



# STAN SANITARNY KRAJU 2017

w roku



# I Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	<b>7</b>
<b>Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2017 r.</b> .....	<b>9</b>
1. Zakres nadzoru sanitarnego.....	10
2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia.....	10
3. Stan sanitarny środków transportu żywności.....	13
4. Jakość zdrowotna środków spożywczych .....	13
4.1. Znakowanie środków spożywczych .....	15
4.2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami .....	15
4.3. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF.....	18
4.4. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO) .....	25
5. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością .....	26
6. Kosmetyki .....	26
7. Wybrane zagadnienia żywienia zbiorowego .....	28
7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach .....	28
7.2. Żywnienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty .....	29
8. Podsumowanie .....	31
<b>Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi</b> .....	<b>33</b>
1. Choroby zakaźne objęte przez Światową Organizację Zdrowia programami eradykacji i eliminacji (odra, różyczka, poliomyelitis) ..	34
1.1. Odra .....	34
1.2. Różyczka .....	35
1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce) .....	36
2. Gruźlica .....	36
3. Grypa .....	39
4. Zakażenie przenoszone drogą krwi. Wirusowe zapalenie wątroby typu C .....	42
5. Choroby przenoszone drogą pokarmową .....	44
5.1. Zakażenia bakteryjne .....	44
5.2. Zakażenia wirusowe .....	46
5.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A) .....	47
5.4. Włośnica .....	48
5.5. Zatrucie jadem kielbasianym (botulizm) .....	48
6. Choroby odzwierzęce .....	50
7. Inwazyjna choroba meningokokowa .....	55
8. Inwazyjna choroba pneumokokowa .....	56
9. Krztusiec .....	56
10. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji ogólnej .....	57
11. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach - ogniska epidemiczne .....	59
12. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych .....	62
13. Kierunki zmian Programu Szczepień Ochronnych .....	63
<b>Jakość wody przeznaczonej do spożycia</b> .....	<b>65</b>
1. Wstęp .....	66
2. Zaopatrzenie ludności w wodę .....	66
2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej .....	66
2.2. Struktura wodociągów w Polsce .....	67
2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach .....	68
2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia .....	75
2.5. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi .....	75
3. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi .....	76
4. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych .....	79
5. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych .....	79
6. Analiza przekroczeń dodatkowych wymagań .....	81
7. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi .....	82
8. Badanie ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju <i>Legionella</i> sp. ....	84
9. Podsumowanie .....	84

<b>Pływalnie</b> .....	<b>87</b>
1. Wstęp .....	88
2. Nadzór nad jakością wody na pływalniach .....	88
3. Stan sanitarny pływalni .....	91
3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody .....	91
3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalni .....	93
4. Obowiązki zarządzającego pływalnią .....	94
<b>Kąpieliska i miejsca wykorzystywane do kąpieli</b> .....	<b>97</b>
1. Wstęp .....	98
2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie kąpielisk .....	99
3. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie miejsc wykorzystywanych do kąpieli .....	101
4. Stan sanitarny kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli w 2017 r. ....	101
5. Nadzór nad jakością wody .....	105
6. Terminy otwarcia kąpielisk .....	106
7. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach .....	107
8. Serwis kąpieliskowy .....	108
9. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk .....	112
<b>Zapobiegawczy nadzór sanitarny</b> .....	<b>115</b>
1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny .....	116
2. Podsumowanie .....	118
<b>Odpady medyczne</b> .....	<b>121</b>
<b>Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej</b> .....	<b>127</b>
1. Informacje ogólne .....	128
2. Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów .....	129
<b>Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami</b> .....	<b>133</b>
1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego .....	134
2. Choroby zawodowe .....	136
3. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy .....	138
4. Podsumowanie .....	138
<b>Higiena radacyjna</b> .....	<b>141</b>
1. Informacje ogólne .....	142
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich .....	142
3. Ochrona radiologiczna pacjenta .....	143
4. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy .....	143
5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych .....	145
6. Podsumowanie .....	145
<b>Ocena stanu sanitarnego placówek dla dzieci i młodzieży w 2017 roku</b> .....	<b>147</b>
1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży .....	148
2. Stan sanitarny budynków, w których funkcjonują placówki dla dzieci i młodzieży .....	148
3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej .....	149
4. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży .....	149
5. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne .....	150
6. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego .....	150
Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole .....	150
7. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży .....	151
8. Żłobki i kluby dziecięce .....	151
9. Podsumowanie .....	153
<b>Oświata zdrowotna i promocja zdrowia</b> .....	<b>155</b>
1. Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i Zadania na lata 2014-2018. ....	156
1.2. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych .....	158
2. Projekt Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu PL13: Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa .....	159
2.1. „Konferencja międzynarodowa dot. profilaktyki palenia tytoniu” .....	159
2.2. Ogólnopolskie badania ankietowe na temat postaw wobec palenia tytoniu .....	159
3. Profilaktyka nadwagi i otyłości. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!” .....	161

