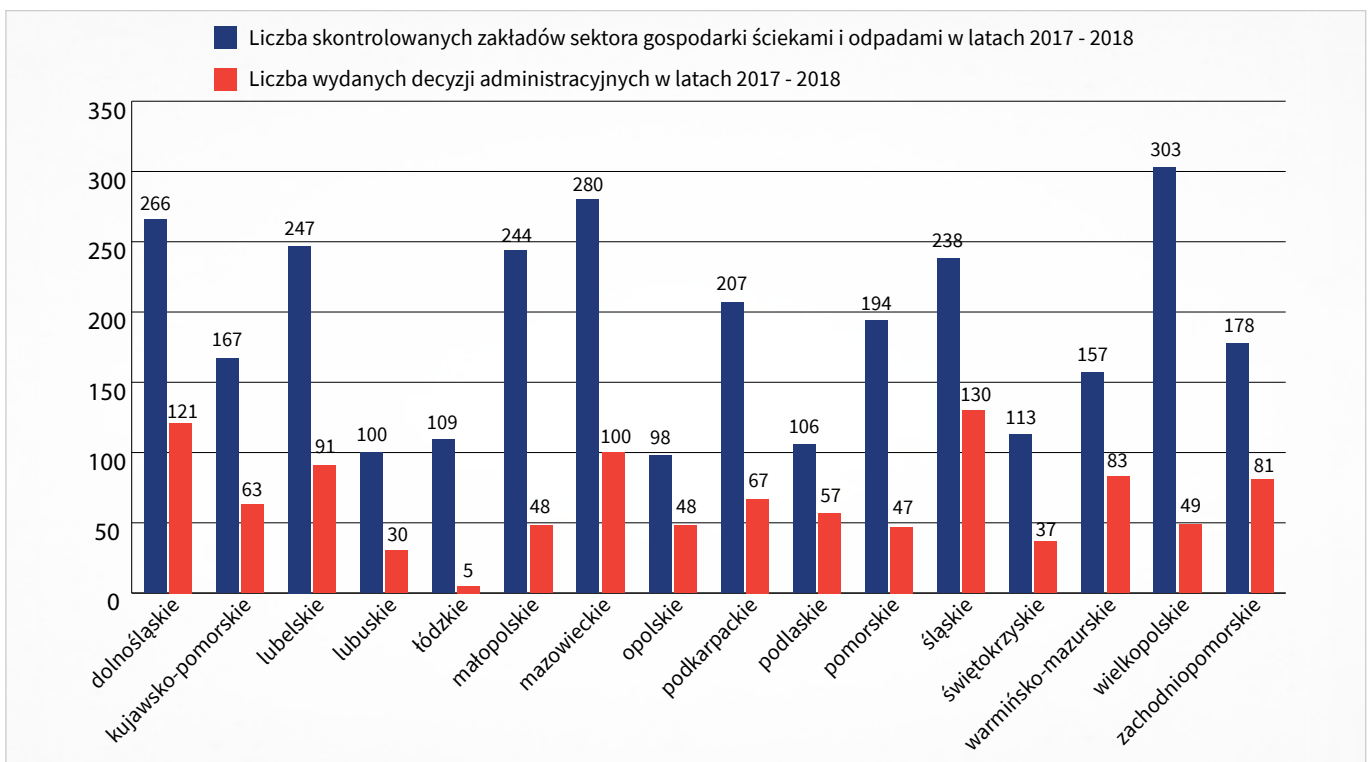
Szkodliwe czynniki biologiczne zaliczane do 2 grupy zagrożenia stwierdzono w 2 564 zakładach oraz zaliczane do 3 grupy zagrożenia w 1 778 zakładach. W skontrolowanych zakładach w narażeniu na szkodliwe czynniki biologiczne zaliczane do 2 grupy zagrożenia zatrudnionych było 50 143 pracowników, natomiast na szkodliwe czynniki biologiczne zaliczane do 3 grupy zagrożenia zatrudnionych – 28 241 pracowników.

W wyniku prowadzonych postępowań administracyjno-egzekucyjnych, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, pion higieny pracy PIS wydał 1 057 decyzji administracyjnych, zawierających 4 232 nakazów, m.in. w zakresie:

- szkodliwych czynników biologicznych – 778 nakazów;
- przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych – 741 nakazów;
- substancji chemicznych i ich mieszanin – 366 nakazów.

Kontrole warunków pracy i oceny narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach sektora gospodarki ściekami i odpadami wykazały liczne uchybienia, głównie w zakresie szkodliwych czynników biologicznych,

Wyk. 62. Liczba skontrolowanych zakładów sektora gospodarki ściekami i odpadami w 2018 r. wg województw





stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin oraz braku pomiarów środowiskowych.

Działania kontrolne podejmowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przyczyniły się do poprawy wa-

runków pracy pracowników wykonujących prace związane z ekspozycją na szkodliwe czynniki biologiczne, a także powodują wzrost świadomości pracodawców m. in. z zakresu zagrożeń zawodowych powodowanych narażeniem na te szkodliwe czynniki.

3. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest – na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2018 roku

Rządowy „Program oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” określa główne kierunki działania, potrzebne środki na jego realizację, a także podaje szacunkowe ilości wyrobów zawierających azbest w całym kraju oraz poszczególnych województwach, a także przewiduje zabezpieczenie wyrobów zawierających azbest bądź odpowiednio rozbiórki takich elementów, odpowiednio we właściwym czasie, w zależności od stopnia zniszczenia tych wyrobów. W ramach jego realizacji Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi nadzór nad przygotowaniem pracodawców pod kątem przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny podczas prac związanych z usuwaniem bądź zabezpieczaniem wyrobów zawierających azbest.

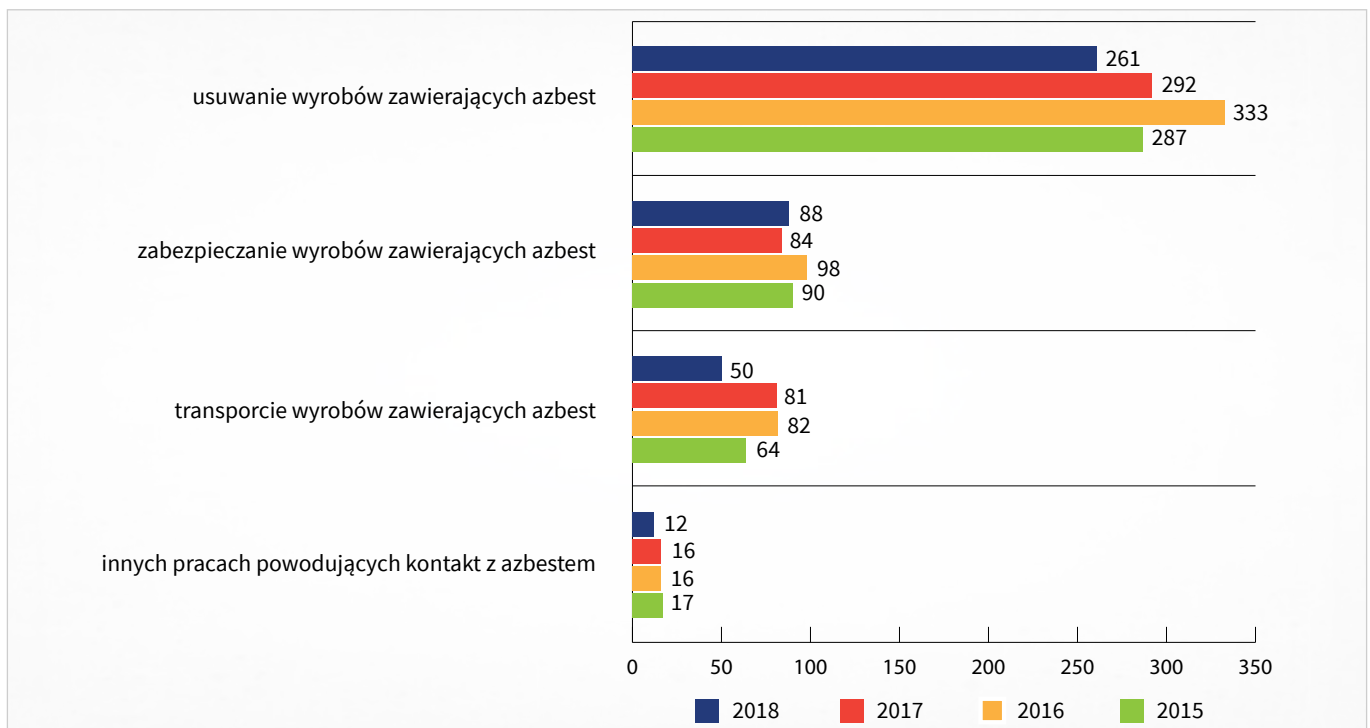
W 2018 r. ewidencją pionu higieny pracy objętych zostało **587** przedsiębiorstw zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest (**681** przedsiębiorstw w 2017 r.). Liczba pracowników zatrudnionych przy pracach powodujących kontakt z wyrobami zawierającymi azbest wynosiła **1 631** osób (**1 866** osób w 2017 r.). Pracownicy pionu higieny pracy Państwowej In-

spekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2018 r. na terenie całego kraju **203** kontrole w siedzibach przedsiębiorstw zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest (**260** kontroli w 2017 r.), oraz przeprowadzono **299** kontroli podczas prowadzonych prac powodujących kontakt z azbestem (**375** kontroli w 2017 r.), dotyczących m.in.:

- prac polegających na zabezpieczaniu wyrobów zawierających azbest – **88** kontroli;
- prac polegających na usuwaniu wyrobów zawierających azbest – **261** kontroli;
- prac polegających na transporcie wyrobów zawierających azbest – **50** kontroli;
- podczas innych prac powodujących kontakt z azbestem – **12** kontroli.

Najczęściej stwierdzane uchybienia sanitarnohigieniczne podczas przeprowadzonych działań kontrolnych w 2018 r. dotyczyły braku:

Wyk. 63. Liczba przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w latach 2015-2018.



- przekazywania do właściwego PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – **w 10 przedsiębiorstwach**;
- rejestru prac, których wykonanie powoduje konieczność kontaktu z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym – **w 9 przedsiębiorstwach**;
- rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym – **w 6 przedsiębiorstwach**;
- oceny i udokumentowania ryzyka zawodowego – **w 12 przedsiębiorstwach**;
- planu usuwania wyrobów zawierających azbest – **w 7 przedsiębiorstwach**;
- wyposażenia pracowników w odpowiednią odzież i obuwie robocze oraz środki ochrony indywidualnej stosownie do rodzaju i stopnia narażenia – **w 3 przedsiębiorstwach**;
- aktualnych orzeczeń lekarskich, stwierdzających przeciwwskazania do pracy na określonym stanowisku – **w 4 przedsiębiorstwach**;
- przeszkolenia pracowników i osób kierujących lub nadzorujących w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z zabezpieczaniem lub usuwaniem wyrobów albo innych materiałów zawierających azbest – **w 5 przedsiębiorstwach**;
- zezwolenia, pozwolenia, decyzji, zatwierdzenia progra-

mu gospodarowania odpadami niebezpiecznymi – **w 4 przedsiębiorstwach**.

W przypadkach, w których stwierdzono naruszenie wymagań higieniczno-sanitarnych, zostało wszczęte postępowanie administracyjne mające na celu wyegzekwowanie od pracodawców wszystkich obowiązków wynikających z przepisów, w zakresie objętym kontrolą sanitarną. W 2018 r. wydano łącznie 17 decyzji administracyjnych, które obejmowały w sumie 54 nakazów. Nałożono 2 mandaty karne na łączną kwotę: 750 PLN.

Należy stwierdzić, iż podjęte przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działania przyczyniły się do poprawy warunków pracy pracowników wykonujących prace w narażeniu na azbest w zakresie higieny, bezpieczeństwa oraz stanu sanitarno-porządkowego, a także spowodowały wzrost świadomości m. in. z zakresu zagrożeń zawodowych pracodawców i zatrudnianych pracowników. Jednakże takie działania nie likwidują w pełni skutków zdrowotnych związanych ze szkodliwym oddziaływaniem pyłu azbestu na zdrowie pracowników.

Kontrolom towarzyszyły również działania edukacyjne o potencjalnych skutkach zdrowotnych wynikających z narażenia na substancje niebezpieczne podczas wykonywania prac związanych z narażeniem na azbest w przypadku nie przestrzegania przepisów prawa z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

4. Choroby zawodowe

W 2018 r. postępowania administracyjne w sprawie chorób zawodowych prowadzone były na podstawie przepisów określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r., poz.1367) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2013 r., poz. 1379).

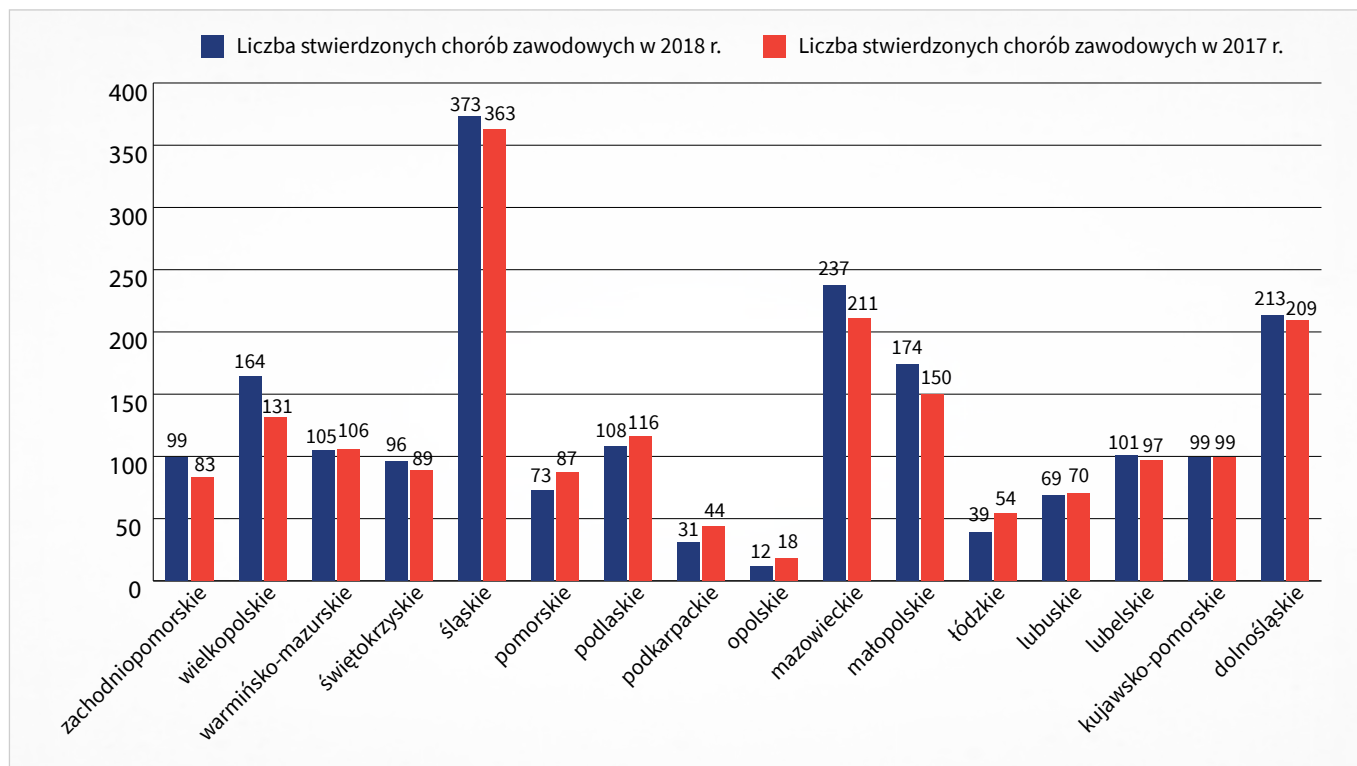
Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r. wpłynęło łącznie **4 802** podejrzeń o chorobę zawodową (w 2017 r. – **4 864**). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały **2 050** decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz **2 009** decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Łącznie w 2018 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono **1 993** chorób zawodowych, z czego w województwach: śląskim – **373**, mazowieckim – **237** oraz dolnośląskim – **213**. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: podkarpackim – **31** przypadków i opolskim – **12** przypadków.

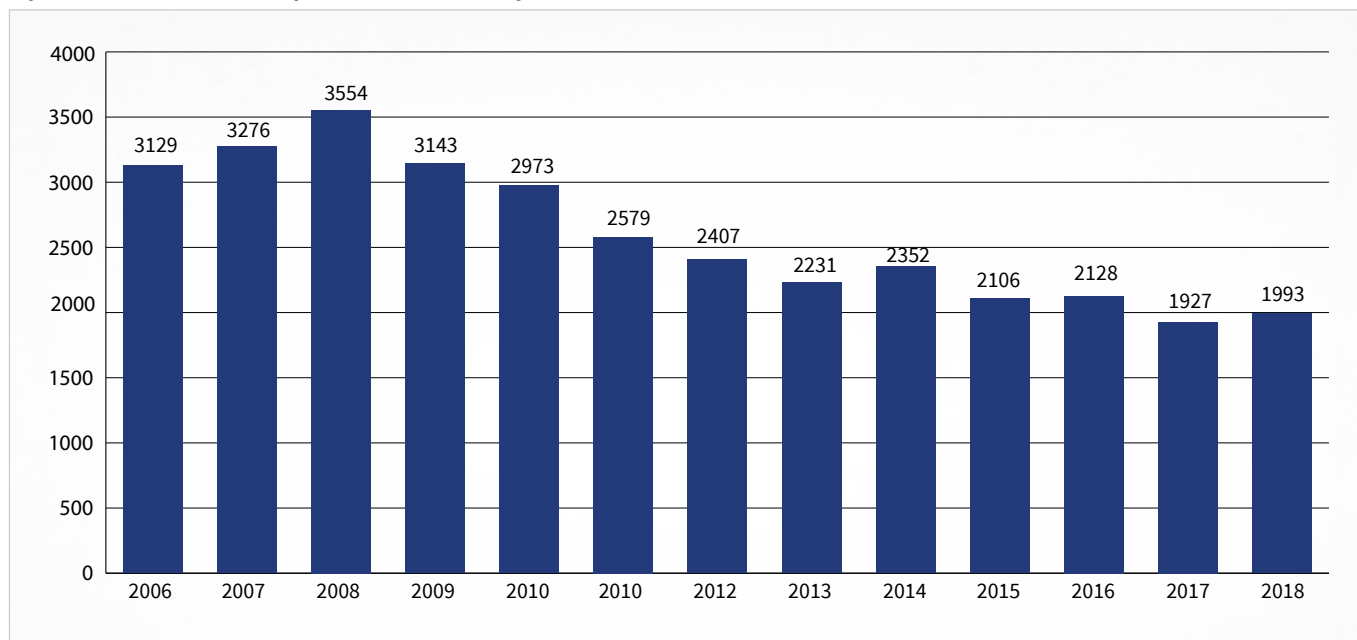
W roku 2018 dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze (**650** przypadków) następnie pylica płuc (**388** przypadków). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym rozpoznano schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (**284** przypadki). Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie **206** przypadków klasyfikują się na miejscu czwartym. Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy znalazły się na piątym miejscu i wystąpiły w liczbie **102** przypadki.

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 sanitarno-epidemiologicznych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Wyk. 64. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w latach 2017 - 2018 wg województw.



Wyk. 65. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w latach 2006-2018.

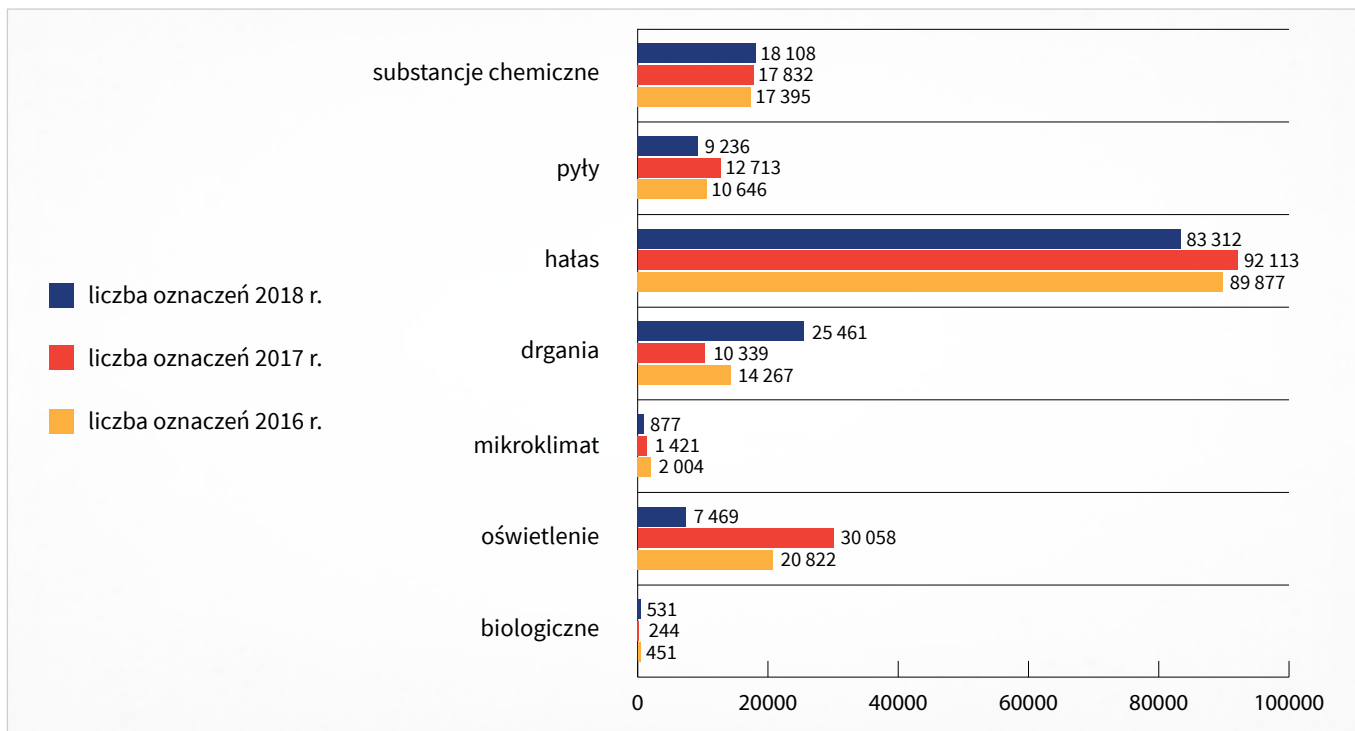


5. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy

W ramach działalności laboratoryjnej w 2018 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili **144 994** – oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na **40 003** stanowiskach pracy, w 2017 r. – **165 428** oznaczeń – odpowiednio na **55 421** stanowiskach pracy.

Laboratoria badań środowiska pracy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych mają wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadają certyfikaty akredytacji na określone badania i pomiary czynników szkodliwych.

Wyk. 66. Liczba przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w latach 2015-2018.



6. Podsumowanie

Kluczowym kierunkiem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest prowadzenie nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy.

Pracownicy pionu higieny pracy realizując zadania z zakresu poprawy warunków pracy w 2018 roku przeprowadzili **53 535** kontroli w zakładach pracy zatrudniających **2 332 458** pracowników. Konsekwencją przeprowadzonych działań kontrolnych było wydanie **12 898** decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych.

Największy odsetek uchybień w skontrolowanych zakładach stanowił brak aktualnych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – **12,7%** (tak samo jak w 2017 r. - 12,7%). Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono w **4 284** skontrolowanych zakładach pracy.

