



GŁÓWNY INSPEKTORAT SANITARNY

STAN SANITARNY KRAJU W ROKU 2011



Spis treści

I. Wstęp	4
II. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych	8
1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych	9
1.1. Zatrucia i zakażenia pokarmowe	10
1.2. Wirusowe zapalenia wątroby	11
1.3. Ogniska zachorowań wywołanych przez E. coli O104 (STEC)	12
1.4. Zachorowania na choroby zakaźne wieku dziecięcego	13
1.5. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową	14
1.6. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę	15
1.7. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy	17
1.8. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych	18
1.9. Działania w zakresie organizacji zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju UEFA EURO 2012	23
2. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce	24
3. Występowanie ognisk epidemicznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie kraju	26
III. Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku	28
4. Zakres nadzoru sanitarnego	29
5. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia	32
6. Stan sanitarny środków transportu żywności	34
7. Jakość zdrowotna środków spożywczych	34
4.1. Znakowanie środków spożywczych	36
4.2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	36
4.3. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)	36
4.4. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF	37
8. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	39
9. Ocena sposobu żywienia	40
IV. Zapobiegawczy nadzór sanitarny	42
V. Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą	48
10. Informacje ogólne	49
11. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej	49
2.1. Zakłady opieki zdrowotnej ogółem	49
2.2. Szpitale	49
2.3. Hospicja stacjonarne	52
2.4. Przychodnie i poradnie specjalistyczne	52
2.5. Stacje Pogotowia Ratunkowego	52
2.6. Laboratoria diagnostyczne	53
2.7. Pracownie i zakłady protetyki, stomatologii i ortodoncji	53
2.8. Zakłady rehabilitacji leczniczej	53
12. Indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie, lekarzy dentystów i pielęgniarek	53
3.1. Indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i grupowe praktyki lekarskie	53
3.2. Indywidualne praktyki lekarzy dentystów, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów i grupowe praktyki lekarzy dentystów	54
3.3. Indywidualne praktyki pielęgniarek, indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i grupowe praktyki pielęgniarek	54

VI. Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	56
13. Informacje ogólne	57
14. Stan sanitarny wybranych obiektów	57
2.1. Ustępy publiczne	57
2.2. Domy pomocy społecznej	58
2.3. Obiekty świadczące usługi hotelarskie – hotele, obiekty wczasowo-turystyczne i inne świadczące usługi hotelarskie	58
2.4. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi	59
2.5. Noclegownie	59
2.6. Obiekty komunikacji publicznej	59
2.7. Przejścia graniczne	60
2.8. Tereny rekreacyjne	60
2.9. Inne obiekty użyteczności publicznej	60
VII. Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy	62
15. Informacje ogólne	63
16. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	63
17. Choroby zawodowe	66
18. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy	67
VIII. Higiena radiacyjna	68
19. Informacje ogólne	69
20. Ochrona radiologiczna w zakładach i pracowniach rentgenowskich	69
21. Ochrona radiologiczna pacjenta	70
22. Ochrona w zakresie wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	70
23. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych	71
IX. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	72
24. Zakres nadzoru sanitarnego nad suplementami diety	73
25. Jakość zdrowotna suplementów diety	73
26. Zakres nadzoru sanitarnego nad środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego	74
3.1. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	75
X. Nowe narkotyki – edukacyjne wyzwanie	80
XI. Jakość wody przeznaczonej do spożycia	84
27. Informacje ogólne	85
28. Zaopatrzenie ludności w wodę	86
29. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia	88
30. Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia	88
XII. Kąpieliska	94
31. Informacje ogólne	95
32. Zakres odpowiedzialności poszczególnych organów	95
33. Podsumowanie stanu sanitarnego kąpielisk w 2011 r.	96

XIII. Pływalnie	102
XIV. Ocena warunków higieniczno-sanitarnych w placówkach oświatowo-wychowawczych w 2011 r.	106
34. Informacje ogólne	107
35. Funkcjonalność budynków	107
36. Stan techniczny oraz sanitarny budynków	107
37. Wodociągi i kanalizacja	108
38. Warunki do utrzymania higieny	108
39. Infrastruktura do prowadzenia zajęć WF	109
40. Plac zabaw i rekreacji oraz tereny sportowe	109
41. Ergonomia w szkole	110
42. Opieka medyczna	110
43. Rozkłady zajęć szkolnych	110
44. Inne placówki oświatowo-wychowawcze	111
XV. Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia	112
45. Profilaktyka nadwagi i otyłości	113
46. Profilaktyka Palenia Tytoniu	115
47. Profilaktyka Chorób Zakaźnych	118
48. Badania ewaluacyjne i monitoring działań	118
XVI. Sanitarna ochrona granic państwa	120
XVII. Zakończenie	122



Przemysław Biliński
Główny Inspektor Sanitarny

Szanowni Państwo,

Na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą, Państwowa Inspekcja Sanitarna podlega Ministrowi Zdrowia, którą kieruje Główny Inspektor Sanitarny jako centralny organ administracji rządowej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami:

- 1) higieny środowiska,
- 2) higieny pracy w zakładach pracy,
- 3) higieny radiacyjnej,
- 4) higieny procesów nauczania i wychowania,
- 5) higieny wypoczynku i rekreacji,
- 6) zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku,
- 7) higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne – w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Ponadto w celu kształtowania postaw i zachowań prozdrowotnych Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną, która obejmuje także realizację programów edukacyjnych oraz kampanii społecznych w zakresie promocji zdrowego stylu życia.

Wykonywanie powyższych zadań polega na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne.

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór oraz dokonuje oceny stanu sanitarnego na podstawie kontroli, badań laboratoryjnych i pomiarów. Akredytowane laboratoria stacji sanitarno-epidemiologicznych, wykonują badania i pomiary w systemie zintegrowanym.

STAN SANITARNY KRAJU W ROKU 2011

Warszawa | Maj 2012

Prowadzenie systematycznych badań, jak również dokonywanie okresowych ocen stanu sanitarnego umożliwia monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i sanitarnej oraz podejmowanie niezbędnych działań interwencyjnych.

Wszelkie przeprowadzane analizy i oceny są źródłem informacji do opracowywania planów długoterminowych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Na podstawie zebranych informacji Państwowa Inspekcja Sanitarna określa priorytetowe kierunki działania.

Zgodnie z programem prezydencji polskiej w Radzie Unii Europejskiej pierwszy priorytet w obszarze zdrowia publicznego dotyczył zmniejszania różnic w zdrowiu społeczeństw Europy. Efektem przewodnictwa Polski w Radzie UE był udział Głównego Inspektora Sanitarnego w opracowaniu konkluzji przyjętych przez Radę Unii Europejskiej ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumentkich (EPSCO), w dniu 2 grudnia 2011 r. Najważniejsze propozycje działań zawarte w Konkluzji Rady w sprawie zmniejszania różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia, dotyczą m.in.:

- kontynuacji i rozwoju polityk, programów i działań mających na celu promocję zdrowego stylu życia i przeciwdziałanie głównym czynnikiem ryzyka: paleniu tytoniu, nadmiernemu spożywaniu alkoholu, niewłaściwej diecie oraz braku aktywności fizycznej;
- wdrożenia skutecznych strategii, programów i działań w zakresie zdrowia publicznego, w tym z wykorzystaniem idei „Zdrowie we wszystkich politykach”;
- wzmocnienia współpracy i sieci instytucji zajmujących się monitorowaniem zjawisk zdrowotnych: wykorzystania funduszy strukturalnych w celu prowadzenia działań w omawianym obszarze;
- wypracowania instrumentów pozwalających ograniczyć i zwalczać występowanie przewlekłych chorób niezakaźnych;
- stworzenia odpowiednich strategii i programów działania na rzecz podjęcia wspólnej, międzynarodowej współpracy naukowo-badawczej nad czynnikami powodującymi różnice zdrowotne;
- wspierania wymiany informacji pomiędzy państwami członkowskimi oraz prac Rady Unii Europejskiej i Komisji Europejskiej

W ramach polskiej prezydencji przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego przewodniczył pracom Grupy Roboczej ds. Środków Spożywczych. Główny Inspektor Sanitarny w związku ze sprawowaniem przez Polskę przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej w II połowie 2011 roku uczestniczył w Nieformalnym Spotkaniu Ministrów Zdrowia Unii Europejskiej w Sopocie w dniach 5 – 6 lipca 2011 r.

Ponadto Główny Inspektor Sanitarny był organizatorem w dniach 7 – 8 listopada 2011r. w Poznaniu konferencji ministerialnej „Solidarność w zdrowiu – zmniejszanie różnic w zdrowiu pomiędzy krajami Unii Europejskiej”

Celem konferencji było zwrócenie uwagi rolę solidarności w zdrowiu oraz podjęcie – przy udziale Komisji Europejskiej – działań mających na celu zmniejszenie tych różnic.

Podczas polskiej prezydencji, Główny Inspektor Sanitarny, w którym zlokalizowany jest Krajowy Punkt Kontaktowy Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), zorganizował i przeprowadził szereg spotkań i konferencji przedstawicieli EFSA oraz Państw Członkowskich Unii Europejskiej.

W konferencjach uczestniczyli przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W dniach 3 – 4 września 2011 r. odbyło się po raz pierwszy w Polsce spotkanie Europejskiej Sieci Organów Regulujących Wodę do Spożycia – ENDWARE (European Network of Drinking Water Regulators). Współorganizatorem spotkania ENDWARE była Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu.

W związku z niepokojącą sytuacją epidemiologiczną palenia tytoniu Państwowa Inspekcja Sanitarna stworzyła i realizuje projekt „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)”. W trakcie pierwszej edycji (projekt pilotażowy), która miała miejsce w latach 2009 – 2011, trzy miasta – Szczecin, Łódź, Rzeszów rozpoczęły realizację założeń projektu mającą na celu tworzenie stref wolnych od dymu. Strefy bezdymne powstawały w miejscach publicznych m. in. w urzędach, zakładach pracy, szkołach, parkach, placach zabaw, plażach i basenach miejskich.

Celem projektu pilotażowego było również upowszechnienie wiedzy o istniejącym prawie w obszarze polityki antynikotynowej, wzmocnienie egzekwowania obowiązującego prawa, uzyskanie poparcia społeczeństwa dla wprowadzenia zmian w prawie, podnoszenie świadomości na temat wpływu dymu tytoniowego na zdrowie człowieka.

W październiku 2011 roku rozpoczęto realizację drugiej edycji projektu, która miała charakter ogólnokrajowy. Jej głównym zadaniem była poprawa egzekwowania i wzrost przestrzegania postanowień ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55 z późn. zm.). W ramach projektu zorganizowane zostały m. in. szkolenia dla funkcjonariuszy Policji i Straży Miejskiej, odpowiedzialnych za egzekucję zapisów ustawy w zakresie przestrzegania zakazu palenia i oznakowania stref bezdymnych. Założenia drugiej edycji projektu mają być wprowadzone do 2013 roku.

W okresie od maja do lipca 2011 r. w związku z epidemią wywołaną bakterią E. coli STEC w Niemczech, głównie w landach północno-zachodnich, zachorowało ponad 4 000 osób, ponad 50 osób zmarło, a u kilkuset osób wystąpiło uszkodzenie nerek wymagające długotrwałej dializoterapii lub transplantacji nerek.

W związku z powyższym Państwowa Inspekcja Sanitarna nasiliła nadzór w przedmiotowym zakresie, prowadziła doraźne kontrole w obiektach obrotu żywnością i w zakładach żywienia zbiorowego oraz wykonywała badania laboratoryjne. Działania Głównego Inspektoratu Sanitarnego w zakresie sytuacji w Niemczech obejmowały również stały kontakt z instytucjami międzynarodowymi, opracowanie instrukcji postępowania medycznego wobec osób powracających z Niemiec oraz diagnostykę laboratoryjną chorych, a także działania przeciwepidemiczne: przygotowania do przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w przypadku wystąpienia rodzimych przypadków zachorowań. Prowadzone były również badania żywności.

W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 1 września 2011 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach

i placówkach, w szkołach prowadzono doraźne kontrole w zakresie zapewnienia w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych ciepłej i zimnej bieżącej wody.

W trzecim kwartale 2011 r. przeprowadzono również doraźne kontrole dotyczące słodczy, które zawierały barwniki należące do grupy „Southampton”, głównie w szkolnych sklepikach. Po tej interwencji przedsiębiorcy wycofali z obrotu przedmiotowe słodczyce.

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2011 r. należy uznać za dobrą. Nie stwierdzono epidemicznego występowania chorób zakaźnych. Wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne, podobnie jak w latach ubiegłych, miał charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej.

Od kilku lat podejmowane są działania w ramach profilaktyki zakażeń HCV. W latach 2005 – 2006 wraz z Polską Grupą Ekspertów HCV przeprowadzony został pilotażowy program informacyjny „HCV można pokonać”. W kontynuacji tych działań, w roku 2011, siłami pionów epidemiologii i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zrealizowano na terenie kraju edukacyjny program pt.: „STOP!HCV”, który dedykowany był zarówno personelowi służby zdrowia szpitali i POZ, jak i uczniom szkół ponadgimnazjalnych. Planowana jest w najbliższym czasie kontynuacja programu, w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy

W zakresie przygotowań Polski do Turnieju finałowego Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 Główny Inspektorat Sanitarny podjął szereg działań mających na celu organizację zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju w zakresie nadzoru nad chorobami zakaźnymi i zakażeniami, bieżącego nadzoru sanitarnego obejmującego wodę do spożycia, jakość zdrowotną żywności, warunki żywienia zbiorowego, stan sanitarny obiektów i urzędzeń użyteczności publicznej, transportu kolejowego i drogowego, a także przejść granicznych.

Przedstawiony „Stan sanitarny kraju w roku 2011” opracowano w Głównym Inspektoracie Sanitarnym na podstawie informacji i materiałów nadesłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych.

Prezentowane dane liczbowe pochodzą ze sprawozdań statystycznych za 2011 r. realizowanych przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej oraz – w zakresie nie ujętym w sprawozdaniach – z systemów monitoringu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Niniejsze opracowanie przedstawia stan sanitarny na dzień 31 grudnia 2011 r.

Przemysław Biliński

Główny Inspektor Sanitarny

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W ZAKRESIE CHOROBY ZAKAŻNYCH

Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2011 r. należy uznać za dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych na terenie kraju zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 1.), w oparciu o przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, Meldunki dwutygodniowe o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszone w 2011 r. Prezentowane dane te są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie.

Tabela 1. Dane epidemiologiczne dot. występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005 – 2011 r. (dane za 2011 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

	Jednostka chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1.	AIDS i zakażenia HIV	157	167	173	190	142	157	242
2.	Dur brzuszny	3	3	2	5	4	0	2
3.	Dury rzekome A, B i C	3	1	3	2	5	6	2
4.	Salmonelozы – ogółem	16 007	13 364	11 702	9 605	8 964	9 732	8 814
5.	Czerwonka bakteryjna	80	35	64	32	30	30	17
6.	Wirusowe zakażenia jelitowe	12 533	20 671	21 748	32 535	32 660	32 723	44 906
7.	w tym zakażenia jelitowe rotawirusowe	9 996	15 702	15 187	23 646	22 045	20 902	30 769
8.	Biegunki u dzieci do lat 2	17 284	21 310	22 706	29 188	31 320	30 144	38 205
9.	Krztusiec	1 925	1 525	1 985	2 167	2 391	1 266	1 670
10.	Tęžec	15	22	19	14	19	16	13
11.	Odra	13	120	36	97	114	13	38
12.	Różyczka	7 946	20 659	22 890	13 143	7 586	4 196	4 292
13.	Ospa wietrzna	147 751	141 218	160 161	129 545	140 115	183 446	172 885
14.	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	71 999	15 114	4 147	3 273	2 954	2 754	2 552
15.	Nagminne porażenie dziecięce – poszczepienne	-	-	-	-	-	-	-
16.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1 075	1 578	1 201	708	737 ⁽¹⁾	1 184 ⁽¹⁾	1 047 ⁽¹⁾
17.	Wirusowe zapalenie mózgu (wszystkie)	387	608	510	406	538 ⁽²⁾	183 ⁽²⁾	199 ⁽²⁾
18.	Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	174	316	233	200	344	294	221
19.	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu)	208	234	392	369	306	229	295
20.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – meningokokowe	126	137	213	214	192	146	185
21.	Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu)	72	54	46	29	20	26	27
22.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – <i>Haemophilus influenzae</i>	56	39	37	20	14	11	11
23.	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu)	175	211	273	268	275	364	332
24.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pneumokokowe	110	117	162	148	163	180	164
25.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – bakteryjne inne lub o nieustalonej etiologii	902	685	657	584	498	509	494
26.	Wirusowe zapalenie wątroby – ogółem	4 875	4 883	4 371	3 983	4 174	4 098	3 918
27.	w tym wzw typu A	54	109	42	209	652	155	65

1. Od 2009 r. suma wirusowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych: enterowirusowych, opryszczkowych, innych określonych, nie określonych oraz towarzyszących innym chorobom ujętym w MZ-56

2. Od 2009 r. suma wirusowych zapaleń mózgu: opryszczkowych, innych określonych, nie określonych oraz towarzyszących innym chorobom ujętym w MZ-56

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

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

28.	wzw typu B	1 724	1 751	1 523	1 375	1 513	1 633	1 584
29.	wzw typu C	2 993	3 025	2 811	2 393	1 932 ^[3] (1 969) ^[4]	2 212 ^[3]	2 188
30.	Włośnica	62	135	292	4	36	51	23
31.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe – ogółem	20 065	17 264	15 241	12 215	10 817	11 464	10 849
32.	w tym – salmonelozowe	15 621	13 216	11 566	9 473	8 847	9 549	8 676
33.	– gronkowcowe	658	417	407	202	146	217	283
34.	– jadem kiełbasianym	28	50	48	46	31	32	35
35.	– Clostridium perfringens	4	5	4	3	1	8	24
36.	Borelioza (Choroba z Lyme)	4 406	6 679	7 731	8 248	10 333	9 005	9 176
37.	Grypa – ogółem	733 234	251 815	374 042	227 346	1 081 975	551 054	1 156 245
38.	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-
39.	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7 711	7 510	7 092	6 887	6 874	7 524	7 821
40.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	10	10	11	11	17	18	21

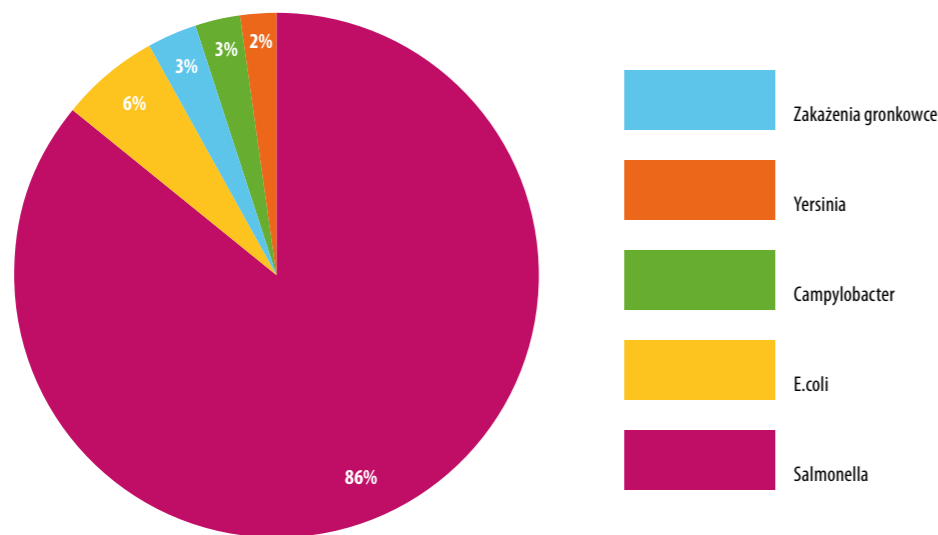
1.1. Zatrucia i zakażenia pokarmowe

W 2011 r. obserwowano dalszy spadek liczby bakteryjnych zatruc i zakażeń pokarmowych. Wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zatrucie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi Salmonella. W 2011 r. potwierdzono 8 814 zachorowań wywołanych tą bakterią. Jest to mniej niż w roku poprzednim, w którym liczba ta wyniosła 9 732 przypadki. Wartości te świadczą o nadal częstym występowaniu salmoneloz wśród zwierząt. W 2011 stwierdzono nieznaczny spadek zatruc pokarmowych wywoływanych przez bakterie z rodzaju Campylobacter (z 375 w 2010 r. do 352 w 2011 r.), co przerywa tendencję wzrostową występowania tych czynników etiologicznych, raportowaną od 2005 r.

W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju Yersinia obserwowany był natomiast niewielki wzrost (z 206 przypadków w 2010 r. do 244 w 2011 r.). Wykrywanie drobnoustrojów innych niż pałeczki Salmonella świadczy o wciąż poprawiającej się diagnostyce laboratoryjnej zakażeń i zatruc pokarmowych pozwalającej na ustalenie czynnika etiologicznego odpowiedzialnego za ich wystąpienie. Udział wybranych czynników bakteryjnych w wywoływaniu zakażeń i zatruc pokarmowych w Polsce przedstawia Wykres 1.

Nadal sporadycznie występowały zachorowania na czerwonkę bakteryjną oraz zachorowania na dur brzuszny i dury rzekome. W 2011 r. potwierdzono 17 zachorowań na czerwonkę bakteryjną, w porównaniu do 30 zachorowań

Wykres 1. Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2011 r.



w 2010 r. i tylu samo przypadków w 2009 r. W 2011 r. zarejestrowano 2 zachorowania na dur brzuszny oraz taką samą liczbę zachorowań na dury rzekome. Przypadki duru brzuszego były odnotowane w województwach: małopolskim oraz śląskim natomiast dur rzekomy potwierdzono w województwach: pomorskim oraz wielkopolskim.

Na podstawie zebranych w 2011 r. danych zaobserwowano znaczny wzrost liczby zgłaszanych wirusowych zakażeń pokarmowych (z 32 723 w 2010 r. do 44 906 w 2011 r.), z których większość to zakażenia wywołane przez rotawirusy.

W 2011 r., w stosunku do lat 2010 i 2009 zaobserwowano znaczny wzrost liczby zgłaszanych przypadków biegunek u dzieci do lat 2. Liczba ta wzrosła z 30 144 w 2010 do 38 205 w 2011 r. W większości były one spowodowane zakażeniami wirusowymi, zwłaszcza rotawirusowymi. W stosunku do dużej części z nich nie udało się ustalić czynnika etiologicznego.

Należy zauważyć, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym. Liczba dzieci objętych opieką w formie zinstytucjonalizowanej np. w żłobkach lub domach małego dziecka jest znikoma. Organy władzy publicznej mają w związku z tym niewielki wpływ na zapobieganie zakażeniom i zatruciom pokarmowym w środowisku domowym. Pewien wpływ może odgrywać oświata zdrowotna poprzez kształtowanie zachowań prozdrowotnych na rzecz zwiększania higieny osobistej oraz higieny przygotowania posiłków w rodzinach dzieci w wieku do lat 2, a także informowanie rodziców o możliwości podejmowania u dzieci w wieku 6 – 24 tygodni. działań profilaktycznych w postaci szczepień ochronnych przeciw rotawirusom.

1.2. Wirusowe zapalenia wątroby

1.2.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu A

W ostatnich latach odnotowano wyraźny spadek liczby zachorowań na WZW A. W 2011 r. odnotowano 65 przypadków zachorowań, natomiast w 2010 r. 155 przypadków. Tendencja ta jest kontynuacją trendu spadkowego, który utrzymywał się w latach 1997 – 2007. Wzrost zachorowań wystąpił w latach 2008 i 2009. Dotyczył głównie młodych osób dorosłych między 20 a 30 rokiem życia, co należy wiązać z brakiem odporności i powszechną podatnością młodych osób dorosłych na zakażenie HAV. Z uwagi, iż w latach wcześniejszych zapewniono w Polsce powszechny dostęp wody pitnej poddanej uzdatnieniu, w wyniku kanalizowania wsi i małych miast oraz upowszechniania przetworzonej opakowanej żywności,

nie obserwuje się występowania dużych ognisk epidemicznych, a jedynie pojedyncze ogniska, będące skutkiem zawleczenia zakażeń HAV na skutek wyjazdów turystycznych do krajów o nadal wysokiej endemiczności ich występowania.

Pomimo coraz niższej zapadalności na WZW A, ważne jest prowadzenie szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie w grupie osób zatrudnionych przy produkcji i dystrybucji żywności oraz wody pitnej. Wykonywanie szczepień przeciw WZW A jest także zalecane dla osób planujących wyjazd do krajów o wysokiej endemiczności zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A, w celu ochrony przed zachorowaniem oraz powstaniem ognisk epidemicznych na terenie kraju.

1.2.2. Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) obniża się stopniowo od lat 90-tych, to jest od chwili wprowadzenia w Polsce obowiązku szczepień przeciw WZW B. W 2011 r. odnotowano 1 584 przypadki zachorowań na WZW B. W 2010 r. zachorowały 1 633 osoby. Dla porównania, w 2009 r. zgłoszono 1 475 zachorowań, a w 2008 r. – 1 337 zachorowań. Z uwagi na powszechność obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w populacji sporadycznie dochodzi do występowania przypadków ostrego WZW B. Obecnie przyjmuje się, że populacja osób młodych jest uodporniona przed zakażeniem wirusem HBV. Nadal istotne w zapobieganiu zakażeniom wirusem HBV jest informowanie społeczeństwa o możliwości podejmowania działań profilaktycznych w postaci szczepień ochronnych

1.2.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Należy przypuszczać, że zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) cechuje trend wzrostowy pomimo, iż w 2011 r. zaobserwowana liczba zachorowań (2 188 przypadków) była porównywalna z liczbą zachorowań zgłoszonych w 2010 r. (2 212 przypadków). Dla porównania w 2009 r. stwierdzono 1 939 zachorowań, w 2008 r. zgłoszono ich 2 353. Z uwagi na zazwyczaj bezobjawowy kliniczny przebieg zakażenia wirusem HCV wykrywalność zakażenia dotyczy jedynie nielicznych osób chorujących lub przypadków stwierdzonych w trakcie badań wykonywanych z innych powodów np. u krwiodawców. Szacunkowe dane epidemiologiczne pozwalają jednak sądzić, że liczba osób zakażonych wirusem HCV w Polsce sięga ok. 730 tysięcy. Wiadomym jest, że ok. 80% zarejestrowanych przypadków zakażeń ma związek ze świadczeniem usług, w trakcie których dochodzi lub może dojść do naruszenia ciągłości tkanek. Wskazuje to jednocześnie

na niedostatek w zakresie nieswoistych działań podejmowanych dla zapobieżenia zakażeniom (sterylizacja narzędzi, dezynfekcja pomieszczeń i urządzeń, procedury wykonywania zabiegów naruszających ciągłość tkanek). Z uwagi na brak swoistych metod zapobiegania zakażeniom HCV np. w drodze szczepień ochronnych, jedynie działania nieswoiste polegające na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń medycznych oraz innych zabiegów przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek, mogą zapobiec szerzeniu się zakażeń na WZW C. Od 2002 r. są podejmowane działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń i urządzeń. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do prowadzenia w tym zakresie własnych działań m.in. przez tworzenie zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych, opracowywanie i wdrażanie wewnętrznych procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób minimalizujący ryzyko szerzenia się zakażeń szpitalnych, w tym wywołanych przez wirus HCV.

Należy wspomnieć o inicjatywach, które Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje w obliczu narastającego w Polsce problemu zakażeń HCV. W latach 2010 – 2011 Państwowa Inspekcja Sanitarna, we współpracy z Polską Grupą Ekspertów HCV (PGE HCV), zrealizowała Pilotażowy Program Profilaktyki HCV pn. „STOP! HCV”. Program objęty został honorowym patronatem Ministra Zdrowia. Działania podejmowane w ramach Pilotażowego Programu „STOP! HCV” stanowiły uzupełnienie i kontynuację inicjatywy z okresu 2005 – 2006, również współrealizowanej przez Państwową Inspekcję Sanitarną z Polską Grupą Ekspertów HCV (Pilotażowy Program „HCV można pokonać”). Celem głównym Pilotażowego Programu Profilaktyki Zakażeń HCV „STOP! HCV” było zmniejszenie obciążenia zdrowotnego populacji Polski zagrożeniami związanymi z HCV.

Grupę docelową Programu stanowiły: młodzież klas I lub II szkół ponadgimnazjalnych, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, kadra kierownicza i personel odpowiedzialny za bezpieczeństwo epidemiologiczne w szpitalach wielospecjalistycznych. Ze względu na różnicowanie grup docelowych wyodrębniono 3 moduły Programu: szkolny, POZ i szpitalny. Pilotażowy Program Profilaktyki Zakażeń HCV „STOP! HCV” zrealizowano w 1 009 szkołach i placówkach opieki zdrowotnej, w których poddano interwencji programowej 49 659 osób, w tym 867 realizatorów Programu (nauczycieli i koordynatorów), 9 723 uczniów i 39 069 pracowników medycznych. Przeprowadzono 2 758 szkoleń, instruktaży oraz lekcji edukacyjnych. Na

potrzeby pilotażu przygotowano 2 827 pakietów materiałów szkoleniowych oraz 190 183 sztuki ulotek edukacyjno-informacyjnych.

1.3. Ogniska zachorowań wywołanych przez E. coli O104 (STEC)

W okresie od maja do lipca 2011 r. na terenie Niemiec wystąpiły liczne zachorowania wywołane werotoksycznym szczepem E. coli O104:H4. Zanotowano ponad 3 052 przypadków biegunek, zaś u 733 osób rozwinął się zespół hemolityczno-mocznicowy (HUS). Z powodu zakażenia zmarło łącznie 45 osób. W związku z powyższym wzmocniono monitoring sytuacji epidemiologicznej, w szczególności pod kątem wykrycia źródła zachorowań, którym, według dochodzenia epidemicznego prowadzonego przez Niemieckie służby zdrowia publicznego były suche nasiona wykorzystywane do kiełkowania. Podjęto intensywne działania mające na celu wycofanie produktów żywnościowych podejrzanych o skażenie. Zakaz obrotu objął m.in. produkcję pochodzącą ze zidentyfikowanego gospodarstwa rolnego w północnych Niemczech oraz partie nasion kozieradki, której krajem pochodzenia był Egipt.

Zachorowania wystąpiły również w innych krajach UE, u osób, które w maju i czerwcu 2011 r. odwiedziły Niemcy. Łącznie zakażenia wykryto u 125 osób, a u jednej osoby wystąpił zgon z powodu niewydolności nerek w przebiegu zespołu hemolityczno-mocznicowego. Przypadki zachorowań, które miały związek z ogniskiem zachorowań w Niemczech zanotowano również w Polsce; nie stwierdzono natomiast żadnych zachorowań, które wskazywałyby, aby skażona żywność trafiła na polski rynek.

W związku z sytuacją w Niemczech oraz przypadkami zawleceń zachorowań na obszar Polski Główny Inspektor Sanitarny podjął stosowne działania zapobiegawcze. Działania te obejmowały m.in. informowanie społeczeństwa polskiego o zaistniałej w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania, również w przypadku ewentualnej podróży do Niemiec. Działania GIS obejmowały również stały kontakt z instytucjami międzynarodowymi, opracowanie instrukcji postępowania medycznego wobec osób powracających z Niemiec oraz diagnostykę laboratoryjną chorych, a także działania przeciwepidemiczne: przygotowania do przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w przypadku wystąpienia rodzimych przypadków zachorowań. Prowadzone były również badania żywności

Główny Inspektor Sanitarny zwrócił się do Państwowych Inspektoratów Sanitarnych o przeprowadzenie, w ramach urzędowej kontroli żywności, dodatkowych kontroli i pobieranie próbek żywności w celu wykonania analiz mikrobiologicznych w kierunku oznaczenia liczby bakterii E.coli.

Badania E.coli wykonywane były zarówno na warzywach importowanych, jak również warzywach pochodzenia krajowego.

Państwowa Inspekcja Sanitarna wzmocniła również nadzór nad występowaniem zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce, celem wczesnego wykrywania potencjalnych ognisk zakażeń i zapobiegania ich szerzeniu się. Opracowano definicję przypadku na potrzeby dochodzenia epidemiologicznego, opartą o doświadczenia niemieckie i o definicję opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Zwalczania Chorób w Sztokholmie, która może być wykorzystana w sytuacji, gdyby na terenie Polski wystąpiła zwiększona liczba przypadków zawleczonych lub wtórnych.

1.4. Zachorowania na choroby zakaźne wieku dziecięcego

Krzusiec, świnka, odra, różyczka i ospa wietrzna to typowe choroby wieku dziecięcego, które ze względu na częstotliwość występowania oraz znaczenie dla zdrowia, poddawane są ciągłemu monitoringowi oraz nadzorowi, także przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Liczba zachorowań na krztusiec cechuje się dużą zmiennością (Wykres 2.)

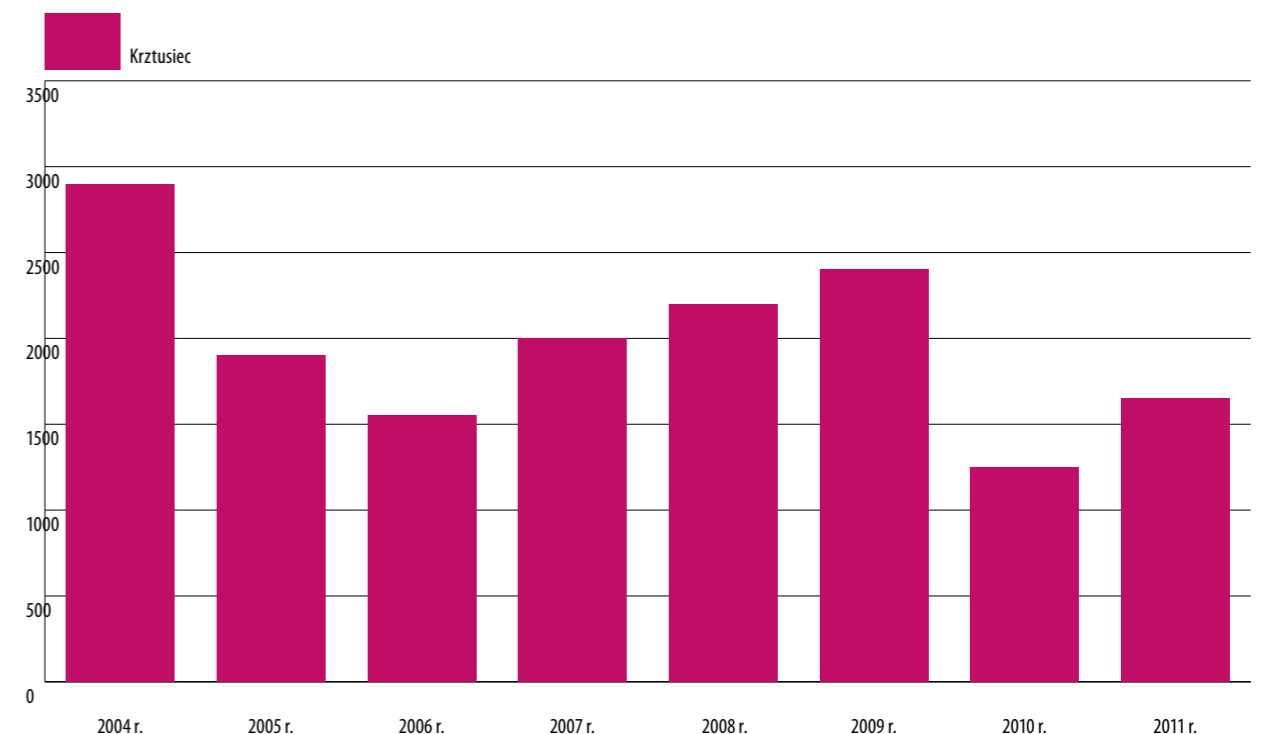
W latach 2004 – 2005 liczba zgłoszeń przypadków krztusca wynosiła ok. 2 000, w 2006 r. spadła do 1 525, a od 2007 r. obserwowano stopniowy, nieznaczny, ponowny wzrost liczby zachorowań. W 2009 r. liczba zachorowań wyniosła 2 391 przypadków i była nieznacznie większa niż w roku

poprzedzającym, a także znacznie większa niż w roku następnym kiedy to odnotowano 1 266 przypadków. W 2011 r. zauważalny jest nieznaczny wzrost liczby zachorowań w stosunku do 2010 r. Istotne znaczenie w walce z krztuscem mają prowadzone od 2003 r. szczepienia przypominające przeciw krztuścowi u dzieci w 6 roku życia – szczepionką DTPa (błoniczo-tężcowa z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym).

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

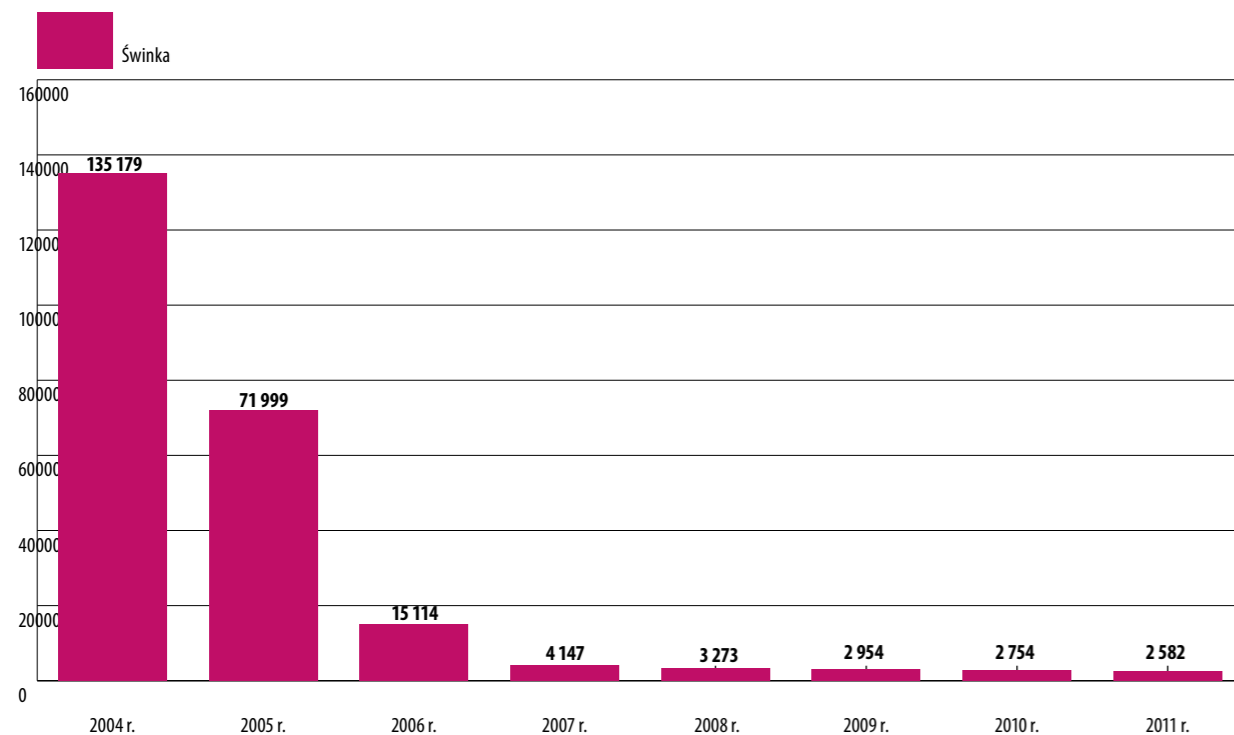
W 2011 r. na nagminne zapalenie przyusznic (świnę) zachorowało 2 582 dzieci, w 2010 r. – 2 754 dzieci, 2009 r. – 2 954 dzieci, a w 2008 r. – 3 271 dzieci. Tymczasem jeszcze w 2005 r. wystąpiło 71 999 zachorowań, a w 2004 zanotowano, aż 135 179 przypadków zachorowań wśród dzieci. Spadek zachorowań na nagminne zapalenie przyusznic spowodowany był wprowadzeniem powszechnych obowiązkowych szczepień przeciw odrze, różyczce i śwince (Wykres 3.). W związku z kontynuacją szczepień w następnych latach prognozuje się dalszy spadek zachorowań na tę chorobę zakaźną. Dokładna analiza trendu będzie możliwa jednak dopiero po zaszczepieniu kolejnych roczników dzieci podlegających obowiązkowym szczepieniom.

Wykres 2. Zmiana zachorowalności na krztusiec w latach 2004 – 2011 r.



Stan sanitarny kraju w roku 2011

Wykres 3. Liczba zachorowań na świnkę w latach 2004 – 2011 r.; po wprowadzeniu obowiązkowych szczepień ochronnych.



Liczba zachorowań na różyczkę cechuje się dużą zmiennością i w 2011 r. wyniosła 4 292, zaś w 2010 r. – 4 196, w 2009 r. – 7 586, w 2008 r. – 13 145, a w 2007 r. – 22 886. Dla porównania w 2005 r. wystąpiło 7 946 zachorowań, zaś w 2004 r. – 4 857 zachorowań. Obecność wirusa różyczki w populacji dzieci i młodzieży powoduje, że w wyniku ponownego kontaktu z wirusem u osoby wcześniej szczepionej, lub która przeżyła zakażenie, dochodzi do ponownego wzrostu poziomu przeciwciał ochronnych i trwałego utrzymywania się odporności. Jednak wskutek powszechnych szczepień ochronnych i zmniejszenia się liczby dzieci chorujących na różyczkę, w populacji może dojść do występowania zwiększonej liczby zachorowań na różyczkę w starszych grupach wiekowych, w tym w grupie kobiet w wieku rozrodczym. Wobec braku stymulacji immunologicznej w wyniku kontaktu z obecnym w populacji wirusem różyczki u osób szczepionych należy się też liczyć z zanikiem odporności poszczepiennej po ok. 15 latach od chwili szczepienia. Z uwagi na przesuwanie się terminu świadomej decyzji o posiadaniu potomstwa przez kobiety po 30 r. u życia konieczne będzie zatem rozważenie w niedalekiej przyszłości zasadności wprowadzenia szczepień przypominających przeciw różyczce dla kobiet, w celu zapobieżenia występowaniu różyczce wrodzonej u dzieci.

Zjawisko cyklicznej zmienności liczby zachorowań występuje nie tylko w przypadku świnki, różyczki czy krztuśca, ale również dotyczy takich chorób, jak ospa wietrzna.

W 2011 r. odnotowano widoczny spadek liczby zachorowań na ospę wietrzną wśród dzieci w stosunku do 2010 r. i wynosiła ona odpowiednio 172 855 przypadków w 2011 oraz 183 446 w 2010 r. W porównaniu jednak do lat ubiegłych, w szczególności 2008 i 2009 r., są to w dalszym ciągu wartości znacznie większe.