4. Profilaktyka chorób zakaźnych. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS. ....	162
5. Działania z obszaru promocji zdrowia realizowane przez jednostki PIS .....	164
6. Działania informacyjno-edukacyjne z zakresu promocji zdrowia .....	166
6.1. Profilaktyka wad postawy .....	166
6.2. Profilaktyka antysmogowa .....	166
6.3. Zrealizowane akcje wynikające z sytuacji epidemiologicznej, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz priorytetów zdrowia publicznego .....	166
7. Projekt KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy .....	170
7.1. Badania zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży .....	170
7.2. Badania wśród młodzieży dotyczące motywacji i przekonań w stosunku do substancji psychoaktywnych tzw. „dopalaczy” .....	171
7.3. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?” .....	171
7.4. Kampania „Melanż. Oczekiwanie vs. Rzeczywistość” .....	171

#### **Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety i żywności dla określonych grup w 2017 r.** .....

1. Suplementy diety .....	175
1.1. Zakres nadzoru sanitarnego .....	175
1.2. Jakość zdrowotna suplementów diety .....	175
2. Żywność dla określonych grup .....	176
2.1. Zakres nadzoru sanitarnego .....	176
2.2. Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup .....	176

#### **Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zmniejszania zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez środki zastępcze w 2017 r.** .....

1. Wprowadzenie .....	180
2. Nowe przepisy .....	181
3. Sytuacja epidemiologiczna .....	182
4. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych .....	185
5. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2017 r. ....	188
6. Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne .....	188
7. Podsumowanie .....	189

#### **Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2017 roku** .....

1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej .....	192
2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną .....	192
3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych .....	192
4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2017 r. ....	193
5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega .....	193
6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej. ....	195
7. Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych) .....	195
8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia .....	196

#### **Spis tabel, wykresów i rysunków** .....

198



Stanowi Państwo,

mam przyjemność przekazać Państwu corocznie opracowywany w Głównym Inspektoracie Sanitarnym raport pt. „Stan sanitarny kraju w roku 2017”.

Raport zawiera dane statystyczne wraz z omówieniem najistotniejszych zagadnień z zakresu działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Naszą misją jest utrzymanie bezpieczeństwa zdrowotnego każdego obywatela. Jest to możliwe dzięki sprawniej identyfikacji i szacowaniu zagrożeń oraz skoordynowanemu nadzorowi i kontroli, służącym zapobieganiu wszelkim zagrożeniom fizycznym, chemicznym i biologicznym, zachowaniu i umacnianiu zdrowia społeczeństwa oraz kształtowaniu odpowiednich postaw i zachowań.

Państwowa Inspekcja Sanitarna pełni kluczową rolę w zapobieganiu i ograniczaniu występowania chorób zakaźnych, w tym zatruc i zakażeń pokarmowych. Prowadzi regularne kontrole w trosce o zapewnienie właściwych warunków sanitarno-higienicznych w obiektach użyteczności publicznej. Dostęp do wiarygodnych danych we wszystkich obszarach objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie byłby możliwy bez sprawnie działającej bazy laboratoryjnej. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wykonujące badania w szerokim zakresie (badania żywności, wody, różnego rodzaju badania środowiskowe i inne), dysponujące wykwalifikowaną kadrą i odpowiednio przygotowaną infra-strukturą, stanowią podstawowy instrument nadzoru.

Istotnym elementem naszej działalności jest edukacja zdrowotna prowadzona przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej począwszy od przedszkolaków po seniorów. Społeczeństwo aktywnie dbające o swoje zdrowie może prowadzić długie życie wolne od chorób i związanych z nimi ograniczeń.