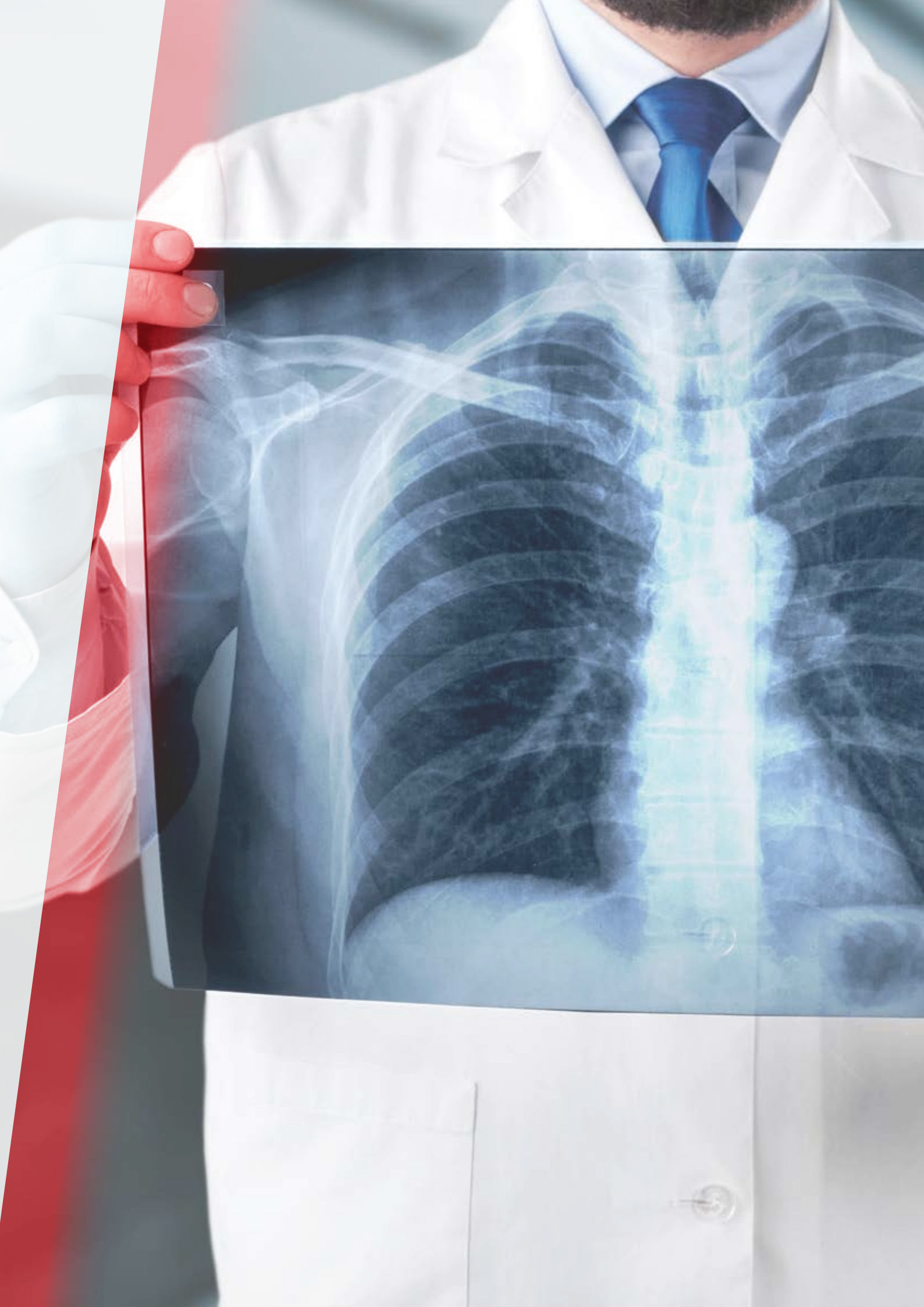
W 2018 r. w zakresie nadzoru nad chemikaliami stwierdzono w porównaniu z rokiem poprzednim objętym sprawozdawczością wzrost liczby kontroli w obszarze nadzoru nad produktami biobójczymi (o 873 kontrole), oraz spadek kontroli w obszarze substancji chemicznych i ich mieszanin (o 23 kontrole).

W porównaniu z rokiem 2017 – odnotowano wzrost liczby stwierdzonych chorób zawodowych – o 66 przypadków.

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

Plany działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, określające priorytety nadzoru bieżącego pionu higieny pracy, ukierunkowane są na poprawę warunków pracy poprzez dostosowanie m.in. do tematyki polskich edycji europejskich kampanii, kształtowanych przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy z siedzibą w Bilbao. W 2018 r. rozpoczęła się polska edycja europejskiej kampanii pt. „Substancje niebezpieczne pod kontrolą” zwracająca uwagę na narażenie na substancje rakotwórcze i mutagenne w środowisku pracy. Państwowa Inspekcja Sanitarna uczestniczy w ww. kampanii jako partner strategiczny. Prowadzenie nadzoru nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy znajduje odzwierciedlenie w koordynowaniu i prowadzeniu nadzoru nad warunkami pracy i wypełnianiem przez pracodawców obowiązków wynikających z oceny ryzyka zawodowego pracowników zatrudnionych w określonych gałęziach przemysłu, w systemie rocznym lub dwuletnim.







Higiena radacyjna I

1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które funkcjonowały w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Oddziały higieny radiacyjnej m.in. prowadzą nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników zatrudnionych w jednostkach opieki zdrowotnej, stosujących urządzenia radiologiczne na podstawie zezwoleń wymienionych w art. 5 ust. 4 ustawy Prawo atomowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 576) oraz w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz.

Do zadań pionu higieny radiacyjnej należą:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy, posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne, pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa, pól elektromagnetycznych oraz oceny warunków pracy,
- prowadzenie postępowania administracyjnego (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości,
- ocena wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne,
- kontrola przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-lecznym, w tym prowadzenie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów nowopowstających lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- prowadzenie działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.



2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2018 r. zewidencjonowano 16 426 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w których zatrudniano 5 070 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej, skontrolowano 1 704 jednostki organizacyjne oraz wydano 34 decyzje administracyjne i zalecenia pokontrolne dotyczące m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

W 2018 r. wydano 511 zezwoleń na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz 632 zezwolenia na uruchomienie pracowni. W trakcie wydawania zezwolenia na urucho-

mienie pracowni RTG oceniane są projekty osłon stałych w zakresie ochrony radiologicznej personelu i osób z ogółu populacji.

Zgodnie z ustawą Prawo atomowe oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. poz. 1534), w roku 2018 Główny Inspektor Sanitarny powołał 59 komisji egzaminacyjnych. W wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano 514 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

3. Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 576) i przepisy wykonawcze. Przepisy wykonawcze określają w jaki sposób powinien być zorganizowany system ochrony radiologicznej personelu medycznego realizującego medyczne procedury radiologiczne, pacjentów poddawanych tym procedurom oraz populacji narażonej na promieniowanie jonizujące w związku z wykonywaniem procedur radiologicznych.

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez:

- wykonanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury RTG – w roku ubiegłym inspekcja sanitarna wykonała

- 138 testów jakości aparatów rentgenowskich,
- sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury RTG.

Kontynuowano wydawanie zgód, o których mowa w art. 33d i 33e ustawy Prawo atomowe, tj. zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, których wydano 171 w tym: 143 z zakresu rentgenodiagnostyki, 6 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych, 4 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radiofarmaceutycznych, 35 z zakresu radiologii zabiegowej oraz 8 z zakresu radioterapii onkologicznej.

4. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

Dane z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi 0 Hz – 300 GHz w środowisku pracy przedstawiają się następująco: w roku 2018 skontrolowano 106 zakładów pracy na 626 będących w ewidencji, liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 18 835.

Skontrolowano 578 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na 2536 będących w ewidencji, w przemyśle 111 na 568, w radiokomunikacji i łączności 16 na 218.

Na 19 835 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy skontrolowano 3 683.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach osób wynosiła 59 821 z czego:

- w ochronie zdrowia 45 857,
- w energetyce 338,
- w przemyśle 9 531,
- w radiokomunikacji i łączności 4 095.

5. Nadzór nad skażeniami promieniotwórczymi

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

W roku 2018 w placówkach tych wykonano łącznie 186 oznaczeń Cs – 137 oraz 252 innych oznaczeń, m.in. aktywności K

– 40, aktywności globalnej beta w opadzie atmosferycznym, pomiaru mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu.

Ponadto w ramach Systemu Bezpieczeństwa Żywności prowadzony był monitoring produktów żywnościowych, w ramach którego wykonano 68 oznaczeń Cs – 137 metodą radiochemiczną oraz 118 oznaczeń Cs – 137 metodą spektrometryczną. Otrzymane wyniki były wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

6. Podsumowanie

Na podstawie danych z działalności nadzorczej Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny radiacyjnej należy stwierdzić, iż podobnie jak w latach ubiegłych, nie zanotowano przypadków nadmiernego zagrożenia zdro-

wia osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania jonizującego oraz urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne.







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE

**Ocena stanu sanitarnego
placówek dla dzieci i młodzieży
w 2018 roku**

Realizując w 2018 r. ustawowe obowiązki w ramach sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego w obszarze higieny dzieci i młodzieży Państwowa Inspekcja Sanitarna kontrolowała przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, higieny pomieszczeń oraz wyma-

gań w stosunku do sprzętu używanego w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach wyższych oraz w ośrodkach wypoczynku, a także higieny procesów nauczania.

1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży

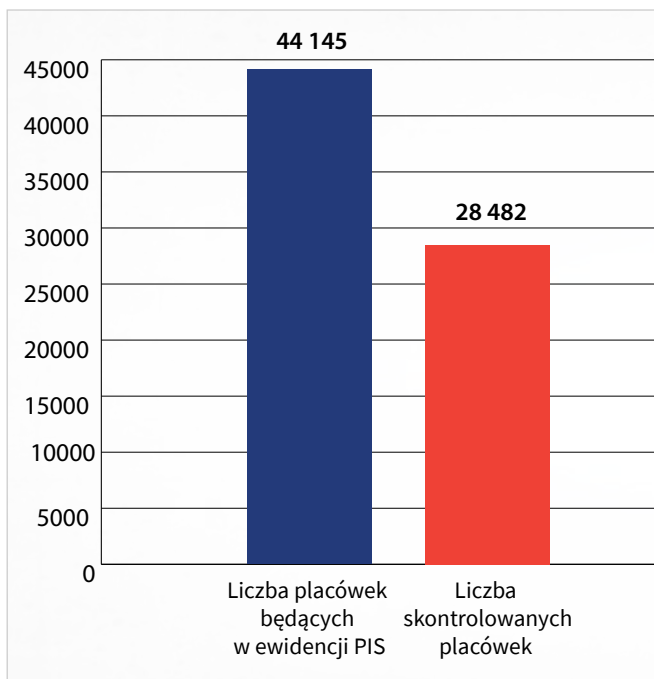
W roku 2018 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 44 145 placówek przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, w tym placówki edukacyjne (przedszkola i szkoły), opiekuńczo-wychowawcze (m. in. żłobki i domy dziecka) oraz inne (m. in. bursy i internaty, domy studenckie oraz ośrodki specjalne).

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach realizacji zadań związanych z nadzorem nad warunkami sanitarno-higienicznymi placówek dla dzieci i młodzieży w 2018 roku przeprowadzili 41 077 kontroli w 28 482 placówkach, z których korzystało łącznie 4 791 548 dzieci i młodzieży,

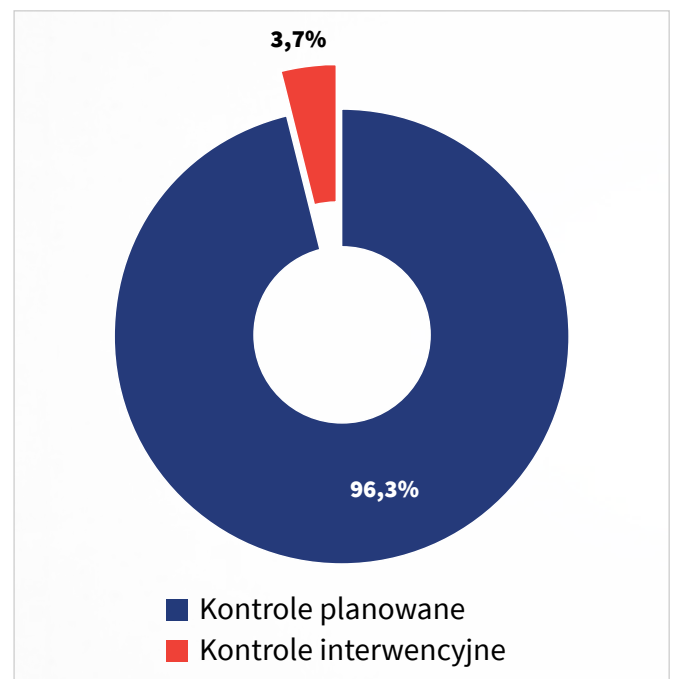
w tym 3 015 303 uczniów szkół wszystkich typów (szkoły podstawowe, gimnazja, licea ogólnokształcące – w tym uzupełniające, szkoły ponadgimnazjalne zawodowe, szkoły specjalne, policealne oraz zespoły szkół).

Większość kontroli została przeprowadzona w sposób planowy, jedynie nieznaczny odsetek stanowiły kontrole o charakterze interwencyjnym – 3,7% (1535) spośród wszystkich przeprowadzonych tj. kontrole podjęte w rezultacie zgłoszenia dotyczącego podejrzenia, że na terenie placówki nie zostały zapewnione dzieciom i młodzieży bezpieczne i higieniczne warunki pobytu.

Wyk. 67. Liczba skontrolowanych placówek



Wyk. 68. Kontrole planowane a kontrole interwencyjne



Tab. 31. Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2016 – 2018.

Rok sprawozdawczy	Liczba placówek będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba placówek objętych kontrolą
2016	44 621	46 616	32 003
2017	44 717	44 644	30 634
2018	44 145	41 077	28 482

2. Stan sanitarny budynków, w których funkcjonują placówki nauczania i wychowania dla dzieci i młodzieży

W 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach przeprowadzonych czynności kontrolnych w placówkach nauczania i wychowania dzieci i młodzieży stwierdziły nieprawidłowości natury sanitarnej wykazując uchybienia w następujących zakresach:

- sanitarno-higienicznym i technicznym występujących w placówce jednocześnie,
- wyłącznie sanitarno-higienicznym,
- wyłącznie technicznym.

W 2018 r. wykazano nieprawidłowości natury sanitarnej ogółem w 1311 placówkach spośród 28 482 skontrolowanych co stanowi 4,6%.

Największy udział procentowy wykazanych nieprawidłowości dotyczył stanu technicznego obiektów, który w roku 2018 stanowił 40,8% spośród wszystkich placówek, gdzie stwierdzono uchybienia natury sanitarnej, następnie 36,8% stanowiły nieprawidłowości natury sanitarno-higienicznej oraz technicznej wykazane w placówkach jednocześnie, a następnie nieprawidłowości dotyczące złego stanu sanitarno-higienicznego, które stanowiły 22,4%.

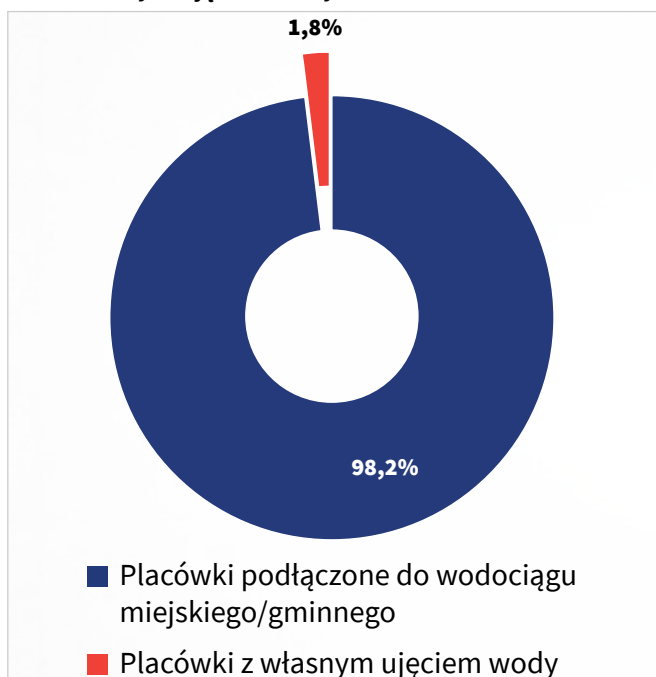
W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w kontrolowanych obiektach, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały w roku 2018 działania zmierzające do wyeliminowania wykazanych uchybień natury sanitarnej poprzez m.in. nakładanie grzywnien w drodze mandatu karnego czy prowadzenie postępowań administracyjnym oraz wydawanie decyzji administracyjnych.

3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej

Zapewnienie prawidłowych warunków higieniczno-sanitarnych zaplecza sanitarnego i jego wyposażenia we wszystkich placówkach nauczania i wychowania umożliwia utrzymanie higieny osobistej dzieci i młodzieży oraz jest jednym z elementów profilaktyki szerzenia się chorób zakaźnych.

W 2018 roku z 28 416 skontrolowanych obiektów, 27 906 placówek było podłączonych do wodociągu miejskiego/

Wyk. 69. Odsetek placówek podłączonych do wodociągów oraz z własnymi ujęciami wody



gminnego, a 511 placówek korzystało z własnego ujęcia wody.

W zakresie gospodarki ściekowej 23 491 obiektów było podłączonych do sieci kanalizacyjnej centralnej (miejskiej/gminnej), co stanowi 82,7% placówek skontrolowanych.

Brak podłączenia do sieci kanalizacyjnej wykazano w 4 927 obiektach, w tym 4 031 placówek posiadało zbiorniki bezodpływowe (szamba), a 895 placówek - własne oczyszczalnie ścieków.

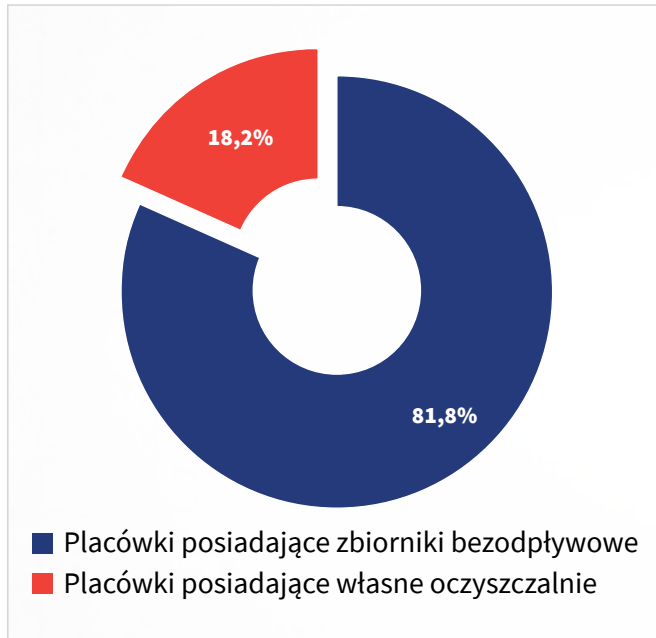
W 485 obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępu do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie).

W 612 placówkach stwierdzono niewłaściwe warunki do utrzymania higieny osobistej, w tym w 66 placówkach wykazano brak bieżącej ciepłej wody, w 43 placówkach wykazano brak wyposażenia w środki higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, mydła w płynie w dozownikach, ręczników papierowych do suszenia rąk lub suszarki do rąk) wpływających, wraz z dostępem do ciepłej bieżącej wody, na stworzenie należytych pod względem higienicznym i zdrowotnym warunków do utrzymania higieny osobistej uczniów.

W 76 placówkach wykazano zaniedbania dotyczące bieżącego stanu sanitarno-higienicznego. Niewłaściwy stan techniczny wykazano w 477 placówkach spośród 612, co stanowi znaczącą większość tj. 77,9%.

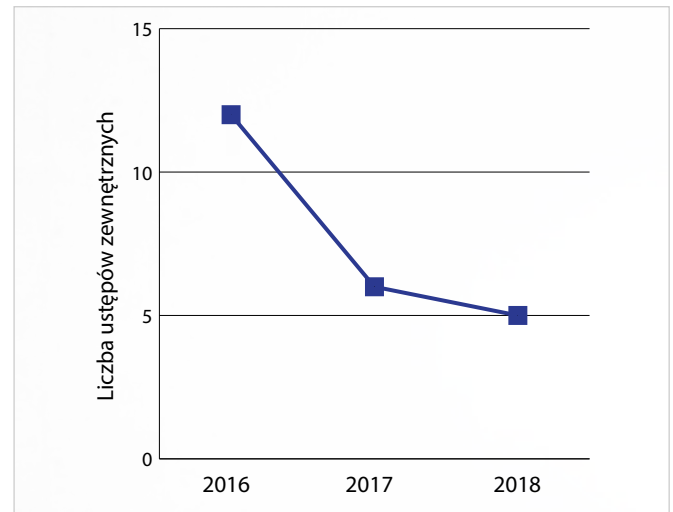
W 2018 r. 5 placówek spośród wszystkich skontrolowanych tj. 28 416, korzystało z ustępów zewnętrznych. Zauważa się tendencję spadkową w zakresie korzystania przez placówki z ustępów zewnętrznych w stosunku do lat ubiegłych. W roku 2017 odnotowano 6 takich placówek, a w 2016 r. – 12.

Wyk. 70. Odsetek placówek posiadających zbiorniki bezodpływowe oraz własne oczyszczalnie ścieków



W związku z uchybieniami dotyczącymi braku zapewnienia właściwego stanu sanitarno-higienicznego toalet, w tym sprawności technicznej armatury oraz wyposażenia w środki higieniczne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2018 wydały 686 decyzji administracyjnych.

Wyk. 71. Graficzne przedstawienie tendencji spadkowej w zakresie korzystania przez placówki z ustępów zewnętrznych



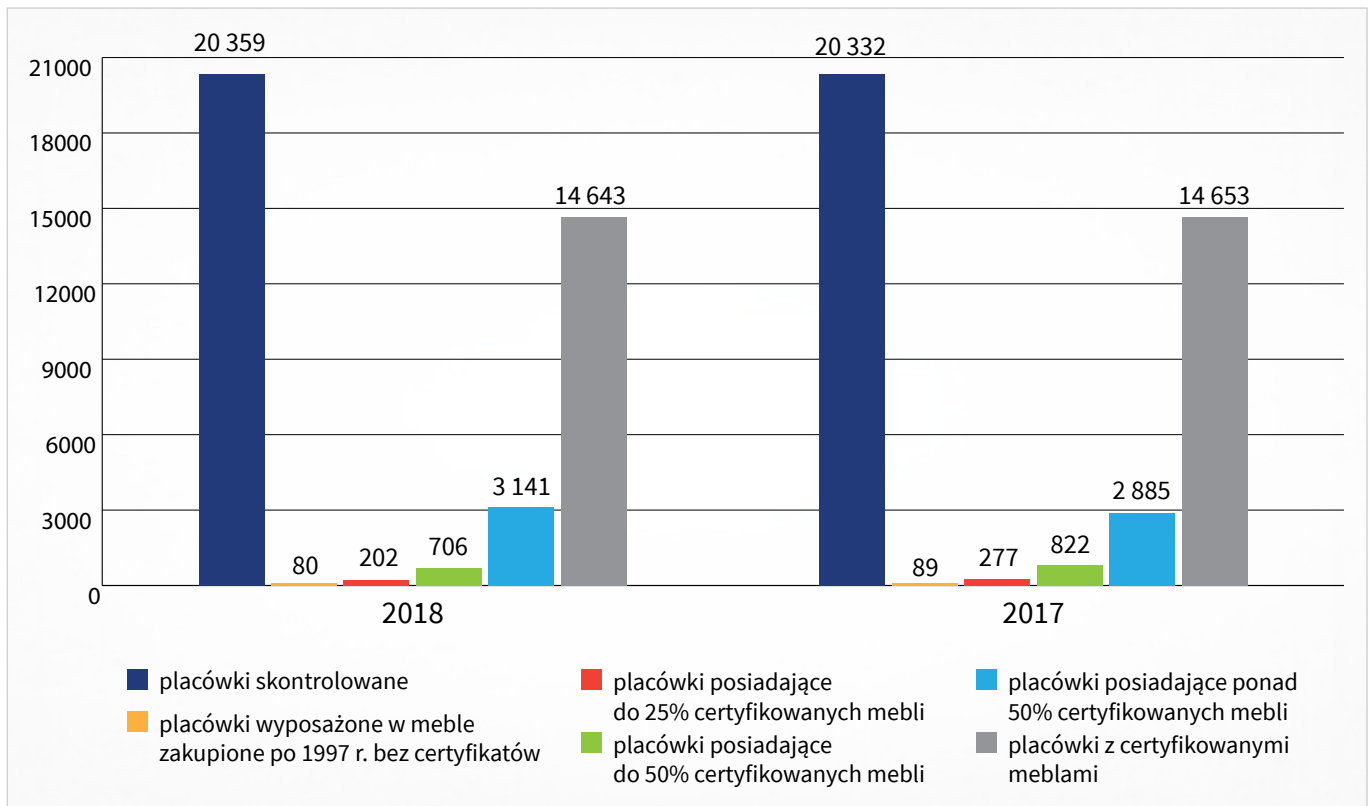
4. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży

Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, systematycznie przeprowadzała w przedszkolach i szkołach ocenę dostosowania mebli szkolnych do wymagań ergonomii zgodnie z obowiązującą normą w tym zakresie.