1.5. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową

Neisseria meningitidis (dwoinka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, meningokok) jest jednym z najczęstszych czynników etiologicznych pozaszpitalnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy, określanego wspólnie mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (IChM). Zjawisko kolonizacji *N. meningitidis* u ludzi występuje powszechnie. Bakterie bytują na błonie śluzowej nosogardzieli. W okresach nieepidemicznych 5 – 10% populacji może być skolonizowane przez meningokoki, natomiast podczas epidemii liczba ta wyraźnie wzrasta. Ogólnie uznaje się, że epidemie występują przy przekroczeniu odsetka 20 – 25% osób skolonizowanych przez *N. meningitidis* w ogólnej populacji.

Epidemie wywołane są głównie przez szczepy z grup serologicznych A, C, Y i W 135. W Europie za większość zakażeń meningokokowych odpowiadają szczepy dwóch grup serologicznych – B i C. Ogniska epidemiczne i epidemie wywołują najczęściej meningokoki serogrupy C. W przypadku zakażeń meningokokowych za ognisko epidemiczne uważa się wystąpienie 3 lub więcej zachorowań, dla których można ustalić związek epidemiologiczny. Pojawienie się meningokoków serogrupy C na danym terenie wpływa na ogólny wzrost liczby zachorowań inwazyjnych i wyższą śmiertelność. Polska jest jednym z krajów, w których wzrosła liczba zakażeń wywołanych przez serogrupę C. Obecnie przyczyną ok. 40% zachorowań są meningokoki z serogrupy C.

W Polsce zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w 2011 r. wyniosła 0,77/100 000. Odnotowano 295 przypadki zachorowań (Tabela 2.), w tym: 192 – zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu, 192 – posocznica, 3 – inne określone i nieokreślone zachorowania na chorobę meningokokową. W 2010 r. zapadalność wyniosła 0,60/100 000. Odnotowano 229 zachorowań, w tym: 146 – zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu, 154

– posocznica, 1 – inne określone i nieokreślone zachorowania na chorobę meningokokową. Zachorowania występują szczególnie wśród ludzi młodych między 11 a 24 rokiem życia, stanowiących grupę podwyższonego ryzyka zakażenia meningokokami.

W 2011 r., tak samo jak w 2010 r., nie występowały lokalne ogniska zachorowań na IChM. Wpływ na obniżenie liczby zachorowań, podobnie jak w ubiegłych latach, mają: poprawiający się nadzór nad zachorowaniami oraz coraz większa powszechność szczepień, zwłaszcza przeciw meningokokom grupy C, które są zalecane w ramach Programu Szczepień Ochronnych. Lekarz pediatra i lekarz rodzinny mają obowiązek informowania rodziców/opiekunów dziecka o możliwości wykonania takiego szczepienia zalecanego. Szczepionki skoniugowane przeciwko meningokokom zalecane dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych są ogólnie dostępne. Ponadto dla osób – podróżujących, które udają się do krajów o wysokiej zapadalności na *Neisseria meningitidis* z grupy A, zalecana jest szczepionka polisacharydowa przeciwko grupie A + C, stosowana u dzieci w wieku powyżej dwóch lat i u osób dorosłych.

Tabela 2. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r. oraz w porównywalnym okresie 2010 r. (NIZP-PZH)

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01 – 31.12.2011 r. *		1.01 – 31.12.2010 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Choroba meningokokowa inwazyjna	Ogółem	295	0,77	229	0,60
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	192	0,50	146	0,38
	Posocznica	192	0,50	154	0,40
	inna określona i nieokreślona	3	0,008	1	0,003

* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

1.6. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę

Monitorowanie zachorowań na grypę odbywa się przez cały r., ze szczególnym uwzględnieniem sezonu grypowego (wrzesień-marzec). W sezonie grypowym 2011/2012 r., od 1 września 2011 r. do 31 marca 2012 r. łącznie zanotowano 757 272 zgłoszeń przypadków zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę. Dane nt. liczby zachorowań na grypę w Polsce, zarejestrowanych od 1 stycznia do 31 marca 2012 r. oraz w porównywalnym okresie 2011 r., zaprezentowane są w Tabeli 3.

Średnia dzienna zapadalność (na 100 tys. ludności) wg tygodniowych/dwutygodniowych meldunków Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego

– Państwowego Zakładu Higieny w sezonie 2011/2012, w porównaniu z sezonami 2009/10 i 2010/11 prezentowana jest na wykresie 4. pt. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce.

W bieżącym sezonie epidemicznym odnotowano umiarkowany wzrost zachorowań na grypę. Zgodnie z uzyskanymi danymi początek epidemicznego wzrostu zachorowań przypadł na okres 8 – 15.12.2011 r. Szczyt zachorowań nastąpił w okresie 8 – 15.03.2012 r., gdy zapadalność wyniosła 12,93/100 000 mieszkańców, a liczba zachorowań wyniosła 39 499. W ciągu całego sezonu grypowego 2011/2012 nie zarejestrowano zgonów z powodu powikłań grypowych. Odmienna sytuacja miała miejsce w sezonie 2010/2011, gdy najwięcej chorych zarejestrowano w lutym – 246 138 osób.

Tabela 3. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grype w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 marca 2012 r. oraz w porównywalnym okresie 2011 r.

Opracowanie: Główny Inspektorat Sanitarny (www.gis.gov.pl) na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia.

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01 – 31.03.2012 r. *		1.01 – 31.03.2011 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	Ogółem	404 156	1 058,00	620 757	1 625,02
	u dzieci w wieku 0 – 14 lat	181 627	3 154,07	242 632	4 213,45

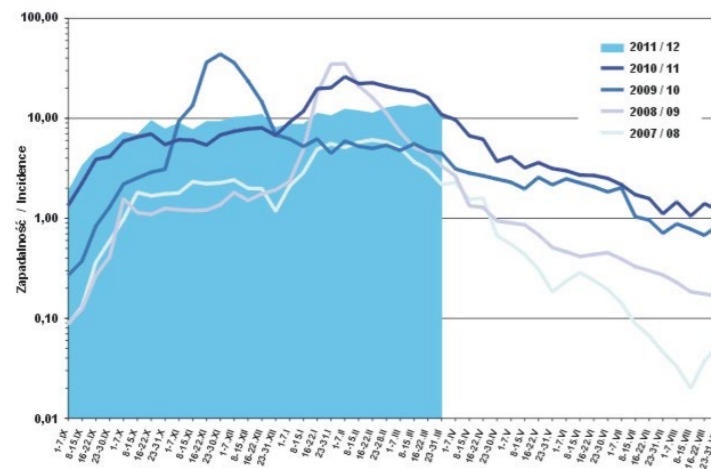
Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny (www.pzh.gov.pl) * Wstępne dane

Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grype w poszczególnych miesiącach sezonów 2010/2011 i 2011/2012 przedstawiano w Tabeli 4.

Spadek liczby zachorowań i podejrzeń zachorowań na grype, jak również brak zgonów osób zakażonych wirusami grypy wynikał przede wszystkim z obniżonej aktywności szczepu pandemicznego A(H1N1)v, który dominował w poprzednich dwóch sezonach i spowodował uodpornienie części populacji. W sezonie grypowym dominował szczep wirusa grypy – A (ok. 69,2% zachorowań). Poza tym u większości osób choroba przebiegała skąpoobjawowo lub bezobjawowo, nie zmuszając osób chorych do poszukiwania pomocy lekarskiej. Obserwacja osób hospitalizowanych wykazała, że choroba ma przebieg łagodny i samoograniczający się.

W ramach systemu nadzoru wybiórczego Sentinel działającego zgodnie z wymogami European Influenza Surveillance Network (EISN) oraz European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) nadal możliwe jest monitorowanie grypy pod kątem zarówno epidemiologicznym jak i wirusologicznym. Uczestniczą w nim wybrani lekarze świadczący podstawową opiekę zdrowotną, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH, pełniący rolę koordynatora. Oznacza to, że lekarze biorący udział w nadzorze, zobligowani są do przesyłania danych epidemiologicznych dot. zachorowań na grype i infekcje grypopodobne oraz do wykonywania badań laboratoryjnych dla celów nadzoru.

Wykres 4. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grype w Polsce (NIZP-PZH)



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

Tabela 4. Liczba zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grype w Polsce w okresie od września do marca sezonów 2010/2011 i 2011/2012

Miesiąc	Liczba przypadków sezon 2010/2011	Liczba przypadków sezon 2011/2012
Wrzesień	33 525	45 185
Październik	73 009	92 725
Listopad	70 055	100 898
Grudzień	88 323	116 541
Styczeń	182 684	116 759
Luty	246 138	133 802
Marzec	189 379	151 362
RAZEM	883 113	757 272

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

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, iż wirus grypy A(H1N1) w 2009 stał się, zgodnie z przewidywaniami skoordynowanego przez WHO Międzynarodowego Programu Nadzoru nad Grypą, dominującym czynnikiem etiologicznym grypy sezonowej. Antygeny tego wirusa zostały włączone, zgodnie z zaleceniami WHO, w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych. Szczep, który wywołał pandemię w 2009 r., jest obecnie jednym z licznych, krążących w populacji ludzkiej szczepów wirusa grypy. Należy podkreślić, że w Polsce w sezonie epidemicznym 2010/2011 pomimo dostępności na rynku sezonowej trójskładnikowej szczepionki przeciwko grypie zawierającej również szczep pandemiczny oraz akcji informacyjnej skierowanej do wielu grup ludności, w Polsce zaszczepiło się jedynie 5% populacji.

1.7. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy

Zgodnie z danymi opracowywanymi przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie IGiChP, w 2011 r. zarejestrowano 8 479 zachorowań na gruźlicę. W 2011 r. zarejestrowano więcej przypadków gruźlicy w porównaniu do 2010 r. (o 970 przypadków). Wynika to prawdopodobnie z faktu, że Zakład Epidemiologii IGiChP rozpoczął zbieranie danych o wynikach posiewu w kierunku prątków gruźlicy od wszystkich laboratoriów prątków w Polsce. Porównywanie rejestrów laboratoryjnych z rejestrem zgłoszonych przypadków umożliwia wykrywanie braków w zgłoszeniach i odpowiednie interwencje.

Współczynnik zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wyniósł 22,0 w 2011 r. W latach poprzednich dominowała gruźlica płuc – 7 880 zachorowań, a przypadki gruźlicy płuc stanowiły 93,0% wszystkich zachorowań. Chorzy na gruźlicę pozapłucną stanowili 7,0% ogółu chorych zarejestrowanych w 2011.

Utrzymują się różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W 2011 r. najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w województwach: lubelskim, świętokrzyskim i łódzkim. Najniższą w kraju zapadalność na gruźlicę rejestrowano w województwach: wielkopolskim, warmińsko-mazurskim i podlaskim. Największy wzrost zapadalności, w porównaniu z rokiem poprzednim, zarejestrowano w województwach: podkarpackim oraz świętokrzyskim.



1.8. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych

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

W związku z powyższym Państwowa Inspekcja Sanitarna wraz z Inspekcją Weterynaryjną prowadzą działania w zakresie promocji oraz ochrony zdrowia mające na celu zabezpieczenie społeczeństwa przed zagrożeniami, jakie mogą wynikać z bezpośredniego kontaktu ze zwierzętami, ale też ze spożywania produktów pochodzenia zwierzęcego. Obie służby realizują te zadania w ramach swoich kompetencji określonych w przepisach: ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263), ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.), ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (Dz. U. z 2010 r. Nr 112, poz. 744) oraz ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2008 r. Nr 213, poz. 1342, z późn. zm.).

Nadzór nad chorobami odzwierzęcymi w Polsce odbywa się także w oparciu o zalecenia i wytyczne organizacji międzynarodowych takich jak WHO, FAO, OIE, a także instytucji europejskich takich jak ECDC, EFSA, powołanych w celu zapewnienia skutecznego systemu monitorowania i powiadamiania o wystąpieniu zagrożenia dla zdrowia ludzkiego w związku z obecnością niebezpiecznych czynników chorobotwórczych w tym odzwierzęcych, pochodzących bezpośrednio od zwierząt jak i produktów pochodzenia zwierzęcego. Zgodnie z dyrektywą 2003/99/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie monitorowania chorób odzwierzęcych i odzwierzęcych czynników chorobotwórczych, jak i implementującej jej do prawa polskiego ww. ustawy o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt, zoonozami, które stanowią szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i podlegają obowiązkowi monitorowania są: brucelloza, kampylobakterioza, bąblowica, listerioza, włośnica, gruźlica wywołana przez *Mycobacterium bovis*, werocytotoksyczne *E. coli* oraz salmonelloza.

Niezależnie od prowadzonego monitoringu i nadzoru nad chorobami odzwierzęcymi, sytuacja epidemiologiczna w zakresie niektórych zoonoz staje się niepokojąca i należy uznać, że w najbliższej przyszłości będą one stawać się narastającym problemem obciążającym zdrowie publiczne i system zdrowotny państwa. W szczególności na zoonozy narażone są pewne grupy

zawodowe, jak leśnicy i rolnicy, z powodu boreliozy czy zakażeń hantawirusowych oraz osoby zajmujące się zbieractwem runa leśnego z powodu bąblowicy. Nie można również zapominać o odzwierzęcych chorobach, które niegdyś występowały na terenach innych stref klimatycznych, ale obecnie, w związku ze zmianą klimatu oraz wzmożonym ruchem turystycznym i globalizacją handlu, stają się również zagrożeniem dla społeczeństwa europejskiego, w tym polskiego np. gorączka Zachodniego Nilu.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania chorób odzwierzęcych na terenie kraju zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 5.), w oparciu o przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, Meldunki roczne o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia.

W Polsce sytuacja epidemiologiczna dotycząca chorób odzwierzęcych w 2011 r. była dobra. 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. Od wielu lat obserwuje się w Europie wzrost częstości występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, przede wszystkim boreliozy oraz kleszczowego zapalenia mózgu.

Zachorowania na boreliozę w Polsce cechuje obserwowany od wielu lat trend wzrostowy. W 2011 r. zanotowano w Polsce 9 176 przypadków przy zapadalności 24,0/100 tys. mieszkańców. Dla porównania w 2010 stwierdzono 9 005 zachorowań, co zgodne jest z zauważalną tendencją wzrostową występowania tej choroby na całym świecie. W 2009 odnotowano największą liczbę zachorowań w ciągu ostatnich 8 lat – 10 332 przypadków, natomiast zapadalność wyniosła 27,08/100 tys. mieszkańców. Dla porównania w 2008 r. zgłoszono 8 255 zachorowań, w 2007 r. – 7 735 zachorowań, zaś w 2006 r. – 6 694 zachorowania. Największą zapadalność odnotowano w województwach: podlaskim i warmińsko-mazurskim. Jednocześnie liczba rejestrowanych przypadków boreliozy w Polsce może być zaniżona, co może wynikać z problemów z rozpoznawaniem tej choroby. Ponadto ze względu na niespecyficzne i rozciągnięte w czasie objawy, wiele przypadków może być zgłaszanych ze znacznym opóźnieniem. Rośnie także liczba przypadków boreliozy, jako choroby zawodowej, podczas gdy ogólna liczba chorób zawodowych maleje. Występowanie boreliozy w Polsce przedstawiono na Wykresie 5.

Przyczyny wzrostu zachorowalności na boreliozę należy upatrywać w stale zmieniającym się zasięgu geograficznym bytowania oraz wydłużaniu

Tabela 5. Wybrane dane epidemiologiczne dot. występowania chorób odzwierzęcych w Polsce w latach 2004 – 2011 (dane za 2011 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie)

	Jednostka chorobowa	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1.	Dżuma	-	-	-	-	-	-	-	-
2.	Tularemia	1	6	3	1	4	1	4	6
3.	Wąglik	1	2	-	-	-	4	-	-
4.	Brucelloza	7	5	3	3	6	Bd	bd	Bd
5.	Nosaczka	-	-	-	-	-	-	-	-
6.	Różyca	92	95	93	124	88	Bd	bd	Bd
7.	Pryszczycza	-	-	-	-	-	-	-	-
8.	Leptospiroza	9	7	6	12	5	6	4	4
9.	Jersinioza pozajelitowa	bd	25	43	51	40	38	27	19
10.	Mikobakteriozy	19	26	27	17	33	56	95	138
11.	Listerioza – ogółem	10	22	28	43	33	33	58	56
12.	Listerioza – wrodzona	3	0	1	5	-	6	6	8
13.	Borelioza z Lyme	3822	4409	6694	7735	8255	10332	9005	9176
14.	Ornitozy	2	bd	1	1	1	-	-	-
15.	Riketsjozy – razem	1	-	-	-	-	1	-	2
16.	Gorączka Q	-	59	-	-	24	5	-	-
17.	Wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD)	-	-	-	-	-	-	-	-
18.	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-
19.	Styczność i narażenie na wściekliznę	7556	7755	7523	7102	6919	6876	7524	7821
20.	Kleszczowe zapalenie mózgu	262	177	317	233	202	351	294	221
21.	Gorączka zachodniego Nilu	bd	bd	Bd	bd	-	-	-	-
22.	Choroba wywołana przez hantawirusa	bd	bd	Bd	9	7	5	6	8
23.	Toksoplazmoza – ogółem	602	586	731	752	514	Bd	bd	Bd
24.	Toksokaroza	179	307	377	488	647	Bd	bd	Bd
25.	Kryptosporidioza	-	-	-	-	1	5	-	1
26.	Bąblowica	21	34	65	40	28	25	36	20
27.	Wągrzyca	-	-	1	-	1	-	2	2
28.	Włośnica	172	70	130	292	4	36	51	23
29.	Grzybice skóry (dermatofitozy)	4595	3888	4440	4264	5055	Bd	bd	Bd

okresu zerowania kleszczy, zmianach klimatu, zmianach ekonomicznych i społecznych w otoczeniu ludzi, czy zmianie sposobu spędzania czasu wolnego (częstsze podróże). Istotną rolę odgrywają też migrujące ptaki przenoszące zakażone kleszcze na obszary, na których krętki *Borrelia burgdorferi* dotychczas nie występowały. Występowanie boreliozy w 2011 r., w poszczególnych województwach przedstawia Tabela 6.

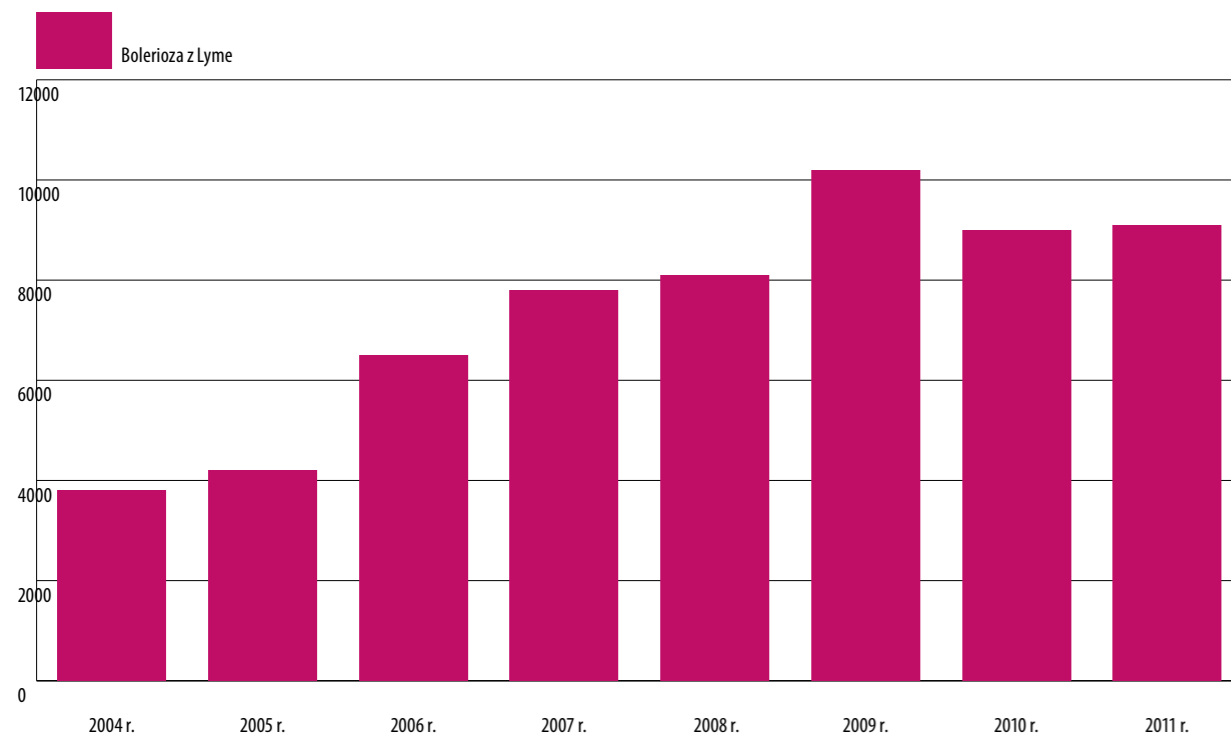
Przeciwno chorobie nie ma szczepionki, co potęguje problem i skutecznie uniemożliwia szybkie jego opanowanie. Ważne jest tym bardziej wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie w początkowej fazie choroby. Dlatego też potrzebna jest dalsza i coraz skuteczniejsza współpraca organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i lekarzy w zakresie diagnostyki i edukacji społeczeństwa na temat nieswoistych metod zapobiegania zakażeniom.

W przypadku kleszczowego zapalenia mózgu, notuje się w Polsce rocznie stałą liczbę zachorowań na poziomie około 250 – 300 przypadków. W 2011 r. stwierdzono 221 przypadków zachorowań, w 2010 r. – 294, w 2009 r. – 344,

zaś w 2008 r. – 200. Największa zapadalność występuje w województwach: podlaskim i warmińsko-mazurskim. Stosunkowo niska liczba przypadków zachorowań może wynikać z niedoszacowania danych, o czym świadczy obecność swoistych przeciwciał stwierdzona u dużej części populacji lub ze stale rosnącej liczby osób szczepionych, szczepionka zalecana przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu. Dla porównania, w 2005 r. liczba osób zaszczepionych wyniosła 14 829, w 2006 r. – 20 194, w 2007 r. – 23 374, w 2008 r. – 30 822, w 2009 r. – 48 496.

Gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym (HFRS) występuje na wszystkich kontynentach i rozpoznawana jest we wszystkich krajach Europy. W Polsce, w latach 2007 – 2011, liczba zachorowań utrzymywała się na stałym poziomie od 5 do 9 przypadków, przy czym od 2008 r. zachorowania odnotowano jedynie na terenie województwa podkarpackiego. W 2011 potwierdzono 8 przypadków choroby wywołanej przez hantawirus czyli o dwa więcej niż w 2010 r. Sytuację zachorowań na HFRS należy uznać za stabilną. W 2003 r. z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego

Wykres 5. Zmian zachorowalności na Boreliozę z Lyme w Polsce, w latach 2004 – 2011



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

Tabela 6. Występowanie boreliozy w 2011 r., w Polsce, w podziale na województwa

Województwo	Liczba zachorowań w 2011 r.*	Hospitalizacja	
		Liczba	%
Dolnośląskie	661	203	30,7
Kujawsko-Pomorskie	327	48	14,7
Lubelskie	848	299	35,5
Lubuskie	294	14	4,8
Łódzkie	228	49	21,5
Małopolskie	725	55	7,6
Mazowieckie	840	135	16,1
Opolskie	342	84	24,6
Podkarpackie	711	138	19,4
Podlaskie	910	249	27,4
Pomorskie	207	87	42,0
Śląskie	1722	379	22,0
Świętokrzyskie	155	56	36,1
Warmińsko-Mazurskie	782	189	24,2
Wielkopolskie	182	41	22,5
Zachodniopomorskie	242	68	28,1

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

* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

rozpoczęto wdrażanie rutynowej diagnostyki HFRS w kraju. Konieczność diagnozowania HFRS w kraju wynikała nie tylko ze względów kliniczno-epidemiologicznych, ale także z uwarunkowań prawnych. Członkostwo Polski w UE zobowiązuje bowiem kraje do prowadzenia w ramach nadzoru sanitarnego diagnostyki mikrobiologicznej 44 chorób zakaźnych, w tym gorączki krwotocznej z zespołem nerkowym. Jest ona bowiem objęta wspólnotową siecią nadzoru i kontroli (Decyzja Nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady).

Mimo małej liczby rejestrowanych w Polsce przypadków zakażeń wywołanych przez hantawirusy wśród ludzi istnieją przesłanki, związane z pojawieniem się nowych aspektów epidemiologicznych oraz licznych przypadków zachorowań w innych krajach klimatu umiarkowanego, które sugerują, iż rzeczywista skala problemu jest w Polsce nieznaną. Przede wszystkim świadczy o tym fakt, że 100% wszystkich przypadków (8 zachorowań) zgłoszono z terenu województwa podkarpackiego. Małą liczbę rejestrowanych przypadków zachorowań należy więc uznać za zaniżoną, co może wynikać z problemów z rozpoznawaniem tej zoonozy.

Leptospiroza uznawana jest obecnie za jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób odzwierzęcych na świecie. W Polsce liczba rejestrowanych rocznie przypadków zachorowań nie przekracza 10. Jedynie w 2007 r. odnotowano wzrost do 12 przypadków, spowodowany najprawdopodobniej wystąpieniem powodzi w dorzeczu Odry. W 2010 r. pomimo kilkakrotnych fal powodziowych nie odnotowano wzrostu zachorowalności na leptospirozę wśród osób narażonych. Liczba potwierdzonych przypadków zachorowań w 2011 r. nie różni się od odnotowanej w 2010 oraz 2009 r. i utrzymuje się na stałym poziomie kilku przypadków rocznie. Sytuację w tym zakresie należy uznać za stabilną. Jednak obserwowane zmiany klimatyczne oraz intensywne przemieszczanie się ludności, rosnąca popularność aktywnych form wypoczynku (szkoły przetrwania, rajdy terenowe, itp.) stwarzają warunki do rozprzestrzeniania się zakażeń. Również duże ryzyko zakażenia ludzi leptospirami wiąże się z bezpośrednim lub pośrednim kontaktem z zakażonymi zwierzętami głównie gryzoniami, ale także psami, kotami, zwierzętami gospodarskimi oraz dzikimi (dziki, lisy). Grupami szczególnie narażonymi na zakażenie są więc rolnicy, osoby obsługujące zwierzęta, lekarze weterynarii, pracownicy zakładów mięsnych.

Mimo niskiej skali zachorowań na leptospirozę wśród ludzi pojawienie się nowych aspektów epidemiologicznych oraz wystąpienie licznych przypadków zachorowań w innych krajach klimatu umiarkowanego wskazują na konieczność rozważenia wprowadzenia działań, które umożliwiłyby prowadzenie nadzoru nad grupami ryzyka i potencjalnymi źródłami zakażenia.

Na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia zarejestrowano 1 przypadek zachorowania na wściekliznę u niezaszczonego człowieka, w 2002 r., na terenie województwa podkarpackiego. Jednocześnie, obserwowany w ostatnich latach brak zachorowań nie zmienia faktu, iż liczba osób narażonych na zakażenie wirusem wścieklizny jest wciąż wysoka. W latach 2003 – 2006 liczba ta utrzymywała się na stałym poziomie – około 7,5 tys. Rocznie. W latach 2007 – 2009 stopniowo zmniejszała się do poziomu 6 876, a w 2010 znów wzrosła – do 7 497. Liczba osób narażonych w 2011 r. osiągnęła wartość 7 802 przypadków.

Od 1948 r. rozpoczęto szczepienia psów przeciwko wściekliznie, co zmniejszyło znacznie ryzyko narażenia ludzi, jednak wciąż istnieje zagrożenie ze strony kotów, które w dalszym ciągu nie podlegają obowiązkowi szczepienia przeciwko wściekliznie oraz od zarażonych dzikich zwierząt.

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi także wzmożone działania w zakresie ochrony zdrowia przed pasożytami, jako czynnikami chorobotwórczymi stanowiącymi wciąż istotne oraz realne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia ludzi. Wiele z chorób pasożytniczych występuje w Polsce, a wzrost liczby zachorowań na przestrzeni lat ma charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2004, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy, stąd szerokie zainteresowanie tą chorobą pasożytniczą. W 2007 r. zachorowania wystąpiły w województwie zachodniopomorskim i były związane ze spożyciem wyrobów wędliniarskich, które to produkty dostarczane były do sklepów detalicznych. Dzięki współpracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz Inspekcji Weterynaryjnej w zakresie ochrony zdrowia ludzi i zwierząt, od wielu lat przypadki tych chorób utrzymują się na stałym zadowalającym poziomie i nie stwierdza się znacznego wzrostu zachorowań w ciągu ostatnich 4 lat. W 2004 r. odnotowano dwa duże ogniska epidemiczne zachorowań na włośnicę na terenach województw pomorskiego oraz wielkopolskiego, natomiast w 2006 r. zbiorowe zachorowanie na włośnicę potwierdzono w województwach kujawsko-pomorskim i wielkopolskim. Najmniejszą liczbę zachorowań odnotowano w 2008 r., potwierdzono wtedy 8 przypadków włośnicy.

W kolejnych dwóch latach zauważalny był nieznaczny wzrost zachorowań i wynosił odpowiednio 36 przypadków w 2009 oraz 54 w 2010. W 2011 r. odnotowano 23 przypadki zachorowań, z których 11 stwierdzono w województwie dolnośląskim, 8 w województwie wielkopolskim, pozostałe przypadki potwierdzono w województwach: lubuskim, mazowieckim oraz podlaskim. Lata 2008 i 2009 oraz 2010 potwierdzają tendencję najczęstszego występowania tej choroby wśród mieszkańców zawsze tych

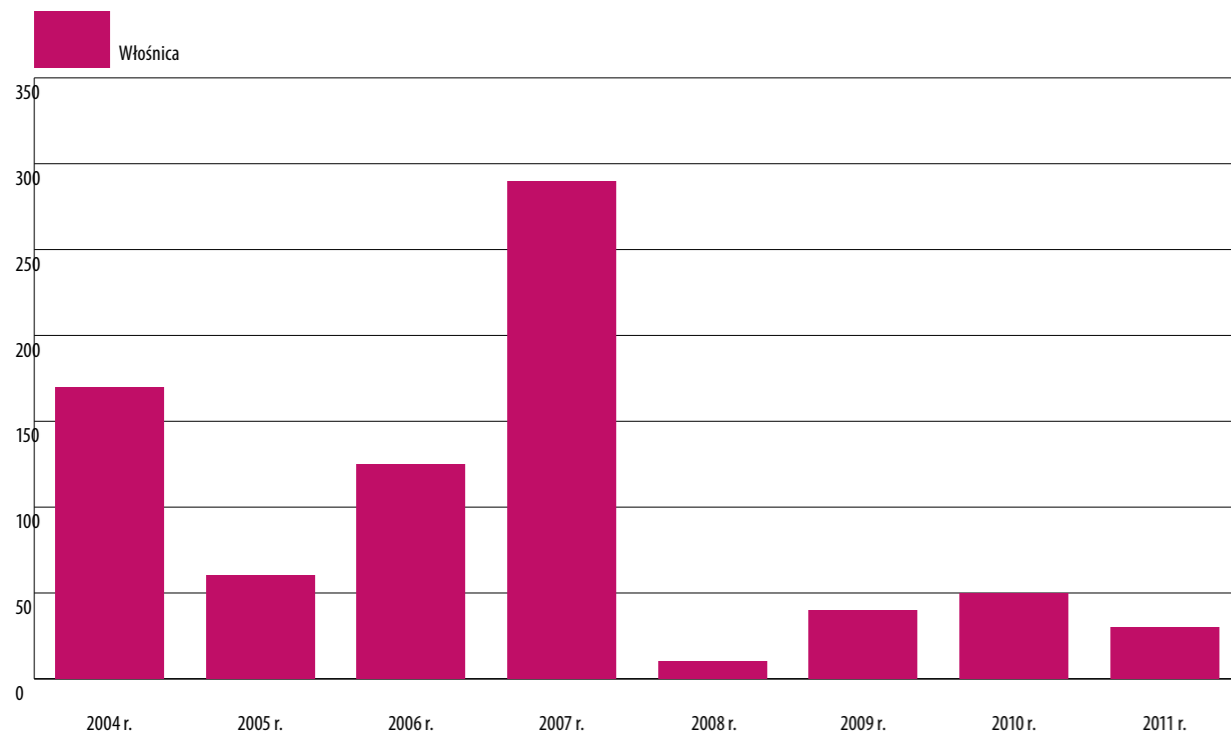
samych województw północnych, północno-zachodnich oraz zachodnich. Wyjątkowy pod tym względem jest 2011 r., w którym połowa potwierdzonych przypadków dotyczyła województwa dolnośląskiego (Wykres 6. – przedstawia liczby zachorowań na włośnicę w latach 2004 – 2011).

Z uwagi na prowadzenie przez Inspekcję Weterynaryjną nadzoru nad obrotem mięsem i przestrzeganiem przepisów o obowiązkowym badaniu mięsa w kierunku włośni, przeważająca większość zbiorowych zachorowań na włośnicę wynikała ze spożycia produktów wędliniarskich przygotowanych na własny użytek z mięsa pozyskanego przez środowiska łowieckie i domowe. Prawdopodobną przyczyną zachorowań jest brak przekazania próbek mięsa upolowanego dzikiego zwierzęcia do badania w kierunku pasożyta.

Pozostając w temacie odzwierzęcych chorób pasożytniczych nie można zapomnieć o toksokarozie, której rezerwuarem są zwierzęta najczęściej i najbliższej towarzyszące człowiekowi tj. psy i koty. Do głównych przyczyn zachorowań na tę chorobę należy zaliczyć: niską, choć z roku na rok poprawiającą się, świadomość właścicieli zwierząt domowych, co do konieczności ich regularnego odrobaczenia, ograniczoną dbałość o czystość przestrzeni otwartych, w których zwierzęta te pozostawiają swoje

odchody (źródłem postaci inwazyjnych glist psich i kocich jest gleba, piasek zanieczyszczone odchodami zwierząt, niemyte warzywa i owoce czy sierść zwierząt), dużą populację bezdomnych kotów często masywnie zakażonych robakami obłymi. Dane, które dostarczyły w ostatnich kilku latach badania piasku w piaskownicach (otwartych) na placach zabaw, szkolnych i przedszkolnych nie są niestety korzystne i wskazują na wciąż znaczne zanieczyszczenie piasku zarówno bakteriami i grzybami, jak i postaciami inwazyjnymi pasożytów odzwierzęcych. Grupą szczególnie narażoną na zachorowanie na toksokarozę są dzieci, ze względu na brak odruchu mycia rąk po kontakcie ze zwierzęciem lub glebą oraz nawyk geofagii (zjadanie ziemi). W Polsce w latach 2005 – 2008 liczba przypadków zdiagnozowanej toksokarozy była wysoka i z roku na rok. Wzrastała. Z uwagi na skrytość i niespecyficzność objawów należy sądzić, że liczba zgłoszeń była mniejsza niż rzeczywista liczba zarażonych. Obecnie toksokaroza jest sporadycznie rozpoznawana. Konieczne jest jednak prowadzenie edukacji rodziców w zakresie przestrzegania zasad higieny u dzieci po kontakcie ze zwierzęciem, czy zabawie w piaskownicy, a w przypadku właścicieli psów i kotów – konieczność systematycznego odrobaczenia zwierząt, wyrowadzania psów na smyczy, by uniknąć zanieczyszczenia piaskownic jajami pasożytów oraz przekonywanie do sprzątnięcia odchodów po zwierzętach, by nie powiększać dużego już rezerwuaru pasożytów w środowisku.

Wykres 6. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2004 – 2011 r.



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

1.9. Działania w zakresie organizacji zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju UEFA EURO 2012

W ramach przygotowań Polski do organizacji Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 Główny Inspektorat Sanitarny podjął szereg działań mających na celu organizację zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Działania te podejmowane były w ramach prac Zespołu do Spraw Organizacji Zabezpieczenia Sanitarno-Epidemiologicznego turnieju UEFA EURO 2012, powołanego zarządzeniem Głównego Inspektora Sanitarnego. Celem ww. prac było usystematyzowanie działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także sprawne przeprowadzenie kolejnych etapów przygotowań, m.in. w zakresie określenia zasad wzmożonego nadzoru epidemiologicznego. Mając na względzie zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego kibiców, przygotowano wkład do podręcznika Akademia EURO 2012, który obejmuje w swoim zakresie zestaw podstawowych informacji, m.in. na temat możliwych zagrożeń w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń oraz sposobów zapobiegania im. podręcznik ten przekazany będzie m.in. osobom wykonującym prace związane z obsługą turystów zagranicznych.

Przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego podejmowali ponadto działania mające na celu wypracowanie spójnego systemu zabezpieczenia turnieju. W ramach realizacji tego przedsięwzięcia brano czynny udział w pracach innych zespołów odpowiedzialnych za proces przygotowania do Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012, m.in. Zespołu ds. bezpieczeństwa medycznego i ratowniczego lotnisk UEFA EURO 2012 oraz Zespołu do spraw zagrożeń chemicznych, biologicznych, radiologicznych i nuklearnych – Zespołu CBRN. Efektem prac Zespołu CBRN było opracowanie „Koncepcji zabezpieczenia Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 w zakresie zagrożeń chemicznych, biologicznych, radiologicznych i nuklearnych (CBRN) oraz dekontaminacji”, która stanowi formę rekomendacji dla miast – gospodarzy oraz organizatorów meczów i innych podmiotów, w tym służb odpowiedzialnych za zapewnienie bezpieczeństwa podczas Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012.

Na spójność systemu zabezpieczenia turnieju wpływ ma niewątpliwie również współpraca ze służbami sanitarnymi Ukrainy. Dlatego też w 2011 r. odbyło się zorganizowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną spotkanie Władz Zdrowia Publicznego Ukrainy i Polski, którego celem było podjęcie bilateralnej, wieloaspektowej dyskusji w zakresie zagrożeń dla zdrowia publicznego oraz zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju. Podczas spotkania zadeklarowano wzajemną wymianę informacji oraz dokumentacji na temat sytuacji epidemiologicznej oraz wzajemne powiadamianie o zdarzeniach kryzysowych w czasie turnieju UEFA EURO 2012. Współpraca ta kontynuowana będzie w okresie poprzedzającym rozgrywkę UEFA EURO 2012 oraz w okresie samych rozgrywek.

Jednym z elementów przygotowania do imprezy masowej jest także nabycie umiejętności reagowania w sytuacji kryzysowej. Dlatego też, przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej brali udział w ćwiczeniach zarządzania kryzysowego: EPIFAKTOR 2011, LOTNISKO 2011, CMX 2011 oraz LIBERO, w warsztatach i treningu Krajowego Systemu Wykrywania Skażeń i Alarmowania, a także kursie pn. „Reagowanie na bioterroryzm w wymiarze międzynarodowym”, organizowanym przez Agencję Redukcji Zagrożeń w ramach współpracy prowadzonej na forum Wspólnej Polsko-Amerykańskiej Grupy Roboczej ds. Zwalczania Terroryzmu. Wnioski z przebiegu ww. Wydarzeń zostały na bieżąco uwzględniane w pracach przygotowawczych.

Działania podjęte w 2011 r. w ramach przygotowań Polski do organizacji i przebiegu Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 niewątpliwie stanowią wartość dodaną dla zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju.



Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce

Skuteczne zapobieganie szerzeniu się niektórych chorób zakaźnych nie jest możliwe bez systemu powszechnych szczepień ochronnych. Polska, podobnie jak inne kraje, posiada wypracowywany przez wiele lat system powszechnych szczepień ochronnych, który skutecznie zapobiega szerzeniu się groźnych chorób zakaźnych. Jest on systematycznie modyfikowany i dostosowany do aktualnej wiedzy medycznej.

Program Szczepień Ochronnych (PSO) dotyczy najmłodszego pokolenia i wpływa na stan zdrowia publicznego, dlatego jest jednym z najważniejszych i najwrażliwszych społecznie programów polityki zdrowotnej. Wydawany jest corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu, na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 234, poz. 1570 z późn. zm.), w terminie do 31 października każdego roku na kolejny rok.

Program Szczepień Ochronnych (PSO) na 2012 r. uwzględni przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086) oraz stanowisko Komisji Epidemiologii i Chorób Zakaźnych Rady Sanitarno-Epidemiologicznej i Zespołu Pediatrycznego ds. PSO przy Ministrze Zdrowia. Zawiera jednolity schemat stosowania poszczególnych preparatów szczepionkowych oraz uwzględnia wskazania do szczepień obowiązkowych i zalecanych.

W rozporządzeniu uwzględnione zostały nowe wskazania do szczepienia przeciw pneumokokom oraz poszerzone zostały wskazania epidemiologiczne do szczepienia (ze względów środowiskowych) w zakresie ospy wietrznej u dzieci. Zgodnie z § 3 pkt 8 lit. c rozporządzenia obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym przeciw ospie wietrznej obejmuje dzieci do ukończenia 12 roku życia, inne niż wymienione w lit. a i b tego paragrafu, narażone na zakażenie ze względów środowiskowych, w szczególności narażone na zakażenie wynikające z czasowego lub stałego przebywania we wspólnych pomieszczeniach, co umożliwia przeniesienie wirusa i wybuch ogniska epidemicznego, w tym zwłaszcza w domach opieki długoterminowej, domach dziecka, żłobkach i innych instytucjach opiekuńczych.

W 2011 r. na podstawie rocznego sprawozdania ze szczepień ochronnych za 2010 r. (MZ-54), którego wzór i termin określają przepisy o statystyce

publicznej, dokonano szczegółowej analizy realizacji szczepień ochronnych w Polsce, które obejmuje:

- stan zaszczepienia, w odniesieniu do poszczególnych chorób zakaźnych, populacji dzieci z roczników podlegających szczepieniom ochronnym oraz osób z określonych grup zawodowych i grup ryzyka. Dane te opracowane są statystycznie w odniesieniu do poszczególnych województw oraz całego kraju;
- analizę porównawczą stanu zaszczepienia osób podlegających szczepieniom w roku bieżącym w porównaniu do roku poprzedniego. Analiza realizacji szczepień ochronnych za r. 2011 będzie dostępna w czerwcu 2012 roku. Materiały te publikowane są w formie opracowanego i wydawanego corocznie Biuletynu „Szczepienia Ochronne w Polsce”, który stanowi główne źródło informacyjne o realizacji szczepień w Polsce. Informacje publikowane są przez PZH w meldunkach o chorobach zakaźnych. Biuletyny i meldunki dostępne są na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia oraz merytorycznymi uwagami krajowego grona ekspertów Komisji Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym i Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. PSO przy Ministrze Zdrowia w projekcie Programu Szczepień Ochronnych (PSO) na kolejne lata, planowane będzie wprowadzenie, do kalendarza szczepień m.in. powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom dzieci do 2 roku życia, szczepionek wysokoskojarzonych, szczepień przeciwko krztuścowi młodzieży, czy szczepień dzieci przeciwko rotawirusom. Ewaluacja PSO jest uwarunkowana jednak zmianami legislacyjnymi oraz wielkością środków budżetowych przeznaczonych na ten Program.