Zebrane w niniejszej publikacji informacje będą przydatne dla instytucji publicznych, jednostek samorządu terytorialnego, ośrodków naukowych, mediów oraz wszelkich podmiotów zainteresowanych aktualnymi danymi dotyczącymi zdrowia publicznego.

Marek Posobkiewicz

Główny Inspektor Sanitarny

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials and a surname, corresponding to Marek Posobkiewicz.

Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2017 r.



**Stan sanitarny zakładów  
żywności, żywienia, materiałów  
i wyrobów przeznaczonych  
do kontaktu z żywnością oraz  
kosmetyków w 2017 r.**

## 1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2017 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęły nadzorem **484 789** obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków, w tym:

- 94 740 zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 5 093 piekarnie, 3 375 ciastkarni;
- 254 646 obiektów obrotu żywnością, w tym m.in.: 138 160 sklepów spożywczych, 15 061 kiosków spożywczych, 32 299 środków transportu żywności;
- 80 547 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 40 927 zakładów małej gastronomii;
- 45 380 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 1 032 bloki żywienia w szpitalach, 132 kuchnie niemowlęce, 2138 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 11 922 stołówki szkolne, 12 945 stołówek w przedszkolach, 1 307 zakładów usług cateringowych oraz 4 485 innych zakładów żywienia;
- 5 809 wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością;

■ 3 667 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W nadzorowanych zakładach żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przeprowadzono 269 331 kontroli sanitarnych, w tym 20 063 kontrole interwencyjne. Wydano 35 107 decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 614 decyzji przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań sanitarnych ukarano 22 162 mandatami, na łączną kwotę 4 743 120 zł.

W nadzorowanych zakładach produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami przeprowadzono 1 712 kontroli, wydano 48 decyzji administracyjnych, w tym 3 decyzje nakazujące wstrzymanie lub ograniczenie działalności, a winnych zaniedbań sanitarnych ukarano 19 mandatami, na łączną kwotę 4 700 zł.

Porównanie stanu sanitarnego obiektów w latach 2007 - 2017 przedstawia Tabela 1.

Tab. 1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2007-2017

Lata	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Odsetek obiektów o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami	2,3	2,2	2,1	2	1,7	1,7	1,7	1,9	1,9	1,9

## 2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że w ostatnich 10 latach odsetek zakładów produkcji i obrotu żywnością o nieodpowiednim stanie sanitarnym znajdował się na niskim poziomie (ok. 2%). Od 2015 r. jest na tym samym poziomie i wynosi 1,9%.

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

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

Stan sanitarno-higieniczny obiektów żywności i żywienia, nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sani-

tarnej jest bardzo zróżnicowany. Działają zarówno obiekty nowoczesne, jak i stare (zwłaszcza w dużych miastach o zwartej zabudowie) oraz obiekty małe (sklepy w rejonach wiejskich) i bardzo duże (typu super i hipermarkety).

Porównanie stanu sanitarnego obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2016-2017 przedstawia Tabela 2.

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 2 należy odnotować poprawę w stosunku do roku 2016 stanu sanitarnego obiektów z grup:

- browarów i słodowni – o 1,3% (w tych wytwórniach nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym);
- zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego – o 1,7 %;
- wytwórni octu, majonezu i musztardy (o 4,2%) w tych wytwórniach również nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym,

Tab. 2. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2016-2017

Lp.	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2016	2017	
1	Wytwórnice lodów	0,6	1,4	0,8
2	Automaty do lodów	1,2	1,2	bz
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	-	-
4	Piekarnie	3,2	3,5	0,3
5	Ciastkarnie	1,8	2,5	0,7
6	Przetwórnice owocowo - warzywne i grzybowe	0,5	0,5	bz
7	Browary i słodownie	1,3	-	-1,3
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	-	-	-
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	-	1	1
10	Zakłady garmażeryjne	1,4	1,4	bz
11	Zakłady przemysłu zbożowo - młynarskiego	4,8	3,1	-1,7
12	Wytwórnice makaronów	-	-	-
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	0,8	1,9	1,1
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	-	-	-
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	4,2	-	-4,2
16	Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	-	-	-
17	Wytwórnice suplementów diety	1,0	1,0	bz
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	-	-	-
20	Cukrownie	-	-	-
21	Inne wytwórnice żywności	0,7	0,6	-0,1
22	Sklepy spożywcze	2,6	2,7	0,1
23	Kioski spożywcze	1,1	0,8	-0,3
24	Magazyny hurtowe	1,2	1,2	bz
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	1,8	0,8	-1
26	Środki transportu	0,1	-	-0,1
27	Inne obiekty obrotu żywnością	1,4	0,3	-1,1
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2,2	2,2	bz
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,4	0,5	0,1
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	1,9	1,9	bz
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	0,3	-	-0,3
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	-	-
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	4,4	2,9	-1,5
<b>OGÓŁEM</b>		<b>1,9</b>	<b>1,9</b>	<b>bz</b>