Celem przeprowadzonej oceny była eliminacja występujących nieprawidłowości oraz propagowanie zasad prawidłowego doboru mebli wśród dzieci i młodzieży, nauczycieli, jak i wychowawców.

Kontrola w niniejszym zakresie wykazała, że spośród 20 359 skontrolowanych placówek, 80 wyposażonych było w meble zakupione po 1997 r. nieposiadające certyfikatów, 202 placówki posiadały do 25% certyfikowanych mebli, 706 placówek dysponowały nie więcej niż 50% certyfikowanego wyposażenia, 3 141 placówek posiadało ponad 50% mebli z certyfikatami zgodności z Polską Normą. 14 643 szkół korzystało wyłącznie z certyfikowanych mebli.

Wyk. 72. Wyniki kontroli wyposażenia placówek w certyfikowane meble w latach 2017-2018

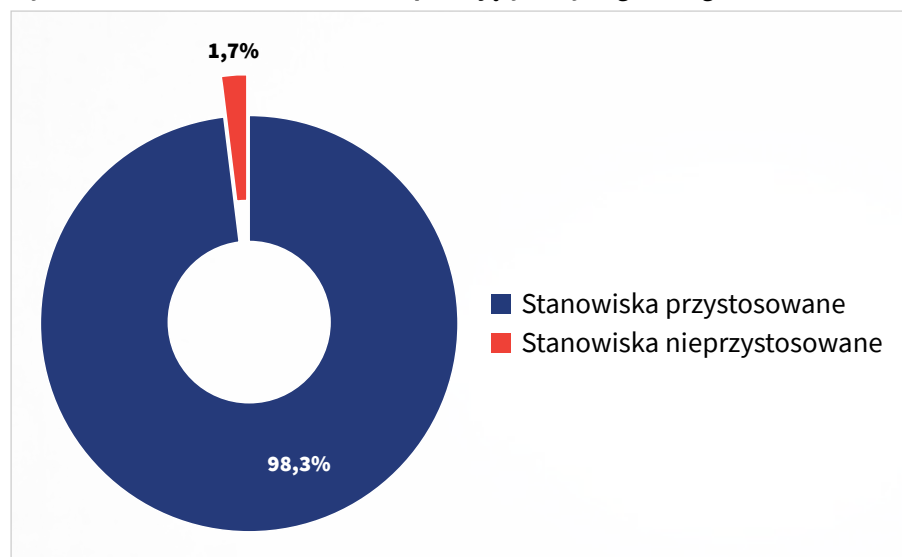


Podczas kontroli w roku 2018 przeprowadzano ocenę poprawności rozmieszczenia dzieci i uczniów w ławkach i stolikach, zgodnie z obowiązującymi normami. Obowiązek ten nie dotyczył mebli i innych elementów wyposażenia nabytych przed 1997 rokiem.

Spośród 21 024 placówek skontrolowanych, w 7729 placówkach ocenie poddano dostosowanie mebli do wzrostu uczniów i przedszkolaków (łącznie 447 382 stanowisk). Nieprawidłowości w ww. zakresie stwierdzono w 420 placówkach i dotyczyły one 7445 stanowisk dla przedszkolaków i uczniów.



Wyk. 73. Odsetek stanowisk uczniów spełniających wymagania ergonomii

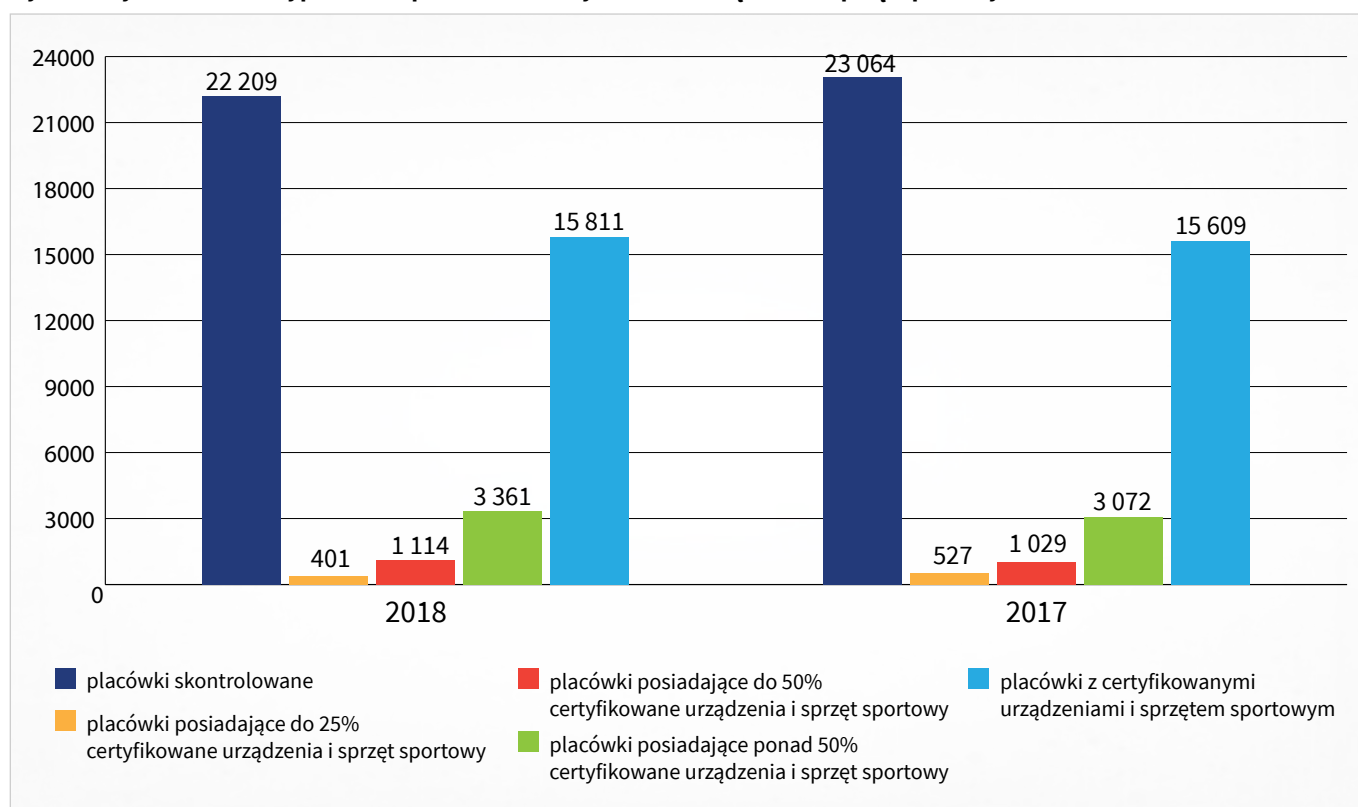


Najwięcej uchybień odnotowano w szkołach podstawowych tj. w 204 placówkach, co stanowi 48,6% wszystkich placówek, w których stwierdzono nieprawidłowości w zakresie ergonomii mebli szkolnych i przedszkolnych.

Skontrolowano również 22 209 szkół pod względem korzystania przez uczniów z certyfikowanych urządzeń i sprzętu sportowego. W 401 szkołach zapewniono do 25% certyfikowanego sprzętu sportowego, w 1 114 do 50% sprzętu posiadającego certyfikaty, 3361 placówek posiadało więcej niż 50% sprzętu posiadającego certyfikaty, z kolei w 15 811 placówkach zapewniono wyłącznie certyfikowany sprzęt sportowy.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami dotyczącymi dostosowania mebli i/lub posiadania certyfikowanych mebli oraz sprzętu sportowego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2018 wydały 184 decyzje administracyjne (w porównaniu do roku 2017 nastąpił spadek wydanych decyzji o 56), zatem należy przyjąć, że wymóg posiadania certyfikowanych mebli oraz sprzętu sportowego, jak również dostosowania mebli do wzrostu uczniów i przedszkolaków w placówkach uległ poprawie.

Wyk. 74. Wyniki kontroli wyposażenia placówek w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy w latach 2017-2018



5. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne

W trosce o stan zdrowia uczniów został wprowadzony prawny obowiązek zapewnienia uczniom miejsca na pozostawienie w placówkach podręczników i przyborów szkolnych. Zbyt duże obciążenie uczniów ciężarem tornistrów/plecaków szkolnych może powodować nasilenie bólu pleców, zmniejszenie pojemności płuc, sprzyjać kształtowaniu nieprawidłowej statyki ciała i w efekcie prowadzić do skrzywienia kręgosłupa.

Liczba placówek funkcjonujących samodzielnie, która zapewniła uczniom miejsca na pozostawienie w szkole części podręczników i przyborów szkolnych w roku 2018 wynosiła

8 976, co stanowi 98,7% placówek skontrolowanych funkcjonujących samodzielnie.

Z powyższego obowiązku w roku 2018 najlepiej wywiązały się szkoły podstawowe – 8 031 placówek, co stanowi 99,3% skontrolowanych szkół podstawowych.

W 2018 roku ww. obowiązek prawny zapewniono w 438 gimnazjach, co stanowi 99,3% skontrolowanych gimnazjów, w 371 liceach ogólnokształcących stanowiących 94,6% liceów skontrolowanych oraz w 136 ponadgimnazjalnych szkołach zawodowych, co stanowi 93,2% skontrolowanych szkół zawodowych.

6. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

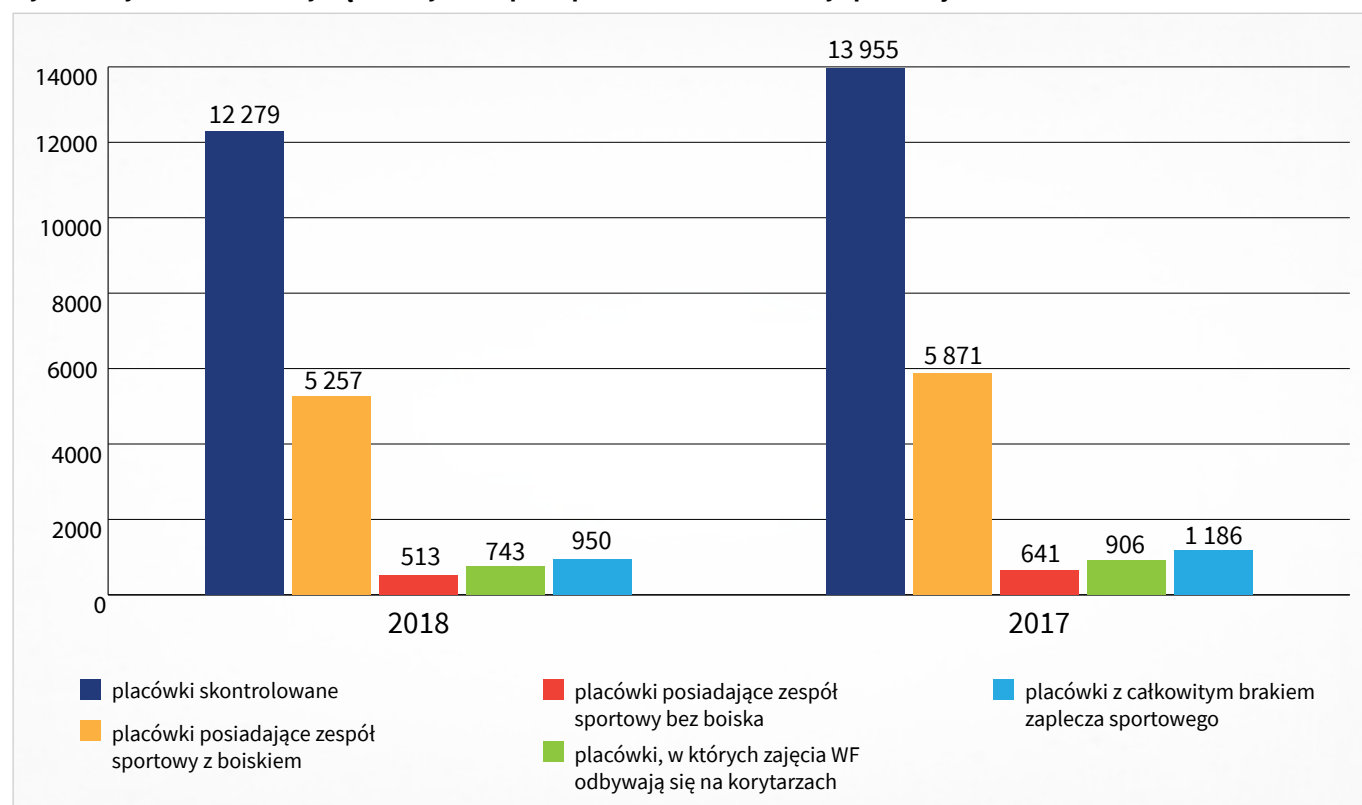
W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pobytu dzieci i młodzieży w szkołach, kontrolami objęto również warunki sanitarno-higieniczne prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Ocenie poddano m. in. posiadanie przez placówkę infrastruktury sportowej oraz stan sanitarno-techniczny zaplecza sportowego.

Z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego wraz z boiskiem w skład, którego wchodzi jedna lub dwie sale sportowe oraz pomieszczenia pomoc-

nicze, tj. przebieralnie, natryskownie, ustępy, przechowalnie sprzętu sportowego, gabinet wychowania fizycznego – pokój nauczycieli, mogli korzystać uczniowie 5257 szkół, co stanowi 42,8% wszystkich skontrolowanych placówek (12 279). Zespoły sportowe bez boiska posiadało natomiast 513 placówek.

W 743 szkołach odnotowano, że niezależnie od posiadanej infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego odbywały się również na korytarzach. Całkowity brak zaple-

Wyk. 75. Wyniki kontroli dotyczące korzystania przez placówki z infrastruktury sportowej w latach 2017 – 2018



cza sportowego stwierdzono w przypadku 950 placówek, co stanowi 7,7% placówek skontrolowanych.

Podczas kontroli oceniono również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach sportowych – tylko w 179 szkołach uczniowie korzystali z natrysków po każdym zajęciach sportowych.

84 szkoły posiadały nieczynne natryski (nieudostępnione do użytku dla uczniów), a w 1905 placówkach natryski nie były używane – pomieszczenia natryskowni często były wykorzystywane na inne cele np. magazynowe.

Pomimo poprawy w ostatnich latach, nadal pozostaje problem z zapewnieniem dzieciom i młodzieży właściwych warunków do utrzymania higieny osobistej w placówkach nauczania i wychowania. Wobec powyższego nadal zasadnym jest podejmowanie dalszych działań na rzecz możliwości korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach wychowania fizycznego.

W związku z uchybieniami dotyczącymi zapewnienia właściwych warunków sanitarno-higienicznych do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2018 wydały 416 decyzji administracyjnych.

7. Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole

Na właściwy rozwój ucznia wpływa między innymi organizacja procesu nauczania i wychowania w szkołach, zwłaszcza w zakresie planowania nauki i wypoczynku.

W 2018 roku, w ramach nadzoru nad higieną procesu nauczania, skontrolowano rozkłady zajęć w 9484 szkołach. W 604 placówkach stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie, co stanowi 6,4% szkół skontrolowanych.

Zgodnie z przepisami prawnymi, plan zajęć dydaktyczno-wychowawczych powinien uwzględniać potrzebę równomiernego obciążenia zajęciami w poszczególnych dniach tygodnia, a w szczególności zajęcia powinny rozpoczynać się o stałej porze, przy czym różnica pomiędzy dniami nie powinna być

większa niż 1 godzina oraz różnica liczby godzin lekcyjnych pomiędzy kolejnymi dniami tygodnia nie powinna być większa od 1 godziny. Istotnym jest również, aby rozkład zajęć układać zwracając uwagę na trudność poszczególnych przedmiotów.

W skontrolowanych obiektach nieprawidłowości w zakresie równomiernego rozkładów zajęć lekcyjnych stwierdzono w:

- 420 na 6740 szkół podstawowych funkcjonujących samodzielnie, co stanowi 6,2%,
- 17 na 367 gimnazjów funkcjonujących samodzielnie, co stanowi 4,6%,
- 19 na 251 liceów ogólnokształcących funkcjonujących samodzielnie, co stanowi 7,6%.

8. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W 2018 roku, w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej, zarejestrowano 32 800 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 11 086 turnusów, z których skorzystały łącznie 495 015 osób. 123 kontrole miały charakter interwencyjny, tj. zo-

stały przeprowadzone na skutek zgłoszenia podejrzenia, iż uczestnikom nie zapewniono należytych warunków sanitarnych, w tym 68 interwencji okazało się uzasadnionych. W 224 przypadkach kontrole wykazały uchybienia w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku (w roku 2017 – 214). W 95 przypadkach stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu (w roku 2017 – 101). W 8 przypadkach podjęto decyzję o zamknięciu całości lub części obiektu, w którym odbywał się wypoczynek dzieci i młodzieży (w 2017 r. – 3).

Tab. 32. Analiza porównawcza liczby skontrolowanych turnusów w odniesieniu do stwierdzonych nieprawidłowości sanitarno-higienicznych w latach 2017 – 2018.

Rok sprawozdawczy	Placówki z uchybieniami sanitarno-higienicznymi	Placówki z brakiem aktualnej dokumentacji medycznej personelu	Wydane decyzje w sprawie zamknięcia całości lub części obiektu
2017	214	101	3
2018	224	95	8

9. Żłobki i kluby dziecięce

Zgodnie z treścią danych uzyskanych w związku z nadzorem nad żłobkami i klubami dziecięcymi, pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 2 862 placówek, w tym:

- 2 434 żłobków,
- 438 klubów dziecięcych.

W roku 2018 wpłynęło łącznie 1 034 wniosków o wydanie opinii sanitarnych w zakresie spełnienia wymogów sanitarnych przez żłobki i kluby dziecięce. 745 wniosków zaopiniowano pozytywnie, natomiast 13 placówkom odmówiono wydania pozytywnej opinii sanitarnej. W 21 placówkach postępowanie o wydanie opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest w toku.

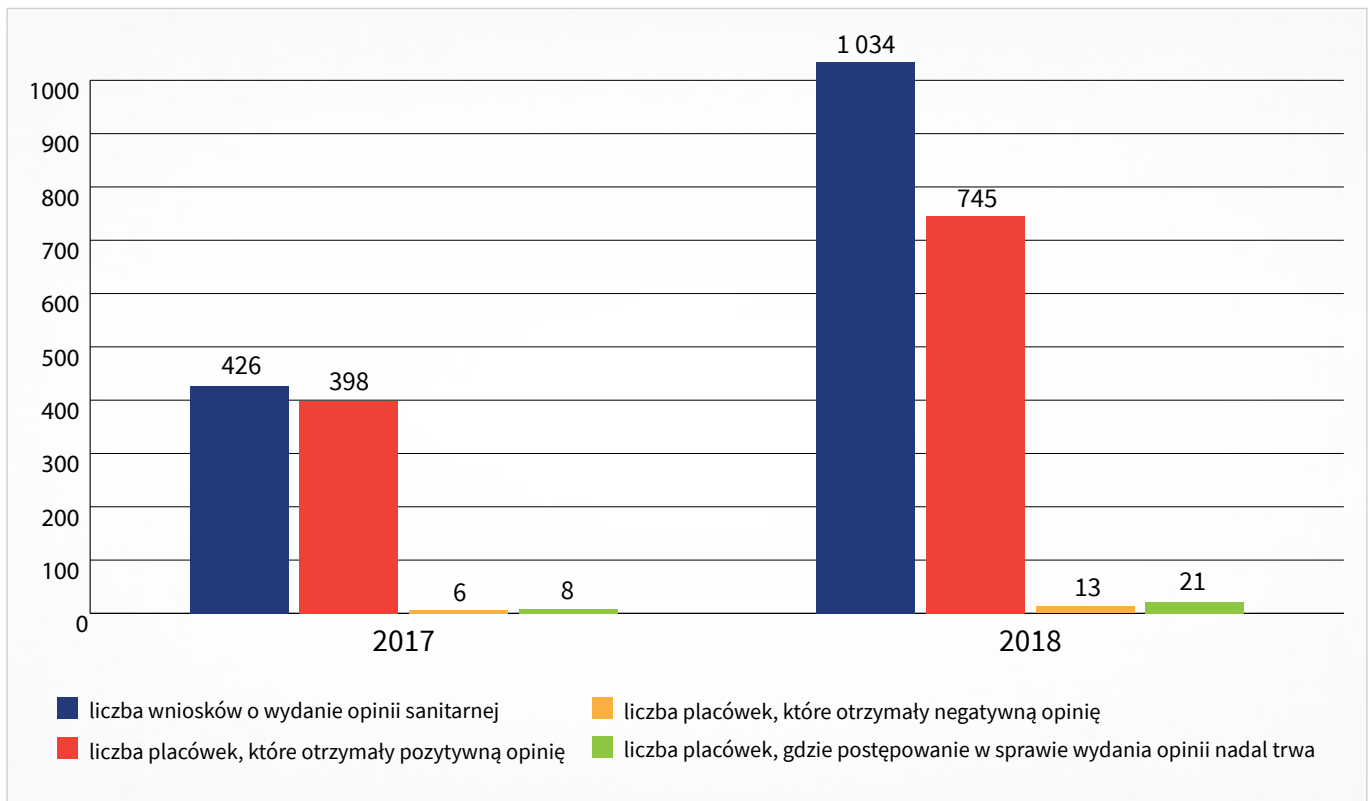
W 2018 roku 92 placówki objęte nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej zawiesiły lub zakończyły działalność.

Z powyższego zestawienia wynika, że nastąpił znaczący wzrost liczby wniosków składanych przez podmioty do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sprawie wydania opinii sanitarnej na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 lipca 2014 r., w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzony żłobek lub klub dziecięcy (Dz.U. z 2019 r. poz. 72, z późn. zm.).

Zauważalny wzrost jest wynikiem znowelizowanej ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2019 r. poz. 409, z późn. zm.), która znacznie ułatwiła podmiotom zakładanie i prowadzenie żłobków.

Od 1 stycznia 2018 roku do podmiotów mogących zakładać żłobki i kluby dziecięce dołączyły inne niż gminy jednostki samorządu terytorialnego oraz instytucje publiczne.