Polski system szczepień obowiązkowych opiera się na wprowadzeniu ustawowego obowiązku poddawania się szczepieniom przez osoby pozostające na terenie Polski przez okres dłuższy niż 3 miesiące. Obowiązek poddawania się szczepieniom, w celu utrzymania zdrowia całego społeczeństwa nie jest zagrożony karą bezpośrednio, a jedynie potencjalnie, w wypadku stwierdzenia wystąpienia uszczerbku na zdrowiu, w przypadku zaniechania szczepień. Nałożenie przez ustawodawcę powszechnego obowiązku

poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw wybranym chorobom zakaźnym zapewnia odpowiednio wysoki odsetek osób poddających się szczepieniom i skutecznie zmniejsza ryzyko epidemicznego szerzenia się chorób zakaźnych w populacji. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw wybranym chorobom zakaźnym zmniejsza także społeczne skutki związane z ciężkimi zdrowotnymi następstwami chorób zakaźnych, w tym związane z kosztami leczenia tych chorób oraz ich powikłań co pozwala wykorzystywać zaoszczędzone środki na leczenie i zapobieganie chorobom niezakaźnym.

Obecna, stabilna sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych w Polsce jest wynikiem wieloletniego wspólnego wysiłku i współpracy służb sanitarno-epidemiologicznych, personelu medycznego oraz rodziców. Należy jednak mieć świadomość, że nie jest stanem danym raz na zawsze. W 2010 r. w Tadżykistanie, który należy do Europejskiego Regionu WHO, który był dotychczas uznawany za strefę wolną od zachorowań na poliomyelitis, doszło do epidemii tej choroby. Wystąpiły również przypadki zawleczenia zachorowań w graniczące z Tadżykistanem rejony Federacji Rosyjskiej. Dzięki wysokiemu odsetkowi zaszczepienia naszego społeczeństwa przeciwko poliomyelitis, Polska jest obecnie chroniona przed wybuchem epidemii w przypadku zawleczenia zachorowań na teren naszego kraju.

Szczepienia ochronne stanowią jedną z najskuteczniejszych, a czasami jedyną formę zapobiegania chorobom zakaźnym, zwłaszcza w stosunku do tych chorób, przeciw którym współczesna medycyna nadal nie dysponuje żadnym leczeniem o charakterze przyczynowym. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że nie wszystkie osoby mogą, wskutek istnienia przeciwwskazań medycznych, uzyskać ochronę swojego życia i zdrowia poprzez poddanie się szczepieniu ochronnemu. Dotyczy to m.in. dzieci chorych na nowotwory oraz inne schorzenia przebiegające z obniżeniem odporności. Ponadto niektóre osoby pomimo poddania się szczepieniu, nie wytwarzają odporności poszczepiennej. W tej sytuacji prowadzenie powszechnego obowiązkowego programu szczepień, zapewnia również ochronę osobom nie szczepionym poprzez powstanie tzw. odporności zbiorowej. Poziom zaszczepienia populacji sięgający 95 – 98% (w zależności od zakaźności choroby) sprawia, że również osoby nie uodpornione, które nie mogą być poddane szczepieniu, korzystają z ochrony jakie daje istnienie powszechnych programów obowiązkowych szczepień ochronnych.

Art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) stanowi podstawę prawną do nałożenia obowiązku szczepień

przeciw wybranym chorobom zakaźnym, zobowiązując osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym na zasadach określonych w ustawie, przy czym zgodnie z art. 5 ust. 2 ww. ustawy w odniesieniu do osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (m. in. dzieci) odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczę albo jej opiekun faktyczny (zwykle są to rodzice). Jednocześnie przepisy ustawy nie przewidują kar za nieprzestrzeganie tego obowiązku. Ustawowy obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym absolutnie nie oznacza przymusowego wykonania szczepienia z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP w demokratycznym państwie prawa konstytucyjne wolności i prawa mogą być ograniczane w drodze ustawy, m.in. gdy jest to niezbędne dla ochrony zdrowia. Kwestia sposobu egzekwowania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przedmiotowego obowiązku szczepień nie jest obecnie określana przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234 poz. 1570, z późn. zm.), lecz reguluje ją ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2005 r. nr 229 poz. 1954, z późn. zm.) w zakresie w jakim dotyczy ona obowiązków o charakterze niepieniężnym.

Za najważniejsze we współpracy w obszarze realizacji obowiązku szczepień ochronnych, należy uznać profesjonalne i wyczerpujące przekazanie informacji o wskazaniach, korzyściach i zasadach prowadzenia szczepień oraz o możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych. Wspólne z rodzicami lub opiekunami dziecka oszacowanie ryzyka związanego z przeprowadzeniem szczepienia jak też wynikającego z zaniechania poddaniu się szczepieniu w większości przypadków jest wystarczające do podjęcia przez rodziców lub opiekunów dziecka decyzji o przeprowadzeniu szczepienia. Prowadzenie postępowania administracyjnego i karanie rodziców lub opiekunów należy uznać za środek ostateczny.

W związku prowadzeniem nadzoru nad realizacją obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce dokonano analizy stanów magazynowych na wszystkich szczeblach działalności PIS oraz oceny posiadanych zapasów preparatów szczepionkowych. Ponadto koordynowano dystrybucję szczepionek, co zapewniło płynność dostaw preparatów, wymiany szczepionek na poziomie Centralnego Dystrybutora, a także podejmowano działania mające na celu uniknięcie utylizacji szczepionek opatrzonych krótkim terminem ważności. W ramach tych działań zaplanowano i przeprowadzono w kraju akcje szczepień przeciwko meningokokom. Oszacowano

także koszty Programu Szczepień Ochronnych na 2012 r. (uwzględniając trzy warianty kosztów PSO w oparciu o rekomendacje grup eksperckich).

W 2011 r. w całym kraju, w pionie szczepień ochronnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej, został utworzony i wdrożony Elektroniczny System Nadzoru nad Dystrybucją Preparatów Szczepionkowych i Stanami Magazynowymi Szczepionek, obejmujący swym zakresem tworzenie zbiorczych stanów magazynowych na wszystkich szczeblach działalności inspekcji sanitarnej, raportowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych, a także raportowanie danych dotyczących przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz dokonywanie analiz związanych z rozchodem szczepionek (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie).

Elektroniczny System jest na bieżąco modyfikowany i doskonalony. Praca w Systemie znacznie ułatwi organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej bieżący nadzór nad stanami magazynowymi szczepionek, wymusi jednolity system obiegu dokumentacji związanej z obrotem szczepionkami w Polsce oraz maksymalnie skróci w czasie podejmowane działania w obszarze bieżącego zużycia i rozmieszczenia preparatów szczepionkowych służących realizacji szczepień w ramach PSO. Jednocześnie umożliwi alarmowanie o wstrzymaniu i wycofaniu szczepionek z obrotu oraz o kończących się stanach magazynowych poszczególnych preparatów. Ponadto pozwoli na sprawne prowadzenie nadzoru bieżącego nad realizacją szczepień ochronnych w Polsce i monitorowaniem zużycia szczepionek kupowanych przez Ministra Zdrowia w ramach PSO.

3

Występowanie ognisk epidemicznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie kraju

Jednym z priorytetów w zakresie polityki zdrowotnej jest monitorowanie i ograniczenie zagrożeń epidemiologicznych związanych z zakażeniami występującymi w podmiotach leczniczych na terenie kraju. Nadzór nad tym zagadnieniem prowadzi pion epidemiologii Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który corocznie przeprowadza analizę sytuacji epidemiologicznej podmiotów leczniczych, w oparciu o obowiązujące akty prawne m.in. ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do wymienionej ustawy.

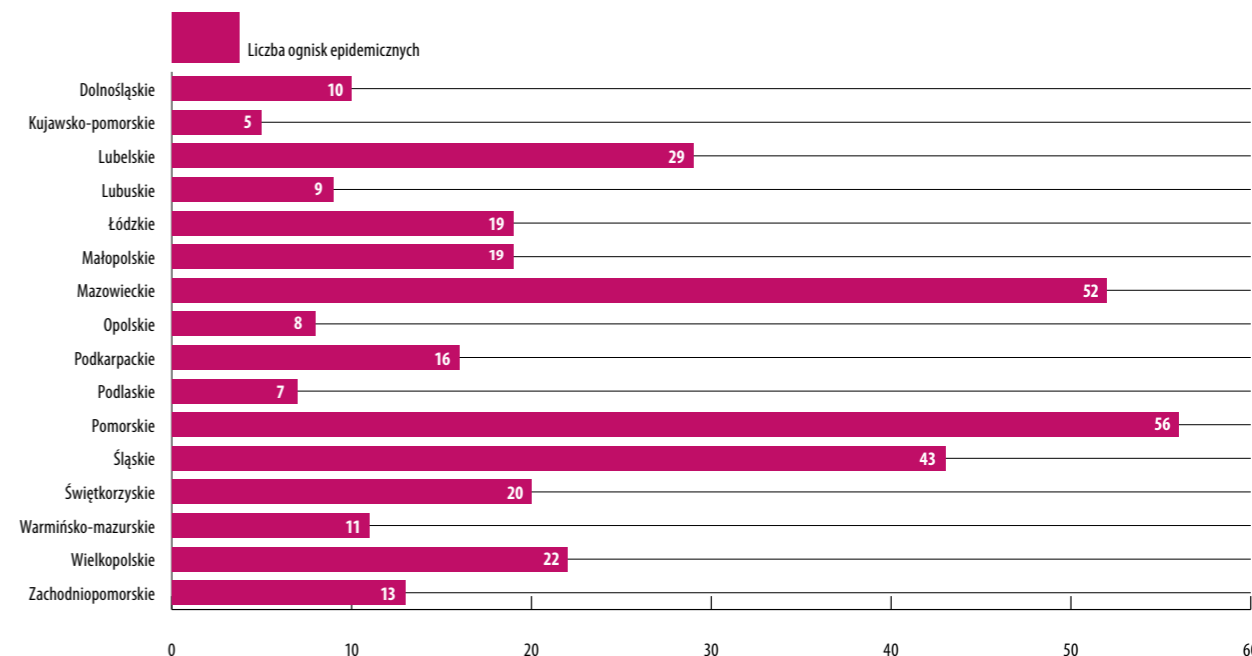
Jak wynika z przedstawionych danych (Wykres 7.) w 2011 r. do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych zgłoszono 339 ognisk epidemicznych zarejestrowanych w podmiotach leczniczych. Jest to najwyższa liczba zgłoszeń od momentu wprowadzenia obowiązku zgłaszania ognisk epidemicznych przez podmioty lecznicze tj. od 2006 r. Zgłaszalność w latach 2006 – 2011 wzrosła 3-krotnie (z 124 do 339 ognisk), co należy wiązać ze wzrastającą świadomością personelu szpitali oraz lepszą realizacją obowiązków przepisów. Z powyższych danych wynika, iż najczęściej ognisk epidemicznych zarejestrowano w województwie pomorskim, mazowieckim oraz śląskim, najmniej w województwie kujawsko-pomorskim, podlaskim, opolskim i lubuskim. Zakażeniu w tych ogniskach uległy ogółem 3 195 osób, w tym 2 902 pacjentów i 293 osoby personelu. Wśród 3 195 osób zakażonych w ogniskach epidemicznych, u 1 383 (43,3%) potwierdzono

rozpoznanie etiologii zakażenia w oparciu o przeprowadzone badania laboratoryjne, w pozostałych przypadkach rozpoznanie ogniska postawiono na podstawie objawów klinicznych. Wśród czynników etiologicznych ognisk epidemicznych w szpitalach, podobnie jak w poprzednich latach, dominowały ostre wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe, jednak ich udział w łącznej liczbie obniżył się do 44%, w szczególności obniżyła się zgłaszalność zakażeń wywołanych przez norowirusy z ok. 25% do 14%, co wymaga dalszej obserwacji, ponieważ może wynikać z niedostatecznej dostępności diagnostyki wirusologicznej, na co może wskazywać utrzymująca się wysoka wykrywalność zakażeń rotawirusowych.

W 2011 r. w stosunku do lat poprzednich zgłoszono większą liczbę ognisk epidemicznych wywołanych przez szpitalne szczepy bakteryjne, w szczególności przez *Clostridium difficile* – w 2008 r. zgłoszono 3 ogniska, co stanowiło 1,3% wszystkich zgłoszeń w 2009 r.

11 ognisk co stanowiło 4,4%, zaś w 2011 r. zgłoszono 37 ognisk co stanowi 11% wszystkich zgłoszeń. Obecnie ten patogen stał się najczęstszą przyczyną zgłaszanych ognisk epidemicznych wśród wszystkich szpitalnych drobnoustrojów bakteryjnych. Trend wzrostowy w tym zakresie jest wysoce niepokojący, odzwierciedla trudności w zwalczaniu i zapobieganiu transmisji tego drobnoustroju w środowisku szpitalnym. Problem ma jednak wymiar globalny, związany z powszechnym nadużywaniem

Wykres 7. Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w 2011 r.u.



antybiotyków, rosnącą liczbą pacjentów wymagających długotrwałej hospitalizacji, z licznymi czynnikami ryzyka zakażenia *Clostridium difficile*. Największa liczba zgłoszeń ognisk epidemicznych pochodzi z województw: mazowieckiego, lubelskiego oraz pomorskiego. W związku z rosnącym zagrożeniem epidemicznym wywołanym przez *Clostridium difficile*, tematyka zakażeń *Clostridium* poruszana była na wielu konferencjach i szkoleniach zorganizowanych w 2011 r.

W 2011 r. ukazała się monografia przygotowana w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków kierowanego przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, Panią prof. dr hab. med. Walerię Hryniewicz, pt. „*Clostridium difficile* – diagnostyka, terapia, profilaktyka”, dostępna na stronie www.antybiotyki.edu.pl.

W województwie mazowieckim została nawiązana ponadto współpraca między wojewódzkim konsultantem w dziedzinie chorób zakaźnych w zakresie monitorowania i redukcji ryzyka lekooporności oraz transmisji *Clostridium difficile* w podmiotach leczniczych. W ramach zespołu ekspertów pod patronatem Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa przygotowano wytyczne postępowania w ognisku epidemicznym, zgodnie z aktualnymi zaleceniami CDC z 2010 r.

Należy zwrócić uwagę na stabilną sytuację w zakresie innego groźnego drobnoustroju, który po raz pierwszy pojawił się w Polsce w 2009 r., tj. *Klebsiella pneumoniae* KPC. Podobnie, jak w dwóch poprzednich latach, w 2011 r. zgłoszono 5 ognisk epidemicznych wywołanych przez ten drobnoustroj, co należy uznać za potwierdzenie efektywności wdrożonych w 2010 zaleceń Krajowego Konsultanta w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, w tym zakresie.

W 2011 r. zgłoszono ponadto 4 ogniska epidemiczne grypy pandemicznej A/H1N1/v potwierdzone metodami molekularnymi

Należy podkreślić, iż dane za 2011 r. w zakresie występowania ognisk epidemicznych w podmiotach leczniczych zbierane były w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń (Dz. U. Nr 54, poz. 484). Od 1 stycznia 2012 r. obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz. 1741), w oparciu o które w kolejnych latach będą zbierane dane epidemiologiczne dotyczące występowania ognisk epidemicznych w podmiotach leczniczych.

STAN SANITARNY ZAKŁADÓW ŻYWNOSCI, ŻYWIENIA I PRZEDMIOTÓW UŻYTKU

Zakres nadzoru sanitarnego

W 2011 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 366 975 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku, w tym:

- 18 455 zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 6 029 piekarni, 3 153 ciastkarni,
- 229 149 obiektów obrotu żywnością, w tym m.in.: 148 696 sklepów spożywczych, 24 003 środki transportu żywności,
- 76 166 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 44 165 zakładów małej gastronomii,
- 36 086 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 990 bloków żywienia w szpitalach, 187 kuchni niemowlęcych, 530 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 10 253 stołówki szkolne, 9 458 stołówek w przedszkolach, 612 zakładów usług cateringowych oraz 2 984 innych zakładów żywienia,
- 3 486 wytwórni i miejsc obrotu przedmiotami użytku,
- 3 633 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami, w tym m.in. 240 zakładów produkcji i konfekcjonowania kosmetyków.

W nadzorowanych zakładach przeprowadzono 341 171 kontroli sanitarnych, w tym 32 278 kontroli interwencyjnych. Wydano 44 781 decyzje nakazujące usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 945 decyzji przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań ukarano 24 809 mandatami, na łączną kwotę 4 946 960 PLN. Porównanie stanu sanitarnego obiektów w latach 2004 – 2011 przedstawia Tabela 7.

Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że w latach 2009, 2010 i 2011 następowała nieznaczna poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu żywnością.

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

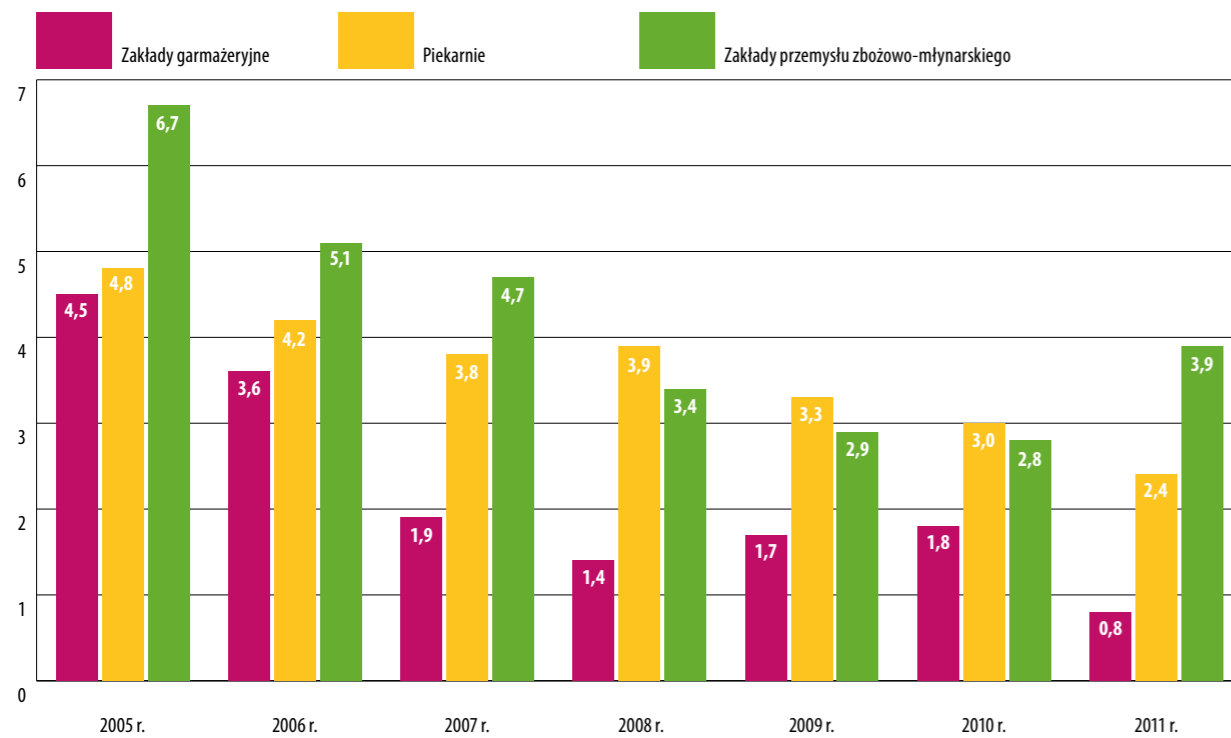
Tabela 7. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2004 – 2011.

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

Zgodnie z obowiązującym prawem żywnościowym obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności spoczywa na przedsiębiorcach branży spożywczej. Odsetek obiektów niespełniających wymagań sanitarnych w wybranych grupach obiektów w latach 2005 – 2011 przedstawia Wykres 8.

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 8., w której porównano stan sanitarny poszczególnych grup zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz środków transportu żywności w latach 2010 – 2011, odnotować należy poprawę w stosunku do 2010 r. stanu sanitarnego wytwórni naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych (o 0,9%), automatów do lodów (o 0,2%). Na pozytywne podkreślenie zasługuje fakt poprawy stanu sanitarnego piekarni o 0,6% oraz ciastkarni o 0,3%.

Wykres 8. Odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami w wybranych grupach obiektów w latach 2005 – 2011.



W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętych skontrolowano 27 990 obiektów. Pomimo poprawy ich stanu sanitarnego w stosunku do roku poprzedniego, ponownie niepokoi dyskwalifikacja 121 zakładów, co stanowi 0,55% obiektów tego typu (w 2010 r. – 0,5%), w tym m.in. 1,23% stołówek studenckich, w których w roku ubiegłym nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, 0,96% stołówek na koloniach/półkoloniach/obozach/zimowiskach (w 2010 r. – 0,85%), 0,69% stołówek w zakładach specjalnych i wychowawczych (w 2010 r. – 0,23%), 0,42% bloków żywienia w szpitalach (w 2010 r. – 0,4%). W 2011 r. skontrolowano 8 103 stołówek szkolnych, z których 34 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,5% (w 2010 r. – 0,5%).

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



Tabela 8. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w latach 2010 – 2011.

Lp.	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2010	2011	
1	Wytwórnie lodów	0,3	0,8	0,5
2	Automaty do lodów	0,6	0,4	-0,2
3	Wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	-	-
4	Piekarnie	3,0	2,4	-0,6
5	Ciastkarnie	1,3	1	-0,3
6	Przetwórnie owocowo – warzywne i grzybowe	0,3	0,8	0,5
7	Browary i słodownie	-	-	-
8	Wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	0,9	1,7	0,8
9	Wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	0,9	-	0,9
10	Zakłady garmazeryjne	1,8	0,8	-1
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	2,8	3,9	1,1
12	Wytwórnie makaronów	1,1	-	1,1
13	Wytwórnie wyrobów cukierniczych	0,6	3	2,4
14	Wytwórnie koncentratów spożywczych	-	0,7	0,7
15	Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	-	-	-
16	Wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek	-	1,9	1,9
17	Wytwórnie suplementów diety	-	-	-
18	Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwórnie substancji dodatkowych	-	-	-
20	Cukrownie	-	-	-
21	Inne wytwórnie żywności	1,4	1,5	0,1
22	Sklepy spożywcze	3,2	3,1	-0,1
23	Kioski spożywcze	1,6	2,2	0,6
24	Magazyny hurtowe	1,3	1,2	-0,1
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	1,9	2,6	0,7
26	Środki transportu	0,1	0,1	-
27	Inne obiekty obrotu żywnością	1,6	2,3	0,7
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	1,8	1,8	-
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,5	0,6	0,1
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	2,1	2,1	-
31	Wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	0,3	0,3	-
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	0,3	0,3
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	0,4	0,4	-
	34OGÓŁEM – obiekty objęte nadzorem	2,1	2,0	-0,1

Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

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

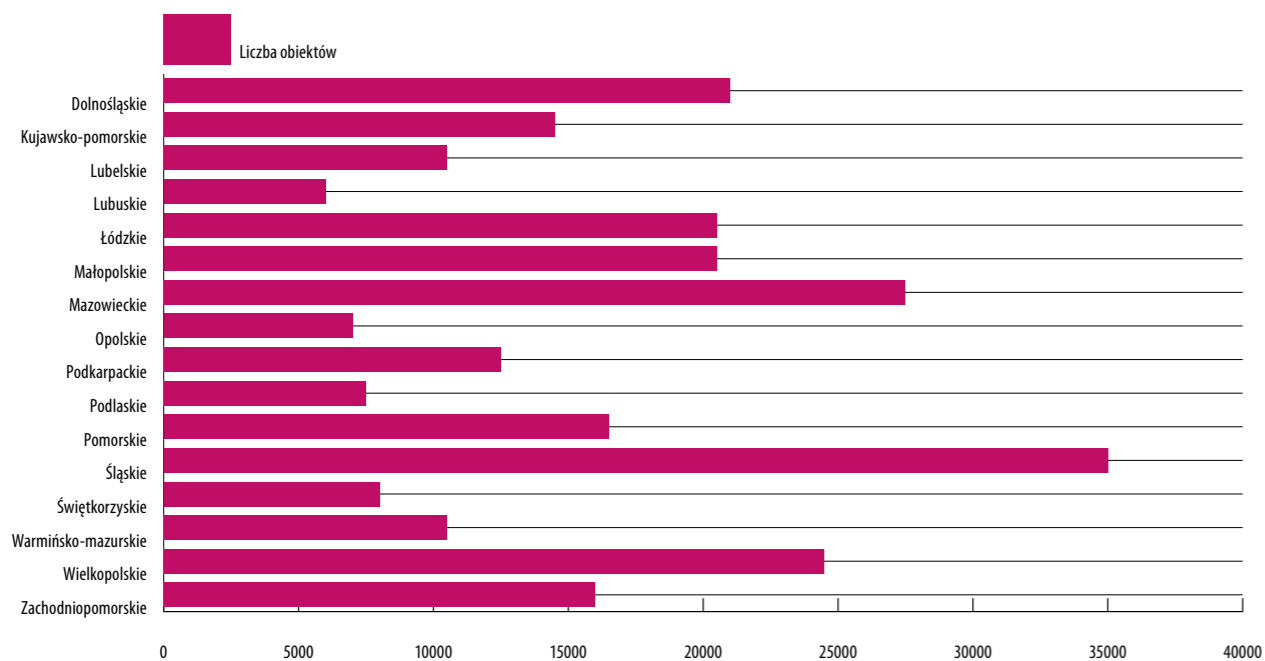
Stan sanitarny i techniczny obiektów żywności i żywienia poprawia się m.in. dzięki systematycznym i konsekwentnym kontrolom prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niektóre zakłady, szczególnie małe, mieszczące się w budynkach mieszkalnych w zwartych zabudowach miast lub w domach jednorodzinnych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

W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań oraz wdrażaniu i stosowaniu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a także wprowadzaniu systemu HACCP. (ang. Hazard Analysis and Critical Control Points) – System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli).

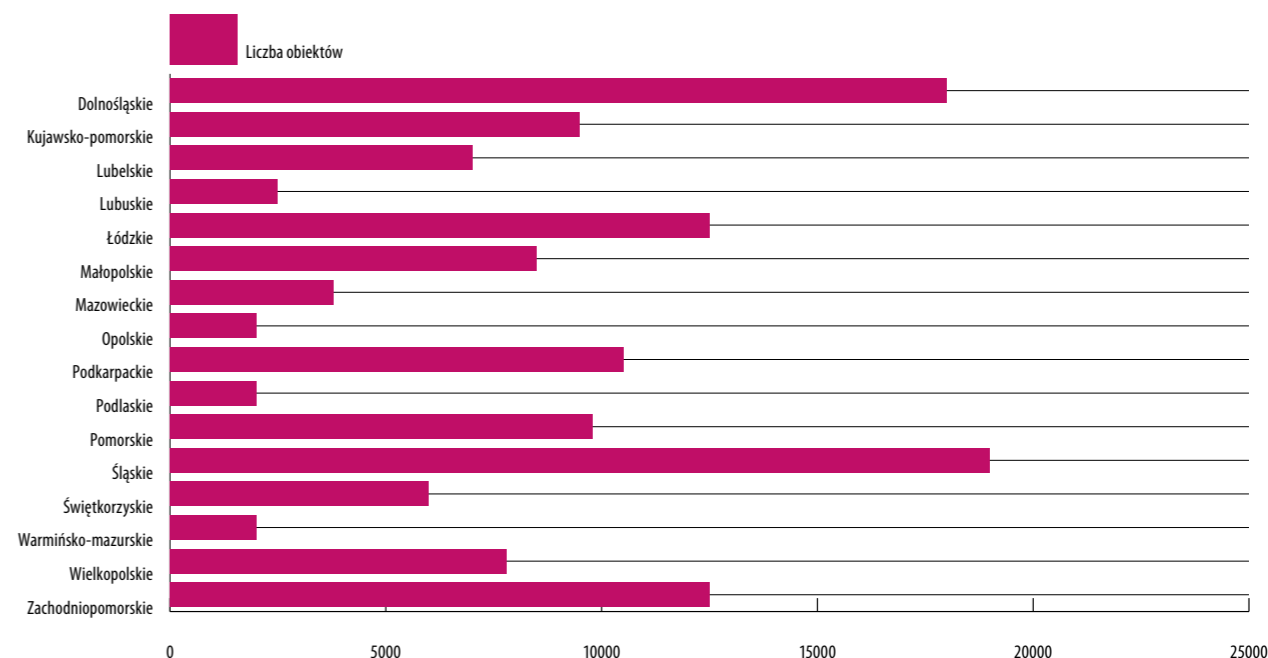
W skali całego kraju zasady GHP/GMP (z ang. Good Hygienic Practice – Dobra Praktyka Higieniczna) i GMP (z ang. Good Manufacturing Practice – Dobra Praktyka Produkcyjna) wdrożyło 256 410 zakładów, co stanowi 71% nadzorowanych obiektów żywności i żywienia w (2010 r. – 69,0%). Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji.

Wdrożenie GHP/GMP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia Wykres 9.

Wykres 9. Liczba obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP w poszczególnych województwach w 2011 r..



Wykres 10. Liczba obiektów z wdrożonym systemem HACCP w poszczególnych województwach w 2011 r..



Natomiast system HACCP wprowadziło 132 845 nadzorowanych obiektów, co stanowi 37,0% nadzorowanych obiektów żywności i żywienia (w 2010 r. – 31,8%). Najwyższy odsetek obiektów z wdrożonym systemem HACCP stwierdzono w województwach: dolnośląskim 65,65% (w 2010 r. – 54,40%), zachodnio-pomorskim 59,57% (w 2010 r. – 46,96%), podkarpackim 63,71% (w 2010 r. – 57,58%), kujawsko-pomorskim 53,91% (w 2010 r. – 46,08%), łódzkim 52,21% (w 2010 r. – 46,34%). Wdrażanie systemu HACCP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia Wykres 10.

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



Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2011 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8 506 środków transportu żywności, spośród których 2 (0,08%) oceniono jako niezgodne z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi (w 2010 r. – 0,11%).

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

Jakość zdrowotna środków spożywczych.

Tabela 9. Jakość zdrowotna środków spożywczych.

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %
2009	%	3,84	65114	3,7	7851	5,02	4188	3,63
2010	66913	3,56	56088	3,56	7456	3,66	3369	3,32
2011	70075	3,0	57373	2,9	8438	3,8	4264	3,0

W 2011 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 70 075 próbek środków spożywczych, z których 3,0% nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2010 r. – 3,56%).

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 2011 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną – w podziale na asortymenty przedstawia Tabela 10.

Tabela 10. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2011 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
		2010	2011	krajowych		UE		z importu	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Mięso, podroby i przetwory mięsne	4,06	2,46	4,06	2,41	3,13	6,25	50	-
2	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	8,47	5,35	8,46	5,31	14,29	11,11	-	-
3	Ryby, owoce morza i ich przetwory	2,13	2,36	2,07	2,64	3,55	-	1,57	2,33
4	Mleko i przetwory mleczne	4,38	4,1	4,42	4,17	2,53	1,67	-	-
5	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	3,02	2,21	3,16	2,32	3,17	3,14	1,32	0,68
6	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	2,12	2,58	2,13	2,52	1,3	5,15	2,38	6,67
7	Cukier i inne	-	0,4	-	2,78	-	33,33	-	-
8	Miód i produkty pszczelarskie	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Orzechy, w tym arachidy	1,07	1,46	4,17	16,67	-	-	1,03	1,14
10	Warzywa, w tym strączkowe	3,05	1,16	2,61	1,07	4,63	1,28	4,18	1,78
11	Owoce	1,77	1,55	1,34	1,30	2,49	2,89	2,19	1,47
12	Grzyby	14,4	2,21	11,13	2,27	-	-	65,79	-
13	Drożdże	50	-	50	-	-	-	-	-
14	Napoje alkoholowe	0,91	2,07	0,8	2,76	2,27	1,98	-	-
15	Ocet	7,92	-	5,49	-	30	-	-	-
16	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	4,29	5,94	4,34	6,01	-	1,72	-	50
17	Tłuszcze roślinne	2,47	2,29	2,53	1,47	1,54	-	-	63,64
18	Ziarna roślin oleistych	4,17	4,01	14,29	-	21,43	-	3,36	4,29
19	Koncentraty spożywcze	2,87	2,25	2,65	2,28	16,67	4,0	-	-
20	Majonezy musztardy sosy	1,38	-	1,57	-	-	-	-	-
21	Zioła, przyprawy	2,58	1,62	2,46	1,49	3,85	3,56	2,5	1,36
22	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	6,72	9,53	2,71	1,76	-	3,13	10,47	13,57
23	Wyroby garmazeryjne i kulinarne	3,74	3,05	3,78	3,07	-	1,96	-	-
24	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	2,35	2,64	2,29	2,30	2,19	3,65	6	30,77
25	Nowa żywność	-	-	-	-	-	-	-	-
26	Suplementy diety	7,83	4,79	6,52	3,67	13,04	7,32	9,60	13,04
27	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	-	0,42	-	-	-	2,63	-	-
28	Sól spożywcza i jej zamienniki	8,19	11,08	8,24	10,96	-	33,33	-	-
29	Inne środki spożywcze	5,29	4,12	5,06	3,68	20	20	-	11,11
30	Razem środki spożywcze	3,56	3,02						
31	Środki spożywcze krajowe			3,56	2,91				
32	Środki spożywcze UE					3,32	2,98		
33	Środki spożywcze z importu							3,66	3,77

Z przedstawionych powyżej danych wynika, że nastąpiła poprawa jakości żywności w grupach: mięso, podroby i przetwory mięsne; drób, podroby i produkty drobiarskie jaja i ich przetwory; mleko i przetwory mleczne; grzyby; warzywa, w tym strączkowe, zioła i przyprawy; wyroby garmażeryjne i kulinarne.

Niestety w niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: orzechy, w tym arachidy; napoje alkoholowe; wody mineralne i napoje bezalkoholowe; kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe, sól spożywcza i jej zamienniki; cukier i inne.

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

Pozytywnie należy podkreślić dalszą poprawę jakości zdrowotnej wyrobów garmażeryjnych i kulinarnych, które w latach wcześniejszych należały do produktów najbardziej zanieczyszczonych mikrobiologicznie i będących często przyczyną zatruc pokarmowych. W 2011 r. zbadano 3 243 próbki tych wyrobów, z których zakwestionowano 99 próbek, co stanowi 3,05% (w 2010 r. – 3,74%).

4.1. Znakowanie środków spożywczych

Próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2011 r. na 34 075 ocenionych próbek – zakwestionowano 789, co stanowi 2,0% (w 2010 r. – 2,56%).

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

W 2011 r., podobnie jak w latach ubiegłych, prowadzono nadzór nad obrotem grzybami i przetworami grzybowymi, w sklepach spożywczych, warzywniczych, hurtowniach oraz nad targowiskową sprzedażą grzybów świeżych i suszonych. Obrót grzybami i przetworami grzybowymi na targowiskach w większości przypadków prowadzony był prawidłowo. Szczególnym nadzorem objęte były również przetwórnictwo warzywno-grzybowe.

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

W czasie pełnienia nadzoru zwracano uwagę, czy oferowane do sprzedaży grzyby posiadały ważne atesty i były prawidłowo oznakowane.

W 2011 r. stwierdzono wyraźny spadek zatruc grzybami. W 2011 r. 32 osoby uległy zatruciu grzybami (w 2010 r. aż 80 osób), w tym najwięcej – 20 przypadków spowodowanych było spożyciem muchomora sromotnikowego (w 2010 r. aż 43). Ponadto zatrucia wywołały: 1 – piestrzenica kasztanowata, 1 – muchomor czerwony. Pozostałe, to zatrucia nieswoiste – 3 oraz 7 zatruc o nieustalonej przynależności gatunkowej grzybów.

W 2011 r. nie odnotowano żadnych zgonów wskutek spożycia grzybów (dla porównania w 2010 r. – 7 osób zmarło po spożyciu grzybów).

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwach: lubelskim – 8; lubuskim – 6; małopolskim – 4. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2011 r. wg. gatunków przedstawia Tabela 11.

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

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

W 2011 r. zbadano 597 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 4:

- 3 próbki wafli przekładanych kremem o smaku: kakaowym, orzechowym i śmietankowym – ze względu na złe znakowanie produktu,
- 1 próbkę makaronu ryżowego – ze względu na obecność DNA ryżu LL601.

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

Tabela 11. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2011 r.

Gatunek grzybów	Miesiące												Liczba				
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Ognisk	Zachorowań	Osób hospitalizowanych	Zgonów	
Zatrucia cytotropowe																	
Muchomor sromotnikowy							1	16	3				11	20	20		
Piesterzenica kasztanowata					1								1	1	1		-
Zatrucia neurotropowe																	
Muchomor czerwony						1							1	1	1		-
O działaniu gastrycznym													-	-	-		-
Zatrucia nieswoiste							1	1		1			3	3	3		-
Zatrucia gat. Grzybów o nieustalonej przynależności		1				1	1		2	2			6	7	7		-
RAZEM		1			1	1	3	18	5	3			22	32	32		-

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

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

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

- 384 powiadomienia dotyczące niezgodności wykrytych podczas kontroli urzędowej w kraju (2010 r. – 219, 2009 r. – 248, 2008 r. – 292, 2007 r. – 257, 2006 r. – 193, 2005 r. – 102, 2004 r. – 137, 2003 r. – 76), w tym 73 przekazane powiadomienia nie klasyfikowały się do systemu RASFF – produkty nie stwarzały bezpośredniego lub pośredniego zagrożenia;
- 136 powiadomień z Komisji Europejskiej dotyczących produktów niebezpiecznych pochodzących z Polski lub dystrybuowanych do kraju (2010 r. – 111, 2009 r. – 123, 2008 r. – 111, 2007 r. – 104, 2006 r. – 93, 2005 r. – 87, 2004 r. – 42, 2003 r. – 13), w tym jedno powiadomienie wycofane po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego.

W podziale zagrożeń na: zagrożenia chemiczne, mikrobiologiczne i fizyczne, do najczęściej występujących rodzajów zagrożeń zgłoszonych do systemu RASFF w 2011 r. należały chemiczne zanieczyszczenia żywności (206 zgłoszeń – 139 z kraju oraz 67 z KE).

Krajowy Punkt Kontaktowy RASFF otrzymał 218 powiadomień informacyjnych, 144 powiadomienia o odrzuceniu na granicy oraz 137 powiadomień alarmowych. 428 powiadomień dotyczyło żywności, 56 powiadomień dotyczyło materiałów do kontaktu z żywnością oraz 36 powiadomień dotyczyło paszy.

Najczęściej występujące kategorie zagrożeń wśród powiadomień krajowych oraz powiadomień z Komisji Europejskiej

Najwięcej powiadomień zgłoszonych do Krajowego Punktu Kontaktowego (KPK) RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (GIS) przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce oraz inne państwa członkowskie działające w systemie RASFF, dotyczących niebezpiecznej żywności i pasz pochodzących z Polski lub dostarczonych na teren kraju, odnosiło się do wykrytych patogennych mikroorganizmów. KPK otrzymał 110 powiadomień, w tym 50 powiadomień dotyczących wykrycia bakterii *Listeria monocytogenes*, 45 powiadomień dotyczących wykrycia bakterii *Salmonella* oraz 6 powiadomień dotyczących wykrycia chorobotwórczych szczepów

bakterii *Escherichia coli*. Bakterie *Listeria monocytogenes* izolowano z ryb i produktów rybnych, głównie wędzonego łososia. Bakterie *Salmonella* wykrywano w mięsie i produktach mięsnych, drobiu oraz materiałach paszowych. Chorobotwórcze szczepy bakterii *Escherichia coli* obecne były w mięsie i produktach mięsnych, produktach mlecznych, maźkach oraz nasionach kozieradki.

Kolejną znaczącą kategorię zagrożeń zgłaszanych do KPK RASFF w GIS stanowiły ciała obce. Wpłynęło 99 powiadomień, z czego 81 – stanowiły powiadomienia o odrzuceniu na granicy nasion rzepaku, importowanych głównie z Ukrainy, ze względu na obecność szkodników (rozkruszków).

Znaczna część powiadomień została zgłoszona do KPK RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym z uwagi na wykrycie zmian organoleptycznych w produktach. Najwięcej powiadomień dotyczyło zmian organoleptycznych wykrywanych w wodzie, po jej zagotowaniu w czajnikach elektrycznych (17 powiadomień). Zmiany organoleptyczne stwierdzane były również w materiałach paszowych, owocach i warzywach, zbożach i produktach piekarniczych oraz produktach mlecznych.

Ponadto do KPK RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym przekazano:

- 35 powiadomień – z uwagi na wykrycie przekroczenia najwyższych dopuszczalnych poziomów pozostałości pestycydów, głównie w owocach i warzywach. Z tej liczby, 17 powiadomień nie zostało przyjętych do systemu RASFF ze względu na wnioski z ocen ryzyka prowadzonych przez ekspertów, w których wskazywano na brak zagrożenia dla zdrowia konsumentów. Stosowne działania były podejmowane poza systemem RASFF.
- 32 powiadomienia – ze względu na wykrycie migracji substancji szkodliwych dla zdrowia. Wykrywano głównie migrację formaldehydu, ołowiu, kadmu, pierwszorzędowych amin aromatycznych oraz chromu z materiałów do kontaktu z żywnością.
- 31 powiadomień – dotyczyło wykrycia niedopuszczalnych poziomów mikotoksyn (przede wszystkim aflatoksyn, ochratoksyny A oraz deoksyniwalenolu) w orzechach, owocach i warzywach, zbożach i produktach piekarniczych oraz ziołach i przyprawach.
- 31 powiadomień – z uwagi na wykrycie zanieczyszczeń chemicznych. Do tej kategorii zagrożeń zaliczono m.in. wykrywane podwyższone poziomy dioksyn i dioksynopodobnych polichlorowanych bifenyli w materiałach paszowych i jajach, 3-monochloropropano-1,2-diolu (3-MCPD) w kostkach rosołowych, benzo(a)pirenu w olejach i tłuszczach,

akryloamidu w krakersach i chipsach, bisfenolu A w butelce dla niemowląt oraz tlenku węgla w filetach rybnych z tilapii.

- 22 powiadomienia – ze względu na stwierdzenie obecności metali ciężkich na poziomie przekraczającym maksymalny dopuszczalny poziom. Metale ciężkie wykrywano głównie w grzybach suszonych, materiałach i dodatkach paszowych, mięsie koriskim, głowonogach, rybach.
- 17 powiadomień – dotyczyło wykrycia substancji dodatkowych w ilości przekraczającej maksymalny dopuszczalny poziom. Najczęściej zgłaszanymi zagrożeniami były substancje dodatkowe: kwas sorbowy, kwas benzoesowy, sacharyna, barwniki w takich produktach jak: przetwory warzywne, owoce suszone, wyroby cukiernicze, produkty rybne.
- Do kategorii niedopuszczalny/nieautoryzowany składnik (14 powiadomień) zaliczono przede wszystkim wykrycie substancji dodatkowych niedopuszczalnych do stosowania w produkcji przetworów owocowych i warzywnych.
- 13 powiadomień – ze względu na wykrycie zagrożeń zaliczanych do kategorii inne zagrożenia. Były to głównie powiadomienia o odrzuceniu na granicy ryb i produktów rybnych, tłuszczów i olejów oraz orzechów ze względu na brak zatwierdzenia firmy do eksportu, nieprawidłowości w dokumentacji importowej oraz nieodpowiedni środek transportu.
- 12 powiadomień – dotyczyło wykrycia niedopuszczalnych pozostałości leków weterynaryjnych w takich produktach jak premiksy paszowe, mięso i produkty mięsne, jaja.
- 8 powiadomień – ze względu na wykrycie substancji alergenny: glutenu, dwutlenku siarki, białka mleka w zupach instant, żywności gotowej do spożycia, pasztecie.
- 8 powiadomień – ze względu na niekompletne oznakowanie produktów. Dotyczyło to głównie importowanych filetów rybnych.