Objaśnienia:

- brak przypadków | bz - bez zmian

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

- tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi,
- napojów bezalkoholowych i rozlewniach piwa,
- makaronów,
- koncentratów spożywczych,
- chrupiek, chipsów i prażynek,
- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- substancji dodatkowych,
- cukrowniach,
- miejscach obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

W porównaniu do roku 2016, bez zmian pozostał stan sanitarny w grupach: automaty do lodów, przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe, zakłady garmażeryjne, wytwórnie suplementów diety, magazyny hurtowe, zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego.

W roku 2017 pogorszenie stanu sanitarnego stwierdzono w grupach: wytwórnie lodów – o 0,8%; ciastkarnie – o 0,7%; wytwórnie wyrobów cukierniczych – o 1,1%. Ponadto minimalne pogorszenie o 0,1% nastąpiło w sklepach spożywczych.

W grupie zamkniętych zakładów żywienia zbiorowego skontrolowano 27 618 obiektów. Stan sanitarny tych zakła-

dów uległ niewielkiemu pogorszeniu w stosunku do roku poprzedniego. Niezgodny z wymaganiami stan sanitarny stwierdzono w 104 zakładach, co stanowi 0,38% obiektów skontrolowanych. Na 11 922 stołówki szkolne – 24 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,32% (w 2016 r. – 0,31%). Natomiast ze skontrolowanych 12 945 stołówek w przedszkolach – 17 nie spełniało obowiązujących wymagań, co stanowi 0,22% (w 2016 r. – 0,24%).

W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań oraz wdrażaniu i stosowaniu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a także wprowadzaniu procedur na podstawie zasad HACCP. W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło 354 959 zakładów. Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji. Natomiast system HACCP wprowadziło 220 832 nadzorowanych obiektów.

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



### 3. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 7 282 środki transportu żywności, z których wszystkie spełniały wymagania higieniczno-sanitarne.

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

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

### 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do roku poprzedniego, w 2017 r. jakość zdrowotna środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa niewielkiej poprawie. Sytuację w odniesieniu

do środków spożywczych w latach 2010-2017 przedstawia Tabela 3.

Tab. 3. Jakość zdrowotna środków spożywczych

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

W 2017 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 81 655 próbek środków spożywczych, z których 2,83 % nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2016 r. – 2,87 %). 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 2017 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 4.