Wyk. 76. Liczba żłobków i klubów dziecięcych w odniesieniu do spełnienia wymagań sanitarnych w latach 2017 – 2018



10. Podsumowanie

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze higieny dzieci i młodzieży skupiają się na czuwaniu i egzekwowaniu bezpiecznych pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków opieki, wychowania, nauki oraz wypoczynku dzieci i młodzieży.

W celu wyegzekwowania standardów higienicznych wymaganych przepisami prawa, w wielu przypadkach konieczne było zastosowanie środków represyjnych polegających na wydaniu zaleceń, nałożeniu grzywnien w drodze mandatu karnego, a także prowadzeniu postępowań administracyjnych i wydaniu stosownych decyzji administracyjnych. Skuteczność powyższych działań potwierdziły kontrole przeprowadzone w roku 2018 wskazujące na fakt, że warunki sanitarno-higieniczne w placówkach oświatowo-wychowawczych ulegają powolnej ale systematycznej poprawie.

Mając na uwadze nadzór w zakresie zapewnienia uczniom możliwości pozostawiania części podręczników i przyborów szkolnych w placówkach zaobserwowano poprawę.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, zaangażowała się w realizację projektu „*Lekki Tornister*” na zasadzie współpracy z Fundacją Rosa opartej na podpisanym porozumieniu. Celem projektu było motywowanie uczniów do prawidłowego i zdrowego trybu życia, jak również zwrócenie uwagi dzieciom, ich rodzicom, opiekunom i nauczycielom na problem przeciążonych plecaków będących przyczyną wad postawy, przekazanie i usystematyzowanie wiedzy, zarówno dzieci, jak i dorosłych, na temat wyboru właściwego tornistra, jego prawidłowego pakowania, użytkowania oraz kształtowania nawyków prawidłowej postawy ciała.







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE

Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą

1. Wprowadzenie

W 2018 r. skontrolowano 20 725 obiektów, co stanowi 60,8% ujętych w ewidencji. W 586 obiektach stwierdzono zły stan higieniczno - sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, tj. 2,8% spośród skontrolowanych obiektów, w 255 przypadkach (1,2% skontrolowanych obiektów) odnotowano nieprawidłowości higieniczno-sanitarne, w 481 (2,3% skontrolowanych obiektów) stwierdzono niezadowalający stan techniczny.

Kontroli obiektów i urządzeń dokonano w oparciu między innymi o przepisy:

- ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, z późn. zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

2. Zasady działania w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w trakcie kontroli

Uchybienia wymagające nakładu sił i środków (np. remont, wymiana urządzeń):

- decyzja → kontrola sprawdzająca → wykonanie nałożonego obowiązku,
- decyzja → kontrola sprawdzająca → niewykonanie obowiązku → postępowanie egzekucyjne.

Uchybienia, które można było usunąć na bieżąco lub małym nakładem środków w krótkim czasie:

- grzywna w drodze mandatu.

Oceny stanu sanitarno-higienicznego w tej grupie dokonano w oparciu o prowadzoną działalność kontrolną i dotyczyła podmiotów wykonujących działalność leczniczą, takich jak:

- szpitale (w tym szpitale jednodniowe, szpitale uzdrowiskowe), zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, sanatoria, hospicja i inne, udzielające stacjonarnych i całodobowych 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, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W związku z prowadzeniem bieżącego nadzoru sanitarnego analizą objęto:

ocenę warunków sanitarnych i technicznych,

- zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- gospodarkę odpadami medycznymi,
- postępowanie z bielizną brudną i czystą,
- postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w podmiotach leczniczych.

3. Szpitale

W 2018 r. skontrolowano 1048 obiektów. W 215 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 20,5%, w 24 przypadkach odnotowano niezadowalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 2,3%, w 166 przypadkach odnotowano niezadowalający tylko stan techniczny, co stanowi 2,3% w stosunku do ogółu.

Najczęściej stwierdzane w czasie kontroli sanitarnych uchybienia stanu sanitarno-technicznego to:

- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny powierzchni ścian, sufitów (zacieki, zagrzybenia, ubytki farby), podłóg i futryn drzwiowych w szczególności w salach chorych i na

korytarzach oddziałów oraz w toaletach dla pacjentów, a także w magazynach bielizny brudnej i czystej,

- brak udokumentowanego przeglądu i czyszczenia wentylacji,
- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny mebli, sprzętów i wyposażenia oddziałów,
- brak pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych,
- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny kabin i brodzików prysznicowych w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych dla pacjentów,
- brak bezszczelinowego połączenia ścian z podłogą,
- brak wyposażenia brudownika na oddziale w płuczkę-dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji basenów i kacek oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej,

- brak możliwości wymaganej obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu w zespole porodowym pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka.

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 bielizną szpitalną i zapewniającymi transport bielizny czystej i brudnej. Większość szpitali przekazuje bieliznę do posiadających barierę higieniczną pralni, zapewniających

właściwe monitorowanie technologicznego procesu prania i skutecznej dezynfekcji.

Pranie bielizny i pościeli z obiektów lecznictwa zamkniętego głównie zlecane jest podmiotom zewnętrznym.

Do najczęściej występujących nieprawidłowości i uchybień w postępowaniu z bielizną szpitalną należy brak i/lub zły stan sanitarno-techniczny środka transportu o zamkniętej przestrzeni ładunkowej do przewożenia bielizny, uniemożliwiający ich mycie i dezynfekcję.

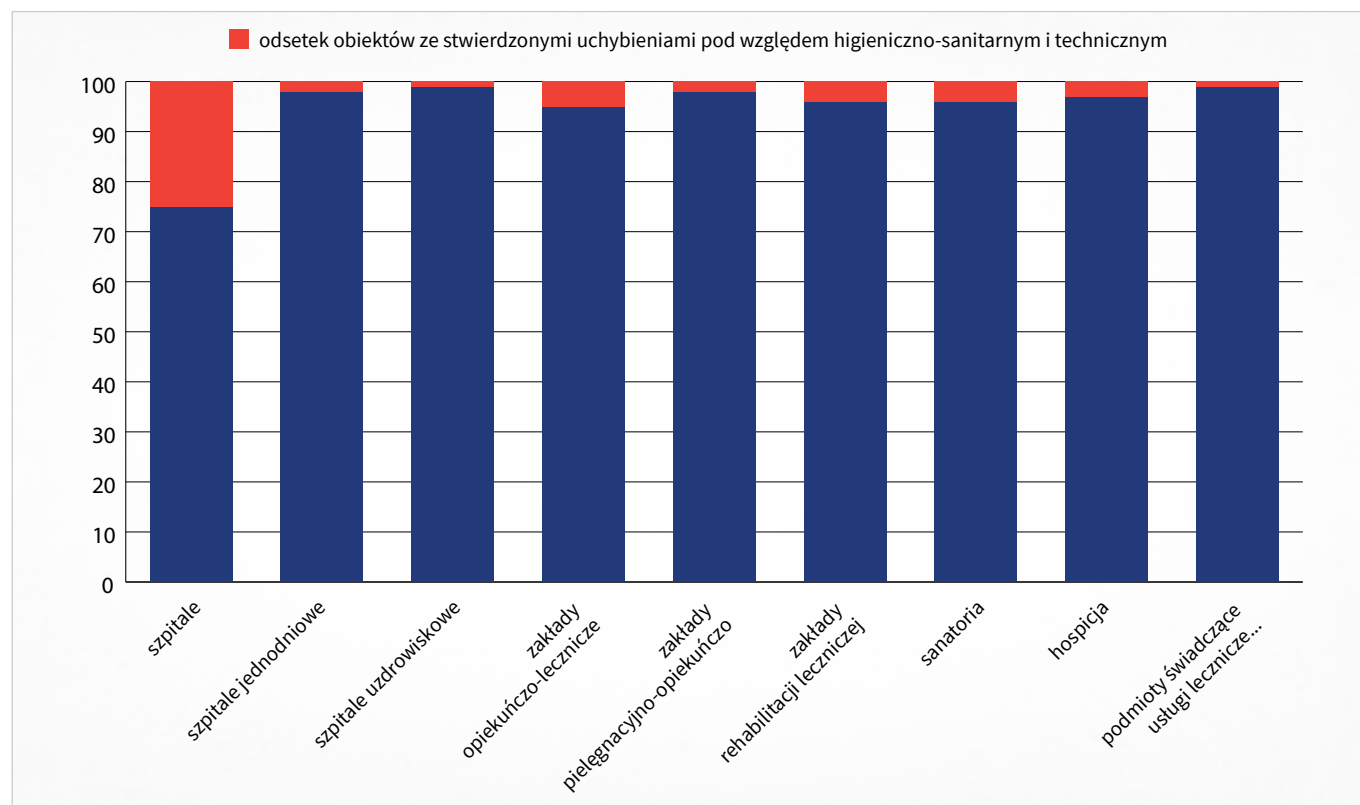
4. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze inne niż szpitalne

W 2018 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowali następujące obiekty udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, innych niż świadczenia szpitalne:

- 264 zakłady opiekuńczo-lecznicze,
- 134 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- 71 zakładów rehabilitacji-leczniczej,
- 173 sanatoria,

- 87 hospicjów,
- 225 innych podmiotów oferujących usługi lecznicze, świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.

Wyk. 77. Odsetek obiektów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych ze stwierdzonymi uchybieniami pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych





5. Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Spośród 31 630 podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne skontrolowano 18 723, tj. 59,2% ogółu. W 333 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 1,8% skontrolowanych placówek, w 198 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 1,1%, w 274 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 1,5% ogółu skontrolowanych obiektów. Najczęściej stwierdzane w czasie kontroli sanitarnych uchybienia stanu sanitarno-technicznego dotyczyły:

- braku bezpośredniego połączenia gabinetu badań ginekologicznych z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet,

- niewłaściwie zorganizowanej sterylizatorni,
- braku: w pomieszczeniu wykonywania badań lub zabiegów umywalki do mycia rąk z baterią z ciepłą i zimną wodą oraz dozownika z mydłem w płynie, dozownika ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnika na zużyte ręczniki,
- niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego ścian, sufitów i podłóg,
- braku połączeń ścian z podłogami w sposób umożliwiający właściwe mycie i dezynfekcję,
- niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego wyposażenia pomieszczeń m.in. mebli, sprzętów.

Tab. 33. Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze

Działalność wykonywana przez podmioty lecznicze	Liczba obiektów skontrolowanych	Liczba obiektów ze złym stanem higieniczno-sanitarnym i technicznym	Liczba obiektów ze złym stanem tylko higieniczno-sanitarnym	Liczba obiektów ze złym stanem tylko technicznym
Szpitala	824	210	23	151
Szpitala jednodniowe i uzdrowiskowe	224	5	1	15
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	264	19	11	12
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	134	3	3	7
Zakłady rehabilitacji leczniczej	71	3	2	3
Sanatoria	173	7	0	15
Hospicja	87	3	0	1
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	15 328	287	172	235
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	843	16	9	4
Zakłady rehabilitacji leczniczej	934	16	8	12

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

Podczas przeprowadzanych kontroli praktyk lekarskich najczęściej występowały nieprawidłowości dotyczące:

- braku opracowanych i wdrożonych procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych dostosowanych do warunków i specyfiki gabinetu, a w szczególności dotyczących mycia i dezynfekcji rąk, mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego, sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń,
- postępowania z odpadami medycznymi, postępowania z brudną bielizną oraz postępowania po ekspozycji,
- braku pomieszczenia lub miejsca porządkowego wyposażonego w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
- nieprawidłowego magazynowania odpadów medycznych;
- braku przeprowadzania kontroli wewnętrznych w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Tab. 34. Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową

Działalność wykonywana przez praktykę zawodową	Liczba obiektów skontrolowanych	Liczba obiektów ze złym stanem sanitarnym	Liczba obiektów ze złym stanem technicznym	Liczba obiektów ze złym stanem sanitarnym i technicznym
Indywidualne praktyki lekarskie ogółem	8298	79	32	23
w tym indywidualne praktyki lekarzy dentyków	6973	75	31	20
Indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie ogółem	8316	56	49	48
w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków	2879	30	26	30
Grupowe praktyki lekarskie ogółem	459	9	3	1
w tym grupowe praktyki lekarzy dentyków	318	5	2	1
Indywidualne praktyki pielęgniarek	570	5	4	1
Indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek	120	0	0	0
Grupowe praktyki pielęgniarek	289	2	0	3

Z uwagi na upływ z dniem 31.12.2017 r. terminu dostosowawczego dla podmiotów leczniczych, wynikającego z art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podmioty, które co najmniej częściowo nie zrealizowały programu dostosowania, mogły wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ww. ustawy, na bezpieczeństwo pacjentów. Opinie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej były przekazywane właściwemu organowi prowadzącemu rejestr podmiotów leczniczych.

Opinie nie miały statusu rozstrzygnięcia o charakterze administracyjnym, albowiem nie kształtowały one w sposób ostateczny sytuacji podmiotu leczniczego, lecz zawierały specjalistyczną ocenę wpływu niespełniania wymagań określonych w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej na bezpieczeństwo pacjentów.

Wobec powyższego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonywały oceny spełnienia wymagań określonych

rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739), dotyczących obszarów ważnych pod kątem zapobiegania zakażeniom szpitalnym (gabinety diagnostyczno-zabiegowe, bloki operacyjne, centralne sterylizatornie, oddziały opieki medycznej). W opiniach, w kontrolowanym obszarze, stwierdzano stopień wpływu niedostosowania placówek do wymaganych przepisów, wydając ocenę o znacznym lub nieznacznym wpływie stwierdzonych niezgodności dla bezpieczeństwa pacjentów. Niespełnienie przez podmioty lecznicze wymagań stawianych im przepisami art. 22 ust. 1 o działalności leczniczej nie oznaczało zawsze, że w danej chwili wystąpiło zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy sporządzaniu opinii uwzględniały poziom dostosowania do warunków higienicznych i zdrowotnych, jaki miał miejsce w weryfikowanym podmiocie leczniczym, opierając się nie tylko na pierwotnych programach dostosowawczych, lecz również uwzględniając zmiany do tych programów w trakcie ustawowego okresu.







**Oświata zdrowotna |
i promocja zdrowia**

1. Profilaktyka uzależnień

Jednym z ważniejszych zadań Departamentu Komunikacji Społecznej i Promocji Zdrowia jest informowanie i ostrzeżenie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem substancji psychoaktywnych tj. tytoń, narkotyki, nowe narkotyki, alkohol, dostosowanym do różnych grup docelowych (programy edukacyjne, kampanie społeczne i medialne, programy interwencyjne i inne działania edukacyjne w środowiskach lokalnych). W 2018 r. realizowano:

1.1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych

„Bieg po zdrowie” to nowy program antytytoniowej edukacji zdrowotnej opracowany w Głównym Inspektoracie Sanitarnym we współpracy z psychologami dr hab. Kamillą Bargiel-Matusiewicz oraz mgr Rafałem Dziurlą. Program został objęty honorowym patronatem Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej oraz Rzecznika Praw Dziecka. Profilaktyka palenia tytoniu jest istotnym zadaniem i powinna być na stałe wpisana w działania edukacyjno-wychowawcze, dlatego dotychczas realizowane programy zastąpiono nowym programem, zgodnym ze współczesnymi oczekiwaniami i trendami.

W roku szkolnym 2017/2018 odbyła się II edycja tego programu. Łącznie, ze wszystkich województw w programie wzięło

udział 3 673 szkół podstawowych (6 241 IV klas), tj. 28% ogółu szkół tego typu w Polsce. W programie uczestniczyło 119 877 uczniów oraz 101 678 rodziców. Program w powszechnej opinii większości koordynatorów powiatowych jak i realizatorów szkolnych został oceniony bardzo dobrze i ma duży potencjał na dalszy rozwój we wszystkich województwach. Program cieszył się również pozytywną opinią wśród uczniów. Dzieci chętnie uczestniczyły w grupach, mocno zaangażowały się w prace domowe.

Oprócz bogatego w wiedzę programu, Główny Inspektorat Sanitarny zadbał również o odpowiednie materiały edukacyjne dla wszystkich szkół realizujących zajęcia. Przygotowano atrakcyjne, ciekawie ilustrowane podręczniki dla nauczycieli, zeszyty ćwiczeń dla uczniów, plakaty, ulotki informacyjne dla rodziców oraz filmy edukacyjne dla rodziców i nauczycieli.

Wzmocnieniem programu oraz pomocą dla rodziców dzieci są filmy edukacyjne z udziałem ekspertów. Filmy poświęcone są umiejętnościom wychowawczym oraz zagadnieniom budowania i dbania o relacje z dziećmi w kontekście przeciwdziałania uzależnieniom, w tym przypadku palenia papierosów. Sposób, w jaki rodzice komunikują się z dorastającym dzieckiem wpływa na przebieg dokonujących się w nim psychospołecznych procesów rozwojowych, takich



jak kształtowanie się poczucia własnej tożsamości, podejmowanie ról życiowych itp. Pozytywna komunikacja, dostrzeganie konfliktów i umiejętność ich rozwiązywania poprawia relacje z dziećmi. Rozmowa pomaga w okresie, kiedy dziecko zaczyna testować granice, buntować się przeciw rodzicielskiej dominacji, jest również kluczem do uniknięcia często poważnych i niebezpiecznych błędów młodości.

III edycja programu „Bieg po zdrowie” realizowana jest w roku szkolnym 2018/2019 i obejmuje ok. 36% szkół podstawowych w Polsce.

1.2. Światowy Dzień Bez Tytoniu

Światowy Dzień bez Tytoniu, obchodzony 31 maja, został ustanowiony na konferencji Światowej Organizacji Zdrowia w 1988 r. w Madrycie. Każdego roku skupia się on na innym aspekcie wpływu tytoniu na zdrowie ludzi. W 2018 r. WHO i Sekretariat Ramowej Konwencji WHO o Ograniczeniu Użycia Tytoniu wzywały państwa członkowskie do niezwłocznego podjęcia działań zdecydowanie ograniczających użycie tytoniu. Tematem przewodnim w 2018 r. był tytoń i choroby serca. W przypadku osób palących prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę wieńcową i udar mózgu jest dwu- do czterokrotnie wyższe niż wśród niepalących, a u dorosłych narażonych na biernie wdychanie dymu tytoniowego ryzyko zachorowania wzrasta o 25-30%. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, co można zrobić, aby zmniejszyć ryzyko chorób serca spowodowanych paleniem tytoniu i podkreśla, jak wiele można zyskać natychmiast po zaprzestaniu palenia.

Rozwiązania, które zgodnie z Europejską Konwencją Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu w coraz większym stopniu wprowadzane są przez państwa Europejskiego Regionu WHO, umożliwiają skuteczną walkę z chorobami układu krążenia. Działania te obejmują podniesienie akcyzy oraz cen wyrobów tytoniowych, wprowadzenie prostych/standaryzowanych opakowań i/lub dużych graficznych ostrzeżeń zdrowotnych umieszczanych na wszystkich opakowaniach wyrobów tytoniowych, egzekwowanie kompleksowych zakazów reklamy wyrobów tytoniowych, a także ich promocji i sponsoringu, eliminowanie narażenia na biernie wdychanie dymu tytoniowego w miejscu pracy, przestrzeni publicznej i środkach transportu publicznego oraz prowadzenie efektywnych kampanii medialnych informujących społeczeństwo o zagrożeniach związanych z paleniem tytoniu oraz biernym wdychaniem dymu tytoniowego.

Działania podjęte z okazji Światowego Dnia bez Tytoniu w 2018 r. skierowane były do ogółu społeczeństwa, jednak szczególną grupę stanowiły dzieci i młodzież. Działania dotyczyły głównie:

- wykładów, prelekcji czy też instruktaży dotyczących zdrowotnych skutków czynnego i biernego palenia tytoniu, promocji zdrowego stylu życia wolnego od uzależnienia;

- organizacji punktów informacyjno-edukacyjnych;
- organizacji konkursów dla dzieci i młodzieży;
- organizacji imprez środowiskowych, festynów, rajdów rowerowych itp.;
- przeprowadzania badań profilaktycznych (pomiar wartości dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu za pomocą smokerlyzera, pomiar ciśnienia tętniczego, obliczanie BMI);
- przygotowywania materiałów edukacyjnych i informacyjnych.

Dzieci i młodzież, jak co roku, chętnie włączyli się do organizacji wyżej wymienionych aktywności (poprzez przygotowanie i czynny udział w m.in.: marszach i pochodach ulicami miast, festynach, konkursach, przedsięwzięciach i zabawach sportowych, happeningach, warsztatach, tworzeniu wystaw i gazetek o tematyce antynikotynowej).

W 2018 r. podczas „Światowego Dnia Bez Tytoniu” zorganizowano wiele pochodów oraz imprez plenerowych i festynów mających na celu zwiększenie świadomości społeczności lokalnej odnośnie zdrowotnych skutków palenia tytoniu.

1.3. Światowy Dzień Rzucania Palenia

Światowy Dzień Rzucania Palenia pt. „Rzuć palenie razem z nami” przypada w trzeci czwartek listopada i jest obchodzony w Polsce od 1991 r. Celem obchodów jest zachęcenie jak najszerszej grupy odbiorców do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. W 2018 r. z inicjatywy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych odbyło się wiele przedsięwzięć z okazji obchodów, które są zwieńczeniem całorocznej działalności programowej w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

W placówkach oświatowo-wychowawczych w ramach realizacji programów edukacji antytytoniowej, prowadzone były przez koordynatorów szkolnych pogadanki, prelekcje, imprezy okolicznościowe (eventy, happeningi). Zorganizowano prezentacje multimedialne, projekcje filmów, wystawy, warsztaty, ekspozycje wizualne tj. gazetki ścienne oraz prowadzono dystrybucję materiałów edukacyjnych. Uruchomiono wiele punktów informacyjno-pomiarowych, w których udzielano informacji na temat profilaktyki palenia tytoniu oraz można było wykonać bezpłatne badania medyczne: ciśnienia tętniczego krwi, poziomu glukozy, poziomu cholesterolu, pojemności płuc, poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu. Uruchomiono również telefony zaufania. Podczas organizowanych stoisk rozdysponowano materiały edukacyjne (ulotki, plakaty itp.). Społeczność lokalna chętnie brała udział w organizowanych na terenie województw imprezach. Należy zwrócić uwagę, że w obchody aktywnie zaangażowały się również lokalne władze rządowe i samorządowe, udzielając patronatów oraz wsparcia finansowego i rzeczowego.

Ponadto, informacje na temat obchodów Światowego Dnia Rzucania Palenia zostały zamieszczone na stronach internetowych WSSE i PSSE, partnerów i współrealizatorów działań oraz na portalach społecznościowych.

1.4. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Dostępne badania wskazują jednoznacznie, że nie ma bezpiecznego poziomu narażenia na dym tytoniowy. Każdy obywatel ma konstytucyjne prawo do ochrony swojego zdrowia, a narażenie na bierne palenie, szczególnie w przestrzeni publicznej, zdecydowanie to prawo narusza. Dlatego istotne jest, aby w obiektach objętych przepisami ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1446, 2227.) przeprowadzać cykliczne kontrole sprawdzające przestrzeganie tych przepisów oraz, w razie wykrycia nieprawidłowości, skutecznie egzekwować prawo.

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

Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego: „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”.

W 2018 r. przeprowadzono łącznie 261 068 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu w Rzeczypospolitej Polskiej.

Z wykonanych kontroli wynika, że ustawa w 2018 r. była stosowana w 99,96% (n=260 957) obiektów użyteczności publicznej. Natomiast w 0,04% skontrolowanych obiektach (n=119) stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Ze wszystkich przypadków, najliczniejszą grupą obiektów, w których nie są przestrzegane zapisy ustawy, były zakłady pracy – 41,18% (n=49). Kolejną grupą obiektów były lokale gastronomiczno-rozrywkowe, w których odsetek ten wyniósł 17,65% (n=21). Ustawa była przestrzegana w 100% uczelni, których skontrolowano 498.