Ponadto pojedyncze powiadomienia przekazane do KPK RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym dotyczyły zafałszowania paszy, karmy dla psów, papryki w proszku, miodu, mleka w proszku oraz obecności pasożytów – nicieni w rybach i produktach rybnych.

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

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

5

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

W 2011 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 5,34% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2010 r. – 5,31%), w tym produkcji krajowej – 4,27% (w 2010 r. – 2,33%), wyprodukowanych w UE – 0,79% (w 2010 r. – 1,9%) oraz z importu – 6,37% (w 2010 r. – 8,98%).

Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wynosił 1,37% (w 2010 r. – 1,68%), w tym produkcji krajowej – 1,49% (w 2010 r. – 1,66%), wyprodukowanych w UE – nie kwestionowano (w 2010 r. – 1,4%) oraz z importu – 4,17% (w 2010 r. również – 4,17%).

W 2011 r. w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały 30 powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów.

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

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

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2011 r. przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2011 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
		2010	2011	krajowych		UE		z importu	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	0,96	1,78	0,91	1,04	-	-	1,96	3,13
2	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	6,49	5,78	3,21	5,21	2,33	0,85	9,4	6,59
3	Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	5,31	5,34	2,33	4,27	1,9	0,79	8,98	6,37
4	Kosmetyki	1,68	1,37	1,66	1,49	1,4	-	4,17	4,17

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

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

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

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

Należy podkreślić, że wzrasta liczba obiektów korzystających z usług cateringowych. W 2011 r. – organy PIS nadzorowały 612 zakładów usług cateringowych (w 2010 r. – 441, w 2009 r. – 311, w 2008 r. – 242, w 2007 r. – 166), które dostarczały posiłki do 6 162 obiektów (w 2010 r. – 5 107, w 2009 r. – 4 257, w 2008 r. – 3 421, w 2007 r. – 2 541), w tym: do 521 szpitali (w 2010 r. – 437, w 2009 r. – 413, w 2008 r. – 363, w 2007 r. – 337), do 38 sanatoriów (w 2010 r. – 33, w 2009 r. – 30, w 2008 r. – 19, w 2007 r. – 20), do 276 domów opieki społecznej (w 2010 r. – 323, w 2009 r. – 265, w 2008 r. – 243, w 2007 r. – 206), do 3 068 szkół (w 2010 r. – 2 706, w 2009 r. – 2 476, w 2008 r. – 2 155, w 2007 r. – 1 630) oraz do 2 259 przedszkoli (w 2010 r. – 1 608, w 2009 r. – 1 073, w 2008 r. – 641, w 2007 r. – 348).

W 2011 r. oceniono sposób żywienia w 6 670 zakładach żywienia zbiorowego stwierdzając następujące nieprawidłowości:

- wady jadłospisów i racji pokarmowych – w 15,07% próbek zbadanych teoretycznie (w 2010 r. – 16,64%),
- niewłaściwa wartość energetyczna oraz składniki pokarmowe, co stwierdzono w 57,08% próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2010 r. – 52,36%).

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w zakresie sporządzania jadłospisów w 2011 r. były:

- zbyt niska podaż mleka i przetworów mlecznych (także fermentowanych tj. kefir, jogurt), co powodowało niedobory wapnia w diecie,
- brak lub bardzo mało dodatków owocowo-warzywnych w diecie,
- monotoność w stosowaniu warzyw jako dodatków,
- zbyt duży udział w posiłkach słodczy, np. krem czekoladowy jako dodatek do chleba,
- brak w posiłkach produktów stanowiących źródło pełnowartościowego białka zwierzęcego.
- małe urozmaicenie posiłków z niewielkim udziałem ryb,
- niski udział produktów o wysokiej zawartości węglowodanów złożonych, produktów wysokobłonnikowych, tj. pieczywa ciemnego, kasz, warzyw strączkowych suchych,
- włączanie do diety produktów o niższej wartości odżywczej (mielonki, salcesony, parówki, pasztety).

Podsumowanie

Stan sanitarny ogółu nadzorowanych obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w 2011 r. uległ nieznacznej poprawie w stosunku roku ubiegłego oraz do niskiego poziomu lat poprzednich. Poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji żywności osiągnięta jest poprzez modernizację obiektów oraz przez wprowadzanie systemów zapewnienia jakości.

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

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



ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

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

Zgodnie z ustawą o Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2011 r. zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych m. in. w sprawie:

1. projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, projektów planów zagospodarowania przestrzennego województw, a także innych planów i dokumentów (np.: studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, programów i strategii),
2. planowanych przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko na etapie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
3. dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
4. zgód, opinii i uzgodnień wynikających z przepisów dotyczących warunków technicznych budynków, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych przepisów,
5. obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ,
6. nowych procesów technologicznych np. uzdatniania wody.

Dokonywana ocena pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczyła takich przedsięwzięć inwestycyjnych, jak np. obiekty handlowe, przemysłowe i usługowe, stacje bazowe telefonii komórkowej, obiekty turystyczne, w tym hotele, pensjonaty, obiekty wychowania i nauczania (szkoły, przedszkola), obiekty ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie, apteki, pomieszczenia indywidualnej i grupowej praktyki lekarskiej, itp.), drogi, oczyszczalnie ścieków, zakłady unieszkodliwiania odpadów, linie elektroenergetyczne, stacje paliw, w tym przedsięwzięć realizowanych w związku z organizacją turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działając w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego m. in. na podstawie ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. Nr 199, poz. 1227, z późn. zm.), w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dokonywały:

1. uzgodnień dotyczących zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko projektów dokumentów strategicznych tj., koncepcje, plany, programy i strategie,
2. uzgodnień dotyczących odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko,
3. oceny projektów wymienionych w pkt 1 dokumentów wraz z prognozą oddziaływania na środowisko.

W ramach postępowania dotyczącego oceny oddziaływania przedsięwzięć kwalifikowanych do mogących znacząco oddziaływać na środowisko, na podstawie ustawy z dnia 3 października 2008 r.: o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowiska:

- w sprawie obowiązku przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko,
- w sprawie zakresu raportu o oddziaływaniu na środowisko,
- przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach,
- inne wynikające z w/w ustawy.

W procesie inwestycyjnym, na etapie projektowania obiektów budowlanych, w tym uzyskiwania decyzji o pozwoleniu na budowę, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uzgadniały projekty budowlanych inwestycji. W zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego nadzór sprawowali rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych, działający na podstawie uprawnień nadanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Uprawnienia rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych dotyczyły tylko uzgadniania dokumentacji projektowej.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały również stanowiska dotyczące odstępstw od przepisów, wydawane w formie zgód, uzgodnień i opinii na podstawie przepisów prawa w sprawie warunków technicznych, bezpieczeństwa i higieny pracy. Stanowiska dotyczy m. in. takich zagadnień jak: obniżenie wysokości pomieszczeń, zagłębienie poniżej terenu oraz oświetlenia wyłącznie światłem sztucznym pomieszczeń przeznaczonych na pobyt dzienny ludzi.

Odnosiły się również do zastosowania recyrkulacji powietrza w zakładach opieki zdrowotnej, usytuowania wyrzutni powietrza instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych, a także odległości lokalizowania zbiorników na nieczystości ciekłe, miejsc na kontenery na odpady stałe, otwartych zbiorników na płynne odpady zwierzęce, w stosunku do innych obiektów budowlanych.

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

- oddzieleniem obszarów przeznaczonych pod budownictwo mieszkaniowe od obszarów przemysłowych, w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania zabudowy przemysłowej na otoczenie,
- zapewnieniem właściwej gospodarki wodno-ściekowej, w tym zaopatrzenie ludności w wodę do picia o odpowiedniej jakości i ilości,
- prawidłowym usuwaniem, gromadzeniem i unieszkodliwianiem odpadów (w tym szczególnie niebezpiecznych) w sposób, który nie zagraża życiu i zdrowiu ludzi,
- zabezpieczeniem ludzi przed uciążliwością związaną z hałasem (lotniska, miejska komunikacja, zakłady usługowe, przemysłowe, itp.) poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań technicznych, takich jak np. ekrany akustyczne czy okna o podwyższonej izolacyjności akustycznej i inne,
- ochroną ludzi przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym oraz jonizującym poprzez zastosowanie np. odpowiednich osłon,
- zabezpieczeniem ludzi przed wpływem zanieczyszczeń emitowanych do powietrza przez uciążliwe zakłady poprzez zastosowanie odpowiednich urządzeń, takich jak emitory i urządzenia pochłaniające substancje szkodliwe dla zdrowia,
- zagwarantowaniem odpowiednich pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków pobytu ludzi w budynkach, w odniesieniu do funkcji pomieszczenia, poprzez zapewnienie w nich m. in. właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (w tym: wielkości wymiany powietrza, jego czystości, temperatury, wilgotności), a także bezpiecznych pod względem zdrowotnym materiałów budowlanych i innych warunków sanitarnohigienicznych,
- zapewnieniem odpowiednich warunków higienicznych i zdrowotnych pracy osobom zatrudnionym w zakładach pracy, biorąc pod uwagę np. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wydały w 2011 r.:

- 138 447 zgody, uzgodnień i opinii sanitarnych, tj. ok. 1% więcej niż w 2010 r. (2010 r. – 137 152), w tym pozytywnych 104 183, tj. ok. 3% więcej niż w 2010 r. (2010 r. – 101 067) ;
- 8511 stanowisk w sprawie projektów dokumentów w ramach strategicznych ocen oddziaływania na środowisko, tj. ok. 7% więcej niż w 2010 r. (w 2010 r. – 7 956),
- 1 7288 opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko tj. o ok. 15% mniej niż w 2010 r. (w 2010 r. – 20 258),
- 12 330 uzgodnień dokumentacji projektowych inwestycji, tj. o ok. 5% mniej niż w 2010 r. (2010 r. – 12 955), w tym pozytywnych 11 932 tj. ok. 6% mniej niż w 2010 r. (2010 r. – 12 684),
- 45 885 decyzji administracyjnych, w tym zgód na odstąpienie od przepisów określających warunki techniczne, jakie muszą spełniać budynki oraz na odstąpienie od przepisów określających wymogi bezpieczeństwa i higieny pracy w przypadku zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego i inne, tj. zaledwie 0,45% więcej niż w 2010 r. (2010 r. – 45 675),
- 25 897 stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych, skontrolowały pod względem sanitarnohigienicznym nowe inwestycje tj. ok. 9% więcej niż w 2010 r. (w 2010 r. – 23 676), wydając w tym zakresie stosowne opinie lub decyzje, w tym pozytywnych 25 165, tj. ok. 7% więcej niż w 2010 r. (w 2010 r. – 23 473), a także w 45 przypadkach (w 2010 – 47) zgłoszone zostały sprzeczności wobec dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania,

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego dokonały ogółem 30 283 kontroli i wizji lokalnych, tj. ok 7% mniej niż w 2010 r. (2010 r. – 32 484), w tym obiektów w trakcie budowy – 1 747, tj. ok. 28% mniej niż w 2010 r. (w 2010 r. – 2 418).

Liczba wydanych w 2011 r. przez rzeczoznawców ds. sanitarnohigienicznych uzgodnień dokumentacji projektowej wyniosła, 41 984 tj. o ok. 2% mniej niż w 2010 r. (w 2010 r. – 42 983), w tym 39 609 pozytywnych tj. o ok. 8% mniej niż w 2010 r. (2010 r. – 42 977).

Podsumowanie

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

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

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

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

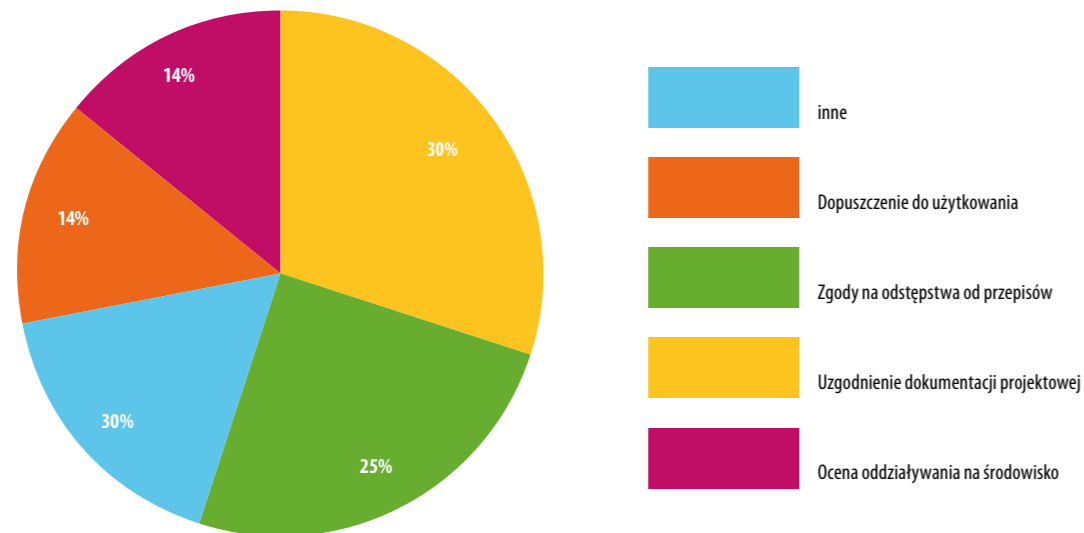
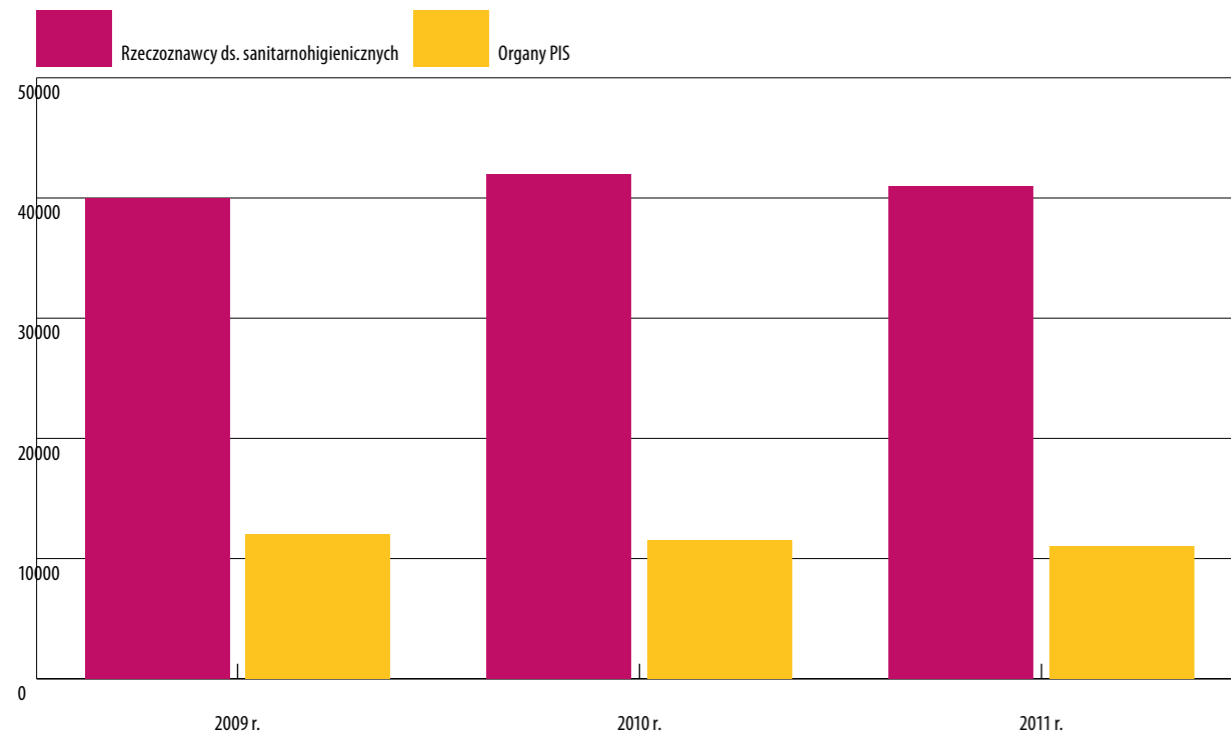
W 2011 r. ogólna liczba stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez Państwową Inspekcję Sanitarną kształtowała się na poziomie 180 tys. i była zbliżona do liczby stanowisk zajętych w 2010 r.. Na tym samym poziomie utrzymała się liczba wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgód, uzgodnień i opinii sanitarnych, a także decyzji administracyjnych w zakresie merytorycznie załatwianych spraw, w tym zgód na odstąpienie od przepisów warunków technicznych i bezpieczeństwa oraz higieny pracy.

Liczba stanowisk zajętych w sprawie projektów dokumentów w ramach strategicznych ocen oddziaływania na środowisko wzrosła o ok. 7% w stosunku do 2010 r. Stanowiska zajmowane w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu obiektów budowlanych do użytkowania wzrosły o 9%. Liczba kontroli i wizji lokalnych, w tym obiektów w trakcie budowy, w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zmalała o 7% w stosunku do 2010 r.. Podobnie jak w roku ubiegłym zanotowano spadek liczby opinii wydawanych w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko o 15%.

Odnotowano niewielki spadek ok. 2% ogólnej liczby uzgodnień dokumentacji projektowych dokonywanych przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych w stosunku do 2010 r. oraz ok. 5% spadek ogólnej liczby uzgodnień dokumentacji projektowej dokonanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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

Wykres 11. Liczba uzgodnień dokumentacji projektowej / Struktura stanowisk wydanych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2011 r.



STAN SANITARNY PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

Informacje ogólne

1

Kontrolę stanu sanitarnego w 2011 r. przeprowadzono w 39 946 obiektach opieki zdrowotnej, czyli w (52%) spośród 76 413 ujętych w ewidencji.

Kontrole objęły:

- zakłady opieki zdrowotnej stanowiące najliczniejszą grupę obiektów będących pod nadzorem sanitarnym – skontrolowano 19 015 (71%) obiektów spośród 26 862 ujętych w ewidencji;
- praktyki lekarskie i pielęgniarskie, w tym:
 - indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2 113 obiektów (28%) spośród 7 465 ujętych w ewidencji;
 - indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 5 689 obiektów (31%) spośród 18 446 ujętych w ewidencji;
 - grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 228 obiektów (66%) spośród 346 ujętych w ewidencji;
 - indywidualne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 7 292 obiektów (59%) spośród 12 417 ujętych w ewidencji;

- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 3 381 obiektów (51%) spośród 6 649 ujętych w ewidencji;
- grupowe praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 252 obiekty (60%) spośród 418 ujętych w ewidencji;
- indywidualne praktyki pielęgniarek – skontrolowano 665 obiektów (46%) spośród 1 437 ujętych w ewidencji;
- indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek – skontrolowano 144 obiekty (64%) spośród 224 ujętych w ewidencji;
- grupowe praktyki pielęgniarek – skontrolowano 236 obiektów (49%) spośród 478 ujętych w ewidencji;
- obiekty nie będące zakładami opieki zdrowotnej, prowadzące działalność leczniczą – skontrolowano 931 obiektów (56%) spośród 1 671 ujętych w ewidencji.

Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej

2

2.1. Zakłady opieki zdrowotnej ogółem

Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 19 015 obiektach tej grupy, co stanowiło 71% ujętych w ewidencji. Była to najliczniejsza grupa skontrolowanych obiektów, stanowiąca blisko połowę ogółu placówek ochrony zdrowia objętych nadzorem sanitarnym. Liczba obiektów, w których przeprowadzono kontrolę zmniejszyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym o 78 placówek.

Ogólna ocena stanu sanitarnego skontrolowanych obiektów była zbliżona do stwierdzonej w latach poprzednich. Stan sanitarny oceniono negatywnie w 478 obiektach, co stanowiło 2,6% ogółu skontrolowanych w tej grupie. Wskaźnik ten zmalał w porównaniu z rokiem poprzednim.

Do zakładów opieki zdrowotnej należą zarówno zakłady lecznictwa zamkniętego, jak i otwartego. Pierwsza z grup obejmuje szpitale publiczne i niepubliczne, szpitale uzdrowiskowe, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria i prewentoria, hospicja stacjonarne. W grupie zakładów lecznictwa otwartego przeważają przychodnie z poradniami specjalistycznymi, gabinetami diagnostycznymi, pracowniami protetyki i ortodontji oraz zakładami rehabilitacji leczniczej.

2.2. Szpitale

Szpitale należały do obiektów, które były objęte przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzmożonym nadzorem sanitarnym. W 2011 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono ogółem w 847 szpitalach spośród 895 wykazanych w ewidencji (95%), a więc kontroli poddano prawie wszystkie. Za niedostateczny uznano stan sanitarny w 175 skontrolowanych obiektach,

co stanowiło 21% objętych kontrolą szpitali. Nastąpiła poprawa stanu sanitarnego szpitali w porównaniu do roku ubiegłego, kiedy to negatywną ocenę sanitarną wystawiono 194 obiektom szpitalnym.

2.2.1. Stan techniczny i funkcjonalny szpitali

Dostosowanie szpitali do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r., w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158) następuje powoli.

Trudności w dostosowaniu części szpitali do wymagań określonych w przepisach w dużej mierze wynikały z faktu, że nadal wiele z nich mieściło się w starych budynkach, często o pierwotnie innym przeznaczeniu i jedynie adaptowanych na budynki szpitalne. Związane to było z brakiem funkcjonalności pomieszczeń oraz bardzo ograniczonymi możliwościami technicznymi do przeprowadzenia niezbędnych prac remontowych i modernizacyjnych. Mniejsze trudności w dostosowaniu do wymogów rozporządzenia wystąpiły w przypadku nowych szpitali, w których specyficzne wymagania dla tego typu obiektów uwzględnione były już na etapie ich projektowania i budowania.

Pomimo prowadzonych w wielu obiektach szpitalnych prac remontowych, zastrzeżenia dotyczące stanu sanitarno-technicznego były bardzo liczne i były przedmiotem negatywnej oceny sanitarnej. Do najczęściej odnotowanych uchybień w tym zakresie należały: niewłaściwy stan techniczny ścian, sufitów i podłóg w salach chorych, korytarzach, blokach operacyjnych, laboratoriach, pomieszczeniach pralni, ubytki w okładzinach ceramicznych na ścianach i w posadzkach, brak cokołów przy podłogach, ściany przy umywalkach nie pokryte materiałem zmywalnym i nieniasiękliwym do wymaganej wysokości, brak pojemników z mydłem i ręczników jednorazowych przy umywalkach, zniszczona stolarka drzwiowa i okienna, brak węzłów sanitarnych przy salach chorych, zbyt mała powierzchnia sal chorych, zniszczone łóżka w salach chorych, niedostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, zniszczona armatura sanitarna, uszkodzone grzejniki ze śladami rdzy, niewłaściwie zamontowane grzejniki utrudniające ich prawidłowe czyszczenie, brak wydzielonych brudowników i składników porządkowych lub niewłaściwe ich wyposażenie, brak lub niewystarczająca ilość wózków z zamykaną przestrzenią ładunkową do przewożenia brudnej bielizny i odpadów medycznych, zły stan pomieszczeń do przechowywania odpadów medycznych (brak doprowadzenia wody, ubytki w powierzchni ścian, sufitów i posadzek, niesprawna wentylacja),

niewystarczająca ilość urządzeń dźwigowych, brak podjazdów dla karettek, brak wydzielonych pomieszczeń sanitarnych dla personelu.

Ponadto zastrzeżenia dotyczyły zbyt małej powierzchni pomieszczeń, braku oddzielnych dróg transportu materiałów czystych i brudnych oraz odpadów medycznych, zwłaszcza w pralniach, ciągach komunikacyjnych, braku klimatyzacji, braku wentylacji mechanicznej, braku filtrów powietrza, braku antyelektrostatycznych wykładzin podłogowych, braku rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę lub nieodpowiedniej jakości wody z tego ujęcia, braku właściwego połączenia styku cokołów z podłogą w pomieszczeniach wymagających zachowania aseptyki, braku lub zbyt małej ilości śluz fartuchowo-umywalkowych, braku węzłów sanitarnych dla personelu bloków operacyjnych, wyeksploatowanego lub nieodpowiedniego wyposażenia sal operacyjnych i gabinetów zabiegowych.

2.2.2. Bieżący stan czystości i porządku

Utrzymanie należytego stanu czystości bieżącej w oddziałach szpitalnych w większości obiektów należało do obowiązków pracowników szpitala, ale było także zlecane firmom zewnętrznym. Większość szpitali posiadała opracowane i wdrożone procedury sprzątnięcia i zachowania czystości. W przeważającej części szpitali zaopatrzenie w sprzęt myjący i środki myjąco-czyszczące było prawidłowe, a ich oznakowanie i przechowywanie nie budziło zastrzeżeń. Sprzęt stosowany do mycia, w tym wózki dwukomorowe z odciśkaczem i mopy bawełniane, był oznakowany i stosowany zgodnie z podziałem na strefy czystości mikrobiologicznej. Oddzielne i oznakowane mopy stosowane były do mycia i do dezynfekcji. Po każdorazowym użyciu były one umieszczane w workach i przesyłane do prania.

W większości skontrolowanych szpitali utrzymany był należyty stan czystości bieżącej. Drobne uchybienia z tego zakresu były korygowane doraźnie w trakcie kontroli.

2.2.3. Gospodarka bielizną szpitalną i pralnictwo

Zasady postępowania z bielizną szpitalną określały opracowane procedury, stosowane w poszczególnych oddziałach. Brudna bielizna była pakowana przy łóżku chorego w worki foliowe, a następnie w worki płócienne lub brezentowe. Bielizna mająca kontakt z materiałem zakaźnym była poddawana dezynfekcji w oddziałach, po czym pakowana w podwójne, odpowiednio oznakowane worki foliowe. Następnie transportowana była ręcznie lub specjalnie przeznaczonym do tego celu wózkiem do pralni szpitalnej lub do magazynu bielizny brudnej, skąd przekazywana

była do pralni. Magazyny przeważnie znajdowały się w pomieszczeniach po byłych pralniach, skąd bielizna była odbierana przez specjalistyczne firmy, świadczące usługi pralnicze. W niektórych szpitalach brudna bielizna przekazywana była bezpośrednio z oddziału do środka transportu, przewożącego ją do pralni zewnętrznej.

Bielizna czysta, zwykle pakowana w foliowe worki, wkładane następnie w ochronny worek foliowy, składowana była w magazynie bielizny czystej, skąd docierała na oddziały, lub trafiała od razu na oddział, gdzie zewnętrzny worek ochronny był usuwany, a bielizna była składana w wydzielonych pomieszczeniach lub zamykanych szafach, przeznaczonych do przechowywania bielizny czystej. Bielizna noworodków i małych dzieci była transportowana oddzielnie i prana w oddzielnych pralnicach, a następnie sterylizowana w centralnej sterylizatorni lub pralni.

Przeprowadzone w 2011 r. kontrole sanitarne obiektów szpitalnych wykazały, że, podobnie jak w latach poprzednich, kolejne szpitale zaprzestały eksploatacji pralni mieszczących się w ich własnych obiektach. Większość szpitali nie posiadała własnych pralni, lecz zlecała pranie bielizny wyspecjalizowanym firmom, dysponującym pralniami z barierą sanitarną i w pełni zautomatyzowanymi.

Firmy wykonujące pranie bielizny szpitalnej, aby uniknąć jej wtórego zanieczyszczenia, powinny mieć zapewnioną barierę higieniczną, gwarantującą całkowity rozdział strefy brudnej i czystej uniemożliwiającą zetknięcie się bielizny brudnej i czystej oraz pracowników obu tych stref. Rozwiązanie takie jednak wprowadziła na razie niewielka część pralni, głównie dużych i nowoczesnych pralni zewnętrznych oraz pralni szpitalnych po modernizacji. Pozostałe pralnie działały w układzie tradycyjnym.

Najczęstsze nieprawidłowości, związane z obrotem bielizną szpitalną i stanem pralni polegały na: krzyżowaniu się dróg bielizny czystej i brudnej, braku przelotowych urządzeń pralniczych, niewłaściwej organizacji magazynu brudnej bielizny, złym stanie technicznym ścian i sufitów w magazynie brudnej bielizny i pomieszczeniach pralniczych, braku sanitariatów dla personelu w strefie brudnej i czystej pralni, niedostatecznej wentylacji pomieszczeń pralni, wyeksploatowanym sprzęcie pralniczym.

Gospodarka odpadami stałymi, w tym medycznymi

Niemal wszystkie skontrolowane szpitale posiadały opracowane i zatwierdzone programy postępowania z odpadami, jak również zezwolenia na wytwarzanie, składowanie, transport i zbieranie odpadów powstających w wyniku działalności służb medycznych. Zgodnie z przewidzianymi w nich procedurami, odpady segregowano w miejscu ich powstawania, gromadząc wykorzystany jednorazowy sprzęt medyczny o ostrych zakończeniach (igły, wenflony) w pojemnikach o sztywnych ścianach. Pozostałe odpady natomiast magazynowano w oznakowanych pojemnikach z wkładami foliowymi o kodzie kolorystycznym, ułatwiającym segregację. Odpady medyczne do czasu przekazania ich do spalarni przechowywano w wydzielonych do tego celu pomieszczeniach. Do transportu odpadów medycznych wykorzystywano przeznaczone wyłącznie do tego celu, szczelnie zamykane wózki. Odpady medyczne odbierane były bezpośrednio przez personel spalarni lub wyspecjalizowane firmy (posiadające stosowne zezwolenia), zajmujące się transportem tego typu odpadów przeznaczonych do utylizacji.

Odpady komunalne gromadzone były w workach foliowych o odrębnym kodzie kolorystycznym i odbierane przez pracowników przedsiębiorstw komunalnych.

Najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny pomieszczeń składowania odpadów. Zastrzeżenia dotyczyły przechowywania odpadów w miejscach niezabezpieczonych przed dostępem osób niepowołanych, owadów i gryzoni, złego stanu technicznego ścian i sufitów w pomieszczeniu, gdzie odpady były przechowywane, braku odpływu w podłodze, braku doprowadzenia bieżącej wody, niedostatecznej czystości bieżącej pomieszczenia. Inne uchybienia obejmowały: zły stan techniczny zamykanych wózków do transportu odpadów z oddziałów do magazynu, brak ważnych umów z przedsiębiorstwami wyspecjalizowanymi w utylizacji odpadów, sporadycznie niewłaściwą segregację odpadów.

2.2.4. Gospodarka nieczystościami płynnymi

Nieczystości płynne w większości szpitali kierowane były bezpośrednio do ogólnej sieci kanalizacyjnej. W nielicznych przypadkach, zwłaszcza szpitali posiadających oddziały zakaźne, ścieki podlegały wstępnemu oczyszczeniu i dezynfekcji przed odprowadzeniem ich do kanalizacji. Pojedyncze szpitale posiadały własne oczyszczalnie ścieków.

2.2.5. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze

Skontrolowano 347 obiektów obu powyższych grup, co stanowiło 79,1% wszystkich zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ujętych w ewidencji. Przeważały wśród nich zakłady opiekuńczo-lecznicze (226 zakładów). Negatywnie oceniono stan sanitarny 6,9% zakładów objętych kontrolą. Zasady kontroli stanu sanitarnego były zbliżone do stosowanych w odniesieniu do szpitali i obejmowały sprawdzenie stanu sanitarno-technicznego obiektu, zaopatrzenia w środki dezynfekcyjne i ich stosowania, postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, postępowania z bielizną czystą i brudną, utrzymania stanu bieżącej czystości i porządku w obiekcie i terenie wokół niego oraz zaplecza żywieniowego. Najczęstszym powodem negatywnej oceny omawianych obiektów był ich ogólny niewłaściwy stan sanitarno-techniczny i zastrzeżenia dotyczące brudnych ścian i sufitów z zaciekami i ubytkami tynku oraz zniszczonej stolarki drzwiowej i okiennej w pomieszczeniach dla pensjonariuszy, na korytarzach, w pomieszczeniach sanitarnych i szatniach dla personelu, braku prawidłowej wentylacji pomieszczeń oraz niedostosowania obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych. Rzadziej nieprawidłowości dotyczyły postępowania z bielizną czystą i brudną (niewłaściwe przechowywanie, krzyżowanie się dróg czystej i brudnej). Odnotowano także uchybienia z zakresu gospodarki odpadami medycznymi, polegające na braku magazynu do ich przechowywania lub jego niewłaściwym stanie sanitarno-technicznym (brak możliwości schładzania i szczelnego zamknięcia pomieszczenia, popękane ściany).

2.3. Hospicja stacjonarne

W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano 117 obiektów spośród 130 znajdujących się w ewidencji (90%). Nie odnotowano złego stanu sanitarnego w hospicjach stacjonarnych.

2.4. Przychodnie i poradnie specjalistyczne

Zakłady lecznictwa otwartego jak przychodnie i poradnie specjalistyczne stanowiły najliczniejszą grupę skontrolowanych obiektów. W 2011 r. skontrolowano stan sanitarny w 13 935 zakładach, spośród 19 215 pozostających w ewidencji tj. (72,5%).

Nieprawidłowy stan sanitarny stwierdzono w 560 przypadkach (4%). Najczęściej stwierdzane uchybienia w zakresie stanu sanitarnego obejmowały: brak przystosowania obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności toalet, zbyt małe powierzchnie gabinetów lekarskich, brak umywalk w gabinetach zabiegowych, nieodpowiednie wykończenie ścian, uszkodzenia i zły stan techniczny ścian, sufitów i podłóg z ubytkami w ich powierzchni, zniszczoną stolarkę drzwiową i okienną, brak wydzielonego miejsca do przechowywania brudnej bielizny lub jego zły stan techniczny, brak możliwości mycia i właściwego przechowywania sprzętu do sprzątnia, brak pomieszczeń porządkowych, brak lub niewłaściwie opracowane procedury segregacji i kategoryzacji odpadów, przechowywanie odpadów medycznych w miejscu ich wytwarzania lub niewłaściwy stan techniczny pomieszczenia wydzielonego do tego celu.

Wszystkie skontrolowane obiekty miały zawarte umowy ze specjalistycznymi firmami, uprawnionymi do odbioru i utylizacji odpadów medycznych. Osoby zajmujące się segregacją i składowaniem odpadów używały środków ochrony osobistej. W części zakładów problem stanowiło postępowanie z brudną bielizną, która była przekazywana do pralni ogólnodostępnych, nie odpowiadających wymaganiom do prania bielizny szpitalnej.

2.5. Stacje Pogotowia Ratunkowego

Skontrolowano pod względem sanitarnym 291 stacji Pogotowia Ratunkowego spośród 469 ujętych w ewidencji (62%). Za niedostateczny uznano stan sanitarny w 18 skontrolowanych stacjach (6,2%). W większości przypadków wynikał on z uchybień sanitarno-technicznych, do których należały zabrudzenia i ubytki w powierzchni ścian i sufitów pomieszczeń stacji, nieodpowiedni stan urządzeń sanitarnych, brak powierzchni łatwo zmywalnej i nienasiąkliwej przy umywalkach. W pojedynczych przypadkach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie gospodarki odpadami medycznymi.

Stan sanitarny karetek podczas kontroli nie budził zastrzeżeń. We wszystkich skontrolowanych obiektach odpady medyczne, wytwarzane podczas udzielania pomocy medycznej gromadzone były w ambulansach w oznakowanych pojemnikach z wkładem foliowym w kolorze czerwonym, natomiast odpady o ostrych końcówkach wkładane były do jednorazowych, szczelnych pojemników o sztywnych ściankach, wykonanych z polietylenu. Odpady medyczne magazynowane były w wydzielonych pomieszczeniach przeznaczonych do tego celu, a następnie przekazywane specjalistycznym przedsiębiorstwom celem unieszkodliwienia.

2.6. Laboratoria diagnostyczne

Skontrolowano 604 medyczne laboratoria diagnostyczne (76,9%). Spośród nich negatywnie oceniono stan sanitarny w 22 (3,6%). Poza wykonywaniem badań analitycznych, w laboratoriach tych pobierany był również potencjalnie zakaźny materiał biologiczny, wyłącznie przy użyciu sprzętu jednorazowego użytku.

2.7. Pracownie i zakłady protetyki, stomatologii i ortodoncji

Skontrolowano pracownie protetyki, stomatologii i ortodoncji. W 547 przypadkach spośród 890 znajdujących się w ewidencji (61,4%), negatywnie oceniono stan sanitarny w 15 tj. 2,7%.

2.8. Zakłady rehabilitacji leczniczej

Skontrolowano stan sanitarny 676 zakładów rehabilitacji leczniczej spośród 1 029 pozostających w ewidencji (65,7%). Oceniono negatywnie 24 obiekty (3,6%), w których stwierdzano następujące nieprawidłowości: nieprawidłowo wyposażone toalety, często nieprzystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, brak przedsińków w toaletach dla personelu, niedostateczna wentylacja w salach ćwiczeń, brak punktu rejestracyjnego, zbyt mała powierzchnia gabinetów lekarskich, brak lub zły stan techniczny szafek na ubrania dla pacjentów. Poza tym stan omawianej grupy obiektów nie budził zastrzeżeń. W wielu zakładach pacjenci korzystali z własnych prześcieradeł lub stosowano bieliznę jednorazowego użytku.

Indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie, lekarzy dentystów i pielęgniarów

3

Praktyki lekarskie oraz praktyki pielęgniarów stanowią odrębną grupę gabinetów, w których udzielane są różnorodne świadczenia opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnym. Gabinety bardzo często mieściły się w nowych budynkach lub poddanych pracom remontowym i modernizacyjnym. W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano ogółem stan sanitarny w 20 931 przypadkach, spośród 49 551 ujętych w ewidencji (42,2%). Negatywnie oceniono stan sanitarny w 144 (0,7%). Najliczniejszą kategorię objętych kontrolą stanowiły indywidualne praktyki lekarzy dentystów (7 292) oraz indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (5 689). Nie odnotowano złego stanu sanitarnego w indywidualnych specjalistycznych praktykach pielęgniarów oraz grupowych praktykach lekarzy dentystów.

Podobnie jak w latach ubiegłych, odnotowano tendencję do zmienności podmiotów udzielających świadczenia w lecznictwie otwartym. Poza otwieraniem nowych jednostek lub filii istniejących, występowały także przypadki łączenia się małych przychodni lub indywidualnych praktyk lekarskich w specjalistyczne lub grupowe praktyki lekarskie.

Ocena stanu sanitarnego powyższych obiektów to: sprawdzenie zaopatrzenia w wodę, sposobu odprowadzenia nieczystości płynnych, warunków sanitarno-technicznych pomieszczeń i ich funkcjonalność, w tym wykończenie ścian i podłóg, sprawność wentylacji i oświetlenia, wyposażenie

w umywalki, dozowniki mydła, ręczniki jednorazowe, postępowania z bielizną czystą i brudną oraz segregację odpadów i postępowanie z odpadami komunalnymi i medycznymi. Kontrola obejmowała także opracowane procedury, dotyczące powyższych zagadnień.

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

Liczba poszczególnych rodzajów praktyk skontrolowanych pod względem sanitarnym w 2011 r. przedstawia się następująco:

- indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2 113 obiektów (28,3%), negatywnie oceniono 18 (0,8%),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 5 689 obiektów (30,8%), negatywnie oceniono 41 (0,7%),
- grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 228 obiektów (65,9%), negatywnie oceniono 1 (0,4%).

Stwierdzone uchybienia dotyczyły przede wszystkim braku wydzielonych pomieszczeń porządkowych do mycia i przechowywania sprzętu porządkowego i środków czystości oraz brak urządzeń chłodniczych do przechowywania odpadów medycznych. Stosunkowo rzadko stwierdzano nieodpowiedni stan sanitarno-techniczny pomieszczeń. Wszystkie

skontrolowane praktyki wytwarzające odpady medyczne posiadały umowy na ich odbiór z wyspecjalizowanymi i uprawnionymi firmami. Często korzystano z bielizny jednorazowego użytku.

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

Skontrolowano:

- indywidualne praktyki lekarzy dentystów – 7 292 praktyki tj. (58,7%), negatywnie oceniono stan sanitarny w 38 przypadkach (0,5%),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów – 3 381 praktyki tj. (50,4%), negatywnie oceniając 29 (0,8%),
- grupowe praktyki lekarzy dentystów – skontrolowano 252 obiektów (60,3%).

Stwierdzone uchybienia to: nieprawidłowości związane z utrzymaniem czystości w obiekcie oraz postępowanie z bielizną i odpadami medycznymi. Nieprawidłowości dotyczyły zwykle braku wystarczającej liczby atestowanych zbiorników do gromadzenia zużytego sprzętu jednorazowego oraz przechowywania odpadów w miejscach do tego nie przeznaczonych do czasu ich odbioru przez specjalistyczne firmy. Stwierdzano także nieprawidłową gospodarkę odpadami medycznymi.

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

Większość praktyk to gabinety profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w placówkach oświatowo-wychowawczych, głównie w szkołach oraz praktyki prowadzące działalność w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego, w których usługi świadczone były w domu pacjenta. Ogółem skontrolowano stan sanitarny w 1 045 przypadkach, spośród 2 139 ujętych w ewidencji (48,8%). Przeważały wśród nich indywidualne praktyki pielęgniarek (665 obiektów). Liczebność skontrolowanych obiektów w poszczególnych kategoriach była następująca:

- indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych – 665 obiektów (46,3%),
- indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych – 144 obiekty (64,3%),
- grupowe praktyki pielęgniarek i położnych – 236 obiektów (49,4%).

Oceniono negatywnie pod względem sanitarnym 2 indywidualne praktyki pielęgniarek oraz grupową praktykę pielęgniarek.

Podsumowanie

1. Analiza stanu sanitarnego zakładów opieki zdrowotnej wykazała, że w 2011 r. stan sanitarny jednostek prowadzących działalność leczniczą w stosunku do roku ubiegłego nie uległ zmianie. Lepiej wypadły indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarские.
2. Największy odsetek zakładów ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym – 21% odnotowano w grupie szpitali.
3. Największy problem stanowiły nieprawidłowości związane z postępowaniem z bielizną oraz odpadami medycznymi.
4. Zdecydowana większość zakładów opieki zdrowotnej posiadała pozytywnie zaopiniowane programy dostosowujące obiekty do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.



STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

Informacje ogólne

1

Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 81 238 obiektach użyteczności publicznej spośród 96 662 ujętych w ewidencji. Obiekty stanowią liczną i różnorodną grupę, co powoduje zróżnicowanie wymagań sanitarnych, jakim powinny odpowiadać obiekty należące do poszczególnych kategorii.