Tab. 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2017 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
		2016	2017	krajowych		UE		z importu	
1	2	4	4	6	6	8	8	10	10
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	2,45	2,3	2,53	2,27	-	3,63	-	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	3,79	3,23	3,88	3,32	-	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	2,05	2,13	2,3	2,5	1,17	1,61	0,65	-
4.	Mleko i przetwory mleczne	7,44	7,21	7,59	7,35	0,87	2,24	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	1,79	1,71	1,8	1,65	2,43	3,26	1,0	0,99
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,48	1,46	1,41	1,46	4,88	1,08	-	-
7.	Cukier i inne	8,33	5,26	9,09	5,26	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	3,45	-	4,44	-	-	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	0,67	1,83	3,57	2,3	-	14,3	0,28	1,32
10.	Warzywa, w tym strączkowe	0,83	1,15	0,87	1,21	0,56	0,62	0,61	0,73
11.	Owoce	0,65	1,45	0,49	1,24	0,95	1,68	0,98	1,88
12.	Grzyby	4,49	2,08	4,93	2,12	nb	nb	-	-
13.	Drożdże	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
14.	Napoje alkoholowe	1,18	0,24	1,85	0,33	-	-	-	-
15.	Ocet	1,85	1,96	2,13	2,5	-	-	nb	nb
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	2,63	4,2	2,46	4,35	12,0 (6 na 50 zbadanych)	-	-	-
17.	Tłuszcze roślinne	1,51	2,6	1,19	2,25	3,52	2,5	-	8,89
18.	Ziarna roślin oleistych	0,17	0,39	-	5,26	-	3,7	0,2	-
19.	Koncentraty spożywcze	1,44	0,57	0,7	0,4	-	10 (1 na 10 zbadanych)	14,7 (5 na 34 zbadane)	-
20.	Majonezy, musztardy, sosy	0,79	0,87	0,36	0,41	-	5,88	3,03	-
21.	Zioła, przyprawy	1,28	1,5	1,03	0,52	-	1,29	2,16	3,59
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	0,36	1,57	0,56	2,2	0,48	1,76	-	-
23.	Wyroby garmażeryjne i kulinarne	2,83	1,9	2,88	1,94	-	-	nb	nb
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	2,24	2,02	1,99	1,86	2,87	2,34	6,52	3,57
25.	Nowa żywność	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
26.	Suplementy diety	8,05	6,23	6,14	3,74	11,44	13,14	15,17	13,19
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	1,32	1,28	-	1,69	5,71	3,13	1,16	-
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	5,17	7,81	5,26	8	-	-	-	16,6 (1 na 6 zbadanych)
29.	Inne środki spożywcze	4,04	4,65	3,66	5,2	33,3 (1 na 3 zbadane)	-	-	-
30.	<b>Razem środki spożywcze</b>	<b>2,87</b>	<b>2,83</b>						
31.	<b>Środki spożywcze krajowe</b>			<b>2,93</b>	<b>2,84</b>				
32.	<b>Środki spożywcze UE</b>					<b>2,98</b>	<b>3,16</b>		
33.	<b>Środki spożywcze z importu</b>							<b>2,08</b>	<b>2,47</b>

Objaśnienia:

- brak przypadków | bz - bez zmian

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

- mięso, podroby i przetwory mięsne,
- drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory,
- mleko i przetwory mleczne,
- ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne,
- cukier i inne,
- grzyby,
- napoje alkoholowe,
- koncentraty spożywcze,
- wyroby garmażeryjne i kulinarne,
- środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- suplementy diety,
- substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu.

Niestety w niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: ryby, owoce morza i ich przetwory; orzechy w tym arachidy; warzywa w tym strączkowe; owoce; ocet; wody mineralne i napoje bezalkoholowe; tłuszcze roślinne; ziarna roślin oleistych; majonezy, musztardy, sosy; zioła i przyprawy; kawa, herbata kakao, herbatki owocowe i ziołowe; sól spożywcza i jej zamienniki.

#### 4.1. Znakowanie środków spożywczych

Prawidłowe znakowanie zawierające obowiązkowe informacje na temat żywności, w tym dotyczące substancji lub produktów powodujących alergię lub reakcje nietolerancji służy ochronie zdrowia konsumentów poprzez zapewnienie podstaw do dokonywania świadomych wyborów oraz bezpiecznego stosowania żywności. Dlatego próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2017 r. na 39 841 ocenione próbki – zakwestionowano 871, co stanowi 2,18% (w 2016 r. – 2,27%).

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

W roku 2017 tak jak w latach ubiegłych prowadzony był nadzór nad obrotem grzybami świeżymi, suszonymi oraz przetworami grzybowymi. Nadzór prowadzony był na bieżąco, jednak podobnie jak w latach poprzednich prace w tym zakresie wzmoczone w okresie letnio-jesiennym oraz zimowym, tj. przedświątecznym. Podczas kontroli sprawdzono takie punkty handlowe jak sklepy ogólnospożywcze, warzywnicze i hurtownie. Szczególnym nadzorem objęto również targowiska, na których prowadzi się sprzedaż grzybów świeżych i suszonych. Nadzór nad wykorzystywaniem grzybów w przetwórstwie i gastronomii kontrolowano również w zakładach żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego oraz w miejscach produkcji żywności i przetworów z dodatkiem grzybów.