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2018 r. wystawiły łącznie 83 mandaty, na łączną kwotę 14 750,00 zł za



łamanie zakazu palenia papierosów tradycyjnych, palenia e-papierosów oraz za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem.

1.5. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”

W roku szkolnym 2017/2018 została zrealizowana V edycja programu edukacyjnego pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?” opracowanego przez dr Krzysztofa Wojcieszka, 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. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?” dotyczy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki, dopalacze), adresowany jest do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. V edycja była pierwszą edycją nie realizowaną w ramach ww. projektu. Program objęto honorowym patronatem Ministra Zdrowia oraz Ministra Edukacji Narodowej. Ponadto, w 2018 r. program „ARS, czyli jak dbać o miłość” został wpisany do Bazy Programów Rekomendowanych, jako program spełniający standardy jakości poziomu I, do kategorii programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. O programie można znaleźć informacje na stronie internetowej www.programyrekomendowane.pl.

V edycja programu została zrealizowana w 2322 szkołach ponadgimnazjalnych (zasadnicze szkoły zawodowe, licea

ogólnokształcące, profilowane i uzupełniające, technika, technika uzupełniająca oraz inne szkoły oraz placówki pracujące z młodzieżą w wieku 15-19 lat) w Polsce (44,3%).

Działaniami programowymi w V edycji objęto ogółem 122 353 uczniów klas I-IV szkół ponadgimnazjalnych. W IV edycji programu udział wzięło 38 456 rodziców. W sumie w pięciu edycjach udział wzięło już 616 222 uczniów.

1.6. Konkurs „Szkoła wolna od używek”

W ramach programu „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, Główny Inspektorat Sanitarny zorganizował II edycję konkursu „Szkoła wolna od używek”. Głównym celem konkursu była aktywna promocja i edukacja w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych. Zadanie konkursowe polegało na opracowaniu i zrealizowaniu projektu edukacyjnego w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych. Konkurs był wydarzeniem ogólnopolskim skierowanym do szkół ponadgimnazjalnych, które zrealizowały bądź zrealizują przed przestaniem pracy konkursowej program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?” Finał konkursu miał miejsce w dniu 15 czerwca 2018 r. w Warszawie. Konkurs realizowany był w ramach utrzymania trwałości rezultatów Projektu KIK/68 pn. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”.

2. Profilaktyka nadwagi i otyłości

2.1. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”

Główny Inspektorat Sanitarny wraz z Polską Federacją Producentów Żywności Związkiem Pracodawców wychodząc na przeciw zaleceniom strategii Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia, a także zaleceniom „Białej Księgi Komisji Europejskiej Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z żywieniem nadwagą i otyłością” oraz w odpowiedzi na Zieloną Księgę pt. Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym” od 12 lat realizują Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”, promujący zasady zbilansowanej diety i aktywności fizycznej wśród młodzieży szkolnej. Program został zatwierdzony do realizacji przez Głównego Inspektora Sanitarnego w dniu 9 listopada 2006 roku.

Głównym celem Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego „Trzymaj Formę!” jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkol-

nej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

Wśród założeń programu celem nadrzędnym podejmowanych działań jest zwiększenie świadomości uczestników programu dotyczącej wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie.

W roku szkolnym 2017/2018 Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności realizowała XII edycję Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego „Trzymaj Formę!”.

Patronat honorowy nad powyższą edycją programu objął: Minister Zdrowia, Minister Sportu i Turystyki, Minister Edukacji Narodowej, Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Ponadto patronami programu byli również: Instytut Żywności i Żywienia, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Federacja Konsumentów, Wydział Nauki o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie.



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

Działaniami programowymi zostali objęci uczniowie V, VI i VII klas szkół podstawowych oraz II i III klas gimnazjalnych na terenie całego kraju. Program w XII edycji był realizowany na podstawie założeń programowych i zaproponowanej metodyki w 7 191 szkołach (34% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce z wyłączeniem szkół dla dorosłych). Odbiorcami XII edycji programu było 555 402 uczniów gimnazjów oraz V-VII klas szkół podstawowych. Ponadto 122 693 uczniów, uczących się w klasach nierealizujących całości programu sporadycznie uczestniczyło w działaniach realizowanych w ramach programu np. apel, festyn, konkurs, film, przedstawienie.

Ogółem dotychczas, w trakcie dwunastu edycji, działaniami programowymi objętych zostało ponad 9 239 018 uczniów klas V-VII szkół podstawowych i gimnazjów.

Program „Trzymaj Formę!” realizowany jest metodą projektu, która dla młodych ludzi stanowi ciekawe wyzwanie i szanse współpracy z innymi. Pozwala wspólnie osiągnąć założony cel, wpływa na proces zdobywanie nowej wiedzy oraz doświadczenia, a także wpływa na rozwijanie umiejętności radzenia sobie z zagadnieniem problemowym. W cza-

nie trwania XII edycji programu 2096 szkół opracowało, własny autorski projekt, 2887 placówek korzystało z gotowych propozycji projektów, natomiast pozostałe 2208 szkoły realizowały program z wykorzystaniem alternatywnych metod. Przygotowywane projekty dotyczyły najczęściej tematyki z zakresu aktywności fizycznej i zbilansowanej diety.

W ramach XII edycji programu „Trzymaj Formę!” zorganizowany został Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia. Konkurs jest działaniem cyklicznym i cieszy się stale rosnącym zainteresowaniem uczestników. Skierowany jest do szkół, które uczestniczą w programie jednak mogą wziąć w nim również udział uczniowie którzy go nie realizują. Do udziału w tegorocznej edycji zgłoszonych zostało łącznie 14 117 uczniów z 1 830 szkół.

Wnioskując, Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!” od dwunastu lat cieszy się stałym zainteresowaniem i zaangażowaniem w szkołach oraz środowiskach lokalnych. Interesujące założenia programu oraz jego realizacja daje możliwość dzieciom

i młodzieży zdobycia wiedzy i umiejętności dotyczących zasad prawidłowo zbilansowanej diety i znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia człowieka.

Systematyczna edukacja zdrowotna w szkole jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa. Kształtuje u uczniów nawyk dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętność tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Dobre zdrowie i samopoczucie uczniów jest zasobem dla edukacji, sprzyja uczeniu się i skutecznej realizacji podstawowych zadań szkoły.

3. Profilaktyka chorób zakaźnych

3.1. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

Nadrzędnym dokumentem określającym politykę państwa w zakresie zapobiegania i zwalczania epidemii HIV/AIDS jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS* (Dz. U. Nr 44, poz. 227). Realizacją Programu kieruje Minister Zdrowia, a koordynacja działań została powierzona Krajowemu Centrum ds. AIDS. Podmiotami realizującymi Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, jednostki samorządu terytorialnego, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki. W Programie uczestniczą także wszystkie podmioty, które na podstawie właściwych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy

społecznej, polityki prorodzinnej, ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS zakłada działania w pięciu obszarach:

1. zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa,
2. zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
3. wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
4. współpraca międzynarodowa,
5. monitoring.

Celem profilaktyki pierwszorzędowej podczas realizacji programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń

HIV wśród ogółu społeczeństwa poprzez zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usługi w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.

Cele szczegółowe to:

- wzrost poziomu wiedzy nt. HIV i AIDS wśród ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkół ponadgimnazjalnych i gimnazjów,
- poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy, ze szczególnym uwzględnieniem osób aktywnych seksualnie,
- usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży,
- zapewnienie odpowiedniego dostępu do usług diagnostycznych w zakresie profilaktyki HIV/AIDS oraz leczenia ARV – zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV.

Grupę docelową odbiorców programu stanowi ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem ludzi młodych w wieku prokreacyjnym, osób aktywnych seksualnie, pracowników ochrony zdrowia, uczniów różnych typów szkół oraz psychologów, terapeutów, pracowników oświaty.

W 2018 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, zarówno na szczeblu wojewódzkim, jak również powiatowym, realizowała działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS zgodnie z Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanego na lata 2017-2021. Wsparciem w podejmowanych działaniach promocyjnych byłoby Krajowe Centrum ds. AIDS na mocy zawartego Porozumienia o współpracy w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.

Zakażenia wirusem HIV, a w konsekwencji zachorowania na AIDS, są jednym z istotnych problemów zdrowia publicznego. Dlatego też popularyzacja wiedzy na temat czynników ryzyka, źródeł zakażenia oraz skutecznych możliwości zapobiegania stanowi ważny element problematyki HIV/AIDS. W ramach realizacji celów Programu, celem zwiększenia świadomości, wzmocnienia postaw prospołecznych oraz ograniczenia i zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne organizowały różne formy działań wykorzystując nowe technologie informacyjne i komunikacyjne z wykorzystaniem Internetu oraz poprzez tradycyjne formy promocji, aby dotrzeć z informacją do jak najszerszej grupy osób.

W 2018 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna uczestniczyła w realizacji ogólnopolskiej kampanii Krajowego Centrum ds. AIDS pod hasłem: „Mam czas rozmawiać” (#mamczasrozmawiac), której celem było promowanie dialogu pomiędzy matkami a córkami na temat konieczności testowania w kierunku HIV oraz przypomnienie kobietom

planującym macierzyństwo lub będącym już w ciąży o badaniach w kierunku HIV. Ponadto założeniem było także przypomnienie o konieczności testowania w kierunku HIV oraz zachęcenie do wykonania testu diagnostycznego w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). Państwowa Inspekcja Sanitarna upowszechniała informacje o wydarzeniach i działaniach w zakresie kampanii (spot radiowy i telewizyjny, bannery internetowe, plakaty) na kanałach mediów społecznościowych, na stronach internetowych, do lokalnych mass-mediów, jak również dystrybuowała materiały informacyjno-edukacyjne, m.in. do placówek oświatowych, podmiotów leczniczych, uczestników wypoczynku letniego i zimowego czy zakładów komunikacji miejskiej. Ważnym elementem działań kampanijnych była prowadzona edukacja kobiet w wieku prokreacyjnym prowadzona była w formie indywidualnych rozmów, spotkań, połączona z rozdawnictwem materiałów informacyjnych przy wsparciu podmiotów leczniczych, poradni przedmażeńskich, poradni przykościelnych i innych.

W ramach Programu Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadziła szereg działań w obszarze HIV/AIDS w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter), na stronach internetowych, lokalnych mass mediach. Szczególnie działalność ta zaznaczyła się w dni związane z HIV/AIDS w dni tj.: Światowy Dzień AIDS, Światowy Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS, Europejski Tydzień Testowania oraz Światowy dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby czy Międzynarodowy Dzień Pocałunku. Przede wszystkim umieszczano m.in. informacje tj.: czym są zakażenie HIV i choroba AIDS, jak przenosi się wirus oraz jak temu zapobiec, a także informacje na temat bezpłatnych testów oraz Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD) prowadzących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV. Jednakże w pozostałe dni roku także upowszechniano informacje w obszarze HIV/AIDS, jak również promowano zdrowy styl życia i życie bez uzależnień. W ramach tradycyjnych form promocji organizowano stoiska informacyjne, akcje profilaktyczne, imprezy środowiskowe, warsztaty, zajęcia, spotkania, wywiady, narady koordynatorów, konferencje, happeningi, jak również inicjowano i wspierano działania w placówkach oświatowo-wychowawczych. Wzmocnieniem działań była również edukacja młodzieży szkolnej, z zakresu profilaktyki HIV/AIDS prowadzona poprzez warsztaty profilaktyczne, akcje edukacyjne i prelekcje. Ponadto organizowano konkursy / olimpiady wiedzy na temat medycznych i psychospołecznych aspektów HIV/AIDS skierowane głównie do młodzieży, mających na celu wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową. Prowadzono także dystrybucję publikacji w wersji papierowej i elektronicznej z zakresu profilaktyki HIV/AIDS, wśród których znajdowały się takie pozycje jak: „To warto wiedzieć o HIV i AIDS”, „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie”, „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS bez względu na to, gdzie mieszkasz i pracujesz?”.

W 2018 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mieli możliwość podniesienia swoich kwalifikacji zawodowych z zakresu profilaktyki HIV/AIDS biorąc udział w szkoleniach. Poruszały one takie zagadnienia jak: etyczno-prawne dotyczące epidemiologii, psychospołecznych aspektów HIV/AIDS, znaczenia profilaktyki, idei anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV, przeciwdziałania narkomanii, a także wybrane zagadnienia z seksuologii. Ponadto koordynatorzy działań w obszarze HIV/AIDS wzięli udziału w XXV Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” organizowanej przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS.

W okresie od marca 2018 r. do maja 2018 r. przeprowadzono 16 konferencji pt. „Edukacja dla zdrowia”. Konferencje, były efektem podpisanej w dn. 17.01.2018 r. deklaracji współpracy Ministra Edukacji Narodowej i Głównego Inspektora Sanitarnego na rzecz rozwoju edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym oraz zapewnienia higienicznych warunków nauczania dzieci i młodzieży. Konferencje odbyły się w 16 wojewódzkich miastach, a ich organizatorami byli Wojewódzcy Kuratorzy Oświaty i Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni. Konferencje skierowane były do dyrektorów szkół i nauczycieli. Tematyka spotkań dotyczyła m.in.: prawidłowych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej oraz problemu przeciążonych toruistrów w kontekście profilaktyki wad postawy u dzieci.

4. Profilaktyka wszawicy

Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, opracował materiały edukacyjne dot. wszawicy. W skład pakietu edukacyjnego, wchodzi: plakat, broszura i ulotka. Materiały skierowane są do rodziców/opiekunów dzieci

w wieku przedszkolnym/szkolnym. Celem działania jest zwiększenie wiedzy na temat występowania wszawicy, możliwości zarażenia się, rozpoznanie i leczenie. W 2018 roku wydrukowano i rozdystrybuowano do placówek oświatowych: 200000 ulotek, 10000 broszur i 2000 plakatów.



5. Profilaktyka zatruc grzybami

W ramach prowadzonych działań edukacyjnych Główny Inspektorat Sanitarny (Departament Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz?) opracował broszurę informacyjną poświęconą tematyce dotyczącej profilaktyki zatruc grzybami. W broszurze znalazły się takie informacje jak: rozpoznawanie grzybów, jak przygotować się do grzybobrania, najczęstsze objawy zatruc grzybami oraz pierwsza pomoc.

Ponadto w broszurze zamieszczone zostały również informacje o grzyboznawcach i klasyfikatorach grzybów. Broszury przekazane zostały w ilości 30000 do WSSE ze wskazaniem, aby dystrybuowano je podczas wydarzeń o tematyce związanej z grzybami, wystaw poświęconych grzybom oraz dla osób kontaktujących się z grzyboznawcami i klasyfikatorami grzybów.

6. Działania z obszaru promocji zdrowia realizowane przez jednostki PIS

Oprócz działań o charakterze ogólnopolskich programów edukacyjnych Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje szereg inicjatyw z zakresu promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej czy profilaktyki chorób, które lokalnie odpowiadają na potrzeby mieszkańców.

Kleszcz mały czy duży nic dobrego nie wróży, program, którego celem jest zmniejszenie liczby zachorowań na choroby przenoszone przez kleszcze na człowieka. Realizowany jest przez uczniów szkół podstawowych oraz uczniów szkół gimnazjalnych w kilku województwach. Zajęcia edukacyjne programu obejmują tematy: sytuacja epidemiologiczna chorób od kleszczowych w Polsce i województwie, kleszcze – zasady rozmnażania się, bytowania i odżywiania, rodzaje chorób przenoszonych przez kleszcze na człowieka oraz metody profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze na człowieka.

Festiwal Piosenki o Zdrowiu dla dzieci, młodzieży oraz ich opiekunów, którego zadaniem było zainteresowanie młodzieży tematyką zdrowia, zmotywowanie do poszukiwania treści prozdrowotnych i nowych form wyrazu oraz aktywizację środowisk szkolnych w zakresie działań prozdrowotnych. Festiwal organizowany jest od ponad 28 lat przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie województwa mazowieckiego.

Program „Wybierz Życie-Pierwszy Krok” którego celem było zmniejszenie występowania i umieralności na raka szyjki macicy poprzez zwiększenie poziomu wiedzy i zachęcanie do odpowiedzialności za zdrowie swoje i najbliższego otoczenia. Kształtowanie świadomości na temat zachowań zwiększających ryzyko raka szyjki macicy także motywowanie kobiet do regularnego poddawania się badaniom profilaktycznym. Program realizowali szkolni koordynatorzy przy współpracy i wsparciu merytorycznym koordynatorów powiatowych oraz pomocy pielęgniarek szkolnych we Wrocławiu. Działanie skierowane było do uczniów klas I szkół ponadgimnazjalnych, rodziców uczniów oraz kadry pedagogicznej.

II edycja Konkursu fotograficznego „Grzyby – skarby natury” zorganizowany przez WSSE w Lublinie, którego celem było kształtowanie postawy szacunku dla świata przyrody

oraz kształtowanie umiejętności obserwacji i fotografowania natury.

Cykl 9 spektakli teatralnych „Dopalacze – ryzykujesz życiem” realizowane według autorskich scenariuszy uczniów szkół ponadpodstawowych na terenie województwa świętokrzyskiego. Spektakle miały charakter profilaktyczno-edukacyjny, a celem wystawienia przedstawień było ukazanie problemu stosowania substancji psychoaktywnych widziane oczami młodzieży.

21 imprez środowiskowych „Światowego Dnia Rzucania Palenia”, organizowanych w województwie lubelskim, którego naczelnym założeniem było zniechęcenie osób palących do rzucenia palenia. W ramach tych imprez odbywały się pomiary poziomu, CO w wydychanym powietrzu, konkursy dla uczniów, narady dla dyrektorów i kadry pedagogicznej.

Program profilaktyki nowotworów skóry „Znamie? Znam je!” Upowszechniający wiedzę dotyczącą nowotworów skóry oraz profilaktyki, realizowany dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych na terenie woj. opolskiego.

Program edukacyjny „Moje dziecko idzie do szkoły” realizowanym w województwie podlaskim, którego podstawowym celem było wyposażenie rodziców w wiedzę o ergonomicznym stanowisku pracy ucznia oraz kształtowanie u dzieci pozytywnego nastawienia do obowiązku szkolnego i umiejętności radzenia sobie w nowym środowisku. Organizatorem był WSSE w Białymstoku, który w ramach realizacji programu organizował spotkania edukacyjne z rodzicami oraz ćwiczenia praktyczne z dziećmi w pakowaniu tornistrów i przygotowywaniu „zdrowego” drugiego śniadania.

„Jasne jak słońce” Kampania informacyjno – edukacyjna, której celem było przedstawienie zagrożeń związanych ze szkodliwością działania promieniowania ultrafioletowego na zdrowie przez WSSE w Białymstoku we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny.



Konferencja pt. „Świadomy konsument –suplementy diety, żywność, kosmetyki, środowisko. Ostrzeżenia, etykiety, informacje” zorganizowana przez Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, partnerem wydarzenia był Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku. Tematy poruszane podczas konferencji dotyczyły suplementów diety, żywności, kosmetyków, środowiska i czyste-

go powietrza. Całość spotkania zwińczyła debata z udziałem uczestników.

Program zakażeń HBV i HCV pt.: „Podstępne WZW” kierowany dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych w województwie świętokrzyskim, którego zadaniem było upowszechnienie wiedzy dot. WZW B i C, działań profilaktycznych oraz szczepień.

7. Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia

Główny Inspektorat Sanitarny, chcąc dotrzeć do jak największej liczby odbiorców, prowadzi swoje strony i kanały w mediach społecznościach.

Założeniem strony GIS realizowanej w serwisie społecznościowym Facebook jest zwrócenie szczególnej uwagi na problemy zdrowotne społeczeństwa. Na portalu informujemy o zdarzeniach niekorzystnie wpływających na nasze życie, aktywizujemy, edukujemy oraz pokazujemy przedsięwzięcia prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

W 2018 roku w oparciu o kalendarz zdrowia publicznego oraz o sytuację epidemiologiczną, a także potrzeby zdrowotne społeczeństwa opublikowano posty dotyczące m.in.:

- profilaktyki grypy – od stycznia w mediach społecznościach rozpoczęto publikację infografik, filmików edukacyjnych. Wpisy te zamieszczane były przez cały okres sezonu grypowego i cieszyły się wielkim zainteresowaniem – dotarły do rekordowej liczby 2 236 374 odbiorców;
- planowania rodziny - „Halinka” poruszała ważne tematy takie jak: negatywny wpływ alkoholu na dziecko może

Rys. 9. Infografika „Jak szkodzi smog?”



Rys. 10. Infografika „Symptomy, które mogą świadczyć o utracie słuchu”



Rys. 11. Infografika „Grypa czy przeziębienie?”

OBJAWY	GRYPA	PRZEZIĘBIENIE
początek	choroba rozpoczyna się gwałtownie	stopniowo nasilające się objawy
gorączka	wysoka gorączka (do 39°C), dreszcze	stan podgorączkowy, najczęściej poniżej 38°C
ból gardła	rzadki lub nie występuje	jeden z pierwszych objawów, chrypa
katar	rzadki lub nie występuje	częsty objaw, zatłakany nos
kaszel	suchy, męczący, ból w klatce piersiowej oraz duszności	mokry
ból głowy	występuje prawie zawsze	rzadko, często - ból zatok
bóle mięśni	bardzo intensywne, dreszcze	nie występują lub są mniej nasilone
powikłania	wielonarządowe (np. zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, zapalenie mięśnia sercowego, niewydolność oddechowa)	rzadko, ew. wtórne zakażenia bakteryjne

www.gis.gov.pl | Główny Inspektorat Sanitarny

Rys. 12. Infografika „Jak rozpoznać odrę?”

Odra stanowi poważne zagrożenie dla Europy!
Jak rozpoznać odrę?

Wysoce zaraźliwy wirus odry rozprzestrzenia się podczas kaszlu lub kichania, przez bliski lub bezpośredni kontakt z wydzielinami z nosa i gardła osoby zakażonej.

Jest 6 razy bardziej zaraźliwy niż grypa! 1 osoba może zakażać 15-20 osób – chory na gripę zaraża 1-2 osoby!

Objawy odry:

- Wysoka gorączka - trwa od 1 do 7 dni
- Na początku: katar, kaszel, zapalenie spojówek ze światłowstrętem i małe plamki po wewnętrznej stronie policzków i na języku
- Po kilku dniach, na twarzy i karku pojawia się **plamisto-grudkowa wysypka**
- Przez kolejne 3 dni, zstępuje z głowy **na tułów, a następnie na ręce i nogi**

Powikłania:

U 1 na 5 przypadków choroba będzie miała poważny przebieg lub nastąpią powikłania, takie jak ślepota, zapalenie mózgu, ostra biegunka (prowadząca do odwodnienia), zapalenie uszu i ostre zapalenie układu oddechowego, w tym zapalenie płuc.

Dwie dawki szczepionki przeciw odrze zapewniają niemal 100% ochronę!