Kontrole objęły:

- zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące kompleksowo ww. usługi, stanowiące najliczniejszą grupę obiektów będących pod nadzorem sanitarnym – skontrolowano 33 584 zakładów spośród 46 974 ujętych w ewidencji;
- hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie – skontrolowano 8 525 spośród 10 560 ujętych w ewidencji;
- ustępy publiczne i ogólnodostępne – przeprowadzono kontrolę ogółem w 2 385 obiektach,

Pozostałe, znacznie mniej liczne grupy obiektów będące pod nadzorem sanitarnym:

- domy pomocy społecznej – skontrolowano 1125;
- noclegownie – skontrolowano 258;
- przejścia graniczne – skontrolowano 58;
- tereny rekreacyjne – skontrolowano 5 754;
- inne obiekty użyteczności publicznej, nie należące do żadnej z wymienionych wyżej kategorii – skontrolowano 19 125.

Stan sanitarny wybranych obiektów

2

2.1. Ustępy publiczne

Ustępy publiczne należą do obiektów, których stan sanitarny, w tym bieżąca czystość i higiena często budzi zastrzeżenia. W 2011 r. przeprowadzono 2 385 kontroli sanitarnych w ustępach publicznych w celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego.

Należy zauważyć, że we wszystkich województwach zostały skontrolowane wszystkie ustępy publiczne znajdujące się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Podczas kontroli stwierdzono: brak kabin przystosowanych dla osób niepełnosprawnych, wentylacji oraz wody do mycia rąk. Sposób odprowadzania ścieków w skontrolowanych toaletach był w większości nieprawidłowy, w 4,1% odbiegał od standardu stan sanitarno-porządkowy, natomiast w 3,4% niewłaściwy stan sanitarno-techniczny. Kontrolowano również stan sanitarno-porządkowy terenu wokół ustępów.

Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami były:

- zły stan sanitarno-higieniczny ścian, sufitów, kabin, urządzeń sanitarnych;
- zły stan techniczny podłóg i ścian;
- uszkodzona lub niekompletna armatura sanitarna;
- brak środków czystości i dezynfekcyjnych;
- brak środków higieny (papieru toaletowego, ręczników jednorazowego użytku);
- brak kabiny przystosowanej do potrzeb osób niepełnosprawnych o przestrzeni manewrowej (1,5m x 1,5m) oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych;
- brak wpustów kanalizacyjnych podłogowych z syfonem oraz armatury czerpalnej ze złączką do węża w pomieszczeniach z pisuarem lub mających więcej niż 4 kabiny ustępowe;
- brak oddzielnych przedsiónek ze ścianami pełnymi na całą wysokość pomieszczenia;
- brak ciepłej wody w umywalkach lub brak wody;
- brak lub niesprawna wentylacja;
- niewłaściwe przechowywanie odpadów;
- zniszczona stolarka drzwiowa.

2.2. Domy pomocy społecznej

Spośród 1 500 domów pomocy społecznej będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2011 r. skontrolowano 1 125 (74,6%). Blisko dwie trzecie stanowiły domy znajdujące się w miastach (705 obiektów), na wsi zlokalizowanych było 420 obiektów. Odsetek obiektów skontrolowanych na terenach wiejskich wyniósł 72,8%, natomiast w mieście skontrolowano 76,4%. Procentowy udział obiektów ze złym stanem sanitarnym na terenach wiejskich występował w 7,4%, a w mieście w 4,4%. Ogółem w skali kraju niezadowolający stan sanitarny stwierdzono w przypadku 62 domów pomocy społecznej, co stanowiło 5,8% objętych kontrolą.

Przeważały obiekty zapewniające całodobową opiekę, całodzienne wyżywienie, często także oferujące udział w programach rehabilitacyjnych i terapii zajęciowej. Ogólnie stan sanitarny domów pomocy społecznej został oceniany pozytywnie. Najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny lokali mieszkalnych, ciągów komunikacyjnych, toalet ogólnodostępnych, toalet przy pomieszczeniach mieszkalnych, stan wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych i pomieszczeń do przechowywania brudnej bielizny. Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami w stanie sanitarno-technicznym skontrolowanych domów były: zniszczone i brudne ściany

oraz sufity, uszkodzona stolarka okienna i drzwiowa, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń.

Spośród skontrolowanych domów pomocy społecznej, część nie stosowała dezynfekcji kocy, kołder, poduszek i materacy oraz nie prowadziła prawidłowo gospodarki odpadami medycznymi. Na ogół nie stwierdzano zaniedbań w utrzymaniu bieżącej higieny i higieny otoczenia.

2.3. Obiekty świadczące usługi hotelarskie – hotele, obiekty wczasowo-turystyczne i inne świadczące usługi hotelarskie

Grupa obiektów usługowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 223, poz. 2268 ze zm.), obejmuje poza hotelami także, motele, pensjonaty, kempingi, domy wczasowe, schroniska, pola biwakowe oraz inne obiekty, świadczące usługi hotelarskie. Do nich należą hotele pracownicze, hotele asystenckie, pokoje noclegowe (agroturystyka), bazy socjalno-noclegowe. Obiekty są znacznie zróżnicowane, biorąc pod uwagę zarówno warunki techniczne i standard wyposażenia, jak i zakres oraz poziom świadczonych usług.

Łącznie w 2011 r. w ewidencji znajdowało się 10 560 obiektów tej grupy, z czego kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 8 525 tj. (80,7%). Negatywnie oceniono stan sanitarny w 315 skontrolowanych obiektach (3,0%).

Podstawowymi elementami uwzględnianymi przy ocenie stanu sanitarnego zakładów świadczących usługi hotelarskie było: zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia, odprowadzenie ścieków bytowo-gospodarczych, gospodarka odpadami komunalnymi, sprawność wentylacji pomieszczeń i ich właściwe oświetlenie, stan stolarki budowlanej i wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych, sanitariatów i ciągów komunikacyjnych, zaopatrzenie i właściwe przechowywanie środków czystości i preparatów dezynfekcyjnych, dbałość o stan bieżącej czystości i higieny pomieszczeń mieszkalnych i sanitariatów oraz terenu wokół obiektu.

Przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 2 116 hotelach, co stanowiło 6,8% pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Nieprawidłowy stan sanitarny stwierdzono w 3,2%. Najwięcej hoteli ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym znajdowało się w województwie dolnośląskim.

W większości województw odnotowano wzrost liczby obiektów o wysokim standardzie technicznym i jakości świadczonych usług, których stan sanitarny nie budził zastrzeżeń.

W pięciu województwach tj.: świętokrzyskim, lubuskim, pomorskim, wielkopolskim i opolskim, stan sanitarny wszystkich skontrolowanych hoteli oceniony został pozytywnie.

Analogiczne kryteria oceny stanu sanitarnego odnoszą się do pozostałych obiektów hotelarskich. Ogólnie biorąc w kategoriach innych obiektów świadczących usługi tj. noclegowe, stan sanitarny był na wyższym poziomie w porównaniu do hoteli. Dotyczyło to:

- moteli – skontrolowano 185, zły stan sanitarny stwierdzono w 5 obiektach (2,9%);
- pensjonatów – na 303 w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 13 obiektach (4,5%) oceniono stan sanitarny jako nieprawidłowy;
- kempingów – z ocenianych pod względem sanitarnym 145 obiektów w 3 przypadkach stan sanitarny został uznany za niezadowolający;
- domów wycieczkowych – ze skontrolowanych 57,5% obiektów nie spełniało wymagań sanitarnych (7,9%).

Należy podkreślić pozytywną ocenę stanu sanitarnego obiektów w regionach najbardziej uczęszczanych przez turystów, gdzie ilość kempingów jest największa (województwo pomorskie – 22 skontrolowanych i ocenionych pozytywnie, małopolskie – 11);

W przypadku odrębnej podgrupy, jaką stanowią schroniska i pola biwakowe, zastrzeżenia budził stan sanitarny 9 obiektów spośród 342 skontrolowanych.

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

Spośród ujętych w ewidencji 46 974 obiektów, kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 33 584 zakładach (71,5%). Negatywnie pod względem sanitarnym oceniono łącznie 1 180 skontrolowanych obiektów (2,3%).

Wśród skontrolowanych obiektów przeważały zakłady fryzjerskie (42,8%) oraz zakłady kosmetyczne (17,8%). Mniej liczne były zakłady świadczące łącznie więcej niż jedną z usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej (16,7%), zakłady odnowy biologicznej (8,5%) oraz

zakłady tatuażu (0,8%). Podczas oceny zakładów kosmetycznych i tatuażu szczególną wagę przykładano do wyposażenia w sprzęt jednorazowy, zapewnienie odpowiedniej sterylizacji sprzętu naruszającego ciągłość tkanek oraz właściwego postępowania z odpadami niebezpiecznymi.

2.5. Noclegownie

Ewidencja obejmuje łącznie 268 noclegowni dla bezdomnych. Kontrolą stanu sanitarnego objęto łącznie 258 obiektów (3,7% pozostających w ewidencji), wśród których negatywnie oceniono stan sanitarny w 12,6% obiektów. Noclegownie to najczęściej niski standard techniczny, wyposażone jedynie w podstawowe sprzęty. Bardzo często nie posiadają pomieszczeń sanitarnych, podręcznych kucharek i urządzeń do prania, ponadto wydzielonych miejsc do przechowywania środków czystości i dezynfekcyjnych. O stan bieżącej czystości dbają sami mieszkańcy pod nadzorem kierownictwa. W zdecydowanej większości stan sanitarny oceniono jako zadowolający, stwierdzając zachowanie należytego stanu bieżącej czystości i higieny.

2.6. Obiekty komunikacji publicznej

Powyższa grupa obejmuje różnorodne obiekty związane z obsługą osób podróżujących komunikacją publiczną. Należą do niej dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, porty lotnicze, przystanie promów morskich i morskich statków pasażerskich, promów w żegludzie śródlądowej oraz rekreacyjnych i sportowych jednostek pływających. Ogółem spośród 1 458 obiektów będących w ewidencji skontrolowano 1 176, negatywnie oceniając stan sanitarny 173 z nich tj. 14,7%. Najliczniejszą kategorią stanowią dworce i stacje kolejowe, które od lat stanowią grupę obiektów o złym stanie sanitarnym. W 2011 r. kontrolą sanitarną objęto 815 spośród 1 082 dworców i stacji kolejowych wykazanych w ewidencji. Znaczna część, od lat dewastowana i nieremontowana, nie zapewniała podróżnym odpowiednich warunków. Ogółem jako niedostateczny oceniono stan sanitarny w 17,5% skontrolowanych dworcach kolejowych. Lepiej przedstawiał się stan sanitarny dworców autobusowych, których negatywnie oceniono 9,2%. Kontrolą sanitarną objęto wszystkie z 16 działających na obszarze kraju portów lotniczych, oceniając pozytywnie stan sanitarny wszystkich obiektów. Nie budził istotnych zastrzeżeń stan skontrolowanych przystani pasażerskiej żeglugi morskiej i śródlądowej.

Nadzorem sanitarnym objęto także środki transportu publicznego, przeprowadzając ogółem 9 741 kontroli sanitarnych. Często były one podejmowane w ramach interwencji lub zorganizowanych, zaplanowanych akcji.

Największą grupę środków transportu, objętych kontrolą sanitarną stanowiły autobusy komunikacji publicznej, wagony pociągów ekspresowych, pociągów oraz pociągów innego typu, samochody do przewozu zwłok i szczątków, samochody do przewozu chorych, autobusy turystyczne, tramwaje i trolejbusy. Wśród stwierdzonych nieprawidłowości przeważały drobne uchybienia sanitarno-porządkowe, które były doraźnie usuwane. Ogółem zły stan sanitarny stwierdzono w 403 przypadkach (4,1%) skontrolowanych środków transportu.

2.7. Przejścia graniczne

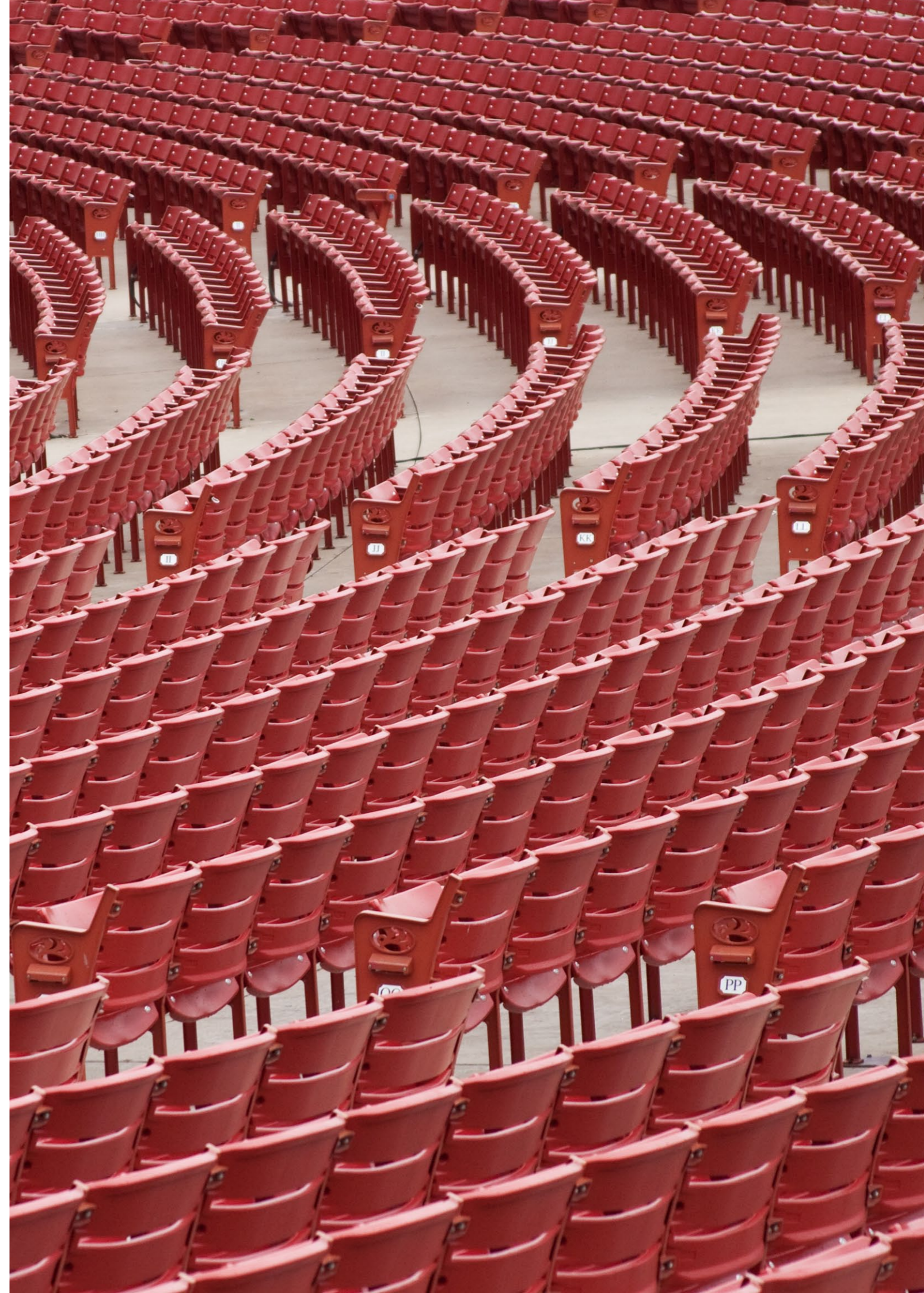
Skontrolowano wszystkie 58 przejść granicznych ujętych w ewidencji, w tym 12 przejść lotniczych, 13 przejść morskich i przejść drogowych. Wszystkie przejścia graniczne zostały ocenione pozytywnie pod względem sanitarnym.

2.8. Tereny rekreacyjne

Grupa obejmuje różnorodne obiekty, takie jak parki, skwery z wydzielonymi miejscami do odpoczynku, ośrodki rekreacji przy akwenach wodnych oraz wydzielone tereny do zabaw dla dzieci jak ogródki, place zabaw i piaskownice. Ogółem w 2011 r. skontrolowano 5 754 takich obiektów. Negatywnie oceniono 1,6% skontrolowanych obiektów.

2.9. Inne obiekty użyteczności publicznej

Do przedmiotowej grupy zalicza się różnorodne obiekty użyteczności publicznej w przypadku których zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich sąsiedztwie. W grupie są apteki i hurtownie leków, cmentarze i domy pogrzebowe, prosekoria, obiekty sportowe, jak hale, boiska, ośrodki sportowe, lodowiska, kregielnie, hale i korty tenisowe, strzelnice, kluby sportowe, obiekty kulturalno-widowiskowe galerie, kina, teatry, muzea, ośrodki kultury, filharmonie, świetlice, kluby, biblioteki, obiekty rozrywkowe, jak dyskoteki, ponadto zakłady karne, poprawcze, schroniska dla nieletnich, izby wytrzeźwień, stacje paliw, pralnie, magle, targowiska, wysypiska i składowiska odpadów, parkingi, firmy i bazy transportowe, sklepy i hurtownie z odzieżą używaną, sklepy medyczne, lokale komisji poborowych i łaźnie. Kontrolą stanu sanitarnego objęto 20 410 obiektów spośród 34 005 będących w ewidencji, oceniając negatywnie 566 (2,8%).



WARUNKI SANITARNO- HIGIENICZNE ŚRODOWISKA PRACY

Informacje ogólne

1

Działalność kontrolna z zakresu higieny pracy realizowana była w 2011 r. we wszystkich wojewódzkich oraz powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Funkcjonowało 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, 318 stacji powiatowych oraz 10 stacji granicznych, z czego 7 realizowało zagadnienia pionu higieny pracy.

W 15 wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w 66 powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych (20,7% ogółu) funkcjonowała baza laboratoryjna umożliwiająca przeprowadzanie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

2

Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował kontrolę przestrzegania przepisów m. in. z zakresu: bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku prac, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich, występowania substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, substancji chemicznych i ich mieszanin, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, a także oceny ryzyka zawodowego.

Ewidencja pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowała 118 891 zakładów pracy (115 796 w 2010 r.), zatrudniających ogółem 4 491 704 pracowników (w 2010 r. – 4 373 131), z czego największą liczbę zatrudnionych odnotowano w:

- PKD 86 – Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 440 699 zatrudnionych,
- PKD 10 – Przetwórstwo przemysłowe – 322 443 zatrudnionych,
- PKD25 – Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 219 520 zatrudnionych,
- PKD 85 – Edukacja – 198 625 zatrudnionych.

Tabela 13. Struktura podmiotów gospodarczych objętych ewidencją pionu higieny pracy w latach 2008 – 2011r.

Liczba zatrudnionych w zakładzie pracy	Liczba zakładów				Odsetek całkowitej liczby zakładów nadzorowanych przez pion higieny pracy w 2011 r.
	2008 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.	
do 5	41 752	43 331	44 787	46 661	39,2%
6 – 20	36 597	37 006	37 760	38 728	32,6%
21 – 50	16 205	16 277	16 556	16 720	14,1%
51 – 100	7 922	7 983	8 126	8 157	6,9%
101 – 250	5 693	5 653	5 598	5 600	4,7%
> 251	3 070	3 039	2 969	3 025	2,5%
Razem:	111 239	113 289	115 796	118 891	100%

Kadra nadzoru higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziła 63 604 kontrole u 45 856 pracodawców (w 2010 r. – 62 025 u 43 988 pracodawców), zatrudniających łącznie 2 512 328 pracowników. Nadzorem objętych zostało 38,6% zewidencjonowanych podmiotów (w 2010 r. – 38,0%).

Analizując rodzaj branży wg Polskiej Klasyfikacji Działalności najwięcej kontroli zrealizowanych zostało w zakładach należących do branży: handel detaliczny, z wyłączeniem handlu detalicznego pojazdami samochodowymi (6 474); handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi (5 520) oraz w opiece zdrowotnej (5 317).

Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.:

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – 25 309 kontroli w 5 595 obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w 17 753 obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3 – 2 565 kontroli, w tym m.in.: w 724 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – 9 198 kontroli, w tym w 4 160 obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze,
- nadzór w zakresie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 6 016 kontroli w 5 076 obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – 12 933 kontrole w 11 076 obiektach,
- nadzór nad detergentami – 405 kontroli w 311 obiektach.

Łącznie w 8 855 zakładach pracy zewidencjonowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia, (10,6% skontrolowanych w 2011 r.). Przekroczenia NDS i NDN w 2011 r. odnotowano głównie w branżach o następującym profilu produkcji:

- produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania (PKD 16), w 847 zakładach,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25), w 627 zakładach,
- produkcja artykułów spożywczych (PKD 10), w 437 zakładach.

Specyfika procesów produkcyjnych zakładów, w których stwierdzono największą liczbę przekroczeń, sprawiła, że pracownicy ekspozowani byli na więcej niż jeden czynnik szkodliwy. Osoby zatrudnione przy produkcji metalowych wyrobów gotowych oraz produkcji wyrobów z drewna oraz korka, narażone były zarówno na pyły, jak i hałas.

Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2011 r. pracowało 216 120 pracowników (w 2010 r. – 212 751), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – 37 728 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 19 838 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – 18 842 pracowników,
- przy produkcji mebli – 13 684 pracowników,
- przy produkcji metali – 13 337 pracowników.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w 4 643 zakładach. Łączna liczba osób narażonych na jego oddziaływanie stanowiła 3,8% ogółu zatrudnionych w różnych gałęziach gospodarki. W narażeniu na NDN hałasu w 2011 r. zatrudnionych było 172 538 pracowników (w 2010 r. – 166 463 pracowników).

Prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2011 r. działania administracyjno-egzekucyjne ukierunkowane były na wyegzekwowanie od pracodawców opracowania i następnie wdrażania w życie programów działań organizacyjno-technicznych zmierzających do obniżenia poziomu hałasu. W sytuacjach, w których uniknięcie lub wyeliminowanie ryzyka zawodowego wynikającego z narażenia na hałas nie było możliwe za pomocą środków ochrony zbiorowej lub organizacji pracy, kontrolujący odstępowali od wydawania w tym zakresie decyzji administracyjnych. W takich przypadkach pracodawcy zobowiązani byli do przeprowadzania pomiarów środowiska pracy i kontrolowania poziomu natężenia czynnika szkodliwego oraz zapewnienia pracownikom atestowanych ochronników słuchu dobranych do wielkości hałasu i cech indywidualnych pracowników. Rutynowe działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przyczyniły się do poprawy warunków w zakresie przekroczeń NDS i NDN dla 33 729 pracowników (w 2010 r. – 27 489 zatrudnionych). Największą poprawę uzyskano w górnictwie rud metali, gdzie warunki pracy zmieniono dla

5 086 zatrudnionym oraz przy wydobywaniu węgla kamiennego i brunatnego (poprawa warunków pracy – dla 4 103 zatrudnionych). Odsetek stwierdzonych w 2011 r. najistotniejszych uchybień w skontrolowanych zakładach przedstawia poniższy wykres.

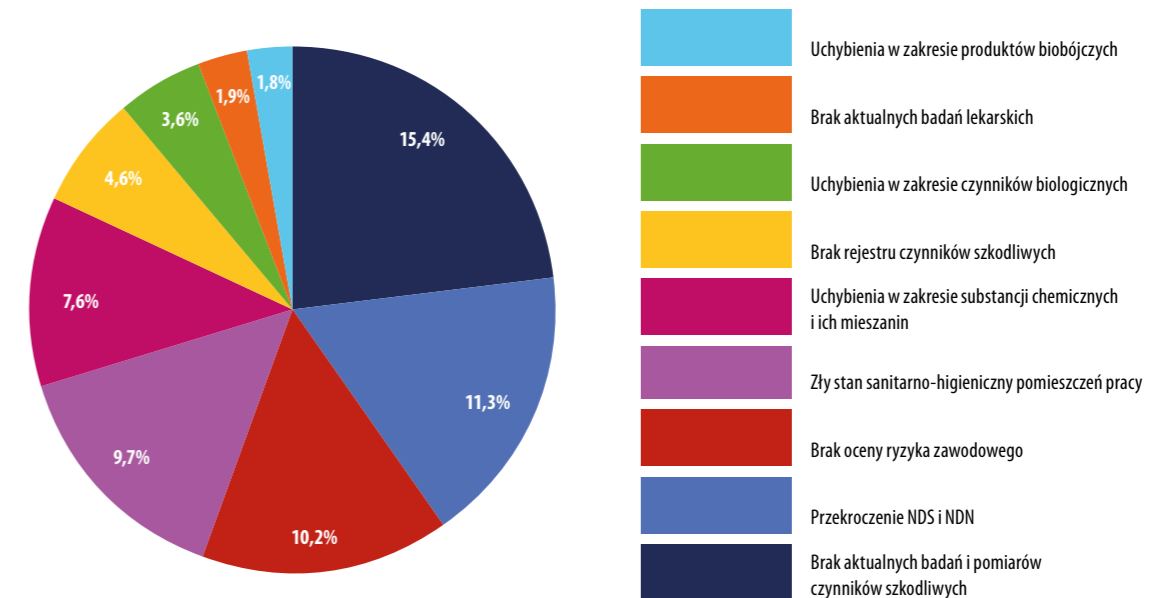
Na skutek prowadzonego postępowania administracyjno-egzekucyjnego w 2011 r. w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, wydanych zostało 17 397 decyzji administracyjnych, zawierających 47 358 nakazów. Zdecydowanie najwięcej wydawanych nakazów, tak jak i w roku ubiegłym dotyczyło przeprowadzania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy (9 804 nakazy).

Na drugim miejscu pod względem ilościowym znalazły się zalecenia obligujące do sporządzenia lub uaktualnienia oceny ryzyka zawodowego, z uwzględnieniem faktycznego stopnia i czynnika narażenia występującego w środowisku pracy (5 969 nakazów). Ponadto znaczący odsetek wydanych nakazów stanowiły zalecenia z zakresu substancji chemicznych i ich mieszanin (4 172 nakazy). Dotyczyły one m. in. zapewnienia wymaganego spisu stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, kart charakterystyk oraz oznakowania.

W związku z występowaniem przekroczeń dopuszczalnych poziomów stężeń i natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy wydawano nakazy obligujące pracodawców do ich obniżenia do obowiązujących poziomów normatywów higienicznych. Ponadto wydawane zalecenia dotyczyły założenia, bądź uzupełnienia rejestrów badań pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia.

W wyniku prowadzonego postępowania administracyjnego pracownicy pionu higieny pracy wydawali także nakazy dotyczące uzyskania pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktów biobójczych lub wycofania z obrotu ww. produktów, założenia lub uzupełnienia rejestrów związanych ze stosowaniem czynników rakotwórczych, właściwego oznakowania detergentów, wyposażania pracowników w odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej, przeprowadzania koniecznych prac malarskich i remontowych oraz uaktualnienia badań profilaktycznych pracowników. W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w postępowaniu egzekucyjnym w 2011 r. wydanych zostało 223 postanowień o nałożeniu grzywny na kwotę 295 366 PLN. W roku objętym sprawozdawczością wyegzekwowano 82 postanowienia, w tym 21 postanowień dotyczyło lat poprzednich. Mandaty karne nałożono w 196 przypadkach łącznie na kwotę 46 870 PLN.

Wykres 12. Struktura najistotniejszych uchybień stwierdzonych w skontrolowanych zakładach pracy w 2011 r.



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

W 2011 r. do Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęło łącznie 6 004 pism w związku z podejrzeniem występowania choroby zawodowych (w 2010 r. – 6 995). W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 2 620 decyzje o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 3 619 o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. W 2010 r. Główny Inspektor Sanitarny wydał 13 decyzji administracyjnych w II instancji w sprawie podejrzenia choroby zawodowej. Łącznie po uprawomocnieniu się decyzji, stwierdzono 2 579 choroby zawodowe z czego w województwach: śląskim – 849, dolnośląskim – 238 oraz w mazowieckim – 205. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: lubuskim – 50 i w opolskim – 11 przypadków.

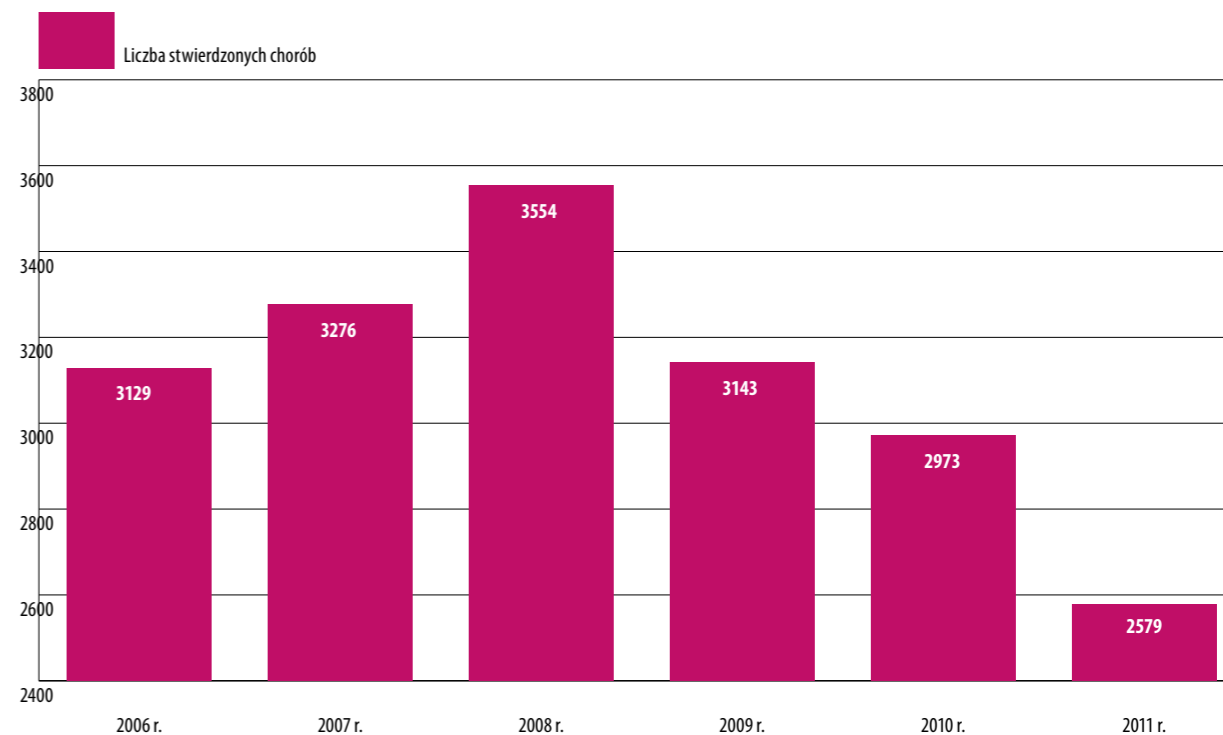
Od decyzji wydanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w przedmiocie chorób zawodowych do organu II instancji wpłynęły 934 odwołania. Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni wystawili 836 decyzji, z czego 399 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Do Naczelnego Sądu Administracyjnego wniesiono 41 skarg kasacyjnych.

Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w porównaniu z 2010 r. uległa zmniejszeniu o 394 przypadki, w stosunku do 2009 r. – o 564 przypadki. Wzrost stwierdzonych przypadków chorób zawodowych zanotowano zaledwie w 3 województwach: podlaskim, podkarpackim i świętokrzyskim. W województwach: dolnośląskim i lubuskim liczba chorób zawodowych utrzymała się na poziomie roku ubiegłego. W pozostałych województwach nastąpił spadek liczby chorób zawodowych, z czego największy w województwach: małopolskim (o 143 przypadki), śląskim (o 134 przypadki) oraz zachodniopomorskim (o 51 przypadków).

Szczegółowe dane dotyczące stwierdzonych chorób zawodowych opracowywane są przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w ramach Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych i opracowywanie analizy kształtowania się zapadalności na choroby zawodowe.

Rejestr jest tworzony na podstawie kart stwierdzenia choroby zawodowej przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarno-epidemiologicznych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Wykres 13. Graficzne przedstawienie liczby chorób zawodowych za lata 2006 – 2011.



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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2011 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 230 339 – oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na 82 280 stanowiskach pracy (w 2010 r. – 241 967 oznaczeń odpowiednio na 92 812 stanowiskach pracy). W porównaniu z 2010 rokiem ilość wykonanych oznaczeń w stosunku do ogólnej liczby uległa znacznemu zmniejszeniu 4,9% (tj. o 11 881 oznaczenia). Największy procentowy spadek zanotowano w grupie czynników chemicznych (spadek o 32,9%). Laboratoria środowiska pracy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych miały wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadały certyfikaty akredytacji. Bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzenie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy dysponowało 66 laboratoriów szczebla podstawowego.

Podsumowanie

Sprawowany nadzór sanitarny nad warunkami pracy w 2011 r., oparty na działalności kontrolnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykazał

wzrost liczby zakładów pracy objętych ewidencją, zarejestrowano 118 891 zakładów pracy – porównując z rokiem 2010 liczba ta zwiększyła się o 3 095 obiektów. Kontrolą objęto 45 856 zakładów pracy (36,6% zakładów będących w ewidencji pionu higieny pracy). W wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 17 397 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych. Uchybienia stwierdzone w kontrolowanych zakładach dotyczyły braku badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 15,4%, w 2010 r. – 17,1%. Natomiast w porównaniu z 2010 r. zwiększeniu uległa liczba zakładów o 86 w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia. W 2011 r. nastąpił spadek stwierdzonych chorób zawodowych o 394 przypadki, z czego największy spadek odnotowano w grupie przewlekłych chorób narządu głosu spowodowanych nadmiernym wysiłkiem głosowym, o 33,2%. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie pylic – 704 przypadki (w 2010 r. – 793).

HIGIENA RADIACYJNA

Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które w 2011 r. funkcjonowały w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Oddziały higieny radiacyjnej m.in. prowadziły nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników zatrudnionych:

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

Zadania pionu higieny radiacyjnej realizowane są między innymi poprzez:

- kontrolę pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa,
- wykonywanie pomiarów dozymetrycznych wokół źródeł promieniowania jonizującego i źródeł pól elektromagnetycznych oraz ocenę warunków pracy,
- prowadzenie postępowania administracyjnego (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości,

- ocenę wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące,
- kontrolę 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 procesu nadawania uprawnień inspektorów ochrony radiologicznej (odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich),
- wykonywanie pomiarów zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz,
- prowadzenie działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.

Ochrona radiologiczna w zakładach i pracowniach rentgenowskich

W 2011 r. zewidencjonowano ponad 11 000 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

Przeprowadzono 3 660 kontroli pracowni i zakładów, w których było zatrudnionych ponad 32 000 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

Według danych z 2011 r., wśród osób objętych kontrolą dawek indywidualnych nie zanotowano przekroczenia limitów dawek granicznych.

Porównując z latami ubiegłymi, w 2011 r. wartości parametrów u populacji zawodowo narażonej na promieniowanie RTG nie uległy istotnym zmianom.

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

Zgodnie z ustawą Prawo atomowe oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. z 2006 r., Nr 239, poz. 1737), w 2011 r. Główny Inspektor Sanitarny powołał 23 komisje egzaminacyjne. W wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano blisko 500 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

Ponadto przed wydaniem zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz na uruchomienie pracowni RTG w 2011 r. wydano w sumie ponad 1 200 zezwoleń. Ocenie w zakresie ochrony radiologicznej poddawane są projekty osłon stałych, w których uwzględnia się planowane stanowiska pracy. Przy ocenie bierze się pod uwagę wartości dawek granicznych. Minimalizuje się w ten sposób narażenie pracowników na kontakt z promieniowaniem jonizującym.

3 Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe i przepisy wykonawcze. Przepisy określają w jaki sposób zbudowany jest system ochrony radiologicznej personelu medycznego realizującego medyczne procedury radiologiczne, pacjentów poddawanych procedurom leczniczym z zastosowaniem promieniowania jonizującego oraz populacji narażonej na promieniowanie jonizujące w związku z wykonywaniem procedur diagnostycznych.

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez:

- wykonywanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury RTG, w 2011 r. państwowa inspekcja sanitarna wykonała ponad 700 testów jakości aparatów rentgenowskich,
- sprawdzanie: czy jednostki prowadzą kontrolę jakości aparatury RTG.

4 Ochrona w zakresie wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

Wyniki analizy danych z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi od 0 Hz do 300 GHz. przedstawiają się następująco:

- w 2011 r. objęto nadzorem 886 zakładów pracy na 4 623 będących w ewidencji,
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 2011 – 23 376.

Skontrolowano w systemie opieki zdrowotnej 658 zakładów (na 2 327 będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej); w energetyce 9 na 21; w przemyśle 191 na 664, w radiokomunikacji i łączności 18 na 1 541; w nauce 2 na 35; oraz 9 na 29 zewidencjonowanych jako inne. Łącznie skontrolowano 4 806 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy.

Liczba zatrudnionych przy obsłudze urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy, wyniosła ponad 53 000 osób z czego:

- w opiece zdrowotnej 39 279 osób,
- w energetyce 329,
- w przemyśle 8 012,
- w radiokomunikacji i łączności 5 197,
- w nauce 381,
- sklasyfikowanych, jako inne 112.

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

Wskaźnik ekspozycji $W > 1$ dotyczył 382 osób, co oznacza, że osoby te podlegały ekspozycji niedopuszczalnej. W szczególności dotyczyło to osób zatrudnionych w systemie opieki zdrowotnej – 261 osób (z czego 229 pracujące przy aparatach do elektrochirurgii), w przemyśle 112 osób (z czego 79 pracujących przy zgrzewarkach).

Podczas kontroli nakazano dostosowanie warunków pracy, aby były one zgodne z obowiązującymi przepisami, poprzez:

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

Dla 7 715 osób wskaźnik ekspozycji W mieścił się w przedziale 0,5 – 1, w tym pracowników opieki zdrowotnej – 6 324 osób. Dla 41 399 osób wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.

Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych

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

Podsumowanie

Podobnie jak w latach ubiegłych, pomimo stwierdzanych uchybień i nieprawidłowości, nie zanotowano przypadków nadmiernego zagrożenia zdrowia osób zatrudnionych w zasięgu źródeł promieniowania jonizującego oraz urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne.

W 2011 r. wykonano łącznie 2 134 oznaczeń Cs – 137, 53 oznaczenia Sr – 90 oraz 5 706 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 102 oznaczeń Cs – 137 metodą radiochemiczną oraz 322 oznaczeń Cs – 137 metodą spektrometryczną.

Otrzymane wyniki były wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

NADZÓR ORGANÓW PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ NAD BEZPIECZEŃSTWEM SUPLEMENTÓW DIETY ORAZ ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ZYWIENIOWEGO

Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa suplementów diety oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego 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, plany pobierania próbek, szybką wymianę informacji w ramach systemu RASFF oraz w ramach współpracy pomiędzy innymi uprawnionymi organami urzędowej kontroli, a także przy współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

Zakres nadzoru sanitarnego nad suplementami diety

1

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje co najmniej 121 przedsiębiorców produkujących suplementy diety oraz 396 hurtowni suplementów diety. Wszystkie z ww. obiektów posiadają wdrożone praktyki higieniczne i/lub produkcyjne. System HACCP wdrożono dotychczas w 107 spośród 121 zakładów produkcyjnych oraz 117 hurtowniach suplementów diety spośród 396 funkcjonujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

obiektów ogółem, natomiast w przypadku hurtowni ocenie kompleksowej podano 101 obiektów – tj. 25,51% obiektów hurtowych ogółem. Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny nie wykazały obiektów niezgodnych. Łączna liczba kontroli przeprowadzonych w 2011 r. we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego sięgnęła liczby 727 przypadków, w tym kontrole interwencyjne 96.

W 2011 r., właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 109 obiektów, tj. 90% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju oraz 222 obiekty obrotu hurtowego, tj. 56%. Kontrolowane obiekty oceniono również na podstawie arkusza oceny stanu sanitarnego. Wśród wytwórców dokonano oceny w 79 obiektach kontrolowanych – 65,29%

W następstwie przeprowadzonych czynności kontrolnych właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 104 decyzje administracyjne, w tym 54 decyzje skierowano do wytwórców suplementów diety a 50 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 15 decyzji zakazujących wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

Jakość zdrowotna suplementów diety

2

W 2011 r., laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały 1 441 analiz laboratoryjnych suplementów diety, w tym 92 produkty pochodziły z państw trzecich, 205 z krajów członkowskich UE oraz 1 144 produkcji krajowej.

i fizyczne – 9 próbek oraz inne parametry związane z bezpieczeństwem żywności – 53 próbki.

Zakres badań suplementów diety obejmował w szczególności: zanieczyszczenia mikrobiologiczne (w tym Salmonella i Listeria) – 521 próbek, metale szkodliwe dla zdrowia – 241 próbek, substancje dodatkowe dozwolone do stosowania w żywności – 380 próbek, znakowanie – 1 206 próbek, właściwości organoleptyczne – 834 próbek, zanieczyszczenia biologiczne

Największy odsetek prób zdyskwalifikowanych stwierdzono w przypadku oceny znakowania. Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 69 przypadkach badanych próbek (12 spoza UE, 15 z krajów UE, 42 produktów krajowych). W przeciwieństwie do wyników badań urzędowej kontroli z lat poprzednich w 2011 r., wyniki badań nie wykazały nieprawidłowości w zakresie: stosowania substancji dodatkowych nieautoryzowanych lub niezgodnie z warunkami dla nich ustalonymi,

zanieczyszczeń mikrobiologicznych, zanieczyszczeń metalami ciężkimi oraz cech organoleptycznych.

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza ustawowym obowiązkiem sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad przedsiębiorcami uczestniczącymi na rynku produktów spożywczych współpracują z innymi Państwami Członkowskimi w Systemie Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF). W 2011 r., wyłącznymi powiadomieniami alarmowymi, stanowiącymi potencjalne zagrożenie dla zdrowia konsumentów objęto przypadki: zanieczyszczenia suplementów diety rtęcią, zastosowanie niedeklarowanej substancji o działaniu farmakologicznym (tadalafil), oraz zanieczyszczenie oleju z ogórecznika benzo(a)pirenem, a także prawdopodobne zafałszowanie suplementów diety zawierających ekstrakty z pestek winogron przez dodatek nieautoryzowanych substancji takich jak chlorek benzalkonium i chlorek beznaltonium.

3

Zakres nadzoru sanitarnego nad środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego

W 2011 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęły nadzorem 22 wytwórnie środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego. 3 z ww. zakładów podlegały zatwierdzeniu przez właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Kontrole sanitarne zostały przeprowadzone we wszystkich 22 ww. obiektach. 15 z tych zakładów zostało ocenionych na podstawie arkusza oceny stanu sanitarnego. Wśród skontrolowanych zakładów nie stwierdzono obiektów niezgodnych, jak również nieprawidłowych prób żywności.

W stosunku do roku poprzedniego, obserwowana jest tendencja wzrostowa w odniesieniu do zwiększającej się liczby zakładów i przeprowadzanych w nich kontroli sanitarnych. W 2010 r. przeprowadzonych zostało 18 kontroli, natomiast nadzorem sanitarnym objętych było 19 wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Podobnie jak w roku bieżącym nie odnotowano obiektów niezgodnych, jak również nieprawidłowych prób żywności.

Ilość wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz liczbę kontroli sanitarnych w latach 2010 – 2011 przedstawia tabela 14.

Wszystkie skontrolowane wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, według rejestru zakładów – 22 obiekty, posiadają wdrożone zasady GHP/GMP. Natomiast 17 z nich posiada wdrożony również system HACCP, czyli stan większości z tych obiektów został dostosowany przez Przedsiębiorców do wymagań unijnych.

W sumie w odniesieniu do wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wydanych zostało 12 decyzji administracyjnych oraz nałożone zostały 2 mandaty karne. Ponadto z ww. zakładów pobrane zostały 462 próbki ww. środków spożywczych, z których żadna próbka nie została zdyskwalifikowana.

Tabela 14. Ilość wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz liczba skontrolowanych zakładów w latach 2010 – 2011

Lata	Ilość wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	Liczba skontrolowanych wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego
2010	19	18
2011	22	22

W 2011 r. w odniesieniu do środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ogółem 80 wszystkich kontroli sanitarnych i rekontroli, w tym 10 z nich dotyczyło kontroli interwencyjnych.

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.

3.1. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

W 2011 r. jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wprowadzanych do obrotu w kraju zmieniła się w nieznaczny stopniu na niekorzyść (2,64%) – w porównaniu do 2010 r. (2,35%).

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w latach 2010 – 2011 przedstawia Tabela 15.

W 2011 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 4 919 próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, z których 2,64% nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2010 r. – 2,35%), głównie w odniesieniu do znakowania.

Dane nt. jakości zdrowotnej, a w odniesieniu do środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozbiu na próbki krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej przedstawiona została w Tabeli 16., jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2010 i 2011 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną.

Z powyższego wynika, że największy procent nieprawidłowości odnotowany został w grupie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego pochodzących z importu.

Tabela 15. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
Lata	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %
2010	4634	2,35	3622	2,29	100	6,00	912	2,19
2011	4919	2,64	3919	2,30	13	30,77	987	3,65

Tabela 16. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2011 r.

Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
	Ogółem		w tym:					
	2010	2011	krajowych		UE		z importu	
Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	2,35	2,64	2,29	2,30	2,19	3,65	6,00	30,77

Podsumowanie

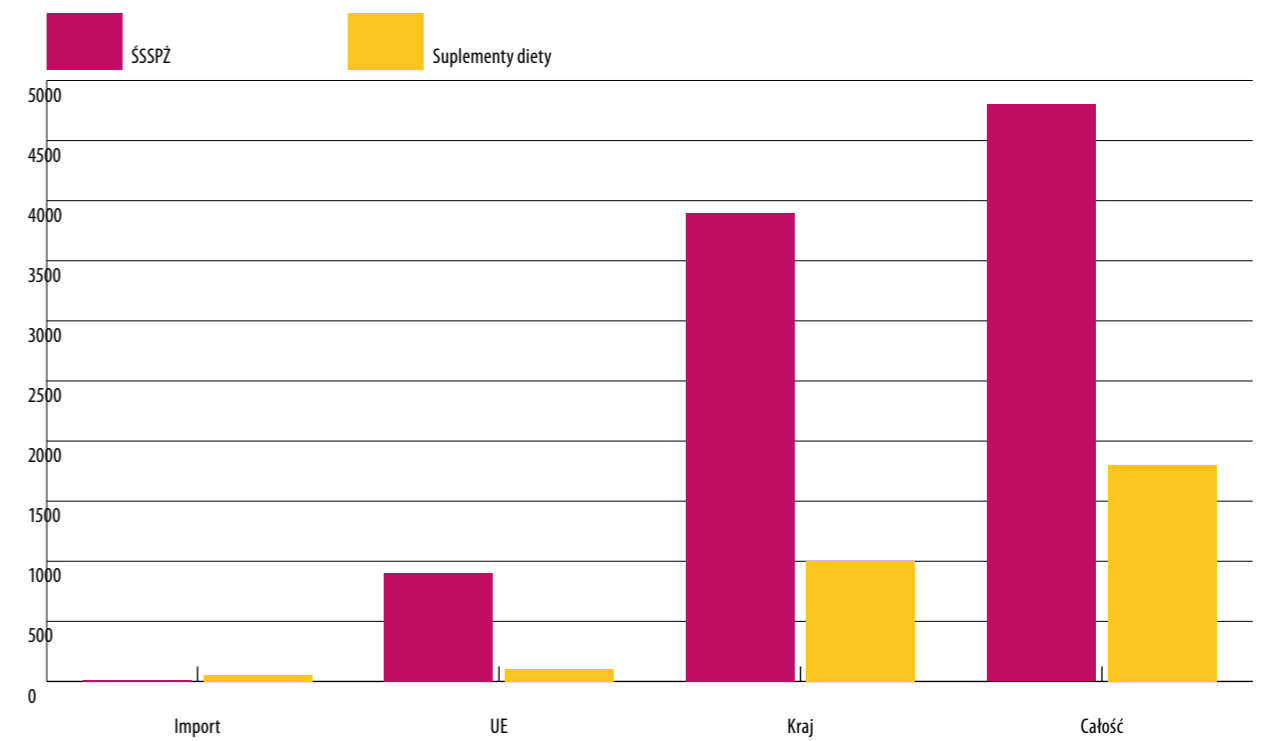
Stan sanitarny nadzorowanych obiektów zajmujących się wytwarzaniem środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w 2011 r. ulega tendencji wzrostowej w stosunku do lat poprzednich. Natomiast jakość środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w kontekście próbek ww. produktów zdyskwalifikowanych – ulega nieznacznemu pogorszeniu. Stan ten wynika prawdopodobnie z większej świadomości osób sprawujących nadzór bieżący, a także przez niedostawianie znakowania produktów przez Przedsiębiorców (głównie z krajów trzecich) do wymogów przepisów prawa krajowego i unijnego.

W celu zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności w dalszym ciągu będzie kontynuowany nadzór sanitarny szczególnie w zakresie produkcji i obrotu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementów diety – szczególnie w aspekcie ich znakowania.

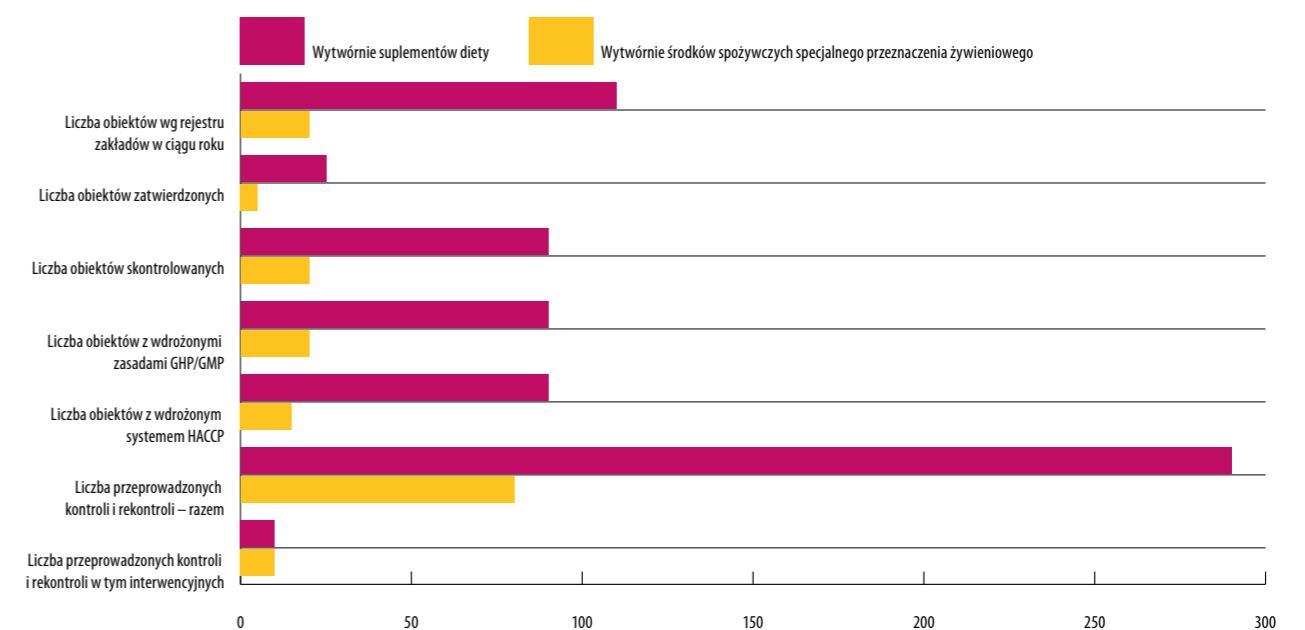
Podsumowanie w wykresach



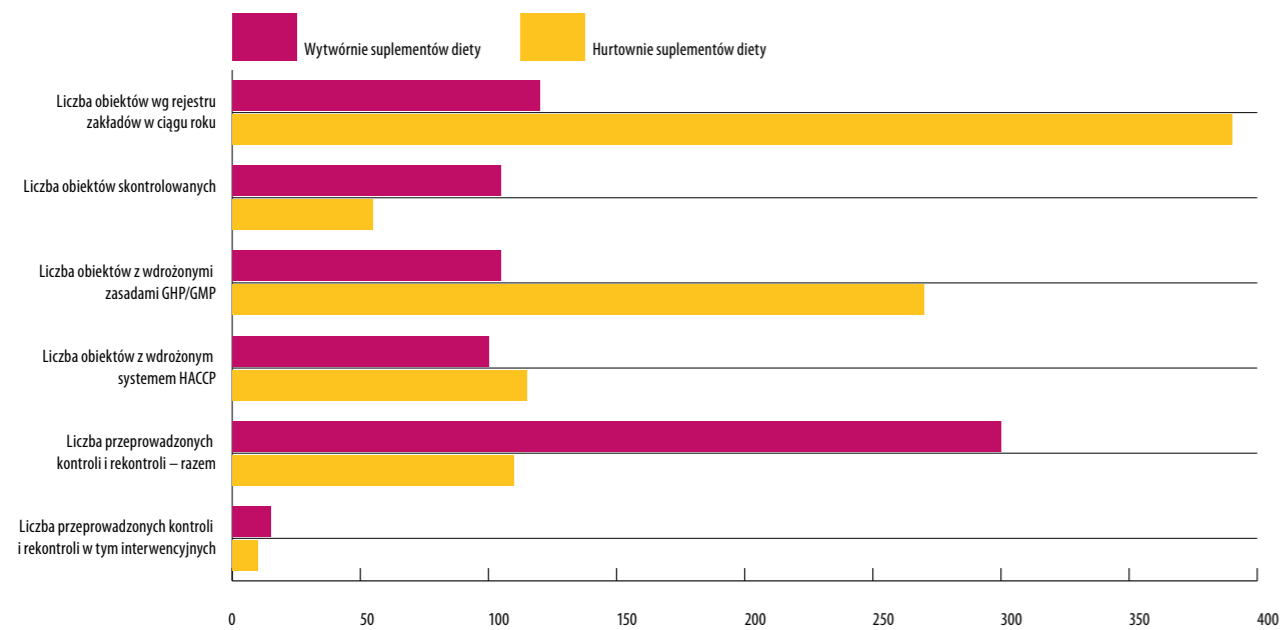
Wykres 14. Badania laboratoryjne środków spożywczych – suplementów diety oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz badania sanitarne.



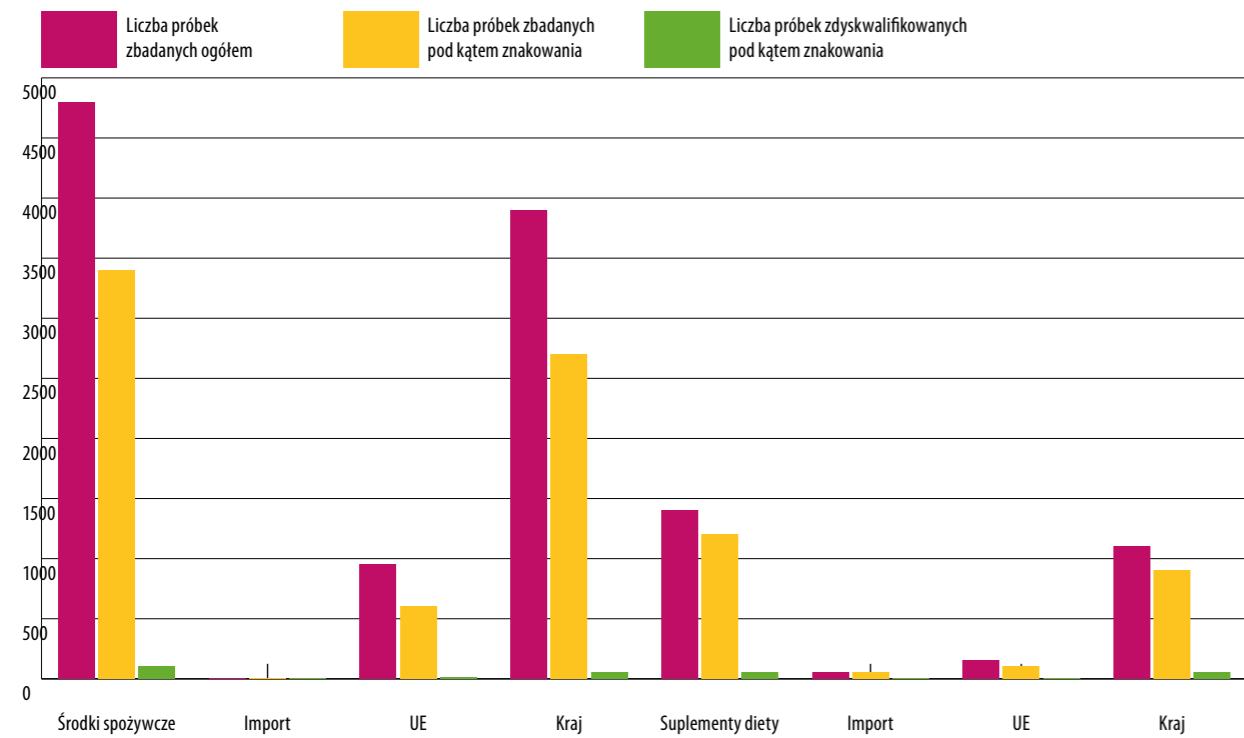
Wykres 15. Nadzór sanitarny nad przedsiębiorstwami produkującymi suplementy diety oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego



Wykres 16. Nadzór sanitarny nad przedsiębiorstwami produkującymi suplementy diety oraz hurtownie suplementów diety



Wykres 17. Badania laboratoryjne środków spożywczych, materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością, kosmetyków oraz badania sanitarne. Próbkki zbadane i zdyskwalifikowane



NOWE NARKOTYKI – EDUKACYJNE WYZWANIE

Główny Inspektorat Sanitarny / Chief Sanitary Inspectorate

03-729 Warszawa, ul. Targowa 65 | tel./phone: +48 22 536-11 00 | fax: +48 22 615-61 94 | e-mail: inspektoratgisi.gov.pl

Od 2008 r. w naszym kraju pojawiło się nowe zagrożenie zdrowotne pod postacią szybko narastającej fali zatruc substancjami pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, wykazującymi działanie odurzające lub psychotropowe i popularnie nazywanymi „dopalaczami”. Pojawiły się one w legalnym obrocie pod postacią odżywek, mieszanek ziołowych lub „artykułów kolekcjonerskich”. Skala zjawiska narastała lawinowo, wskazując na jego zorganizowany charakter. Pierwszy stacjonarny sklep w „dopalaczami” powstał w 2008 r., a w październiku 2010 było już ponad 1 300 sklepów, z czego większość powstała w 2010 r. Zagrożona była głównie młodzież, która eksperymentowała z tymi łatwo dostępnymi, reklamowanymi i groźnymi substancjami. Częstymi pacjentami szpitalnych izb przyjęć i oddziałów zatruc stały się nastolatki. Dodatkowy problem stanowił fakt, że nie był znany skład tych preparatów. Przełomowym był 2010 r., kiedy to organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej rozpoczęły działania dotyczące dopalaczy. Główny Inspektor Sanitarny wydał decyzję, w której nakazał wycofanie z obrotu, na terenie całego kraju, wyrobów o nazwie „Tajfun”, określanych jako przeznaczone do celów kolekcjonerskich oraz wszystkich podobnych wyrobów, powodujących bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzi oraz zaprzestanie działalności obiektów służących produkcji, obrotowi hurtowemu lub detalicznemu tymi wyrobami. Podstawą decyzji była przesłanka wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia. Decyzji tej nadano rygor natychmiastowej wykonalności. W celu ujednoczenia postępowania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej opracowano i wydano wytyczne, instrukcje i procedury postępowania w zakresie objętym decyzją. Po nowelizacji ustawy w listopadzie 2010 r., wprowadzono termin „środku zastępczego”, czyli substancji o działaniu psychoaktywnym nie wymienionej w katalogu zamkniętym określonym dotychczas w tej ustawie. Kontynuacją działań Inspekcji w 2011 r., było przekazanie Mobilnych Punktów Edukacyjnych (zestawy multimedialne) do 16 Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych wraz z materiałami edukacyjnymi (film i ulotki), przeznaczonymi dla młodzieży i rodziców. Pracownicy Inspekcji zainicjowali i włączyli się w szereg działań skierowanych do młodzieży, prezentując podczas spotkań film „Stop dopalaczom”, rozdając materiały o nowych narkotykach oraz prowadząc prelekcje. W marcu 2011 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w koncercie „Artyści przeciw dopalaczom”, który odbył się w Poznaniu. Następnie w kwietniu i wrześniu brali udział w Festiwalu Zdrowia w Busku Zdroju, podczas którego prezentowano materiały edukacyjne z wykorzystaniem Mobilnych Punktów Edukacyjnych. Stacjom wojewódzkim udostępniono również opracowany w Głównym Inspektoracie Sanitarnym scenariusz zajęć do spotkań z młodzieżą z wykorzystaniem Mobilnego Punktu Edukacyjnego. Spotkania te zapewniały maksymalną interaktywność i cieszyły się dużym zainteresowaniem ze strony młodzieży.

Zgodnie ze scenariuszem zajęcia były prowadzone przez odpowiednio przeszkolonych pracowników Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych, wspieranych przez ekspertów w dziedzinie uzależnień (np. z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii). Prezentowany film „Stop dopalaczom” powstał na bazie relacji młodych ludzi uzależnionych od substancji psychoaktywnych (w tym od nowych narkotyków), wzbogacony został również o wypowiedzi specjalistów w dziedzinie terapii uzależnień.

Wśród dzieci i ich rodziców rozdysponowano 1 700 000 sztuk ulotek na temat zagrożeń jakie niosą nowe narkotyki. Ulotki zostały opracowane przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Ministerstwem Edukacji Narodowej.



Stan sanitarny kraju w roku 2011

Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Komendą Główną Policji, Narodowym Instytutem Leków oraz Mazowieckim Centrum Profilaktyki Uzależnień zorganizował szkolenie dla pracowników WSSE. W ramach szkolenia przygotowano materiał edukacyjny (poradnik w formie książkowej) pt.: „Narkotyki i dopalacze – zjawisko, zagrożenie, profilaktyka”. Celem przedsięwzięcia było poszerzenie wiedzy w zakresie nowych narkotyków wśród pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej biorących udział w organizacji szkoleń dla nauczycieli oraz władz samorządów lokalnych. Uczestnicy szkolenia odpowiedzialni są także za obsługę bezpłatnej infolinii dot. nowych narkotyków. Jak wykazało roczne doświadczenie w zakresie prowadzenia infolinii, najczęściej korzystają z niej rodzice, a następnie młodzież.

W 2011 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna objęła monitoringiem sieć internetową w celu zapobiegania ewentualnym próbom wprowadzenia na rynek nowych substancji. Monitorowano także działalność ogólnopolskiej infolinii „antydopalaczowej”, na którą dzwonić można uzyskać

najważniejsze informacje o nowych narkotykach, ich działaniu i specjalistycznych punktach pomocy. Infolinia działa w całym kraju i jest obsługiwana przez pracowników merytorycznych poszczególnych Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych.

Rozpoznawanie i zwalczanie nowych narkotyków stało się możliwe dzięki współpracy wielu środowisk i instytucji. W październiku 2011r. zostało zawarte „Porozumienie pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Szefem Służby Celnej, Komendantem Głównym Policji i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym o współpracy w zakresie przeciwdziałania wprowadzeniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych”. Dzięki opisanym działaniom, akcjom profilaktycznym i edukacyjnym, problem nowych narkotyków został przedstawiony społeczeństwu, tak młodzieży jak i rodzicom. Skutecznie zanegowano mit o niewielkiej szkodliwości, a czasami i dobroczynnym działaniu niewielkich dawek różnych substancji psychoaktywnych. Wykazano, że nawet jednorazowe zażycie „dopalaczy” może skończyć się tragicznie, a ten jeden raz, mający przynieść odprężenie, być początkiem uzależnienia.



JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA

Informacje ogólne

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2010 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Badania jakości wody do spożycia wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stosownie do ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 68,5% pochodzi z ujęć podziemnych i w 31,5% z ujęć powierzchniowych. Z ujęć powierzchniowych najczęściej pobierają wodę duże wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe.

Podstawą nadzoru jakości wody dostarczanej konsumentom jest ocena zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. W celu określenia czy spożywana woda jest czysta i bezpieczna dla zdrowia

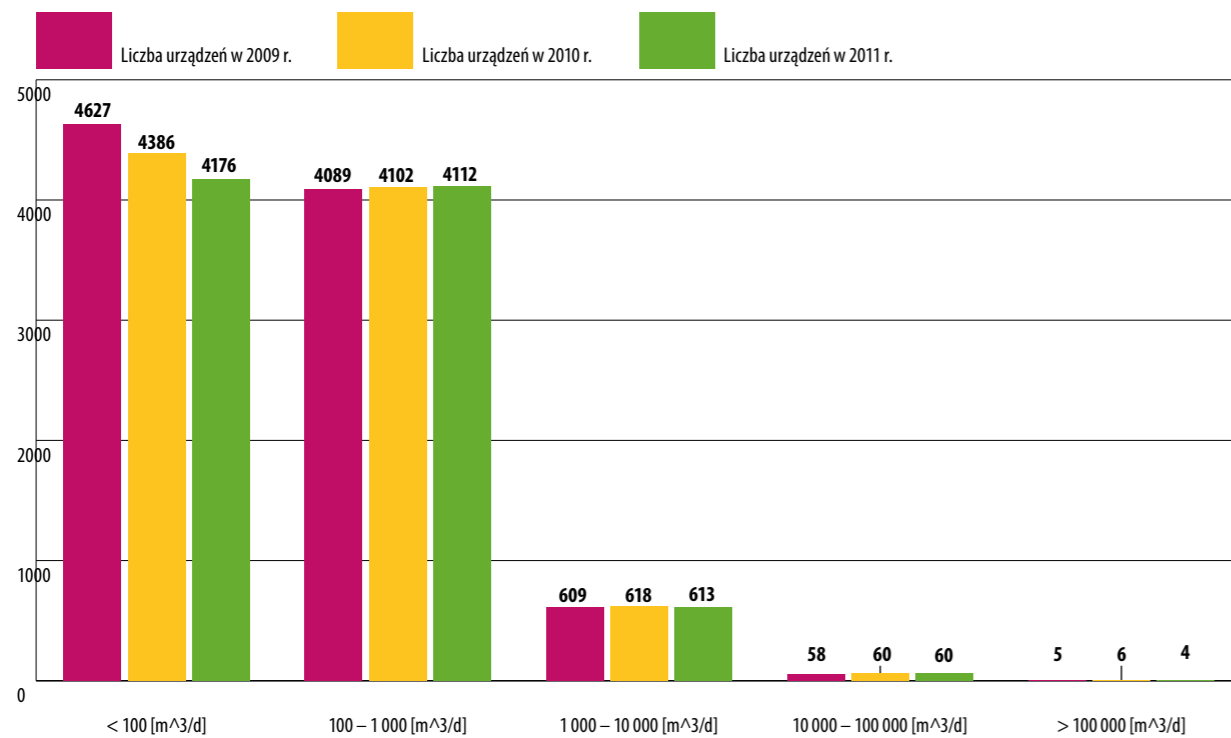
ludzkiego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej systematycznie dokonują oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Ocena jakości wody jest sporządzana osobno dla każdego podmiotu dostarczającego wodę przeznaczoną do spożycia z uwzględnieniem oszacowania ryzyka.

Przepisy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków regulują zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące działalność gospodarczą zgodnie z przepisami ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Ponadto, własne ujęcia posiadają szpitale, czy też dotychczas funkcjonujące gospodarstwa pomocnicze przy zakładach karnych, przy jednostkach wojskowych czy szkoły. Podmioty te produkują wodę na potrzeby własne, ale zdarza się również, że sprzedają wodę podmiotom zewnętrznym. W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w 2011 r. znajdowało się 2 590 tego typu podmiotów (2010 r. – 2 858). Ustawa o finansach publicznych wymusiła zmianę statusu wyżej wymienionych podmiotów, w związku z czym gospodarstwa pomocnicze zostały zlikwidowane i przekształcone w odrębne jednostki organizacyjne w formie spółek kapitałowych, jednostek budżetowych lub instytucji gospodarki budżetowej, które wykonują wyodrębnione zadania odpłatnie w celu realizacji zadania publicznego (np. zaopatrzenia zbiorowego w wodę do spożycia przez ludzi).

Tabela 17. Liczba zewidencjonowanych wodociągów w latach 2009 – 2011

Wydajność wodociągów [m ³ /d]	2009	2010	2011
< 100	4 627	4 386	4 176
100 – 1 000	4 089	4 102	4 112
1 000 – 10 000	609	618	613
10 000 – 100 000	58	60	60
> 100 000	5	6	4
SUMA	9 388	9 172	8 965

Wykres 18. Liczba urzędzeń w latach 2009 – 2011 r.



że woda nie nadaje się do spożycia oraz zagwarantowania konsumentom zastępczego źródła wody przeznaczonej do spożycia. W przypadku przekroczenia parametrów fizykochemicznych szkodliwych dla zdrowia, które w 2011 r. w większości przypadków dotyczyły azotanów – świadczą o wysokiej skali zanieczyszczenia wody na terenie kraju w skutek działalności rolniczej. Przekroczenia te były odnotowywane na terenie całego kraju.

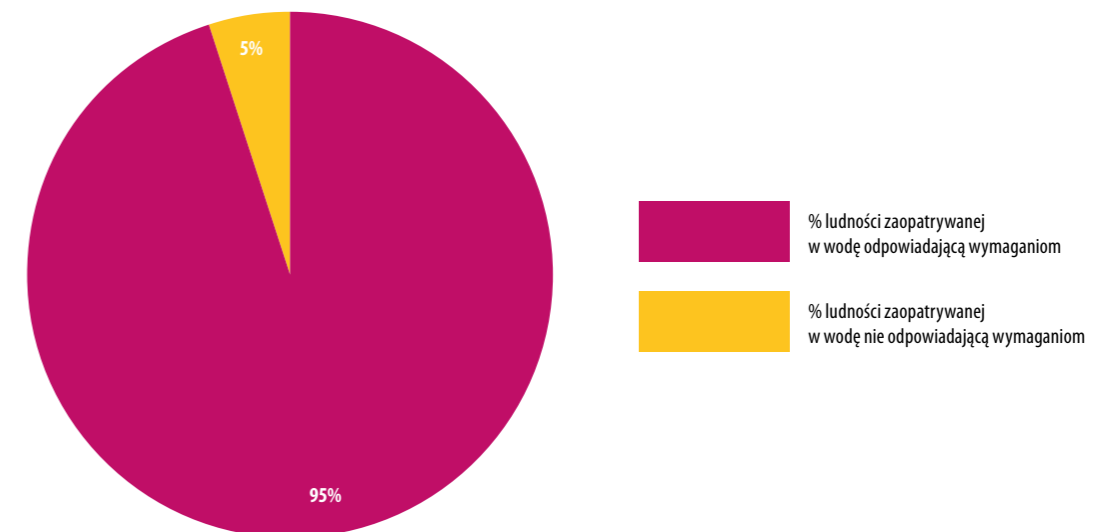
Powyższe działania realizowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekładają się na konkretne rezultaty w postaci ciągłej poprawy jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Ludność zaopatrywana

w wodę spełniająca wymagania sanitarne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w 2011 r. zwiększyła się o 2% w porównaniu z 2010 r.. Biorąc pod uwagę lata poprzednie obserwuje się tendencję do poprawy jakości wody przeznaczonej do spożycia i zapewnienia tym samym konsumentom wody bezpiecznej dla zdrowia ludzkiego, wolnej od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów, w liczbie stanowiącej potencjalne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego oraz wszelkich substancji w stężeniach stanowiących potencjalne zagrożenia dla zdrowia ludzkiego.

Tabela 18.

Wydajność wodociągów [m³/d]	Liczba ludności zaopatrywanej w wodę (w tys.)		Liczba skontrolowanych wodociągów	
	odpowiadająca wymaganiom	nie odpowiadająca wymaganiom	odpowiadającym wymaganiom	nie odpowiadającym wymaganiom
< 100	1 720	142	3 719	382
100 – 1 000	8 863	654	3 805	258
1 000 – 10 000	10 142	509	564	39
10 000 – 100 000	8 302	254	57	3
> 100 000	4 561	80	4	0
SUMA	33 587	1 638	8 149	682

Wykres 19. Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę z wodociągów zbiorowych.



2 Zaopatrzenie ludności w wodę

Okolo 33,2 mln ludności Polski konsumuje wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia natomiast okolo 5 mln ludności zaopatruje się w wodę z własnych ujęć, w tym ze studni przydomowych. Największa gęstość sieci wodociągowych jest na obszarach o największym zaludnieniu. W 2011 r. okolo 95% ludności spożywało wodę w systemie zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a pozostałe 5% warunkowo dopuszczoną do spożycia, na podstawie przyznawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej decyzji. Decyzje te dotyczą głównie parametrów, które nie mają bezpośredniego wpływu na zdrowie konsumenta i służą głównie do określenia prawidłowości procesów uzdatniania i dystrybucji wody. Według ewidencji za r. 2011 odnotowano w Polsce 8 965 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia. Dla porównania – w 2010 r. było ich 9 172. Małych wodociągów (produkujących poniżej 100 m³ wody/dobę) w rozpatrywanym okresie było 4 176 (skontrolowanych – 4 101). Wśród nich 3 719 dostarczało wodę zgodną z wymaganiami. Wodociągów produkujących od 100 do 1 000 m³ wody/dobę zarejestrowano 4 112 (skontrolowanych – 4 063). Wśród tej

grupy 94% dostarczało wodę spełniającą wymagania określone w w/w rozporządzeniu. Wodociągów produkujących wodę od 1 000 do 10 000 m³/dobę było 613 (skontrolowanych – 603). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 94%. Wodociągów produkujących od 10 000 do 100 000 m³ wody/dobę było 60 (skontrolowanych – 60). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 95%. Natomiast cztery największe wodociągi, produkujące powyżej 100 000 m³/dobę dostarczały wodę do spożycia w 100% zgodną z wymaganiami (Tabela 17).

Informacja dotycząca niespełnienia wymagań w ww. wodociągach odnosi się w większości przypadków do przekroczeń żelaza i manganu, które są parametrami wskaźnikowymi i nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia konsumentów. Wpływają tylko niekorzystnie na właściwości organoleptyczne wody takie jak barwa czy smak. W przypadku przekroczeń mikrobiologicznych wodociąg jest natychmiast zamykany i zobowiązuje się przedsiębiorstwo do skutecznego poinformowania konsumentów o tym,

3

Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia

Woda jest niezbędna do utrzymania życia i powinna być o właściwej jakości i w odpowiedniej ilości dostępna dla wszystkich konsumentów. Zasoby wodne powinny być chronione przed zanieczyszczeniem, w tym przed odchodami ludzkimi i zwierzęcymi, które mogą zawierać wiele chorobotwórczych bakterii, wirusów i pierwotniaków, a także helmintów, czyli pasożytów jelitowych z grupy robaków. Największe ryzyko niesie za sobą spożycie wody zanieczyszczonej odchodami ludzkimi i zwierzęcymi. Niewystarczająca ochrona zasobów wodnych i nieskuteczne uzdatnianie wody naraża konsumenta na ryzyko chorób przewodu pokarmowego i innych chorób zakaźnych. Potencjalne konsekwencje mikrobiologicznego zakażenia wody są bardzo poważne, dlatego tak istotne znaczenie ma kontrola jakości wody. W celu stwierdzenia, że woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego, badania wody prowadzone są metodami referencyjnymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Występowanie w wodzie mikroorganizmów bytujących zwykle w odchodach ludzi i zwierząt stałocięplnych wskazuje na zanieczyszczenia typu kałowego, takich jak

Escherichia coli i enteroki (paciorkowce kałowe). Stanowią one swoisty wskaźnik zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody, dlatego ich dopuszczalne wartości zostały określone w załączniku 1 A do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Od tych parametrów nie może być żadnych odstępstw, ponieważ ich przekroczenie stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia ludzi. W 2011 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru sanitarnego nad zaopatrzeniem zbiorowym w wodę wykonała badania zarówno w kierunku Escherichia coli jak i w kierunku enterokoków. Liczba przekroczeń obu wskaźników stanowiła niespełna 1% w skali kraju. W przypadku przekroczeń mikrobiologicznych wody, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nakazywały w drodze decyzji podjęcie natychmiastowych działań naprawczych przez przedsiębiorstwo wodociągowe w celu usunięcia zanieczyszczenia. Spożywana woda w ramach zaopatrzenia zbiorowego w 99% w zakresie mikrobiologii była bezpieczna dla zdrowia ludzi i nie stanowiła ryzyka zachorowania na choroby wodopochodne.

4

Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia

W załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia określono szczegółowo dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W przypadku stwierdzenia w badaniach monitoringowych przekroczenia dopuszczalnych wartości określonych w załączniku 2 (27 parametrów) podmioty, produkujące wodę, mogą starać się przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej o udzielenie odstępstwa na dany parametr chemiczny. Ma to na celu umożliwienie podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie do wymaganych wartości parametrów mających na celu poprawę jakości wody. Naczelnym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed potencjalnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, które mogłyby wystąpić wskutek spożywania wody o nieodpowiedniej jakości. Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku i zależy od:

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

Ścisłe nadzorowana i ograniczona w czasie procedura, ma zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do parametrów chemicznych, mających istotny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne wody, wymienionych w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia, a ponadto wyłącznie w sytuacji, gdy uzyskanie poprawy jakości wody nie jest możliwe w ciągu 30 dni od stwierdzenia zanieczyszczenia. Nie obejmuje ona parametrów mikrobiologicznych z załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Procedurze

udzielania zgody na odstępstwo nie podlegają także parametry wskaźnikowe nie stanowiące zagrożenia dla zdrowia ludzi, a ich przekroczenie może wpływać niekorzystnie na ocenę organoleptyczną jej jakości przez konsumentów i stan techniczny urządzeń sanitarnych.

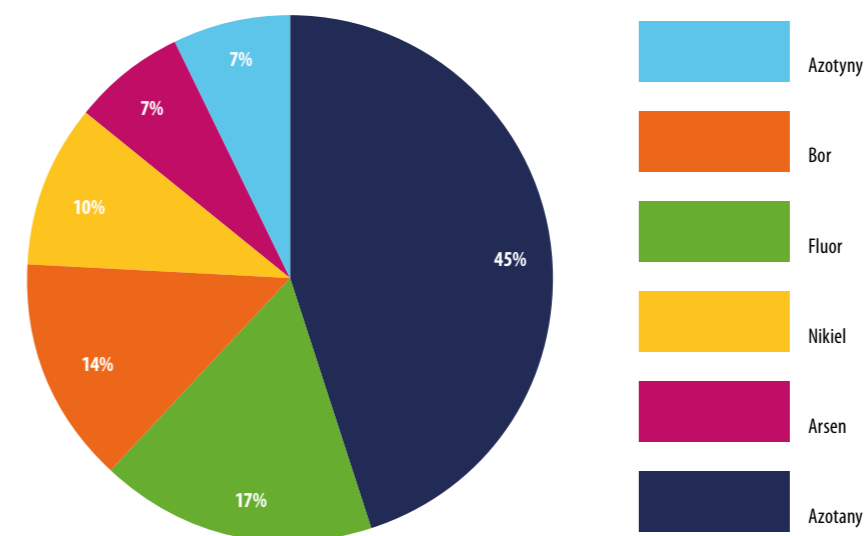
W 2011 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły 29 odstępstw na 6 parametrów. Zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Największa liczba przekroczeń dopuszczalnych stężeń dotyczyła azotanów – 13 udzielonych odstępstw. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów, odnotowano 16 odstępstw, takich jak: azotyny, bor, fluor, nikiel oraz arsen (Tabela 18, Wykres 20 i 21).

Tabela 19. Tabela odstępstw w 2011 r.

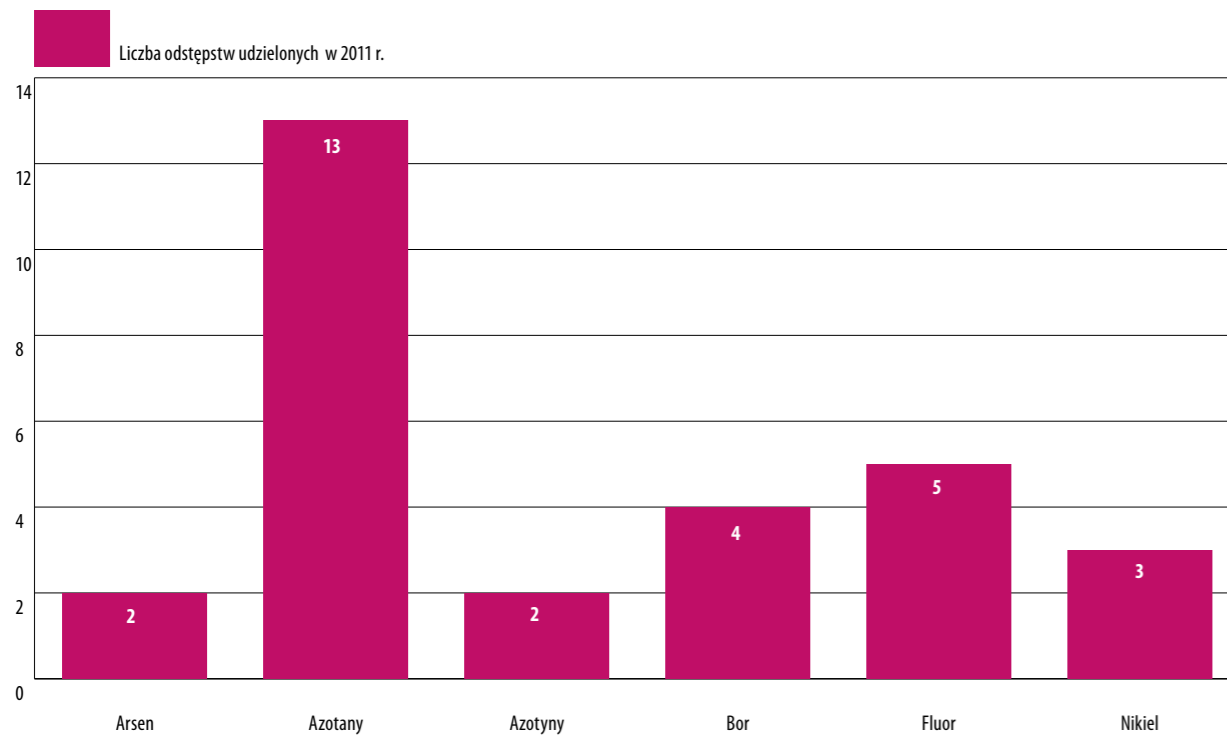
Parametry	Liczba odstępstw*				SUMA (liczba odstępstw łącznie)	
	I odstępstwo		II odstępstwo			
	łącznie	W 2011	łącznie	W 2011		
1	Arsen	2	2	0	0	2
2	Azotany	21	9	5	4	26
3	Azotyny	3	2	1	0	4
4	Bor	5	2	2	2	7
5	Fluor	5	2	4	3	9
6	Kadm	1	0	0	0	1
7	Nikiel	7	1	3	2	10
8	Ołów	1	0	1	0	2
SUMA		45	18	16	11	

*dla wodociągów produkujących powyżej 5 000 [m³/d] nie zanotowano odstępstw, nie zanotowano także żadnego przypadku III odstępstwa

Wykres 20. % udział poszczególnych parametrów w odstępstwach udzielonych w 2011 r.



Wykres 21. Liczba odstępstw udzielonych w 2011 r.



Największa liczba udzielonych przez organy inspekcyjne zgód na odstępstwo w 2011 r. jak i w 2010 r. była przyznana w zakresie azotanów. Zanieczyszczenie wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi azotanami jest głównie wynikiem prowadzonej na terenie całego kraju działalności rolniczej. Należy jednak zwrócić uwagę, że pomimo niewielkiego przekroczenia tego parametru, może on być jednak poważnym zagrożeniem zdrowia noworodków i małych dzieci. Skażenie wody azotanami zachodzi poprzez przenikanie tych związków z pól uprawnych do gleby, a następnie do wód powierzchniowych i gruntowych. Wody skażone azotanami stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, a ich spożywanie powoduje u niemowląt methemoglobinemię i niedokrwistość. Są również źródłem nitrozoamin, związków o działaniu rakotwórczym i mutagennym. Dlatego monitoring jakości wody przeznaczonej do spożycia stanowi tak ważny aspekt w nadzorze nad jej bezpieczeństwem zdrowotnym. W 2011 r., podobnie jak w 2010 obserwowano również przekroczenia wartości parametrów takich jak azotyny, bor, fluor oraz nikiel związanych z różnymi gałęziami przemysłu. Związki te powodują większość antropogenicznych zanieczyszczeń wód, toksycznie działają na środowisko i żywe organizmy. Liczba udzielonych odstępstw w zakresie tych parametrów w 2011 r. nie była wysoka, jednak podwyższone wartości tych parametrów w wodzie do spożycia, powinny zwrócić uwagę przedsiębiorstw wodociągowych na konieczność podjęcia odpowiednich działań, dążących do przywrócenia wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi pełnej przydatności jakościowej.