Główny Inspektorat Sanitarny | /GIS_gov | /GISgovpl | /GISgovpl | /gis.govpl

mieć już jednorazowa, niewielka ilość wypitego alkoholu w ciąży, Przypominając sobie o swoim nałogu, którego musiała się wyrzec w ciąży zapytała lekarza: „Czy mogę wrócić do palenia tytoniu po porodzie?”. 7 postów z ciężarną „Halinką” dotarło do 92 428 odbiorców;

- bezpieczeństwa społeczeństwa – jak chronić się przed czadem, jakie są sposoby ochrony przed smogiem, jak chronić się przed chorobami przenoszonymi przez nieodpowiednią higienę rąk. Posty te łącznie dotarły do 103 403 odbiorców;
- profilaktyki jamy ustnej dzieci, udzielania pierwszej pomocy, zdrowia w pracy, które zainteresowały ponad 364 tys. użytkowników;
- zdrowia publicznego np.: Europejski Dzień Prostaty, Dzień Przedszkolaka, Światowy Dzień Wścieklizny, Międzynarodowy Dzień Zdrowia Psychicznego, Światowy Dzień Wzroku, Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom, Międzynarodowy Dzień Osób Leworęcznych, Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby, Dziś Światowy Dzień Pocałunku, Światowy Dzień Chorych na Osteoporozę, Światowy Dzień Nerek, Światowy Dzień Słuchu, Międzynarodowy Dzień Osób Niepełnosprawnych, Światowym Dzień AIDS, Światowy Dzień Rzucania Palenia, Światowy Dzień Chorego na Łuszczycę, Światowy Dzień Reumatyzmu, Między-

narodowy Dzień Zdrowia Psychicznego, Światowy Dzień Wścieklizny – łącznie opublikowane posty dotarły do 580 107 osób;

- w czerwcu 2018 r. zainicjowano kampanię „Przepis GIS na bezpieczne wakacje”, która była realizowana do września. Działania ukierunkowane były na bezpieczeństwo zdrowotne dzieci i młodzieży przebywających w placówkach wypoczynku letniego. Kilka sprawdzonych patentów na bezpieczne wakacje zamieściliśmy w ulotce. Opublikowano 8 postów, które trafiły do 481 299 odbiorców;
- przed rozpoczęciem roku szkolnego 2018/2019 przeprowadzono również akcję edukacyjną dotyczącą wad postawy uczniów, na które duży wpływ mają przeciążone tornistry. Przypominano dzieciom, rodzicom i nauczycielom, żeby zwracali uwagę na wagę plecaków. Akcja objęta zasięgiem ponad 10 tys. osób;
- promowano aktywny styl życia, zachęcając do aktywnego spędzania czasu. GIS od 2006 roku realizuje program „Trzymaj Formę”, którego celem jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej. Publikowane treści dotarły do około 20 tys. użytkowników;
- publikowano również posty dotyczące chorób układu pokarmowego, w których informowano, że najlepszym

sposobem na uniknięcie dolegliwości tego typu jest profilaktyka chorób układu pokarmowego, która pozwala zachować jego dobrą kondycję, a w rezultacie skuteczniej chronić się przed szkodliwymi czynnikami. Wiadomości na ten temat przeczytało 182 170 facebookowiczów;

- z informacjami na temat wpływu hałasu na nasze zdrowie, promieniowania sieci komórkowych zapoznano się 107 098 osób;
- wiele miejsca poświęcono profilaktyce chorób bakteryjnych, zakaźnych WZW A, B, C, grypie, gruźlicy i pasożytom. Objaśniano czym są zakażenie HIV i choroba AIDS, jak przenosi się wirus oraz jak temu zapobiec. Tematyką zainteresowało się 2 956 186 odbiorców;
- z roku na rok coraz więcej osób zapada na grypę. W grudniu z okazji Ogólnopolskiego Dnia Szczepień ruszyła ogólnopolska kampania społeczną pod hasłem #zaszczepieniBezpieczni, której celem było propagowanie szczepień jako najskuteczniejszego sposobu w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi. Informacje na temat tej choroby trafiły do 124 600 facebookowiczów;
- w oparciu o program „ARS, czyli jak dbać o miłość” pojawiły się treści dotyczące profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, nowe narkotyki) adresowane do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. Posty zobaczyło 121 361 użytkowników;
- Państwowa Inspekcja Sanitarna stoi na straży naszego zdrowia i poprawnych warunków pracy. W oparciu o opracowania ze stanu sanitarnego kraju, publikowano statystyki i dane dotyczących kontroli w różnych obiektach. Posty objęły swoim zasięgiem 111 tys. odbiorców;

Rys. 13. Infografika „Uwaga. Silne mrozy!”

UWAGA SILNE MROZY

Widzisz lub wiesz gdzie przebywają osoby zagrożone wychłodzeniem?

REAGUJ!
Możesz uratować czyjeś życie

dzwoń na **112**

Główny Inspektorat Sanitarny | @GIS_gov | /GISgovpl | #GIS_gov_pl | /gis.gov.pl

Rys. 14. Infografika „Pierwsza pomoc w przypadku zadławienia”

Pierwsza pomoc przy ZADŁAWIENIU
(niemowlęta do 1. roku życia)

Jeśli dziecko jest przytomne, ale nie kaszle lub kaszel nie przynosi rezultatu należy: wykonać 5 uderzeń w okolice międzyopatkową, układając niemowlę głową w dół na przedramieniu, chwycić kciukiem i palcem za żuchwę (nie za szyję).

Gdy uderzenie jest nieskuteczne należy: odwrócić dziecko na plecy, głową skierowaną w dół na wolnym przedramieniu, obejmując dłoń jego potylicę. Następnie wykonać 5 uciśnień w dolnej połowie mostka, 1 cm poniżej linii między sutkowej.

Do czasu usunięcia ciała obcego wykonywać 5 uderzeń w okolice międzyopatkową na przemian z 5 uciśnięciami klatki piersiowej.

www.gis.gov.pl | Główny Inspektorat Sanitarny

Rys. 15. Infografika „Syndrom SMS-owej szyi”

Diagnoza
Syndrom „SMS-owej szyi”

- ✓ pacjent skarży się na: ból szyi, ból ramion, czasami skurcze mięśni górnej części pleców
- ✓ pacjent korzysta z telefonu około 2,5 godziny dziennie

Zalecenia:

- trzymaj telefon na wysokości oczu
- rób częste przerwy podczas korzystania z urządzenia
- unikaj patrzenia w dół z pochyloną do przodu głową
- staraj się utrzymywać głowę możliwie prosto (im mniejszy stopień pochylecia głowy ku przodowi tym mniejsze obciążenie kręgosłupa szyjnego)
- spędzaj czas wolny nie używając telefonu
- korzystaj jak najmniej z aplikacji rozrywkowych i gier

Główny Inspektorat Sanitarny | @GIS_gov | /GISgovpl | #GISgovpl | /gis.gov.pl

- na stronie internetowej urzędu podawane są do publicznej wiadomości ostrzeżenia. W 2018 roku zamieszczane były także w głównym medium społecznościowym – Facebooku. Komunikaty o wycofaniu produktu z rynku opatrzone były czytelną grafiką, która ułatwiała konsumentom odczytanie najważniejszych informacji. Zamieszczane ostrzeżenia publiczne dotyczyły wadliwych produktów, głównie żywności i suplementów diety. Komunikaty dotarły do 4 545 358 osób.







100 LAT SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE

**Działania Państwowej
Inspekcji Sanitarnej w zakresie
zmniejszania zagrożeń zdrowia
publicznego stwarzanych przez
nowe narkotyki w 2018 r.**

1. Wprowadzenie

W celu ograniczania zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez nowe narkotyki, Państwowa Inspekcja Sanitarna monitoruje rynek, ujawniania nowe produkty, dokonuje oceny ryzyka, monitoruje sytuację epidemiologiczną w zakresie zatruc, informuje, edukuje i ostrzega przed niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia. Współdziała z innymi organami państwa w zakresie reagowania, wymiany informacji w systemie wczesnego rozpoznawania i ostrzegania.

Wychodząc naprzeciw zarówno bieżącym potrzebom, jak i przewidując kierunki rozwoju rynku narkotykowego, w Rzeczypospolitej Polskiej w 2018 r. zostały wprowadzone nowe przepisy antynarkotykowe, w których szczególna uwaga zwrócona jest na ocenę ryzyka zagrożeń związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Jednocześnie przepisy te są bardziej restrykcyjne w stosunku do producentów i handlarzy narkotyków. Jest to reakcja na potężną ekspansję coraz bardziej toksycznych nowych substancji, w szczególności pochodnych fentanylu, powodujących ostre zatrucia, również ze skutkiem śmiertelnym. Nowe przepisy, mają także na celu skuteczniejsze wykorzystanie metod zwalczania przestępczości zorganizowanej.

Nowe rozwiązania legislacyjne zostały dodatkowo wsparte *Porozumieniem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 26 listopada 2018 r. o współpracy wszystkich służb odpowiedzialnych za zdrowie publiczne i bezpieczeństwo obywateli*. Jego intencją jest zobowiązanie się stron do skutecznej i efektywnej współpracy na rzecz ograniczania wprowadzania do obrotu nowych narkotyków. Porozumienie umożliwia wymianę informacji o działaniach prowadzonych przez wszystkie służby i zastępuje *Porozumienie z dnia 26 października 2011 r.*

Państwowa Inspekcja Sanitarna na podstawie art. 4 ust.1 pkt 9a i ust. 2 pkt 1a *ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985 roku* (Dz. U. z 2019 r. poz. 59), w rozumieniu *ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1030, 1490 oraz 1669) egzekwuje przestrzeganie przepisów dotyczących zakazu wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych oraz sprawuje nadzór nad spełnieniem przepisów dotyczących prowadzenia przez przedsiębiorców działalności w zakresie wytwarzania, przetwarzania, przerabiania, przywozu, wywozu, wewnątrzwspólnotowej dostawy lub wewnątrzwspólnotowego nabycia oraz wprowadzania do



obrotu nowej substancji psychoaktywnej, w tym w postaci mieszaniny lub w wyrobie.

Od 21 sierpnia 2018 r. nowe substancje psychoaktywne zostały objęte odpowiedzialnością karną. Zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych obowiązuje niezmiennie od dnia 27 listopada 2010 r. Źródłem zakazu staje się decyzja administracyjna, w której zakwestionowane produkty są wskazane z nazwy w odniesieniu do zidentyfikowanych w ich składzie substancji psychoaktywnych. Kwestia odpowiedzialności związanej z środkami zastępczymi obejmuje dwa poziomy: administracyjny, co daje instrumenty zwalczania ich podaży bez stosowania represji karnej wobec użytkowników oraz karny, w przypadku zaistnienia zagrożenia życia lub zdrowia wielu osób.

Informacje o zidentyfikowanych substancjach psychoaktywnych w kwestionowanych produktach i o zagrożeniu

jakie one stwarzają, zamieszczane są na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego i przekazywane w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania do Centrum Informacji o Narkomanii i Narkotykach (CINN) w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dane te są przesyłane do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkomanii i Narkotyków (EMCDDA) w Lizbonie, co umożliwia wymianę informacji o niebezpiecznych substancjach pojawiających się w innych państwach Europy.

Główny Inspektor Sanitarny w wydawanych ostrzeżeniach publicznych zwraca szczególną uwagę na *opioidy* (pochodne fentanylu), których użycie może doprowadzić do zgonu z powodu nagłego zatrzymania oddechu. Na europejskich rynkach narkotykowych, w tym w Polsce, wzrasta realne zagrożenie powodowane tego typu substancjami.

2. Nowe przepisy

W celu poprawy skuteczności przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia publicznego powodowanym przez nowe narkotyki, w 2017 r. Minister Zdrowia powołał *Zespół do spraw opracowania nowych rozwiązań legislacyjnych mających na celu przeciwdziałanie używaniu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych*, w pracach którego uczestniczył Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi. Rezultatem podjętych prac są nowe przepisy antynarkotykowe: *ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. poz. 1490) i równocześnie *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych* (Dz. U. poz. 1591). Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wzmocniła postępowanie z zakresu oceny ryzyka stwarzanego przez substancje psychoaktywne, biorąc pod uwagę fakt, że na rynku narkotykowym stwierdzana jest coraz częściej obecność substancji o ostrej toksyczności. W celu ograniczania zagrożeń, jakie powodują środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne oraz w celu podejmowania działań w zakresie wczesnego ostrzegania tworzy się rejestr zatruć środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi. Rejestr ten prowadzi Główny Inspektor Sanitarny. Ustawa wprowadza obowiązek informacyjny w zakresie zatruć i podejrzeń zatruć oraz zgonów spowodowanych przez nowe narkotyki. Takie dane przekazywane są do Głównego Inspektora Sanitarnego. Zakłada się, że wartość tego rozwiązania legislacyjnego to nie tylko utrwalenie dobrze funkcjonującego systemu. Jest to przede wszystkim nałożenie obowiązku zgłaszania ostrych przypadków zatruć oraz rejestracji zgonów, który umożliwi wczesne rozpoznawanie i adekwatne reagowanie na zagrożenie. Nowe

przepisy mają na celu w szczególności zmniejszenie podaży nowych narkotyków na polskim rynku, poprzez lepsze wykorzystanie metod operacyjnych i innych stosowanych w zwalczaniu przestępczości zorganizowanej, ograniczanie handlu oraz poprawę ścigania i karnia sprawców przestępstw narkotykowych. To z kolei spowoduje ograniczenie w używaniu nowych narkotyków, wskaźnikiem czego będzie zmniejszenie liczby przypadków zatruć, w tym śmiertelnych, powodowanych przez te substancje. Ustawa pozostawia odpowiedzialność administracyjną w zakresie środków zastępczych, natomiast nowe substancje psychoaktywne obejmuje odpowiedzialnością karną. Nakłada również na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przy współpracy z Inspektorem do spraw Substancji Chemicznych, obowiązek nadzoru nad legalnym rynkiem nowych substancji psychoaktywnych, realizowany w ramach kontroli spełniania obowiązków wynikających z przepisów ustawy.

Główny Inspektor Sanitarny, na podstawie upoważnienia Ministra Zdrowia, przygotował i przeprowadził proces legislacyjny *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych*. Ten akt prawny delegalizuje substancje psychoaktywne, które były wymienione w załącznikach do poprzedniej *ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*. Upřednio wykazy substancji psychotropowych i środków odurzających umieszczone były w załącznikach nr 1 i 2 do *ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii* i każda zmiana wymagała pełnej procedury legislacyjnej. Nowa *ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii uchwalona w dniu 20 lipca 2018 r.* znosi obowiązek istnienia wykazów środków odurzających i substancji psychotropowych w formie załączników do ustawy i prze-

nosi te regulacje do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia, co spowodowało konieczność jednoczesnego wejścia w życie tego aktu wykonawczego. Umieszczenie w wykazie rozporządzenia nowych substancji psychoaktywnych i ich całych grup, związane jest z objęciem tych substancji kontrolą analogiczną jak środki odurzające i substancje psychotropowe. Zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka oraz zagrożenia społeczne związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi dotyczą grup szczególnie wrażliwych, zwłaszcza ludzi młodych, dlatego ograniczanie dostępności do tych substancji, w związku z objęciem ich prawem karnym, wpływa korzystnie na ochronę życia i zdrowia ludzi. Regulacja ta podnosi poziom ochrony zdrowia, ponieważ możliwa stała się szybsza delegalizacja niebezpiecznych substancji z polskiego rynku. W rozporządzeniu znajdują się substancje psychoaktywne objęte zakresem stosowania Konwencji Narodów Zjednoczonych. Ponadto, znajdują się tam substancje psychoaktywne wymienione w przepisach Unii Europejskiej w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami oraz substancje wskazane przez Ministra Zdrowia, na podstawie rekomendacji Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Regulacja ta ma na celu ograniczenie zagrożenia zdrowia publicznego stwarzanego przez nowe substancje psychoaktywne w związku z alarmującą sytuacją epidemiologiczną dotyczącą wzrostu dynamiki ostrych zatruc tymi substancjami, w tym ze skutkiem śmiertelnym. Z kolei nowe przepisy Unii Europejskiej, to jest: *Rozporządzenie w sprawie przepisów dotyczących nowych substancji psychoaktywnych* oraz *Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady, zmieniającej decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiającą minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami w odniesieniu do definicji narkotyków*, wydane listopadzie 2017 r., zobowiązały państwa członkowskie Unii Europejskiej do wprowadzenia ich do prawa krajowego w terminie do dnia 23 listopada 2018 r. Należy podkreślić, że **Rzeczpospolita Polska** wprowadziła niniejsze przepisy UE do prawa antynarkotykowego z lipca 2018 r. Przepisy te upoważniają również Komisję Europejską, w oparciu o oce-

nę ryzyka, do podjęcia formalnej decyzji o objęciu substancji kontrolą. Komisja uwzględnia to, czy skala używania lub wzorce używania nowej substancji psychoaktywnej oraz jej dostępność i potencjał rozpowszechniania w Unii są istotne i czy szkody zdrowotne spowodowane używaniem nowej substancji psychoaktywnej związane z jej toksycznością ostrą lub przewlekłą oraz ryzykiem jej nadużywania lub właściwościami uzależniającymi są groźne dla życia. Szkody zdrowotne są uważane za groźne dla życia, jeżeli nowa substancja psychoaktywna może spowodować śmierć lub śmiertelny uraz, ciężką chorobę, ciężkie upośledzenie fizyczne lub psychiczne, lub znaczne rozprzestrzenianie się chorób, w tym transmisję wirusów krwiopochodnych.

Nowe przepisy antynarkotykowe zostały dodatkowo wsparte *Porozumieniem o współpracy pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Komendantem Głównym Policji, Szefem Krajowej Administracji Skarbowej, Prokuratorem Krajowym, Komendantem Głównym Straży Granicznej i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym z dnia 26 listopada 2018 r.* Celem Porozumienia jest sprawne i skuteczne wykonywanie zadań w zakresie przeciwdziałania zagrożeniom zdrowia publicznego i szkodom społecznym, jakie powoduje obecność na nielegalnym rynku środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Dokument stanowi o współdziałaniu co do sposobów wczesnego, szybkiego reagowania na zagrożenie jakie stwarzają nowe narkotyki. Jego intencją jest „twarde” zobowiązanie stron do skutecznej i efektywnej współpracy na rzecz ograniczenia podaży środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Porozumienie umożliwi efektywne koordynowanie zadań i wymianę informacji o działaniach prowadzonych przez wszystkie służby. W tym celu został powołany na szczeblu krajowym Komitet Sterujący, w skład którego wchodzi przedstawiciel każdej ze Stron. Pracami Komitetu kieruje przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego. Informacja o podpisaniu Porozumienia została przekazana do jednostek podległych w celu ułatwienia organom terenowym w całym kraju bezzwłoczną wymianę informacji oraz szybką, skuteczną i adekwatną reakcją na produkcję i handel tymi groźnymi produktami.

3. Sytuacja epidemiologiczna

Jednym z najważniejszych zadań w obszarze nowych narkotyków realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, w tym Główny Inspektorat Sanitarny, jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zatruc i podejrzeń zatruc nowymi narkotykami. Na podstawie zagregowanych meldunków przesyłanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne do **Głównego Inspektoratu Sanitarnego** w trybie tygodniowym lub dwutygodniowym. Główny Inspektor Sanitarny na bieżąco informuje Ministra Zdrowia o sytuacji epidemiologicznej.

W opracowaniu informacji dotyczącej zatruc Główny Inspektor Sanitarny współpracuje z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Toksykologii Klinicznej – **Ośrodkiem** Kontroli Zatruc w Warszawie.

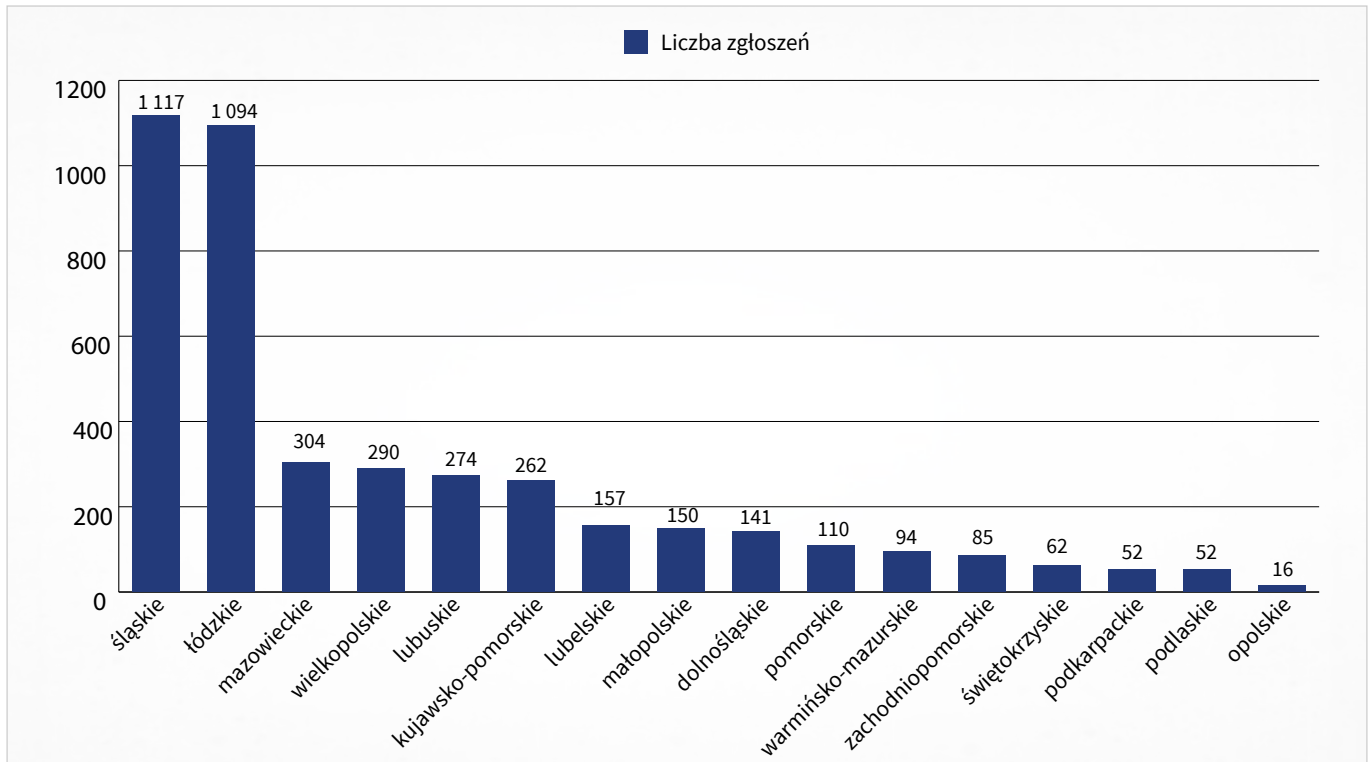
Z zgromadzonych danych wynika, że w 2018 r. do rejestru zostało włączonych **4260** przypadków interwencji medycznych związanych z zatruciem/podejrzeniem zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi/środkami zastępczymi.

Największa liczba zgłoszeń pochodziła z województw: śląskiego (1117), łódzkiego (1094) oraz mazowieckiego (304). W skali roku, zgłoszenia z województw: śląskiego, łódzkiego i mazowieckiego wynosiły łącznie 59% wszystkich zgłoszeń z terenu kraju, w tym udział województw: śląskiego - 26,2%, łódzkiego - 26,7%, mazowieckiego - 7,1%. Najmniejsza liczba zgłoszonych przypadków dotyczyła województw: opolskiego (16), podkarpackiego (52) oraz podlaskiego (52) – wykres 1.