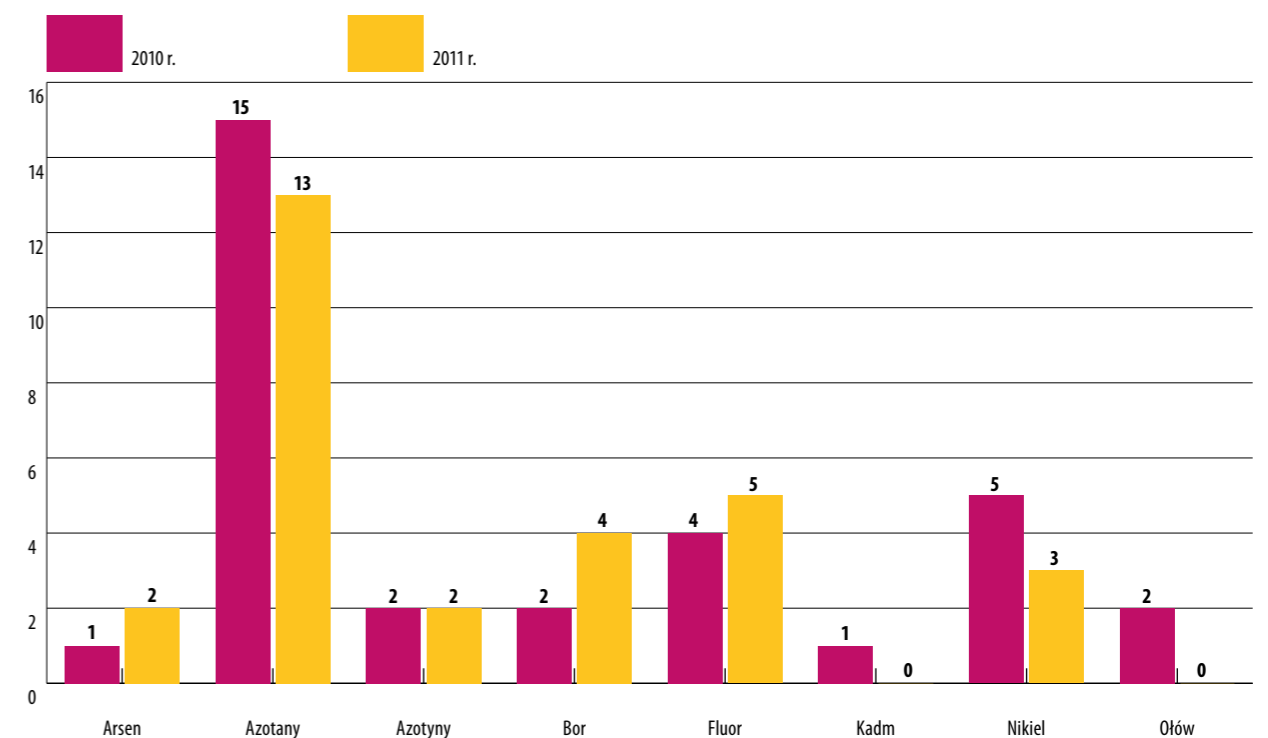
Podsumowanie

W 2011 r. około 95% konsumentom dostarczano wodę w systemie zaopatrzenia zbiorowego zgodną z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, natomiast 5% warunkowo dopuszczoną do spożycia, na podstawie przyznawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej czasowych odstępstw. W przypadku warunkowego dopuszczenia priorytetem jest ustalenie, że dopuszczalna wartość parametrów nie stanowi zagrożenia zdrowotnego.

Uzyskane dane dotyczące liczby wodociągów dostarczających wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia (8%) utrzymują się na nieco niższym poziomie niż w 2010 r. (11%). Niemniej jednak pozostają istotne problemy do rozwiązania, takie jak:

- udoskonalanie systemu oceny jakości wody,
- weryfikacja przyczyn warunkowych dopuszczeń wody do spożycia,
- poddania analizie przypadków stwierdzenia obecności bakterii E.coli i enterokoków, a także bakterii Clostridium perfringens i ogólnej liczby bakterii w 22°C (w miesiącach zimowych).

Wykres 22. Liczba odstępstw udzielonych w 2010 r. i 2011 r.



W 2011 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w skali kraju udzieliły odstępstw na 6 parametrów, określonych w załączniku 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Największą liczbę przekroczeń w odniesieniu do poszczególnych parametrów odnotowano dla azotanów (13 udzielonych odstępstw). Ponadto udzielono odstępstw na następujące parametry: azotyny, bor, fluor, nikiel oraz arsen.

Najwięcej odstępstw spośród wszystkich udzielonych przez organy inspekcyjne w 2011 r. zgód przypada na azotany, co świadczy o zanieczyszczeniu spożywanej wody na terenie kraju na skutek działalności rolniczej. W przypadku udzielenia tego rodzaju odstępstwa zawiadamia się konsumentów

o zagrożeniu wynikającym ze spożycia takiej wody przez noworodki i niemowlęta (zapobieganie methemoglobinemii) i zaleca się jednocześnie stosowanie do przygotowania pokarmów wody konfekcjonowanej, dopuszczanej przez Instytut Matki i Dziecka.

W 2011 r. na terenie kraju nie zanotowano, podobnie jak w latach poprzednich żadnej epidemii związanej z chorobami wodopochodnymi. Parametry fizykochemiczne jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, dla których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych wartości nie stanowiły bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia ludzi. Głównymi źródłami zanieczyszczeń były infiltrujące wody deszczowe, wraz z którymi przedostają się do wód gruntowych środki ochrony roślin i zanieczyszczenia

bytowo – gospodarcze z nieszczelnych zbiorników bezodpływowych oraz z wód powierzchniowych, do których odprowadzane są niekiedy bezpośrednio ścieki bytowe i hodowlane.

Pozostałe czynniki, które miały wpływ na pogorszenie się jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi to: wyeksploatowana i niedofinansowana instalacja wodociągowa, niewłaściwa eksploatacja i konserwacja urządzeń/obiektów służących do zaopatrywania w wodę oraz brak ich okresowych przeglądów i modernizacji.

Do istotnych działań na rzecz poprawy jakości wód należy:

- skuteczna ochrona ujęć wody,
- dostateczna kontrola ujmowanej wody,
- profesjonalne zarządzanie i ścisłe nadzorowanie procesów pobierania wody,
- właściwie prowadzone procesy uzdatniania i dystrybucji wody,
- poprawnie dobrane materiały i substancje kontaktujące się z wodą na wszystkich etapach produkcji i dystrybucji wody,
- właściwie zaprojektowane, wybudowane i eksploatowane instalacje wodociągowe w budynkach,
- stworzenie systemu zarządzania jakością wszystkich podmiotów w jakikolwiek sposób związanych z zaopatrzeniem w wodę do spożycia.

Pobór wód zarówno dla celów produkcji, jak i zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia spada z roku na rok. Powodem tego trendu jest przede wszystkim praktyka oszczędzania wody, zarówno przez indywidualnych odbiorców, jak i przez przemysł. Wiąże się to ponadto z wdrażaniem w przemyśle nowych technologii produkcji, które charakteryzują się z reguły ograniczeniem zużycia wody.

Dane za 2011 r. wskazują, że analogicznie jak w latach poprzednich, przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty produkujące wodę w ilości poniżej 1 000 m³/dobę dostarczały swoim odbiorcom niejednokrotnie wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia z uwagi na niezgodność parametrów zarówno pod względem mikrobiologicznym jak i fizyko-chemicznym.

Krajowym problemem w zaopatrzeniu w wodę jest nadmierna liczba małych wodociągów. Wśród tych urządzeń zaznacza się wyższą (w stosunku do większych wodociągów) liczbę przekroczeń podstawowych parametrów mających wpływ na jakość wody. Jednakże na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się tendencję spadkową liczby indywidualnych ujęć wody/wodociągów o produkcji wody <100m³/d w wyniku ich przyłączenia do wodociągów publicznych. Proces ten jest niezmiernie korzystny i pożądany, ponieważ przyczynia się do poprawy jakości wody (duże przedsiębiorstwa wodociągowe dostarczają wodę o stabilnej jakości, posiadają w większości nowoczesne technologie uzdatniania wody oraz mają zwiększoną częstotliwość kontroli jakości wody).

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

Pomimo poprawiającej się ogólnie jakości wody na przestrzeni ostatnich lat ocena stanu sanitarnego wody jest niezwykle ważna, a w świetle zarysowujących się tendencji wzrostu zanieczyszczeń mikrobiologicznych wymaga pogłębionych analiz w celu przeciwdziałania potencjalnym epidemiom wodopochodnym.

W 2011 r. nie zanotowano, podobnie jak w latach poprzednich żadnej epidemii związanej z chorobami wodopochodnymi.



Informacje ogólne

Z dniem 1 stycznia 2011 r. weszły w życie przepisy wprowadzające nowe zasady zarządzania jakością wody w kąpieliskach, wprowadzone ustawą z dnia 4 marca 2010 r. o zmianie ustawy Prawo wodne (Dz. U. z 2010 r., Nr 44, poz. 253) będącą nowelizacją ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne (Dz. U. z 2005 r., Nr 267, poz. 2255 z późn. zm.). Implementuje ona do polskiego prawa Dyrektywę 2006/77/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. dotyczącą zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylającą dyrektywę 76/160/EWG (Dz. Urz. L 64 z 04.03.2006r.).

Dyrektywa ta zupełnie zmienia dotychczasowe podejście do zagadnienia wyznaczania kąpielisk i zarządzania nimi, w tym nadzorowania jakości wody w kąpielisku i sposobu jej oceny oraz klasyfikacji. Świadczy o tym już sama zmiana jej tytułu. Woda w kąpieliskach jest tu traktowana jako pewien element środowiska, której jakość jest bezpośrednio uzależniona od stanu tego środowiska. Zgodnie z preambułą Dyrektywy kąpieliskowej

woda jest deficytowym zasobem naturalnym i koniecznym jest aby każde Państwo Członkowskie objęło ją należytą ochroną. Polityka Wspólnoty Europejskiej poprzez swoje akty prawne dąży do ciągłej poprawy stanu środowiska, w tym wód. Dyrektywa 76/160/EWG określając parametry jakości wody w kąpieliskach, które Państwa Członkowskie musiały osiągnąć w ciągu 10 lat od jej notyfikacji, stawiała za cel ochronę środowiska oraz zdrowia publicznego, poprzez zmniejszenie zanieczyszczenia wody w kąpieliskach oraz ochronę takiej wody przed dalszym zanieczyszczeniem. Obecna Dyrektywa 2006/77/WE realizując zobowiązanie do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach wprowadza element zarządzania jakością wody w kąpielisku. W szerszym zakresie obejmuje wszelkie działania mające na celu lepsze rozpoznawanie ryzyka, co stanowi podstawę zarządzania jakością wody w kąpieliskach, a w szczególności wpływa na poprawę jakości wody.

Zakres odpowiedzialności poszczególnych organów

Zakresy odpowiedzialności poszczególnych podmiotów:

- ustawa Prawo wodne, art. 4 – jeden z organów odpowiedzialnych za gospodarowanie wodami,
- ustawa o samorządzie gminnym, art. 7 ust. 1 – zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy (...) 5) ochrony zdrowia, (...) 10) kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych.

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

- przygotowuje projekt uchwały, obejmujący wykaz planowanych kąpielisk, sporządzony po rozpatrzeniu wniosków złożonych przez

organizatorów, oraz wydzielonych fragmentów wód powierzchniowych, na których planuje utworzyć kąpieliska, dla których będzie organizatorem,

- podaje do publicznej wiadomości projekt uchwały, rozpatruje zgłoszone uwagi oraz propozycje,
- przekazuje projekt uchwały do zaopiniowania właściwemu: dyrektorowi regionalnego zarządu gospodarki wodnej, wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska i państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, a w przypadku kąpielisk położonych na polskich obszarach morskich, również właściwemu terytorialnie dyrektorowi urzędu morskiego,
- prowadzi i aktualizuje ewidencję kąpielisk,
- przekazuje na wniosek właściwego inspektora sanitarnego właściwym organom w sprawach gospodarowania wodami, informacje zawarte w prowadzonej przez niego ewidencji,

- rozpowszechnia informacje o wprowadzonym zakazie kąpielii za pomocą środków masowego przekazu.

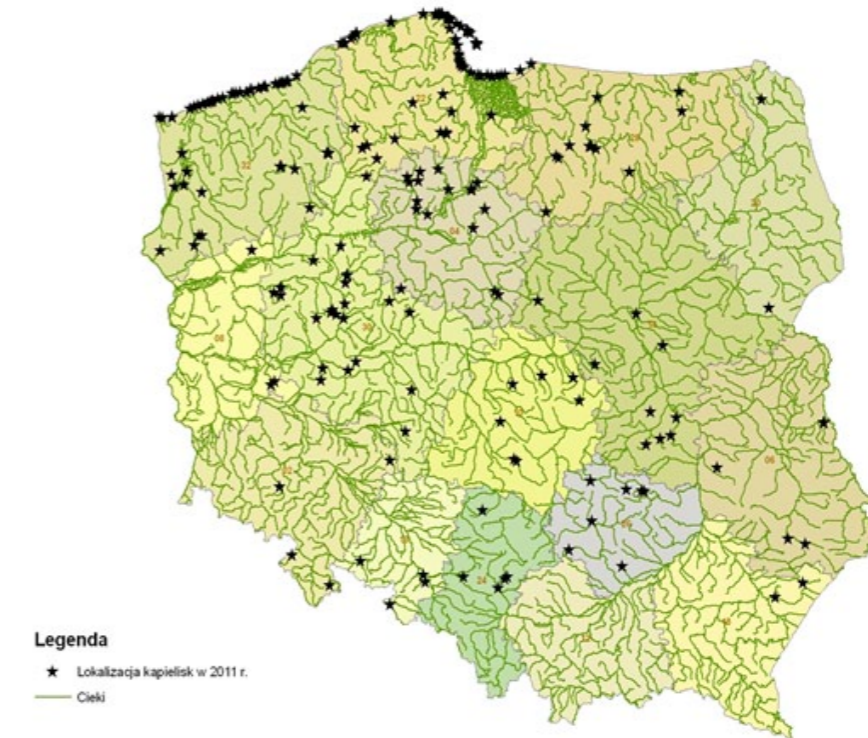
Rada gminy – zatwierdza projekt uchwały wyznaczającej kąpieliska.

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

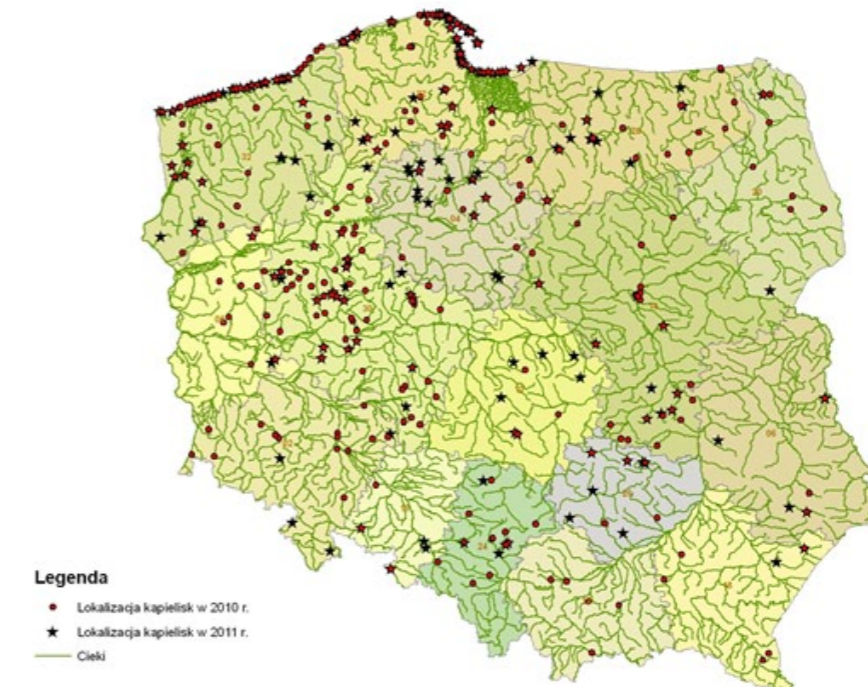
- zorganizowanie kąpieliska i utrzymanie infrastruktury przy nim zlokalizowanej,
- wnosi o wyznaczenie uchwałą i umieszczenie w ewidencji kąpielisk na terenie gminy,
- aktualizuje dane, które zgodnie z ustawą zobowiązany jest dostarczyć właściwemu wójtowi, burmistrzowi, prezydentowi,
- oznakowuje kąpielisko,
- sporządza profil wody w kąpielisku,

- proceedzi kontrolę wewnętrzną zgodnie z art. 163 ustawy Prawo wodne,
- ustala wspólnie z inspektorem sanitarnym harmonogram poboru próbek,
- systematycznie, wizualnie nadzoruje kąpielisko,
- zleca badanie jakości wody laboratoriom upoważnionym ustawowo (laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne przez nią zatwierdzone do badania wody),
- niezwłocznie przekazuje wyniki badania wody właściwemu inspektorowi sanitarnemu celem dokonania oceny jej jakości,
- informuje właściwego inspektora sanitarnego o wystąpieniu zmian mogących mieć wpływ na jakość wody w kąpielisku oraz o zawieszeniu harmonogramu badań,
- informuje kąpiące się osoby o jakości wody w kąpielisku i o zaleceniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- ustala przyczynę ewentualnego zanieczyszczenia wody i podejmuje działania dla ochrony zdrowia ludzkiego i poprawy jakości wody.

Rycina 1. Lokalizacja kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2011 r.



Rycina 2. Lokalizacja kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2010 r. i w 2011 r.



3

Podsumowanie stanu sanitarnego kąpielisk w 2011 r.

Do Komisji Europejskiej w 2010 r. raportowanych było 316 kąpielisk, natomiast w 2011 r. było ich 220. Należy zaznaczyć, iż 2010 r. był rokiem, w którym obowiązywała ocena i raportowanie zgodne z Dyrektywą 76/160/EWG, a kąpieliska raportowane w 2011 były już nadzorowane i raportowane zgodnie z Dyrektywą 2006/7/WE (Tabela 19.).

Z danych zamieszczonych z tabeli 19 wynika, iż liczba kąpielisk raportowanych w 2011 r. zmalała o 95. Tak duża różnica spowodowana jest zmianą dotychczasowych przepisów i wymagań odnośnie organizacji kąpielisk, które przyczyniły się do tego, iż nie wszyscy organizatorzy zdążyli dostosować kąpieliska do nowych wymagań. Odnosi się to przede

wszystkim do kąpielisk zorganizowanych na akwenach powierzchniowych wewnętrznych. Liczba kąpielisk zorganizowanych na wodach przybrzeżnych i przejściowych, czyli na terenie morza Bałtyckiego i Zatoki Gdańskiej wzrosła o jeden obiekt.

Lokalizację poszczególnych kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2010 r. i 2011 r. przedstawiono na poniższych mapach (Rycina 1 i 2). Należy zaznaczyć, iż liczba tych samych kąpielisk raportowanych w 2010 r. i 2011 r. wynosiła 140. Natomiast w 2011 r. raport do Komisji Europejskiej zawierał 80 zupełnie nowych obiektów.

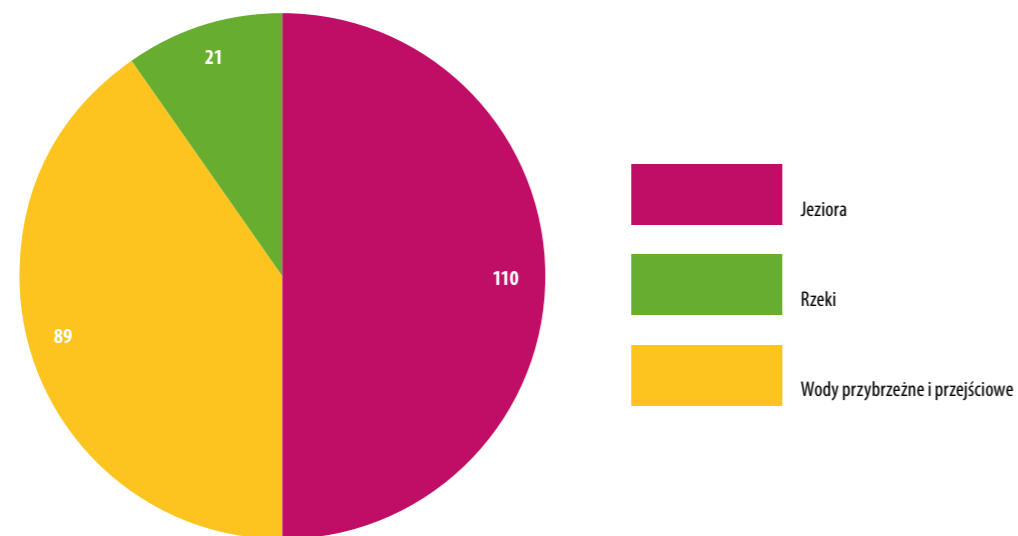
Tabela 20. Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2010 – 2011 r.

Liczba kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej	2010 r.	2011 r.
Wody przybrzeżne i przejściowe	88	89
Wody wewnętrzne	228	131
Razem	316	220

W 2011 r. spośród 220 czynnych kąpielisk większa część zorganizowana była na jeziorach (Wykres 23.). Systematyka podziału akwenów jest zgodna z wymaganiami Komisji Europejskiej i dzieli się na trzy kategorie. Pierwszą z nich są jeziora, czyli części wód śródlądowych powierzchniowych stojących. Kolejną są rzeki, czyli części wód śródlądowych płynących w przeważającej części po powierzchni lądu, ale mogących na pewnych odcinkach swego biegu płynąć pod ziemią. Ostatnią kategorią są wody przejściowe i przybrzeżne. Wody przejściowe oznaczają części wód powierzchniowych w obszarach ujść rzek, które są częściowo zasolone na skutek bliskości wód przybrzeżnych, ale które są pod znacznym wpływem dopływów wód słodkich. Wody przybrzeżne to wody powierzchniowe po stronie w kierunku lądu od linii, której najbliższy punkt linii brzegowej jest na odległości jednej mili morskiej po stronie w kierunku morza, od najbliższego punktu linii bazowej, od której mierzona jest szerokość wód terytorialnych, rozszerzając się tam gdzie to stosowane aż do zewnętrznej granicy wód przejściowych.

W porównaniu do 2010 r. liczba kąpielisk na wodach przybrzeżnych i przejściowych zwiększyła się o jeden obiekt. Najwięcej kąpielisk w 2011 r. znajdowało się na terenie województwa pomorskiego i zachodniopomorskiego, a na terenie województwa małopolskiego nie zostało otwarte żadne kąpielisko.

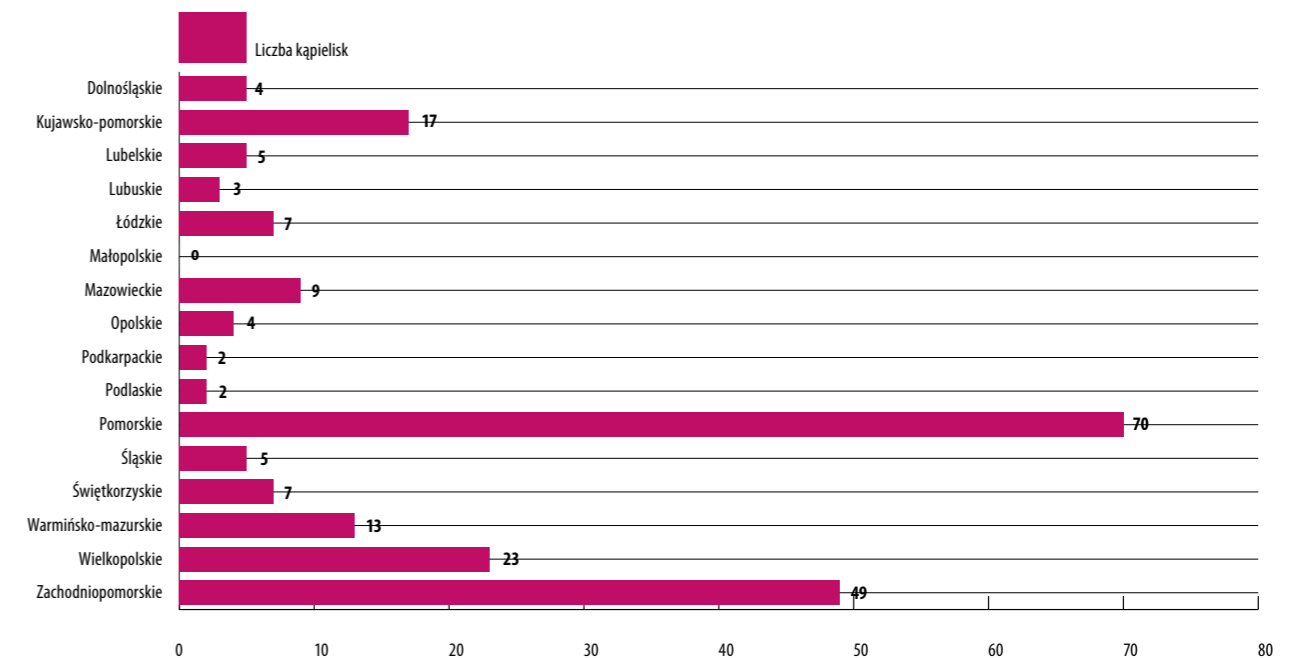
Wykres 23. Liczba kąpielisk w 2011 r. z podziałem na poszczególne typy akwenów



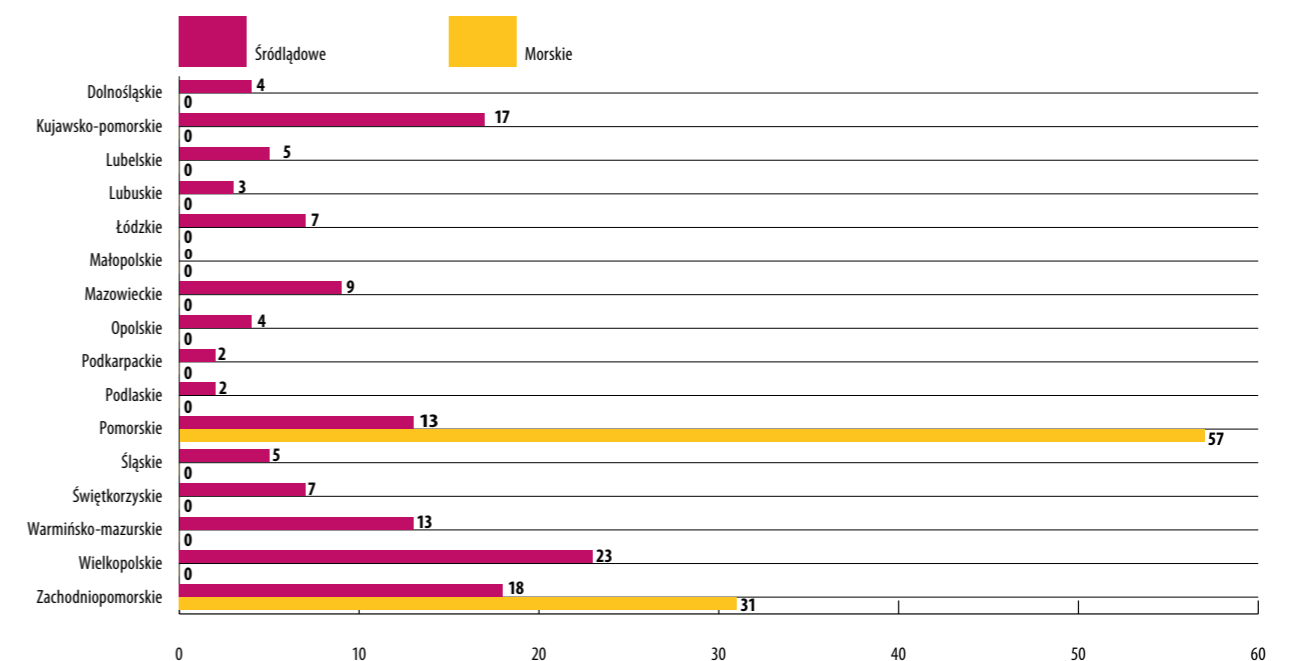
Nadzorem sanitarnym w 2011 r. objęto 220 kąpielisk (100% obiektów ujętych w ewidencji). Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem liczyła 89 obiektów (stanowi to odpowiednio 40% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Kąpieliska morskie znajdują się w dwóch województwach: pomorskim i zachodniopomorskim. Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim.

Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województw (Wykres 24.): pomorskiego (70) i zachodniopomorskiego (49). Skupiały one łącznie 54% ogółu skontrolowanych kąpielisk. Ponadto najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: małopolskim (0), podkarpackim (2), podlaskim (2) i lubuskim (3).

Wykres 24. Liczba kąpielisk w 2011 r. z podziałem na poszczególne województwa



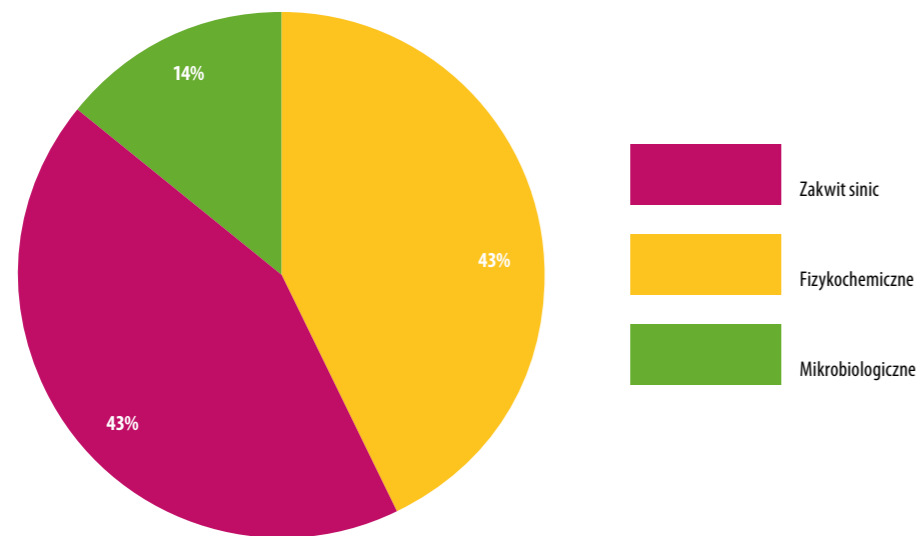
Wykres 25. Liczba kąpielisk w 2011 r. śródlądowych i morskich z podziałem na poszczególne województwa



Największa liczba kąpielisk śródlądowych w poszczególnych województwach (Wykres 25.) znajduje się w województwie: wielkopolskim (23), zachodniopomorskim (18) i kujawsko-pomorskim (17).

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami należała ocena jakości wody, prowadzona zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpielii (Dz. U. Nr 86, poz. 478). Jakość wody była oceniana przed rozpoczęciem sezonu kąpieliskowego i następnie przynajmniej raz w trakcie jego funkcjonowania. Natomiast organizator kąpieliska ma obowiązek ustalenia z właściwym inspektorem sanitarnym harmonogramu pobierania próbek i wykonywać zgodnie z nim badania wody tak, aby w sumie

Wykres 26. Liczba kąpielisk w 2011 r. w których stwierdzono przekroczenia



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

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

każde kąpielisko było zbadane minimum czterokrotnie w trakcie jego funkcjonowania. W ocenie przydatności wody do kąpielii uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic.

Stan sanitarny kąpielisk objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2011 r. oceniono negatywnie ogółem w 7 skontrolowanych obiektach, co stanowi 3% wszystkich skontrolowanych kąpielisk (Wykres 26.). Wśród kąpielisk morskich jakość wody była zgodna z wymaganiami. Na terenie dziesięciu województw nie odnotowano kąpielisk niezgodnych z wymaganiami. Przekroczenia wymagań jakości wody w kąpieliskach stwierdzono na terenie województwa dolnośląskiego, opolskiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego.

Informacje z zakresu infrastruktury na obszarze kąpieliska dzielą się na trzy kategorie.

Pierwsza kategoria to „Programy i wyróżnienia” dla danego kąpieliska według zwyczajowo przyjętej definicji, na przykład Błękitna flaga. Jest to nazwa międzynarodowego programu Fundacji na rzecz Edukacji Ekologicznej (Foundation for Environmental Education – FEE). Utworzonej w 1981 r. jako pozarządowa organizacja ekologiczna, zrzeszająca narodowe organizacje pełniące rolę krajowych koordynatorów programów FEE. Błękitna Flaga jest wyróżnieniem przyznawanym obiektom spełniającym najwyższe kryteria w zakresie jakości wody, zarządzania środowiskowego, bezpieczeństwa a także prowadzonych działań edukacyjnych i informacyjnych. Idea Kampanii Błękitnej Flagi powstała w 1985 r. we Francji, kiedy to kilka miejscowości położonych na Łazurowym Wybrzeżu przyznało certyfikaty Błękitnej Flagi, znajdującym się

tam, wyróżniającym się kąpieliskom. Jako kryterium przyznania wyróżnienia uznano prawidłową gospodarkę ściekową i dobrą jakość wody.

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

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

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

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

Poddając analizie statystycznej kąpieliska w zakresie informacji dotyczących trzech powyższych kategorii, można zauważyć, iż w skali całego kraju w 2011 r. posiadały one następujący udział:

- 9% wyróżnień,
- 26% ogrodzony teren,
- 97% wyznaczoną strefą do kąpielii,
- 64% strefę do uprawiania sportu i rekreacji,
- 49% pomosty i moła,
- 42% strefy cumowania sprzętu wodnego,
- 24% miejsca na grill/ognisko,
- 60% dostęp do punktu czerpalnego wody wraz z odprowadzaniem ścieków,
- 29% przystosowanie dla osób niepełnosprawnych,

- 97% toaletę (skanalizowane lub przenośne),
- 35% natryski,
- 37% przebieralnie,
- 98% ratowników,
- 67% strefę do pływania dla dzieci,
- 91% zakaz wprowadzania zwierząt domowych.

Wydaje się zasadne, aby w 2012 r. dokładniej przeanalizować informacje i dane w zakresie możliwości organizacji kąpielisk zgodnie z nowymi zasadami wskazanymi w ustawie z dnia 4 marca 2010 r. – o zmianie ustawy Prawo wodne. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie mają żadnych narzędzi prawnych do zobligowania osób fizycznych, prawnych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej do organizowania kąpielisk. Nie mogą również brać odpowiedzialności za wszystkie potencjalne miejsca, które w świadomości społeczeństwa funkcjonują jako kąpieliska.

Zapis w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.) wskazuje, iż do zakresu działań gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, należy przez to rozumieć również potrzeby związane z organizacją i udostępnianiem kąpielisk. Podobne wskazanie jest w art. 7 ust. 1 pkt 10, który stanowi, iż zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych należy do zadań własnych gminy.

Biorąc powyższe pod uwagę oraz zapis art. 34a ust. 1 ustawy Prawo wodne, który stanowi, iż rada, w drodze uchwały, do 31.05, daje społeczeństwu możliwość wpływania na decyzje organów gminy w zakresie zapewnienia odpowiednich warunków rekreacji i wypoczynku zgodnych z jego oczekiwaniami. Jeśli lokalne społeczeństwo oczekuje zorganizowania na terenie gminy kąpieliska, spełniającego wszystkie obowiązujące wymagania, bezpiecznego, systematycznie nadzorowanego, to niewątpliwie organy samorządowe powinny wziąć pod uwagę ich potrzeby. Stanowi to wypełnienie zaleceń Dyrektywy 2006/7/WE umożliwiających aktywny udział społeczeństwa w procesie tworzenia nowych kąpielisk oraz zgłaszania propozycji, uwag, skarg i wniosków w stosunku do już istniejących.

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

Pływalnie z uwagi na związane z korzystaniem z nich ryzyko zakażeń wymagają szczególnego nadzoru sanitarnego, który obejmuje sprawowanie kontroli nad jakością wody w nieszczęsnej basenowej oraz warunkami higienicznymi panującymi w obiekcie, włączając w to poczekalnię, szatnie, pomieszczenia sanitarne i natryski oraz halę basenową. W ocenie uwzględniono także sposób uzdatniania wody basenowej, jej dezynfekcję, gospodarkę ściekową oraz postępowanie z odpadami komunalnymi, a ponadto przechowywanie i postępowanie z preparatami do uzdatniania i dezynfekcji wody oraz sprzętem myjącym i środkami czystości.

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Ponieważ woda na pływalniach i wodnych urządzeniach rekreacyjnych może stanowić zagrożenie dla zdrowia, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór prewencyjny zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jednakże od dnia 1 stycznia 2009 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogą powoływać się wyłącznie na ustawę z dnia 8 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi należy w miejscach, gdzie następuje wytworzenie aerozolu wodno-powietrznego, wykonywać badania kontrolne na obecność bakterii z rodzaju Legionella sp. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadanie statutowe w tym m.in. zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni wprowadziły, w formie wytycznych na terenie działalności danego właściwego inspektora sanitarnego, uregulowania w zakresie częstotliwości i zakresu badań wody basenowej. Decyzję co do częstotliwości i zakresu badań podejmuje właściwy państwowy powiatowych lub wojewódzki inspektor sanitarny, uwzględniając wszystkie czynniki mogące mieć istotny wpływ na zanieczyszczenie wody.

Zakresem badań wody basenowej najczęściej objęte są następujące parametry:

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza sprawowaniem nadzoru nad jakością wody basenowej, nadzorują także warunki higieniczno-sanitarne i stan techniczny hali basenowej, zaplecza technicznego oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych.

Dane dotyczące liczby pływalni, w tym wyszczególnienie na pływalnie odkryte i kryte, a także na wieś i miasto znajdują się w Tabeli 21.

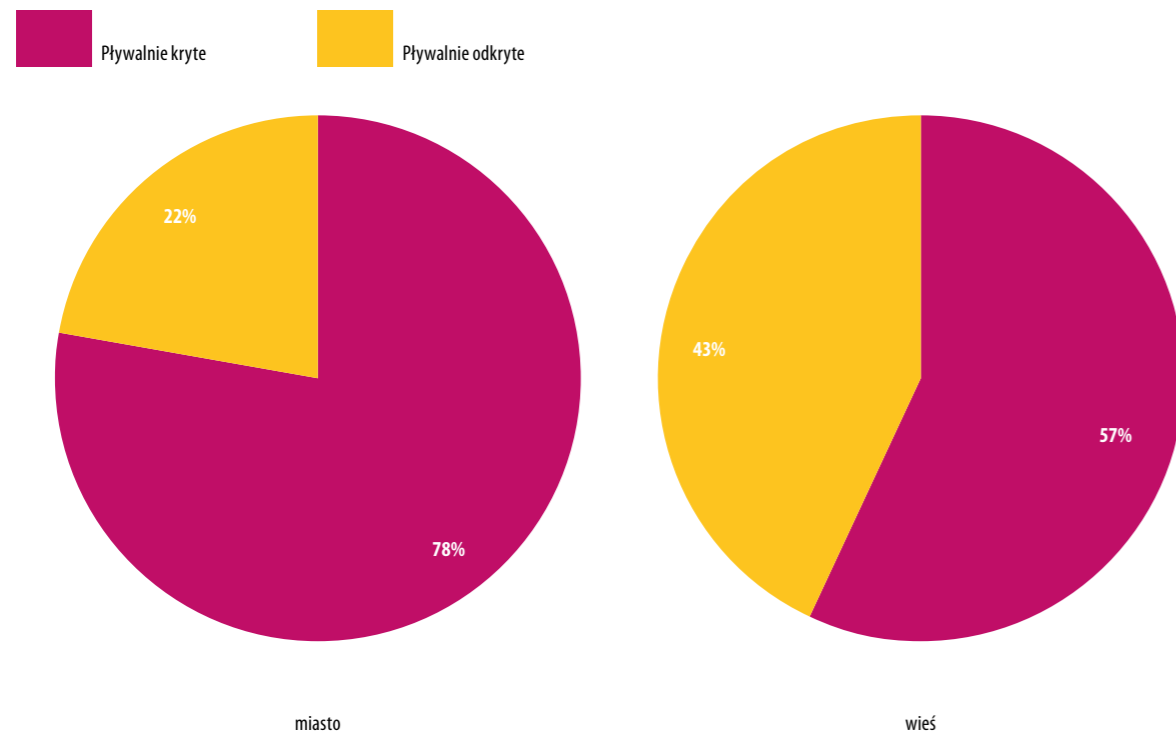
Z tabeli 21 wynika, że przeważającą liczbę obiektów basenowych stanowią pływalnie kryte (w tym parki wodne), których ogółem jest 1 158 (931 – w mieście, 227 – na wsi), drugą grupę stanowią pływalnie odkryte – 435 (264 – w mieście, 171 – na wsi). Procentowy stosunek pływalni krytych do odkrytych przedstawia Wykres nr 27. Procent skontrolowanych pływalni utrzymuje się na poziomie około 91% w mieście i 78% na wsi.

Procent skontrolowanych pływalni, gdzie woda basenowa odpowiadała wymaganiom, w mieście wynosił 94%, a na wsi około 96%.

Tabela 21. Stan sanitarny pływalni w 2011 r.

Pływalnie	miasto			wieś		
	Liczba obiektów	Skontrolowanych (%)	Odpowiadająca wymaganiom (%)	Liczba obiektów	Skontrolowanych (%)	Odpowiadająca wymaganiom (%)
Pływalnie kryte	931	864 (93%)	808 (94%)	227	191 (84%)	182 (95%)
W tym parki wodne	53	52 (98%)	47 (90%)	11	7 (64%)	6 (86%)
Pływalnie odkryte	264	231 (88%)	220 (95%)	171	120 (70%)	115 (96%)
SUMA	1 195	1 095 (91%)	1 028 (94%)	398	311 (78%)	297 (96%)

Wykres 27. Liczba pływalni



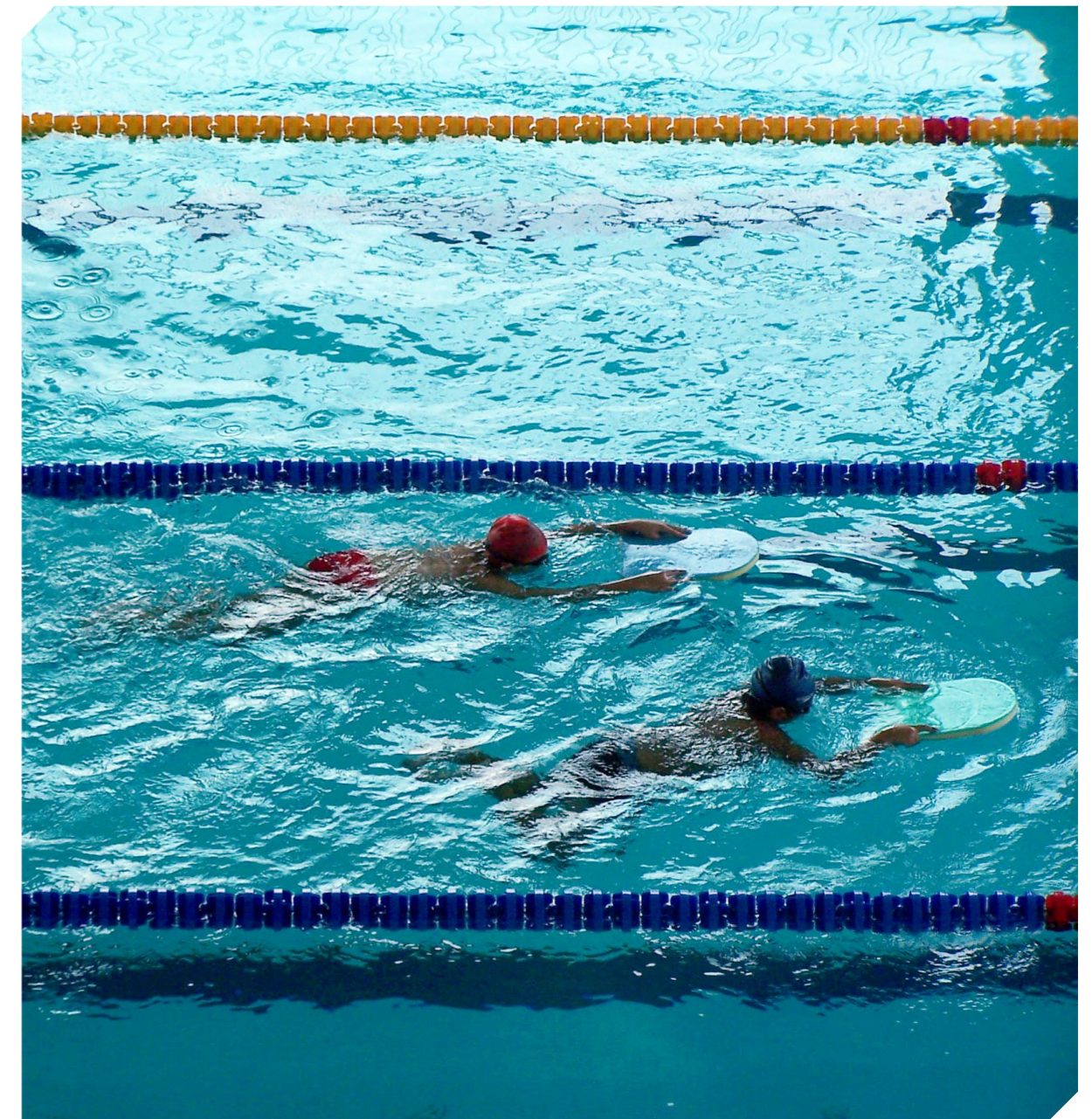
Większość pływali zaopatrywana jest w wodę z sieci wodociągowych oraz wyposażona w automatyczne systemy oczyszczania, dezynfekcji i cyrkulacji wody, zapewniające automatyczną kontrolę parametrów jakości wody oraz dozowanie właściwej ilości środków dezynfekcyjnych. Nieliczne pływalnie odkryte wykorzystują wodę z własnych ujęć, w większości powierzchniowych. Nieczystości płynne w większości obiektów basenowych odprowadzane są do sieci kanalizacyjnej. Dane dotyczące liczby obiektów ze złym stanem sanitarnym znajdują się w Tabeli 22.

Powodem negatywnej oceny stanu sanitarnego pływali był najczęściej zły stan techniczny obiektu (uszkodzenia nieszczelności basenowych, niewłaściwe warunki w pomieszczeniach do przechowywania środków chemicznych do uzdatniania wody oraz zły stan sanitarno-techniczny tych pomieszczeń,

uszkodzenia stolarki drzwiowej i okiennej w szatniach i pomieszczeniach sanitarnych, brak dozowników z mydłem i ręczników jednorazowych, a także suszarek w sanitariatach). Na zły stan obiektów składały się również nieodpowiednia jakość wody w nieszczelności basenowej, zwłaszcza pod względem mikrobiologicznym. Jednak pełna ocena jakości wody na pływalniach w 2011 r. nie była możliwa z uwagi na luki w przepisach prawnych uniemożliwiających pełny nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością wody w tych obiektach oraz niejednolity sposób postępowania w przypadku częstotliwości pobierania próbek wody z pływali. Dopiero kompleksowy nadzór nad jakością wody i stanu sanitarnohigienicznego obiektu prowadzony przez właściciela obiektu w ramach kontroli wewnętrznej pozwoli zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne wszystkim użytkownikom pływali i wodnych urządzeń rekreacyjnych.

Tabela 22. Stan sanitarny pływali w 2011 r.

Pływalnie	Liczba obiektów ze złym stanem sanitarnym			
	miasto		wieś	
	Pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym	Pod względem technicznym	Pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym	Pod względem technicznym
Pływalnie kryte	19	37	4	5
W tym parki wodne	1	4	0	1
Pływalnie odkryte	2	9	3	2



Stan sanitarny kraju w roku 2011

OCENA WARUNKÓW HIGIENICZNO- SANITARNYCH W PLACÓWKACH OŚWIATOWO- WYCHOWAWCZYCH W 2011 R.

Informacje ogólne

1

W ramach nadzoru nad warunkami pobytu dzieci i młodzieży w placówkach nauki i wychowania, w 2011 r. 634 pracowników wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno – epidemiologicznych skontrolowało ogółem 31 242 szkół i innych placówek oświatowo – wychowawczych spośród 40 802 będących w ewidencji. Skontrolowano 532 żłobki, 9 479 przedszkoli, 16 331 szkół, 6 267 innych placówek oświatowo – wychowawczych i szkół wyższych oraz 460 placówek rekreacyjnych. W ww. placówkach przebywało łącznie 6 304 106 dzieci i młodzieży.

Przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzając kontrole informują dyrektorów i administratorów zarządzających nadzorowanymi placówkami o obowiązujących wymaganiach i zaleceniach w tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu dzieci i młodzieży. Podobne informacje są również przekazywane do organów prowadzących ww. placówki.

Funkcjonalność budynków

2

Z przeprowadzonych kontroli wynika, że liczba szkół i placówek funkcyjnych w obiektach nieprzystosowanych do procesów nauczania jest na podobnym poziomie, co w roku ubiegłym. Spośród skontrolowanych obiektów szkolnych, w 290 (312 w r. ub.) placówkach zajęcia odbywały

się w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania. Są to obiekty budowane na cele inne niż oświatowe i pomimo przeprowadzonych modernizacji nie zapewniają w pełni odpowiedniej infrastruktury tj. bloki żywienia, bloki sportowe itd.

Stan techniczny oraz sanitarny budynków

3

Oceniając stan sanitarno-techniczny obiektów szkolnych w roku sprawozdawczym stwierdzono znaczącą poprawę w stosunku do lat poprzednich.

Natomiast zły stan sanitarny budynków odnotowano w bardzo niewielkiej części szkół i wyniósł on 0,5%.

Wodociągi i kanalizacja

W wyniku przeprowadzonych kontroli odnotowano 28 szkół niepodłączonych do sieci wodociągowej i 1 405 placówek nie podłączonych do sieci kanalizacyjnej. W ewidencji znalazło się 572 przedszkoli, 961 szkół podstawowych, 332 zespoły szkół i 109 gimnazja nie podłączone do sieci kanalizacyjnej.

Ubikacje zewnętrzne w 2011 r. posiadało 8 szkół podstawowych, 7 zespołów szkół, 1 przedszkole, 1 gimnazjum, 1 placówka opiekuńczo – wychowawcza wsparcia dziennego, 1 placówka rekreacyjna 3 placówki wychowania pozaszkolnego. Ogółem były to 22 placówki.

Warunki do utrzymania higieny

W 2011 roku skontrolowano warunki do utrzymania higieny osobistej w 16 331 szkołach spośród 20 687 szkół w ewidencji.

Podczas kontroli stwierdzono, iż większość placówek 88,5% – w r. ub. 84% stworzyła uczniom odpowiednie warunki do utrzymania higieny osobistej (ciepła, bieżąca woda, mydło w dozownikach, ręczniki lub suszarki do rąk, papier toaletowy, czystość, porządek i dobry stan techniczny ustępów).

W szkołach, które nie zapewniły właściwych warunków do utrzymania higieny osobistej uczniów 2605 stwierdzono:

- brak ciepłej wody w umywalkach – 704 (r. wcześniej aż 945)
- niewłaściwy stan techniczny – 822 (r. wcześniej 708)
- brak suszarki lub ręczników jednorazowych – 308 (r. wcześniej 283)
- brak mydła – 244 (r. wcześniej 257)

- brak papieru toaletowego w /lub przy kabinie ustępowej – 82 (r. wcześniej 63)
- zaniedbania porządku i czystości – 74 (r. wcześniej 33)
- zbyt mało umywalk i ustępów w odniesieniu do liczby uczniów – 644 (r. wcześniej 619)
- korzystanie z ustępów zewnętrznych – 16 (r. wcześniej 24)

Brak dostępu do ciepłej wody w sanitariatach dla uczniów dotyczył w 2010 r. – 2 700 placówek, natomiast w 2011 – 704 szkół (2,4%) w tym ciepłej wody nie było w 13 szkołach specjalnych i 322 szkołach podstawowych. W związku z wynikami przeprowadzanych kontroli w tym zakresie wydano 1 226 decyzji administracyjnych i 403 zalecenia pokontrolne. Ponadto zaistniała konieczność nałożenia 30 mandatów karnych na łączną kwotę 5 300 PLN.



Infrastruktura do prowadzenia zajęć WF

W r.u sprawozdawczym odnotowano znaczną poprawę pod względem posiadania przez szkoły infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego (wf.). Ogółem w 57,2% szkół stwierdzono wystarczające warunki do prowadzenia zajęć wf., co oznacza że uczniowie ćwiczyli w salach przeznaczonych do tego celu.

Ogółem odnotowano 1 334 – w roku ub. 1 628 szkół nie posiadających sali gimnastycznej lub rekreacyjnej. W szkołach, w których nie było sali gimnastycznej zajęcia odbywały się na korytarzach lub w salach lekcyjnych. Niezależnie od posiadanej infrastruktury w 1 606 (w roku ub. 1 794) szkołach organizowano uczniom zajęcia wychowania fizycznego na korytarzach.

Podczas kontroli w 2011 r. oceniono również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po odbytych zajęciach sportowych.

Stwierdzono, iż 24% szkół posiada natryski nieczynne lub nie są używane. 69% skontrolowanych szkół posiadało czynne natryski z ciepłą wodą, ale tylko w 456 (5,7%) szkołach (w r. ub. 293) używano ich zawsze po zajęciach wf. Najczęściej uczniowie korzystali z natrysków po dodatkowych zajęciach sportowych – w 4 040 (50,6%) szkołach (w r. ub. 3 876).

Plac zabaw i rekreacji oraz tereny sportowe

W 2011 r. poddano analizie stan sanitarny placów zabaw, rekreacji i terenów sportowych przy żłobkach, przedszkolach i szkołach. Ocenie podlegała ochrona terenu, a szczególnie piaskownic przed zanieczyszczeniem odchodami zwierzęcymi.

Stwierdzono niewystarczającą ochronę przed zanieczyszczeniem odchodami zwierzęcymi:

- w 1,5% – w roku ub. 2,6% (10,7% w 2009.) placówek spośród 14 360 placówek posiadających teren rekreacyjny lub plac zabaw,
- w 0,3 w roku ub. 0,8% (5,3% w 2009) placówek spośród 5 207 posiadających teren sportowy,
- w 1,1 w roku ub. 1,9% (5,9% w 2009) placówek posiadających zarówno teren sportowy jak i rekreacyjny.

Poprawiła się sytuacja w przedszkolach, wśród których tylko 4,3% nie zabezpieczyło piaskownic przed zanieczyszczeniami odchodami zwierzęcymi (w 2009 r. było to aż 13,8%, a w 2010 7,4%).



Ergonomia w szkole

W zakresie użytkowania mebli szkolnych dostosowanych do wzrostu dzieci i młodzieży stwierdzono, iż używanie mebli niedostosowanych do wzrostu uczniów dotyczyło 5,4% dzieci i młodzieży w 12,09% oddziałów w 13,1% placówek przedszkolnych i szkolnych.

W zakresie użytkowania mebli szkolnych dostosowanych do wzrostu dzieci i młodzieży stwierdzono, iż używanie mebli niedostosowanych do wzrostu uczniów dotyczyło:

- 12,52% (w roku ub. 12,57%) oddziałów w 12,77% (w r. ub. 14,3%) przedszkoli,
- 11,54% (w roku ub. 11,45%) oddziałów w 12,02% (w r. ub. 12,70%) szkół podstawowych,
- 10,19% (w roku ub. 8,88%) oddziałów w 8,63% (w r. ub. 8,98%) gimnazjów,
- 12,07% (w roku ub. 13,37%) oddziałów w 12,70% (w r. ub. 14,17%) zespołów szkół.

Opieka medyczna

W 2011 r. posiadanie gabinetów profilaktycznej opieki zdrowotnej odnotowano w 48,3% (w roku ub. 38%) skontrolowanych szkół, w tym:

- 59,6% (w roku ub. 59,3%) zespołów szkół,
- 58,4% (w roku ub. 62,9%) gimnazjów,
- 38,5% (w roku ub. 38,3%) szkół podstawowych,
- 64,8% (w roku ub. 65,9%) liceów ogólnokształcących,
- 30,1% (w roku ub. 30,2%) szkół zawodowych,
- 81,5% (w roku ub. 72,4%) szkół specjalnych.

Rozkłady zajęć szkolnych

Na właściwy rozwój ucznia wpływa m.in. organizacja procesu nauczania i wychowania w szkołach, zwłaszcza planowanie nauki i odpoczynku.

W 2011 r. stwierdzono niezgodność tygodniowego rozkładu lekcji z przepisami prawnymi oraz z zasadami higieny w 16,77% skontrolowanych w tym zakresie szkół i w 10,6% oddziałów:

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nierównomiernego rozłożenia zajęć lekcyjnych tj:

- zbyt krótkich przerw,
- rozpoczynania zajęć lekcyjnych o różnych porach,
- łączenia przedmiotów trudnych,
- umieszczania przedmiotów trudnych na pierwszej bądź ostatniej lekcji.

Inne placówki oświatowo-wychowawcze

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2011 r. spośród 40 802 placówek będących w ewidencji skontrolowali innych niż szkoły ogółem 20 115 placówek dla dzieci i młodzieży.

Do placówek tych zaliczało się:

- 532 żłobki,
- 264 warsztatów szkolnych i centrów szkolenia zawodowego,
- 379 uczelni wyższych,
- 1 406 placówek z pobytem dziennym,
- 1 261 placówek wsparcia dziennego,
- 1 310 placówek wychowania pozaszkolnego,
- oraz 278 placówek rekreacyjnych.

Oceniając obiekty, w jakich mieściły się placówki, brano pod uwagę ich funkcjonalność oraz wymogi stanu sanitarno-technicznego. Ponad 90% skontrolowanych obiektów charakteryzowało się właściwym stanem sanitarno-technicznym.



Podsumowanie wyników

W wielu badanych kategoriach stan higieniczno-sanitarny szkół i placówek edukacyjnych ulega systematycznej poprawie. Zmniejszeniu ulega liczba szkół z ustępami zewnętrznymi (91 placówek z zewnętrznymi ustępami w 2008 r., w 2011 r. – 27 placówek). Na szczególną uwagę zasługuje wyraźny spadek liczby szkół nieposiadających dostępu do ciepłej wody w sanitariatach dla uczniów. Dotyczył on 704 szkół w 2011 r., co w porównaniu do 2 700 placówek w 2010 stanowi spadek niemal czterokrotny. Stwierdzono znaczącą poprawę stanu sanitarnego budynków w stosunku do lat poprzednich. Poprawiło się wyposażenie szkół w natryski z ciepłą wodą oraz stan sanitarny placów zabaw, rekreacji i terenów sportowych przy żłobkach, przedszkolach i szkołach. Placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży w większości zostały zorganizowane prawidłowo i nie budziły zastrzeżeń.

Dalszej poprawy wymaga wyposażenie w ergonomiczne i bezpieczne meble oraz urządzenia i sprzęt sportowy placówek szkolnych i przedszkolnych. Konieczne jest stworzenie ergonomicznych stanowisk pracy dla każdego ucznia. Pomimo znacznego postępu konieczna jest dalsza poprawa warunków higieniczno-sanitarnych w toaletach dla uczniów (ciepła woda, mydło, ręczniki papierowe lub suszarki, papier toaletowy w kabinach ustępowych, czyste i sprawne ubikacje).

W wyniku przeprowadzonych kontroli w placówkach nauczania i wychowania wydano ogółem 11 934 decyzji administracyjnych oraz nałożono 602 mandaty na łączną kwotę 109 432 PLN.

DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE OŚWIATY ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA

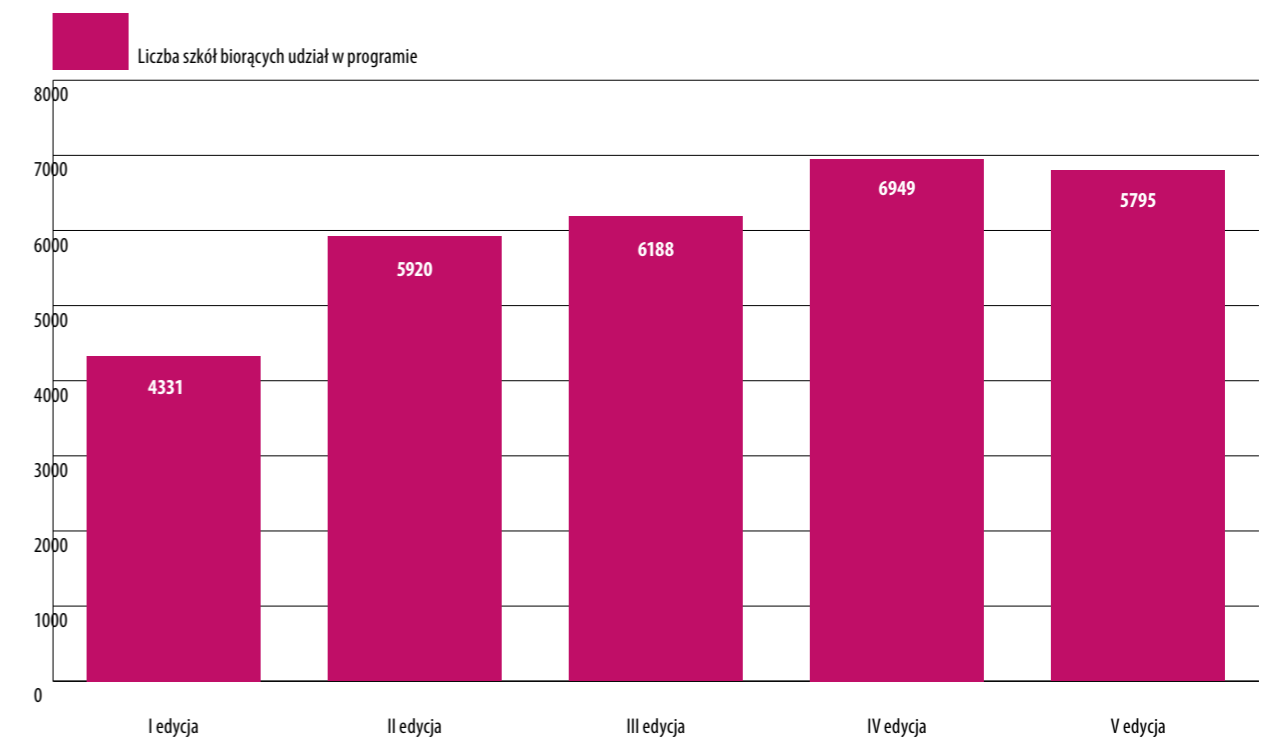
Profilaktyka nadwagi i otyłości

Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców realizują, na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego, od 2006 r. Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”. Głównym celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Na poziomie wojewódzkim i powiatowym Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje program „Trzymaj Formę!” w szerokiej współpracy środowiskowej m. in. z Urzędami Marszałkowskimi, Urzędami Miast, zakładami opieki zdrowotnej, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami kulturowo-oświatowymi, organizacjami tj.: oddziałami PCK, Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej (PTOZ) i innymi jednostkami. Partnerami programu są: Instytut Żywności i Żywnienia, Instytut Matki i Dziecka, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Federacja Konsumentów.

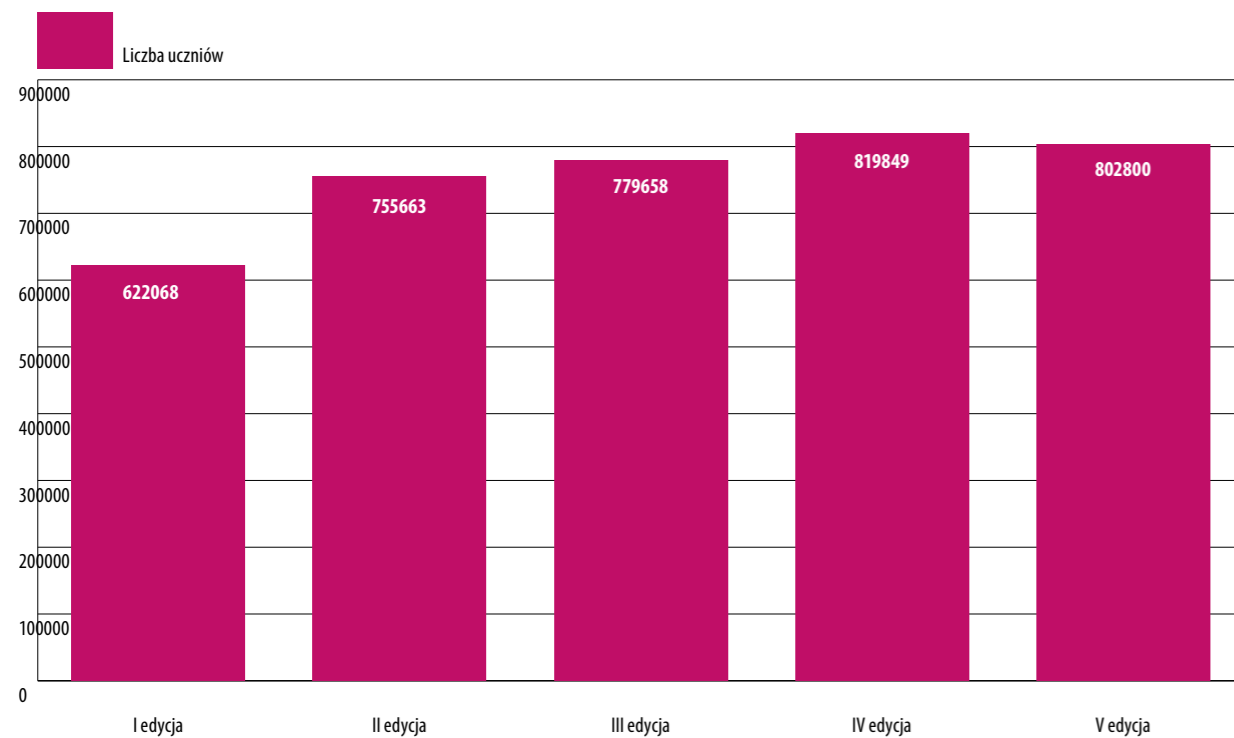
W 2011 r. podpisano porozumienie o współpracy z Agencją Rynku Rolnego i Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie. Patronat honorowy nad programem objęli: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Sportu i Turystyki.

W programie udział biorą uczniowie, nauczyciele gimnazjów, uczniowie ostatnich klas (V i VI) szkół podstawowych oraz i ich rodzice. Program w roku szkolnym 2010/2011 (w V edycji) był realizowany w 6 796 szkołach (ok. 32% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjalnych w Polsce) w tym: w 3 809 gimnazjach i 2 987 szkołach podstawowych oraz uczestniczyło w nim około 802 800 uczniów (tj. ok. 22% uczniów we wszystkich klasach szkół podstawowych i gimnazjalnych). Ogółem przez pięć lat działania programu objętych zostało ok. 3 780 000 uczniów. W ramach programu odbywały się festyny poświęcone zdrowiu i zdrowemu stylowi życia, biegi, rajdy i inne eventy. W działania na rzecz programu zaangażowana była także społeczność lokalna. Obecnie trwa VI edycja programu (rok szkolny 2011/2012).

Wykres 28. Liczba szkół realizujących program „Trzymaj Formę!”



Wykres 29. Liczba uczniów uczestniczących w programie „Trzymaj Formę!”



Poniższe tabele przedstawiają liczbę szkół realizujących program „Trzymaj Formę!” (Wykres 28.) oraz liczbę uczniów uczestniczących w programie (Wykres 29.) w kolejnych edycjach, przy czym I edycja programu dotyczy roku szkolnego 2006/2007, II edycja – 2007 – 2008, III edycja – 2008/2009, IV edycja – 2009/2010, V edycja – 2010/2011.



Od początku trwania programu działania realizowane są według opracowanych i konsultowanych przez ekspertów założeń merytorycznych, metodycznych i organizacyjnych. Program realizowany jest według autorskich opracowań i metodą projektu. W ramach realizacji programu uczniowie opracowali ponad 30 000 autorskich projektów. Każda szkoła otrzymała pakiet materiałów wspomagających pracę nauczycieli i uczniów (poradnik dla nauczycieli, broszura dla uczniów, ulotka dla rodziców nt. żywienia i aktywności fizycznej, w tym GDA (Guideline Daily Amount – Zalecane Dienne Spożycie), plakat z „Talerzem Zdrowia”, płyta CD, stworzona także strona internetowa oraz strona internetowa).

W listopadzie 2011 r. program został włączony do międzynarodowej sieci programów EPODE, której celem jest podniesienie świadomości politycznej, instytucjonalnej i naukowej odnośnie konieczności prowadzenia długoterminowych działań w zakresie zapobiegania otyłości u dzieci oraz doskonalenie istniejących metod oraz wypracowywanie wytycznych, które mogą posłużyć do wdrożenia programów edukacyjnych w innych krajach.

Prowadzona systematycznie od pięciu lat ewaluacja Programu, pozwala stwierdzić, że w zdecydowanej większości osiągnął on zamierzone cele. Program oceniany jest pozytywnie zarówno przez realizatorów, jak i odbiorców, a treści programowe spotykają się z zainteresowaniem i dobrze wkomponowują się w program nauczania w szkołach podstawowych i gimnazjach.



Profilaktyka Palenia Tytoniu

2

Społeczne skutki rozpowszechnienia chorób odtytoniowych – to ponad 60 tys. zgonów rocznie, w tym ponad 40 tys. zgonów ludzi w wieku 35 – 65 lat, a więc utrzymujących rodziny i tworzących dochód narodowy.

Dla polityki zdrowotnej i ekonomicznej najważniejszy jest fakt, że większości strat wynikających z rozpowszechnienia epidemii tytoniowej można skutecznie zapobiegać przez zmniejszenie palenia tytoniu, a zatem i poprzez zmniejszenie narażenia na dym tytoniowy. Taka też jest istota zobowiązania nałożonego na rząd treścią art. 4 ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.). Wykonaniem tego zobowiązania jest Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce; Cele i Zadania na lata 2010 – 2013.

W grudniu 2011 r. na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego TNS PENTOR przeprowadził ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia tytoniu. Badania przeprowadzono na losowej, reprezentatywnej 1000 osobowej próbie Polaków w wieku 15 lat i więcej metodą bezpośrednich wywiadów w domach respondentów.

Wyniki badań wskazują, że nowe przepisy znacząco wpłynęły na zmniejszenie ryzyka narażenia na dym tytoniowy m.in. w obiektach sportowych (spadek o ok. 72%), restauracjach (o 68%), barach i pubach (o 49%), zakładach pracy (o 37%) oraz na przystankach i obiektach komunikacji miejskiej (o 33%). Obecnie poparcie dla obowiązującego prawa deklaruje aż 68% palących i 84% niepalących Polaków.

W 2011 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała zadania z obszaru profilaktyki palenia tytoniu w zakresie:

1. **Światowy Dzień Bez Tytoniu** (31 maja 2011 r.) – tematem obchodów Światowego Dnia Bez Tytoniu była „Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu”. Ponadto zgodnie z zapisami Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, podczas realizacji kampanii uwzględnione zostały działania skierowane do rodziców i opiekunów dzieci nt. biernego palenia. Przesłanie obchodów Światowego Dnia Bez Tytoniu 2011 stanowiło o potrzebie konieczności pełnego wdrożenia traktatu, aby

chronić obecne i przyszłe pokolenia przed zgubnymi następstwami używania tytoniu oraz wymuszoną ekspozycją na dym tytoniowy w aspekcie zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym.

2. **Ogólnopolska kampania medialna pt. „Miasta wolne od dymu”** – w celu zwiększenia wiedzy o obowiązującym prawie oraz wzmocnieniu jego przestrzegania Główny Inspektorat Sanitarny przeprowadził kampanię medialną „Miasta wolne od dymu” realizowaną ze środków rządowego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce oraz ogólnopolskiego projektu „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)”, finansowanego przez Światową Fundację ds. Walki z Chorobami Płuc (World Lung Foundation) i Fundację Bloomburga (Bloomberg Philanthropies). W ramach kampanii „Miasta wolne od dymu” emitowano spot telewizyjny oraz radiowy w mediach ogólnopolskich, regionalnych i lokalnych, a także spot edukacyjny na monitorach LCD w autobusach i tramwajach na terenie 15 polskich miast (Szczecin, Białystok, Gdynia, Sopot, Opole, Kędzierzyn Koźle, Kraków, Lublin, Toruń, Olsztyn, Katowice, Warszawa, Łódź, Konin, Rzeszów).

3. **Światowy Dzień Rzucania Palenia** – w 2011 r. obchody Światowego Dnia Rzucania Palenia były realizowane równoległe z kampanią medialną „Miasta wolne od dymu”. W realizacji obu przedsięwzięć koncentrowano się przede wszystkim na informowaniu o obowiązującym prawie oraz wzmocnieniu przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W placówkach oświatowo – wychowawczych, które czynnie uczestniczą w realizacji programów edukacji antytytoniowej prowadzone były pogadanki, prelekcje, konkursy, quizy, imprezy szkolne, rozdawnictwo materiałów oświatowych. Dzięki współpracy z innymi pionierami Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz pracownikami lokalnych podmiotów leczniczych można było wykonać bezpłatne badania profilaktyczne (np. pomiar poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu, BMI, ciśnienia tętniczego).



4. Realizację programów edukacyjnych do dzieci i młodzieży:

A. Krajowy program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas”

– Głównym celem programu jest zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie świadomych, asertywnych postaw wśród dzieci dotyczących ochrony własnego zdrowia, w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi. Zgodnie z założeniami realizacji programu w roku szkolnym 2010/2011 przedstawiono ofertę programową dyrektorom 50% przedszkoli na terenie całego kraju. W III edycji (rok szkolny 2010/2011) programem edukacyjnym objęto 3 619 przedszkoli, co stanowi 42,9% tych placówek w całym kraju. Ponadto w realizacji programu wzięło udział 1 687 oddziałów przedszkolnych, co stanowi 24,3% tych placówek w Polsce. Liczba dzieci biorących udział w Programie ogółem: 152 256, co stanowi 21,7%.

B. „Nie pal przy mnie, proszę” – program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I – III szkół podstawowych – Program „Nie pal przy mnie, proszę” skierowany jest do uczniów klas I – III szkół podstawowych i w ramach edukacji antytytoniowej odnosi się do problemu biernego palenia wśród dzieci. Kształtuje u najmłodszych postawy odpowiedzialności za własne zdrowie i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, gdy inni ludzie przy nich palą. Do I edycji programu przystąpiło 3 328 szkół podstawowych, co stanowi 23,8% wszystkich szkół podstawowych w Polsce (edycja pilotażowa 4,8%) oraz wzięło udział 215 139 uczniów oraz 70 529 rodziców i opiekunów dzieci.

C. „Znajdź właściwe rozwiązanie” – program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów – Program „Znajdź właściwe rozwiązanie” jest adresowany do uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów. Wprowadzenie programu profilaktyki do polskich szkół zwiększa odpowiedzialność za własne zdrowie wśród uczniów oraz kształtuje postawy wspierania ludzi, którzy pragną zerwać z nałogiem. Konstrukcja programu uwzględnia zajęcia, podczas których młodzież uczy się asertywności. Do realizacji programu przystąpiło 2 256 szkół podstawowych (16,15%) oraz 2 199 gimnazjów (29,9%). Łącznie w I edycji programu brało udział 4 455 szkół, co stanowi 20,9% szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce.

5. Program ograniczania używania tytoniu wśród pacjentów leczonych w warunkach uzdrowiskowych

– w 2011 r. kontynuowano program ograniczenia używania tytoniu wśród pacjentów leczonych w warunkach uzdrowiskowych. Miejscem, w którym realizowano program był Uzdrowiskowy Szpital Kliniczny w Ciechocinku, siedziba Krajowego Konsultanta w dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizycznej. Do programu walki z nałogiem zakwalifikowano w 2010 r. 100 pacjentów. Z tego 10 osób zrezygnowało w trakcie programu. Analizie poddano więc 90 pacjentów. U części chorych po leczeniu uzdrowiskowym śledzono wyniki odległe w okresie 3 i 6 i 12 miesięcy. Po 3 miesiącach liczba osób nie palących wyniosła 26, co stanowiło 29% całej grupy. Po 6 miesiącach od zakończenia programu liczba osób która porzuciła palenie zwiększyła się do 28, co stanowi 31,1% i po 12 miesiącach – 32, co stanowi 35,5%.

6. Kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej

– Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno sanitarnych prowadziła systematyczne kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej. Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2002 r. Nr 174, poz. 1426, z późn. zm.): „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywn 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 (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.)”. W 2011 r. przeprowadzono 273 270 kontroli, w wyniku których nałożono 243 mandaty na łączną kwotę 44 560,98 PLN.

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

– W celu poprawy egzekwowania i wzrostu przestrzegania przepisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55 z późn. zm.), a także zapoznania społeczeństwa ze szkodliwymi skutkami zdrowotnymi dymu tytoniowego dla czynnych i biernych palaczy, Główny Inspektorat Sanitarny wraz z Wojewódzkimi i Powiatowymi Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi podjął się od 1 października 2011 r. realizacji ogólnokrajowego projektu

pn. „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)”. Projekt ten finansowany jest przez Międzynarodową Unię ds. Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc, we współpracy ze Światową Fundacją ds. Walki z Chorobami Płuc (World Lung Foundation). Obie organizacje są zrzeszone w ramach Inicjatywy Bloomburga, założonej przez Michaela Bloomburga, burmistrza Nowego Jorku.

W ramach projektu organizowane są:

- szkolenia dla funkcjonariuszy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz Policji i Straży Miejskiej, odpowiedzialnych za egzekucję zapisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w zakresie przestrzegania zakazu palenia i oznakowania stref bezdymnych
- wystawy, konkursy, punkty edukacyjne, akcje profilaktyczne
- kampania społeczna „Miasta wolne od dymu”, której głównym celem było rozpowszechnienie informacji o regulacjach prawnych, dotyczących miejsc wolnych od dymu tytoniowego, jak również edukacja w zakresie skutków zdrowotnych używania tytoniu, w tym tzw. biernego palenia
- konferencje prasowe



3 Profilaktyka Chorób Zakaźnych

W 2011 r. Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania HIV realizowany był we wszystkich województwach i stanowił kontynuację działań podejmowanych przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach ubiegłych. Głównym celem programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV/AIDS w kraju poprzez m.in. podniesienie poziomu wiedzy w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz promowanie odpowiedzialnych postaw i unikania ryzykownych zachowań seksualnych.

Odbiorcami programu jest ogół społeczeństwa, w szczególności osoby aktywne seksualnie, osoby dorosłe, młodzież szkół ponadgimnazjalnych, rodzice, nauczyciele, opiekunowie, pacjenci i personel placówek opieki zdrowotnej, społeczności lokalne, kobiety planujące macierzyństwo i oczekujące dziecka.

Liczba odbiorców działań programowych w 2011 r. wynosiła 1 474 395, a swoim zasięgiem Program objął łącznie 7 669 jednostek, w tym m.in. placówki nauczania i wychowania, zakłady opieki zdrowotnej.

W ramach działań programowych realizowana była również kampania społeczna „Zrób test na HIV”, która zachęcała do badań w kierunku HIV i wykonywania bezpłatnych, anonimowych testów w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych na terenie całego kraju. Celem kampanii było uświadomienie społeczeństwu, że negatywny wynik testu dzisiaj, nie chroni przed zakażeniem HIV w przyszłości.

4 Badania ewaluacyjne i monitoring działań

W dniach 21 – 25 listopada 2011 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła ogólnopolskie badanie ankietowe pt. „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”. III edycja badania kolejnej grupy kobiet objęła zasięgiem 16 województw i 299 powiatów. Celem badania była analiza zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży oraz ich wpływu na zdrowie noworodków, ze szczególnym uwzględnieniem palenia papierosów, picia alkoholu, używania innych substancji psychoaktywnych, odżywiania oraz aktywności fizycznej. Badanie stanowiło kontynuację projektu przeprowadzonego w latach 2009 – 2010. W 2011 r. badanie zostało przeprowadzone w 379 szpitalach na 3 082 pacjentkach oddziałów położniczo-ginekologicznych. Do tej pory w badaniu wzięło udział blisko 9 000 kobiet oraz ich dzieci. W chwili obecnej przygotowany jest raport z badania.

Wyniki badań z 2010 r. wskazały, że 75% badanych kobiet nie paliło tytoniu wcale, 25% badanych kobiet paliło tytoń w okresie ostatnich 3 miesięcy przed zajściem w ciążę, na 3 miesiące przed porodem paliło ciągle ok. 12% ciężarnych, a po porodzie kontynuowało palenie 7,6% badanych. Prawie 38% badanych kobiet stwierdziło, że były narażone w ciągu ostatniego roku na dym tytoniowy w środowisku domowym.

W dniach 21 – 25 marca 2011 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła drugą edycję badania „Zachowania zdrowotne młodzieży”. Celem badania była analiza codziennych zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży jako elementów ich stylu życia oraz ocena ich wpływu na zdrowie. W kwestionariuszu ankiety uwzględniono pytania dotyczące: aktywności fizycznej, zwyczajów żywieniowych, samooceny oraz zachowań ryzykownych tj. palenie tytoniu i picie alkoholu. W badaniu udział wzięło 14 510 respondentów, w tym 10 082 uczniów szkół ponadpodstawowych (5 154 dziewcząt i 4 928 chłopców) i 4 428 studentów.

Najważniejsze wnioski z badania:

- 40% młodzieży jest bardzo aktywnych fizycznie, 35% umiarkowanie, a 25% nieznacznie. Oceniano aktywność trwającą dłużej niż 10 minut w ciągu ostatniego tygodnia
- ponad 80% badanych podjada między posiłkami, w tym aż ponad 30% w nocy. 6% regularnie się przejada
- około 50% badanych ocenia swoją wagę jako prawidłową. Większość młodzieży zadowolonej ze swojego wyglądu mieszka w małych miejscowościach
- 20% uczniów i studentów pali papierosy, z czego połowa codziennie. Częściej palą chłopcy, którzy po papierosa sięgają nawet w wieku 12 – 13 lat
- ponad 70% uczniów i prawie 100% studentów pije alkohol, najczęściej piwo. Pierwszy kontakt z alkoholem ma miejsce zwykle w 14 lub 15 roku życia. Tylko 8% uczniów miało trudności z zakupieniem alkoholu.

Podsumowanie

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2011 r. podejmowały działania edukacyjno-informacyjne w ramach autorskich programów w obszarze promocji zdrowia oraz realizowały na poziomie wojewódzkim i lokalnym działania w zakresie profilaktyki:

- nowotworowej
- zakażeń HCV
- grypy
- zatruc grzybami
- próchnicy
- chorób wywołanych przez kleszcze
- niekorzystnych skutków promieniowania ultrafioletowego (UV)
- używania tzw. dopalaczy i innych substancji psychoaktywnych



SANITARNA OCHRONA GRANIC PAŃSTWA

Graniczna kontrola sanitarna żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w 2011 r. prowadzona była przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu (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), a w zakresie nieuregulowanym w ww. rozporządzeniu – w ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2010 r. Nr 136, poz. 914, z późn. zm.) oraz rozporządzeniach wykonawczych wydanych na jej podstawie.

Zgodnie z ww. ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzają graniczne kontrole sanitarne żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, przywożonych z państw niebędących członkami Unii Europejskiej oraz z państw niebędących członkami Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. Powyższej kontroli podlegają również towary wprowadzone na terytorium Wspólnoty przez przejście graniczne leżące na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub państwa EFTA i niepoddane w tym państwie granicznej kontroli sanitarnej, obejmowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej procedurą celną, z którą wiąże się dopuszczenie do obrotu.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem 882/2004, celem granicznej kontroli sanitarnej jest zapewnienie, aby na rynek Wspólnoty z państw trzecich były wprowadzane towary bezpieczne (w tym żywność oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością). Zatem kontrole te przeprowadzane są głównie na granicy zewnętrznej Unii Europejskiej. Jednakże w przypadku zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dokonanie ostatecznej kontroli sanitarnej towarów na przejściu granicznym związanych np. z koniecznością przeprowadzenia badań laboratoryjnych – ww. przepisy dopuszczają możliwość przekazania importowanych towarów do odprawy ostatecznej terenowo właściwym Państwowym Powiatowym Inspektorom Sanitarnym w głębi kraju.

W 2011 r., podobnie jak w latach poprzednich, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stosowały jednolite procedury, w tym procedurę kontroli PK/NG/01 „Kontrola jakości zdrowotnej przywożonej z zagranicy żywności, składników żywności, substancji pomagających w przetwarzaniu oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością”. W 2011 r. działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej przedstawia poniższa tabela.

Tabela 23.

GSSE	LICZBA GRANICZNYCH KONTROLI SANITARNYCH
Warszawa	18 432
Przemysł	3003
Dorohusk	5931
Hrebenne	1680
Koroszczyn	1454
Suwałki	868
Elbląg	75
Gdynia	21 369
Szczecin	1011
Świnoujście	160

ZAKOŃCZENIE

Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej ma unikatowy charakter sprawowania skonsolidowanego nadzoru w zakresie bezpieczeństwa żywności, epidemiologii, higieny środowiska i innych zakresów zdrowia publicznego, w tym wykonywania badań laboratoryjnych.

Działalność Inspekcji w 2011 r. skierowana była na zacieśnianie doskonałości współpracy w ramach Unii Europejskiej ukierunkowanej na poprawę zdrowia publicznego, jak i zapobieganie chorobom oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia

Porównując z rokiem ubiegłym w większości obszarów objętych nadzorem nie odnotowano istotnych zmian.

Zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 212, poz. 1263) w brzmieniu ustalonym przez art. 130 pkt 5 lit. b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) stacja sanitarno-epidemiologiczna jest jednostką budżetową, będącą podmiotem leczniczym.

W 2011 r. w Polsce działało 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych, podlegają państwowym inspektorom sanitarnym.

Z dniem 1 stycznia 2010 r. wszedł w życie art. 5 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o zmianie niektórych ustaw w związku ze zmianami w organizacji i podziale zadań administracji publicznej w województwie (Dz. U. Nr 92, poz. 753 z późn. zm.), wprowadzający zmiany w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na tej podstawie głównym dysponentem środków budżetu państwa dla wojewódzkiej i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych jest wojewoda.

Od 1 lipca 2011 r. wojewoda posiada uprawnienia podmiotu tworzącego w stosunku do wojewódzkiej i powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej (art. 10 ust 4 a ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej) w brzmieniu ustalonym przez art.130 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Głównym dysponentem środków budżetu państwa dla granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych jest Minister Zdrowia. Uprawnienia podmiotu tworzącego w stosunku do granicznej stacji sanitarno-epidemiologicznej posiada Główny Inspektor Sanitarny.

Obszar finansowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest jednym z najtrudniejszych do realizacji założonych celów. Nakładane na inspekcję coraz to nowe zadania wymagają zwiększenia nakładów finansowych, w celu sprostania stawianym wymogom.



Główny Inspektorat Sanitarny

03-729 Warszawa, ul. Targowa 65

tel.: +48 22 536-13-00

fax: +48 22 635-61-94

e-mail: inspektorat@gis.gov.pl

ISBN 978-83-934495-8-3