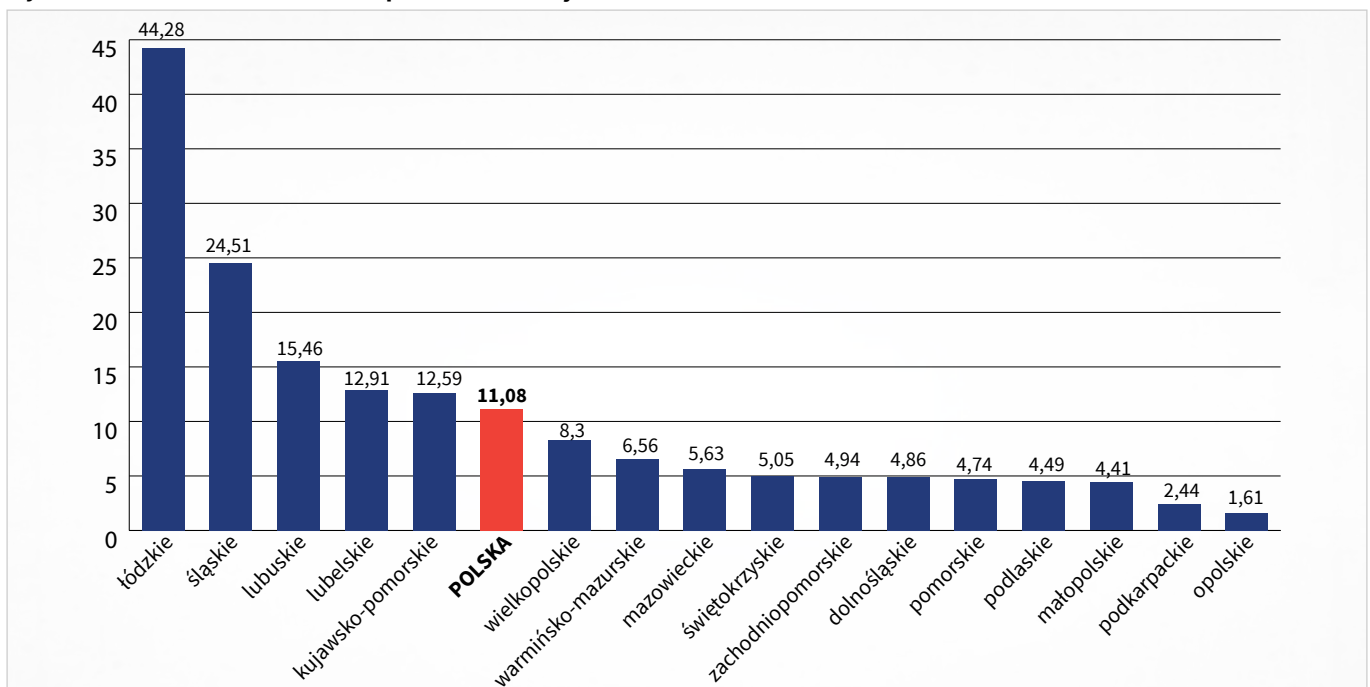
Wskaźnik zatruc nowymi narkotykami na 100 tysięcy mieszkańców (IMed) dla całego kraju w 2018 r. wyniósł **11,08**, co oznacza niewielką zmianę w stosunku do 2017 r (**11,0**).

Najwyższe wskaźniki IMed odnotowano w województwach: łódzkim (**44,28**), śląskim (**24,51**), lubuskim (**15,46**), lubelskim (**12,91**) i kujawsko-pomorskim (**12,59**). W pozostałych województwach wskaźniki były niższe od określonego wskaźnika w skali kraju. Najniższe dotyczyły województw: opolskiego (**1,61**), podkarpackiego (**2,44**) i małopolskiego (**4,41**).

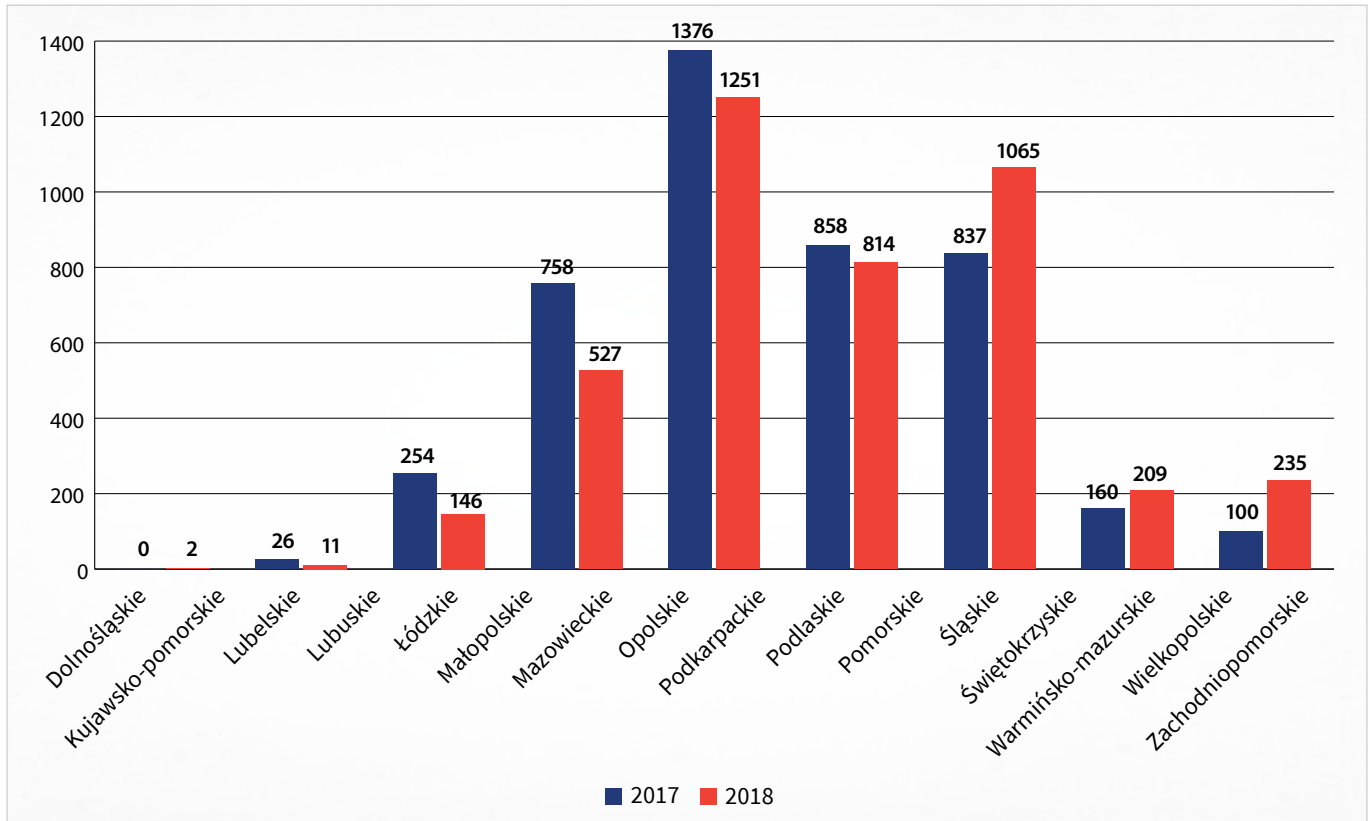
Wyk. 78. Rejestr zatruc w 2018 r. według województw.



Wyk. 79. Wskaźniki Imed w 2018 r. z podziałem na województwa



Wyk. 80. Liczba zgłoszeń zatruc w poszczególnych grupach wiekowych w 2017 i 2018 r.



Z kolei analiza zatruc według grup wiekowych potwierdza, że najwyższy odsetek wszystkich zgłoszeń w 2018 r. dotyczył grupy wiekowej 19-24 lat i wynosił prawie 1/3 wszystkich zgłoszeń (29,4%). W pozostałych grupach kształtował się następująco: 30-39 lat (25%), 25-29 lat (19,1%), 16-18 lat (12,4%), a w grupie powyżej 40 r.ż. – 4,9%. W stosunku do roku 2017 można zaobserwować znaczący wzrost zatruc starszych grupach wiekowych w szczególności w grupie 30-39 lat.

W roku 2018 zarejestrowano 73 zgony mogące mieć związek z użyciem nowych narkotyków, przy czym jedynie 56 przypadków należy uznać za sprawdzone, które nie budzą wątpliwości, co do źródła pochodzenia informacji. Dane te pochodzą przede wszystkim z pionu sanitarno-epidemiologicznego, Zakładów Medycyny Sądowej (ZMS), prokuratur i Policji (zgony potwierdzone). Natomiast pozostałych 17 przypadków pochodzi z informacji głównie medialnych i wymaga dalszego wyjaśnienia, przede wszystkim potwierdzenia związku z użyciem nowych narkotyków, gdyż przypadki te nie zostały potwierdzone zgłoszeniem podmiotu leczniczego. Należy stwierdzić, że ogólna liczba zgonów

powiększa się, ponieważ informacje o takich przypadkach trafiają do rejestru nawet z kilkumiesięcznym opóźnieniem. Biorąc pod uwagę powyższe wątpliwości, należy stwierdzić, że w 2018 r. odnotowano trzykrotny wzrost ujawnionej liczby zgonów, dla porównania w 2017 r. zanotowano łącznie 26 takich przypadków.

W 2018 r. nie odnotowano zgonów jedynie w województwach: podlaskim i świętokrzyskim. Największa liczba zgonów (bez uwzględnienia doniesień medialnych) miała miejsce w województwach: śląskim (13), łódzkim (11), lubelskim (10). Badania płynów biologicznych zostały przeprowadzone w 27. przypadkach zgonów. W płynach tych zostały zidentyfikowane następujące substancje: *U-47700*, *AMB-FUBINACA*, *BUC-8*, *N-etyloheksedron (Hex-en)*, *fentanyl*, *alfa-PIHP*, *4-fluoro-izobutylofentanył*, *5-fluoro-ADB*, *4-MPHP*, *MDPHP*, *N-etylopentedron*, *4-chloro-alfa-PVP*, *4-MMC-OMe*, *3-CMC*, *4-CMC*, *4-CEC*, *3-CEC*, *5-fluoro-izobutylofentanył*, *N-etylopentylon*, *alfa-etyloaminopentiofenon*, *5-fluoro-NPB-22*, *alfa-PHP*, *alfa-izopropylloheksafenon* oraz *meksedron*, *4-F-BF*, *alfa-PAPP*, *alfa-PIHP*, *alfa-EAHP*, *PV8*, *N-etylopentedron*.



Tab. 35. Zgłoszenia zgonów w 2018 r. według województw.

Województwo	Liczba zgonów		
	zgony potwierdzone	zgony inne	Razem
dolnośląskie	4	1	5
kujawsko-pomorskie	2	1	3
lubelskie	10	2	12
lubuskie	4	0	4
łódzkie	10	2	13
małopolskie	2	0	2
mazowieckie	3	0	3
opolskie	2	0	2
podkarpackie	2	0	2
podlaskie	0	0	0
pomorskie	1	0	1
śląskie	13	5	18
świętokrzyskie	0	0	0
warmińsko-mazurskie	1	2	3
wielkopolskie	0	3	3
zachodniopomorskie	1	1	2
Razem	56	17	73

4. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych

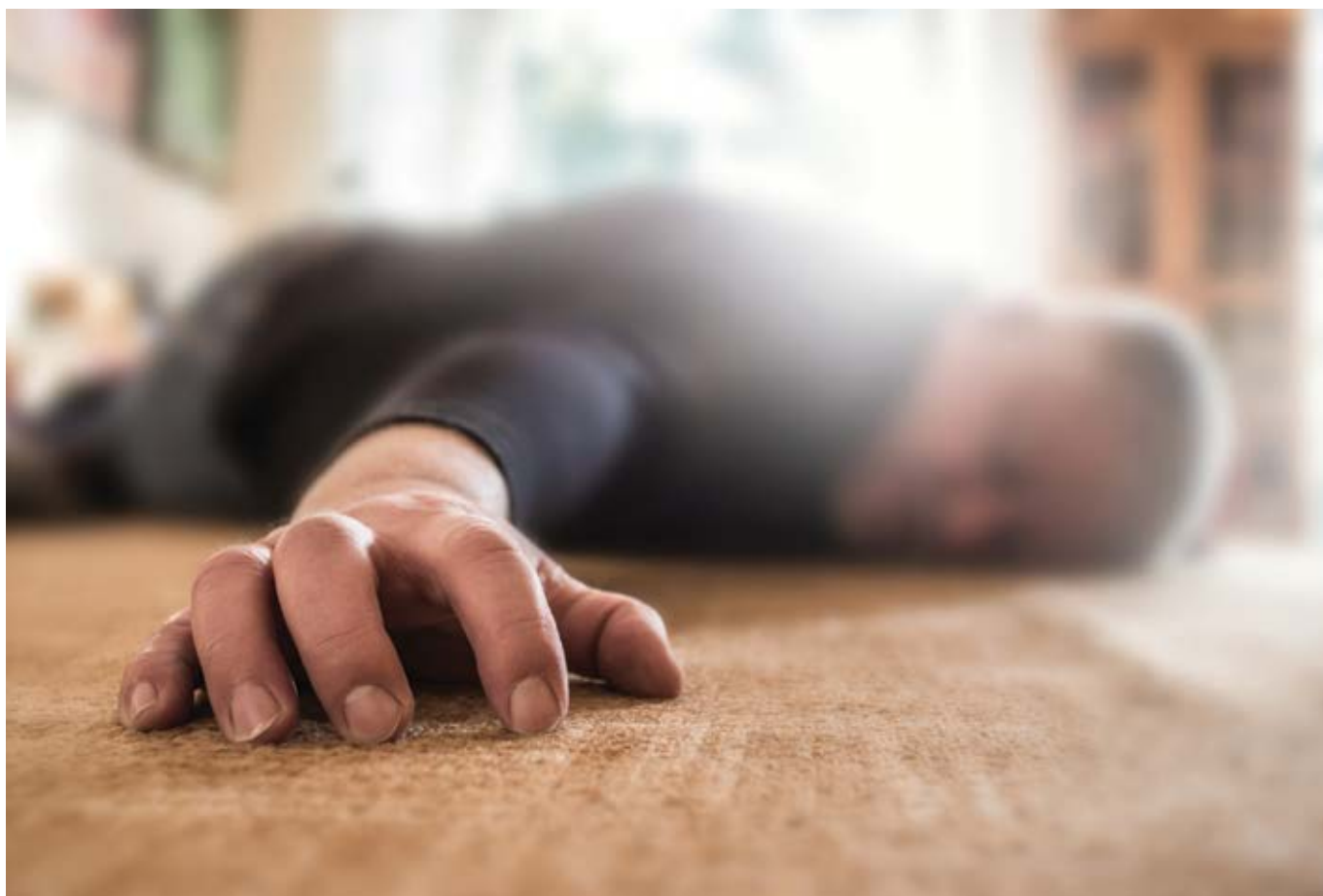
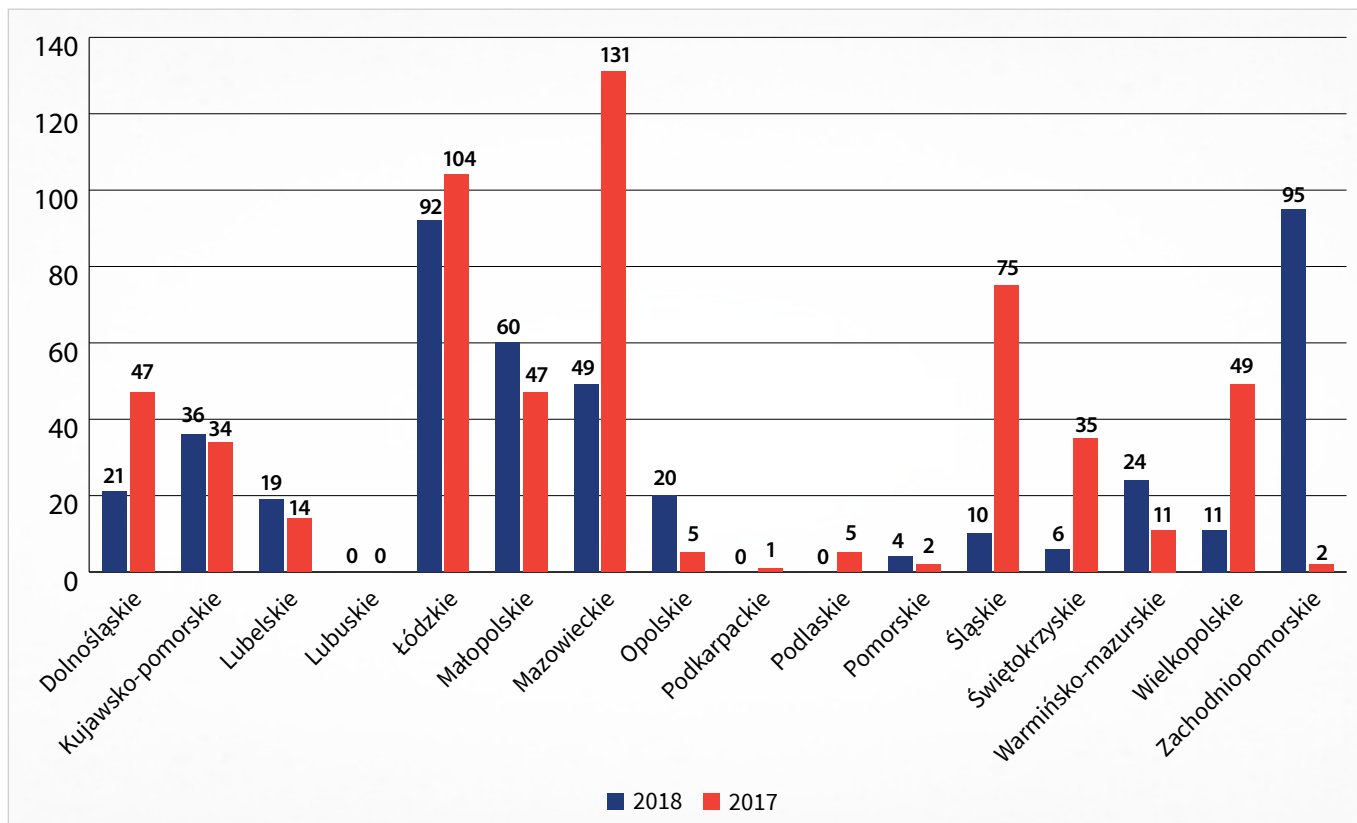
W 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w przypadkach, których zachodziło podejrzenie produkcji lub wprowadzania do obrotu nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych, przeprowadziła łącznie 447 kontrole. We współpracy z Policją, PIS monitorowała rynek substancji psychoaktywnych oraz prowadziła wspólnie działania rozpoznawcze i czynności kontrolne. Wskutek zmian rynku nowych narkotyków, które coraz częściej wchodzi do oferty grup przestępczych związanych dotychczas z rynkiem klasycznych narkotyków, zmienił się charakter działań prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W stosunku do lat ubiegłych, w 2018 r. więcej spraw dotyczących produkcji oraz wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych przekazanych zostało przez inne służby, m.in. przez Policję i organy prokuratury. Sprawy te w głównej mierze dotyczyły osób fizycznych. W zakresie sprawowanego nadzoru w 2018 r. zostało wydanych łącznie 1882 decyzji oraz skierowano 31 zawiadomień do organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa. Zabezpieczonych zostało 11 673 opakowań o łącznej masie 49 622,12 g. W celu identyfikacji składu kwestionowanych produktów do badań laboratoryjnych skierowanych zostało 1430 próbek. Koszt badań wyniósł

266 282 zł. W ramach prowadzonych postępowań, na podmioty i osoby fizyczne wytwarzające lub wprowadzające do obrotu nowe narkotyki, nałożono kary pieniężne w łącznej wysokości 9 701 762 zł. W wyniku postępowań prowadzonych przez państwowych inspektorów sanitarnych wyegzekwowano bezpośrednio 418 560 zł, natomiast egzekucja pozostałych kwot została skierowana do właściwych urzędów skarbowych.

W rezultacie efektywnego działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej spada liczba ujawnionych punktów sprzedaży nowych narkotyków, w 2018 r. było 38 punktów, natomiast w 2017 r. ujawniono 92 punkty. Od sierpnia 2018 r., w następstwie obowiązywania nowych przepisów, punkty sprzedaży przestały istnieć.

W następstwie zmian prawnych w 2018 r. skontrolowano mniej podmiotów oferujących do sprzedaży środki zastępcze. W 2017 r. przeprowadzono 562 kontrole, w 2018 r. – 447. Natomiast w 2018 r., w stosunku do roku poprzedniego, zanotowano wzrost liczby kontroli w 7 województwach: zachodniopomorskim, warmińsko – mazurskim, opolskim, małopolskim, lubelskim, kujawsko-pomorskim, pomorskim.

Wyk. 81. Liczba kontroli nowe narkotyki w 2017 r. i oraz 2018 r. według województw.

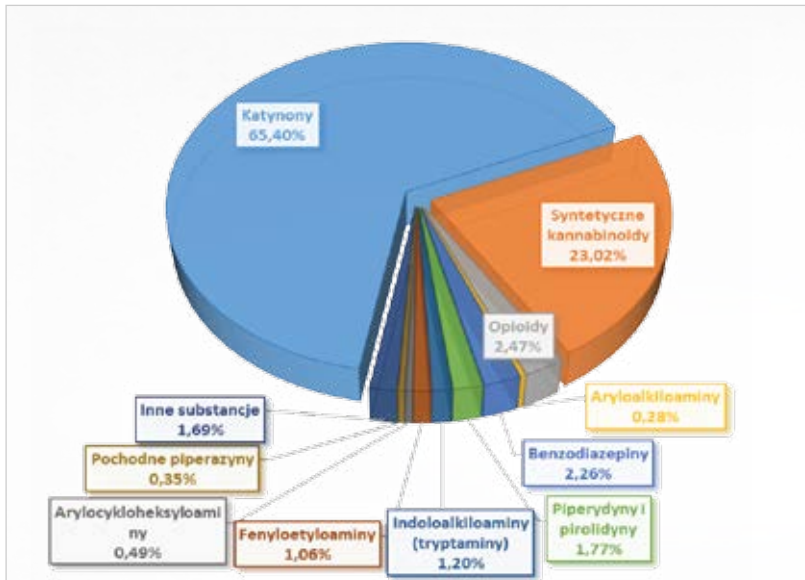


5. Nowe narkotyki zidentyfikowane w 2018 r.

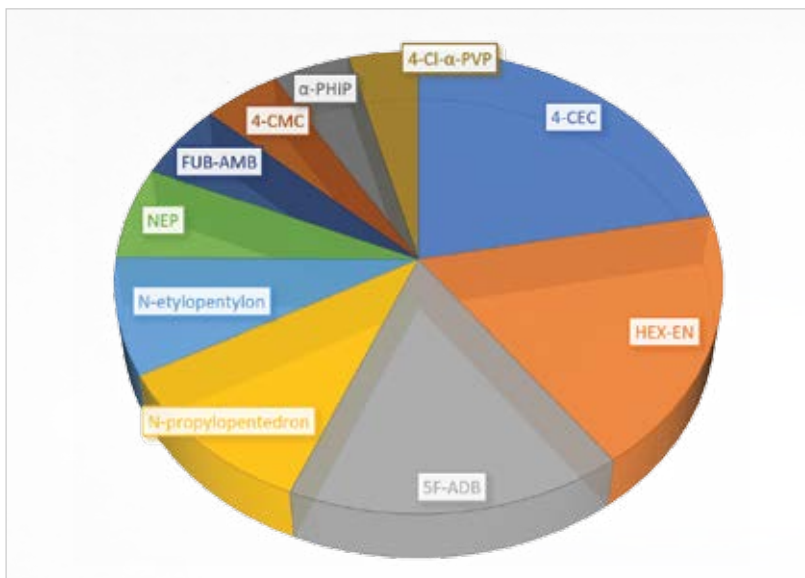
Produkty narkotyczne oferowane na rynku polskim często zawierają nieznanne dla użytkownika mieszaniny psychoaktywnych związków chemicznych, których składnikami mogą być jedna lub więcej substancji czynnych, wypełniacze oraz nierzadko przypadkowe zanieczyszczenia. W krótkim czasie przed, po zażyciu, albo jednocześnie, biorący nowe narkotyki, piją alkohol lub wspomagają się kolejnymi substancjami psychoaktywnymi albo lekami. Stanowi to dodatkowe zagrożenie i utrudnia rozpoznanie oraz właściwe leczenie. Substancje psychoaktywne będące narkotykami nowej generacji, które w 2018 r. były identyfikowane w próbkach produktów zatrzymanych i wycofanych z obrotu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, należały do następujących grup chemicznych: syntetycznych kannabinoidów, katynonów, opioidów, benzodiazepin i innych.

Produkty te występowały w różnej postaci, np. suszu roślinnego, proszku oraz kapsułek. Laboratoria uprawnione do przeprowadzania badań, mających na celu ustalenie, czy dany produkt jest środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną, w 2018 r. w zabezpieczonych produktach oferowanych na polskim rynku jako nowe narkotyki najczęściej wykrywały substancje z grup syntetycznych katynonów oraz kannabinoidów. Z analizy tych badań wynika, że w 2018 r. ujawniono 132 różne substancje, jednak aż 2/3 rynku to 10 najpopularniejszych substancji psychoaktywnych („lista TOP 10”). Ranking najpopularniejszych związków chemicznych tego rodzaju obejmuje następujące substancje: 4-CEC; HEX-EN; 5F-ADB; N-propyloppedron; N-etyloppedron; NEP; FUB-AMB; 4-CMC; α -PHIP; 4-Cl- α -PVP (tabela 3, wykres 6).

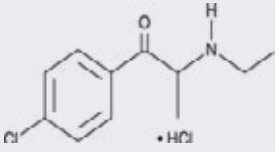
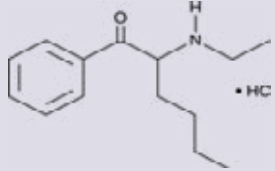
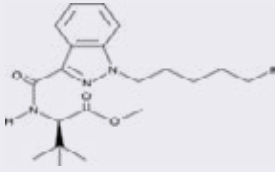
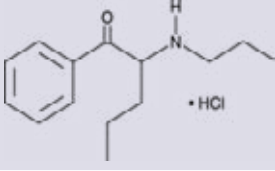
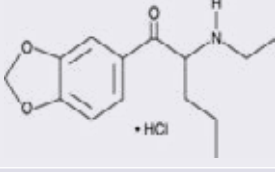
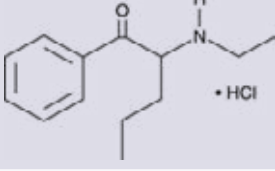
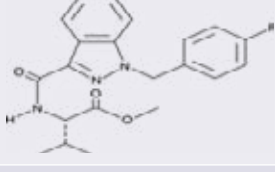
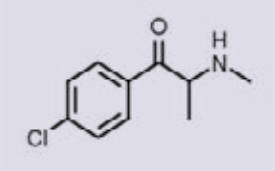
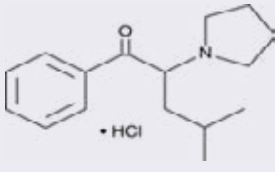
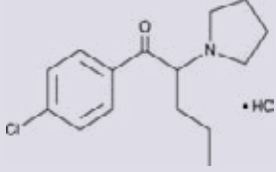
Wyk. 82. Grupy związków chemicznych zidentyfikowanych w 2018 r.



Wyk. 83. Udział poszczególnych substancji w grupie TOP-10



Tab. 36. Najczęściej identyfikowane w kwestionowanych produktach nowe narkotyki w 2018 r.

Substancja psychoaktywna	Grupa substancji	Nazwa IUPAC	Nr CAS	Wzór strukturalny
4-CEC	KATYNONY	1-(4-chlorophenyl)-2-(ethylamino)-1-propanone, monohydrochloride	22198-75-0	
HEX-EN	KATYNONY	2-(ethylamino)-1-phenyl-1-hexanone, monohydrochloride	18410-62-3	
5F-ADB	SYNTETYCZNE KANNABINOIDY	N-[[1-(5-fluoropentyl)-1H-indazol-3-yl]carbonyl]-3-methyl-D-valine, methyl ester	1838134-16-9	
N-propyloptedron	KATYNONY	1-phenyl-2-(propylamino)-1-pentanone, monohydrochloride	18268-15-0	
N-etyloptylon	KATYNONY	1-(2H-1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(ethylamino)pentan-1-one	17763-02-9	
NEP	KATYNONY	2-(ethylamino)-1-phenyl-1-pentanone, monohydrochloride	18268-16-1	
FUB-AMB	SYNTETYCZNE KANNABINOIDY	N-[[1-[(4-fluorophenyl)methyl]-1H-indazol-3-yl]carbonyl]-L-valine, methyl ester	1971007-92-7	
4-CMC	KATYNONY	1-(4-chlorophenyl)-2-(methylamino)propan-1-one	1225843-86-6	
α-PHIP	KATYNONY	4-methyl-1-phenyl-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one, monohydrochloride	Brak danych	
4-Cl- α-PVP	KATYNONY	1-(4-chlorophenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone, monohydrochloride	5537-17-7	

Z dostępnych danych wynika, że w 2018 r. największa liczba identyfikacji tj. 203 przypadków, dotyczyła substancji o nazwie 4-CEC. Natomiast najmniejsza liczba identyfikacji z „listy TOP 10” dotyczyła substancji o nazwie NEMNP i wynosiła 38 przypadków.

W związku z zagrożeniem zdrowia publicznego stwarzanym przez „nowe narkotyki”, Zespół ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, któremu przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny, dokonał oceny ryzyka zdrowotnego i społecznego stwarzanego przez wszystkie wyżej wymienione substancje, mając na uwadze dostępność i potencjał rozpowszechniania, szkody zdrowotne

spowodowane używaniem nowej substancji związane z jej toksycznością ostrą lub przewlekłą oraz ryzykiem jej nadużywania lub właściwościami uzależniającymi. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 20 lipca 2018 r. spowodowała wzmocnienie postępowania z zakresu oceny ryzyka stwarzanego przez substancje psychoaktywne, biorąc pod uwagę fakt, że na rynku narkotycznym stwierdzana jest coraz częściej obecność substancji o ostrej toksyczności. W 2018 r. Zespół przeprowadził trzy posiedzenia, w trakcie których podjął 7 uchwał i dokonał oceny następujących substancji psychoaktywnych: N-ETYLLOPENTYLON, 4-FLUOROPENTEDRON MPHP, ETIZOLAM, BENZYLFENTANY, FLUOROFENMETRAZYNA, KOLONAZOLAM, HEX-EN, DOC.

6. Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne

W całym kraju z inicjatywy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, odbywały się liczne konferencje i spotkania poświęcone tematyce nowych narkotyków, często z udziałem wojewodów, dyrektorów szkół oraz pedagogów, policyjnych ekspertów zajmujących się profilaktyką i zwalczaniem przestępczości narkotykowej. Dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej, równie ważne są działania własne, jaki i inspirowane i realizowane lokalnie, przez środowiska samorządowe. W 2018 r., podobnie jak w latach ubiegłych, Państwowa Inspekcja Sanitarna wniosła wkład w rozwój lokalnych standardów polityki antynarkotykowej, najbliższej dzieci i młodzieży. Do tej grupy działań należy angażowanie dzieci i młodzież do podejmowania aktywnych form reagowania na niebezpieczeństwa związane z używaniem nowych narkotyków. Do wartych wyszczególnienia przedsięwzięć należy m.in. Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii w Bogatyni, w ramach którego, w dniach 5-6 czerwca 2018 r. przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego uczestniczył w międzynarodowej konferencji z udziałem młodzieży. Konferencja ta wpisała się w budowanie skutecznych reakcji na transgraniczny charakter zasięgu nowych narkotyków w aspekcie minimalizowania zjawiska narkomanii na polsko-czesko-niemieckim pograniczu. Natomiast w dniu 17 września 2018 r., w Gmachu Sejmu RP w Sesji Wyjazdowej XIX Regionalnej Edycji Powiatowej Młodzieżowej Szkoły Liderów w Mikołowie, z udziałem 135 osób, przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego uczestniczył w debacie na temat profilaktyki uzależnień wśród młodzieży. Z kolei dniu 21 listopada 2018 r. w Kielcach odbył się Wojewódzki Przegląd Małych Form Teatralnych pod hasłem: „Dopalacze – ryzykujesz życiem”, w którym uczestniczył również przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego.

Główny Inspektorat Sanitarny inicjował również przygotowanie i przeprowadzenie badań naukowych w obszarze nowych narkotyków. Przykładem jest badanie opracowania i przeprowadzenie pilotażowego programu rejestracji, identyfikacji i analizy zatruc. W 2018 r. Instytut Medycyny Pracy

im. Prof. dra. med. Jerzego Nofera w rozpoczął projekt badawczy „DOPMED – System Rejestracji i Identyfikacji Zatruc Nowymi Substancjami Psychoaktywnymi w Polsce jako kluczowe źródło szybkiego reagowania na niepożądane skutki ich używania”, realizowany we współpracy z Narodowym Instytutem Leków i Głównym Inspektoratem Sanitarnym.

Główny Inspektorat Sanitarny od 2010 r. administruje funkcjonowaniem całodobowej infolinii, będącej w dyspozycji stacji sanitarno-epidemiologicznych, tym samym umożliwia uzyskanie informacji na temat negatywnych skutków zażywania nowych narkotyków. W 2018 r. dla osób uzależnionych od nowych narkotyków oraz dla ich rodzin, Główny Inspektorat Sanitarny uruchomił Punkt Konsultacyjny w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie. Dodatkowo Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania, które zostały ujęte w celu operacyjnym nr 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492). Współpraca z Policją to nie tylko wspólne kontrole, ale także uczestnictwo we wspólnie organizowanych działaniach profilaktycznych. W celu poszerzenia wiedzy o uzależnieniach, przyczynach i następstwach zachowań z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego w 2018 r. kontynuowano cykl szkoleń na temat „Dopalacze – czym są i jak działają” dla WSSE i PSSE.

W 2018 r. przeprowadzono dwie narady szkoleniowe dla Koordynatorów Zespołów Nadzoru nad Środkami Zastępczymi z WSSE i PSSE, z udziałem przedstawicieli m.in. Instytutu Ekspertyz Sądowych, Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji, Krajowej Administracji Skarbowej, Komendy Głównej Policji – Biura Kryminalnego oraz Biura do Walki z Cyberprzestępczością.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w skali kraju prowadzi setki działań w obszarze zdrowia publicznego, w tym profilak-

tyki narkomanii, m.in. poprzez uczestnictwo w mediach, opracowywanie i kolportowanie materiałów szkoleniowych i edukacyjnych, wszelkiego rodzaju inicjatywy realizowane

wspólnie z samorządami i innymi służbami, skierowane głównie do młodzieży.

7. Podsumowanie

W Rzeczypospolitej Polskiej w 2018 r. zostały wprowadzone nowe, bardziej restrykcyjne przepisy, wymierzone w producentów i handlarzy narkotyków. Jest to reakcja na potężną ekspansję, coraz bardziej toksycznych nowych substancji, w szczególności pochodnych fentanylu, powodujących ostre zatrucia, również ze skutkiem śmiertelnym, które stanowią poważne zagrożenie zdrowia publicznego w Polsce. Na stale zmieniającym się rynku narkotyków, zwalczanie zarówno popytu, jak i podaży tych środków, w szczególności poprzez Internet, wymaga w pierwszej kolejności odpowiedniej, skoordynowanej i skutecznej reakcji w skali kraju. W celu lepszej koordynacji działań antynarkotykowych różnych służb państwa w zakresie wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami oraz szybkiego reagowania, nowe rozwiązania legislacyjne zostały dodatkowo wsparte porozumieniem o współpracy wszystkich służb odpowiedzialnych za zdrowie publiczne i bezpieczeństwo obywateli. Jego intencją jest zobowiązanie się stron do skutecznej i efektywnej współpracy na rzecz ograniczania wprowadzania do obrotu narkotyków. Porozumienie umożliwia sprawne koor-

dynowanie zadań, w tym i wymianę informacji o działaniach prowadzonych przez wszystkie służby.

Nowa ustawa pozostawia odpowiedzialność administracyjną w zakresie środków zastępczych. Nowe substancje psychoaktywne obejmuje odpowiedzialnością karną oraz nakłada na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (we współpracy z Inspektorem do spraw Substancji Chemicznych) obowiązek nadzoru nad legalnym ich zastosowaniem. **Środki zastępcze**, są objęte zakazem przywozu, wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Identyfikacja substancji psychoaktywnych, będących środkami zastępczymi następuje w wyniku działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Struktury Państwowej Inspekcji Sanitarnej zlokalizowane na obszarze każdego powiatu pozwalają na bieżącą interwencję w zakresie pojawiania się zagrożenia w postaci wytwarzania lub wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Dane o sytuacji epidemiologicznej dokumentowane przez Główny Inspektorat Sanitarny stanowią niezwykle istotne informacje o zagrożeniu.

I Spis tabel, wykresów i rysunków

Tabele

Tab. 1.	Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2010-2018	24
Tab. 2.	Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2017 – 2018.	25
Tab. 3.	Jakość zdrowotna środków spożywczych	28
Tab. 4.	Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2018 r.	29
Tab. 5.	Zestawienie zatruczeń grzybami w Polsce w 2018 r. wg województw oraz gatunków grzybów	32
Tab. 6.	Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2018 r.	42
Tab. 7.	Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2018 r.	42
Tab. 8.	Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2018 r.	43
Tab. 9.	Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – udział próbek zdyskwalifikowanych	43
Tab. 10.	Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2018 r.	45
Tab. 11.	Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2018	52
Tab. 12.	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w przeciągu ostatnich 7 lat	61
Tab. 13.	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2016/2017 i 2017/2018.	62
Tab. 14.	Liczba zachorowań na czerwonkę bakteryjną w latach 2009-2018	65
Tab. 15.	Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2009–2018 (dane za 2018 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).	78
Tab. 16.	Dane o liczbie dzieci niezaszczepionych w związku z uchylaniem się od obowiązku szczepień na koniec 2018 roku.	85
Tab. 17.	Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2018 roku - wg województw i przyczyn uchylania się	86
Tab. 18.	Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych - wg województw i przyczyn uchylania się - lata 2014 -2018	87
Tab. 19.	Zbiorcze dane o działaniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2018 roku – wg województw i przyczyn uchylania się.	89
Tab. 20.	Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2017 - 2018.	93
Tab. 21.	Struktura wodociągów w 2018 r. (opracowanie własne)	104
Tab. 22.	Odsetek przekroczeń parametrów mikrobiologicznych (opracowanie własne).	112
Tab. 23.	Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2018 r. (opracowanie własne)	125
Tab. 24.	Stan sanitarny pływalni w 2018 r. (opracowanie własne)	126
Tab. 25.	Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2014-2017 (opracowanie własne)	131
Tab. 26.	Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj (opracowanie własne)	131
Tab. 27.	Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2018 r. (opracowanie własne)	133
Tab. 28.	Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli (opracowanie własne).	135
Tab. 29.	Rodzaje odpadów medycznych	152
Tab. 30.	Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2014 – 2018	164
Tab. 31.	Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2016 – 2018	186
Tab. 32.	Analiza porównawcza liczby skontrolowanych turnusów w odniesieniu do stwierdzonych nieprawidłowości sanitarno-higienicznych w latach 2017 – 2018.	193
Tab. 33.	Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze	201
Tab. 34.	Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową	202
Tab. 35.	Zgłoszenia zgonów w 2018 r. według województw.	228
Tab. 36.	Najczęściej identyfikowane w kwestionowanych produktach nowe narkotyki w 2018 r.	230

Wykresy

Wyk. 1.	10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2018 r.	34
Wyk. 2.	Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2018 r.	36
Wyk. 3.	10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach pochodzących z Polski w 2018 r.	37
Wyk. 4.	Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015 - 2018.	37
Wyk. 5.	Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów poch. z PL (2018 r.)	39
Wyk. 6.	Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2005-2018. (dane za 2018 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).	58
Wyk. 7.	Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych kwartałach 2018 r. (dane za 2018 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).	59
Wyk. 8.	Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2005-2018	60
Wyk. 9.	Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2017/2018 w porównaniu z poprzednimi sezonami.	62
Wyk. 10.	Liczba zachorowań na salmonellozy w latach 2000-2018 r.	64
Wyk. 11.	Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2018 r.	66

Wyk. 12. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2018	67
Wyk. 13. Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005-2018	67
Wyk. 14. Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006 -2018	69
Wyk. 15. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2018	74
Wyk. 16. Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2018	76
Wyk. 17. Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2018	77
Wyk. 18. Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2018	90
Wyk. 19. Liczba ognisk epidemicznych w Polsce w roku 2017 i 2018.	91
Wyk. 20. Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	92
Wyk. 21. Ogniska zakażeń 2018 rok a referencyjność szpitala	92
Wyk. 22. Certyfikaty jakości ISO / akredytacja CMJ w podmiotach leczniczych	92
Wyk. 23. Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych w 2018 roku	93
Wyk. 24. Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2018 roku	93
Wyk. 25. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2018 roku	95
Wyk. 26. Ogniska zakażeń <i>Acinetobacter baumannii</i> w 2018 roku	95
Wyk. 27. Ogniska zakażeń <i>Klebsiella pneumoniae</i> MBL w latach 2012- 2018	96
Wyk. 28. Ogniska zakażeń <i>Klebsiella pneumoniae</i> w 2018 roku.	96
Wyk. 29. Realizacja obowiązujących przepisów dotyczących składu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (ZKZS) / w 264 podmiotach, które zgłosiły występowanie ognisk zakażeń szpitalnych w 2018 r.	97
Wyk. 30. Realizacja obowiązujących przepisów - specjalista ds. epidemiologii/higieny i epidemiologii / w 264 podmiotach, które zgłosiły występowanie ognisk zakażeń szpitalnych w 2018 roku.	98
Wyk. 31. Realizacja obowiązujących przepisów – lekarz – przewodniczący ZKZS / w 264 podmiotach, które zgłosiły występowanie ognisk zakażeń szpitalnych w 2018 roku.	98
Wyk. 32. Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2017 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)	103
Wyk. 33. Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2017 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)	103
Wyk. 34. Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2018 r. (opracowanie własne)	104
Wyk. 35. Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2018 r. (opracowanie własne)	104
Wyk. 36. Struktura podziału wodociągów i zaopatrywanej ludności w zależności od produkcji (opracowanie własne)	106
Wyk. 37. Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i małe dla poszczególnych województw (opracowanie własne)	107
Wyk. 38. Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i duże dla poszczególnych województw (opracowanie własne)	107
Wyk. 39. Liczba małych wodociągów w latach 2017-2018 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne)	108
Wyk. 40. Liczba dużych wodociągów w latach 2017-2018 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne)	108
Wyk. 41. Liczba podmiotów w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010-2018 (opracowanie własne)	109
Wyk. 42. Wodociągi w 2018 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody do spożycia (opracowanie własne)	111
Wyk. 43. Liczba wszystkich ujęć wody, podlegających badaniu oraz pozostających do przedłożenia badań GIS (opracowanie własne)	113
Wyk. 44. Liczba badań wykonanych w kierunku <i>Legionella</i> sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne)	114
Wyk. 45. Liczba prowadzonych postępowań w związku z kwestionowaną jakością wody w kierunku <i>Legionella</i> sp. (opracowanie własne)	115
Wyk. 46. Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej badania wody do spożycia (opracowanie własne)	116
Wyk. 47. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2018 r. (opracowanie własne)	117
Wyk. 48. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli wewnętrznej wodociągów 2018 r. (opracowanie własne)	117
Wyk. 49. Liczba pływali dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne)	124
Wyk. 50. Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2018 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)	125
Wyk. 51. Liczba ocen rocznych z podziałem na rodzaj pływalni w 2018 r. (opracowanie własne)	126
Wyk. 52. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w sezonie kąpielowym 2018 r. (opracowanie własne)	131
Wyk. 53. Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2018 r. (opracowanie własne)	132
Wyk. 54. Liczba kąpielisk gdzie stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2018 r. (opracowanie własne)	133
Wyk. 55. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach (opracowanie własne)	136
Wyk. 56. Liczba wybranych rodzajów stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w latach 2016-2018.	148
Wyk. 57. Odsetkowy rozkład kontroli obiektów użyteczności publicznej w 2018 r.	159
Wyk. 58. Kontrola solariów w liczbach - 2018 r.	162
Wyk. 59. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2015 – 2018 /wg liczby zatrudnionych pracowników/	168
Wyk. 60. Struktura skontrolowanych zakładów pracy w zakresie pionu higieny pracy w latach 2015 – 2018 /wg liczby zatrudnionych pracowników/	169
Wyk. 61. Najistotniejsze uchybienia w skontrolowanych zakładach w 2018 r.	170
Wyk. 62. Liczba skontrolowanych zakładów sektora gospodarki ściekami i odpadami w 2018 r. wg województw	171
Wyk. 63. Liczba przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w latach 2015-2018	173

Wyk. 64. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w latach 2017-2018 wg województw	175
Wyk. 65. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w latach 2006-2018	175
Wyk. 66. Liczba przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w latach 2015-2018	176
Wyk. 67. Liczba skontrolowanych placówek	186
Wyk. 68. Kontrole planowane a kontrole interwencyjne	186
Wyk. 69. Odsetek placówek podłączonych do wodociągów oraz z własnymi ujęciami wody	187
Wyk. 70. Odsetek placówek posiadających zbiorniki bezodpływowe oraz własne oczyszczalnie ścieków	188
Wyk. 71. Graficzne przedstawienie tendencji spadkowej w zakresie korzystania przez placówki z ustępów zewnętrznych	188
Wyk. 72. Wyniki kontroli wyposażenia placówek w certyfikowane meble w latach 2017-2018	189
Wyk. 73. Odsetek stanowisk uczniów spełniających wymagania ergonomii	191
Wyk. 74. Wyniki kontroli wyposażenia placówek w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy w latach 2017-2018	191
Wyk. 75. Wyniki kontroli dotyczące korzystania przez placówki z infrastruktury sportowej w latach 2017-2018	192
Wyk. 76. Liczba żłobków i klubów dziecięcych w odniesieniu do spełnienia wymagań sanitarnych w latach 2017-2018	194
Wyk. 77. Odsetek obiektów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych ze stwierdzonymi uchybieniami pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych	199
Wyk. 78. Rejestr zatruc w 2018 r. według województw	225
Wyk. 79. Wskaźniki Imed w 2018 r. z podziałem na województwa	225
Wyk. 80. Liczba zgłoszeń zatruc w poszczególnych grupach wiekowych w 2017 i 2018 r.	226
Wyk. 81. Liczba kontroli nowe narkotyki w 2017 r. i oraz 2018 r. według województw	229
Wyk. 82. Grupy związków chemicznych zidentyfikowanych w 2018 r.	230
Wyk. 83. Udział poszczególnych substancji w grupie TOP-10	230

Rysunki

Rys. 1. Liczba wodociągów małych produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2018 r. (opracowanie własne)	106
Rys. 2. Lokalizacja laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne)	116
Rys. 3. Lokalizacja kąpielisk uchwalonych i raportowanych do Komisji Europejskiej w 2018 r. (opracowanie własne)	132
Rys. 4. Strona główna Serwisu kąpieliskowego (źródło: sk.gis.gov.pl)	137
Rys. 5. Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce (źródło: sk.gis.gov.pl)	137
Rys. 6. Widok wykazu kąpielisk (źródło: sk.gis.gov.pl)	139
Rys. 7. Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)	139
Rys. 8. Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)	140
Rys. 9. Infografika „Jak szkodzi smog?”	216
Rys. 10. Infografika „Symptomy, które mogą świadczyć o utracie słuchu”	216
Rys. 11. Infografika „Grypa czy przeziębienie?”	217
Rys. 12. Infografika „Jak rozpoznać odrę?”	217
Rys. 13. Infografika „Uwaga. Silne mrozy!”	218
Rys. 14. Infografika „Pierwsza pomoc w przypadku zadławienia”	218
Rys. 15. Infografika „Syndrom SMS-owej szyi”	218