Podczas kontroli pracownicy inspekcji sanitarnej zwracali uwagę na takie aspekty jak właściwości organoleptyczne grzybów, sprzedaż w jednostkowych opakowaniach oraz oznakowanie towaru umożliwiające identyfikację produktu i producenta. Sprawdzano czy sprzedawcy grzybów wprowadzają je do obrotu zgodnie z prawem żywnościowym określającym, iż każda partia, pochodzących ze stanu naturalnego grzybów świeżych i suszonych, powinna być zaopatrzona w atest na grzyby świeże bądź też suszone. Tylko w nielicznych przypadkach stwierdzono brak atestów na grzyby świeże (w celu usunięcia stwierdzonej nieprawidłowości wydano odpowiednie polecenia). Stwierdzono nieprawidłowości polegające na sprzedaży grzybów świeżych w postaci krajanki luzem, podpisane atesty in blanco z nieczytelną pieczęcią klasyfikatora grzybów, jak również nieprawidłowe warunki sprzedaży tj. bezpośrednio z jezdni poza miejscem wyznaczonym na targowisku. Uzyskanie atestu na grzyby świeże nie stanowiło problemu dla zbieraczy grzybów, ponieważ na targowiskach zatrudnieni byli klasyfikatorzy grzybów. W okresie przedświątecznym wzmocniono kontrole nad obrotem grzybami suszonymi. Stwierdzono właściwe warunki przechowywania i sprzedaży grzybów. W wielu miejscach kontrole obrotu grzybami prowadzone były też przez przedstawicieli Straży Miejskiej po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu z pracownikami Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Kontrole były także efektem złożonych zażaleń na sprzedaż grzybów bez atestu. Po stwierdzeniu tego faktu zakazano sprzedaży grzybów i informowano o możliwości zgłoszenia się do lokalnej stacji sanitarno-epidemiologicznej, bądź punktu skupu grzybów celem uzyskania właściwego atestu. Podczas kontroli stwierdzono także sprzedaż grzybów świeżych w foliowych woreczkach – pouczono o prawidłowym przechowywaniu grzybów i zakazano sprzedaży partii grzybów. Kontrole wykazały, iż sprzedawcy nie zawsze posiadali atesty na grzyby świeże, w nielicznych przypadkach dokumenty te były nieprawidłowo wypełnione – brak daty wystawienia, kilka gatunków grzybów na jednym dokumencie, użyta nazwa zwyczajowa grzybów, podana jedynie nazwa rodzajowa bez gatunkowej, podana łączna masa grzybów, możliwość ingerencji sprzedającego w dokument wydany przez grzyboznawcę lub klasyfikatora grzybów świeżych. W tych przypadkach polecano zapoznanie się z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2011 r. w sprawie grzybów dopuszczonych do obrotu lub produkcji przetworów grzybowych, środków spożywczych zawierających grzyby oraz uprawnień klasyfikatora grzybów i grzyboznawcy, jak również poinformowano o możliwości odebrania im uprawnień grzyboznawcy oraz klasyfikatora grzybów świeżych. W większości w skontrolowanych obiektach obrót grzybami świeżymi i suszonymi oraz przetworami grzybowymi prowadzony był prawidłowo. Również w przetwórnictwie owocowo-warzywnym, w których odbywała się produkcja z wykorzystaniem grzybów, zatrudnione są osoby z odpowiednimi kwalifikacjami - grzyboznawcy. W ramach nadzoru w przedmiotowym zakresie pobierano próbki grzybów i przetworów z ich udziałem. Próbkę grzybów i ich przetworów pobranych do badań laboratoryjnych były badane w kierunku zawartości metali ciężkich, pozostałości pestycydów, napromienienia, skażenia promieniotwórczego, jak również w kie-





runku zawartości substancji konserwującej. Nieprawidłowości w pobranych próbkach nie stwierdzono. Pobór próbek grzybów odbywał się w ramach urzędowej kontroli i monitoringu.

### Zatrucia grzybami

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

Zgodnie z danymi obejmującymi wszystkie województwa w Polsce w roku 2017, zatruciu grzybami uległy 24 osoby – w tym wszystkie hospitalizowano. W porównaniu do lat poprzednich, w 2017 r. liczba przypadków zatruc grzybami nie wykazała tendencji znaczącego wzrostu – w roku 2014 odnotowano 19 przypadków, w 2015 w całym kraju było 9 zatruc grzybami, a w roku 2016 – 46 przypadków zatruc. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2017 r. wg gatunków przedstawia Tabela 5.

Tab. 5. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2017 r.

GATUNEK GRZYBA	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	OGNISK	ZACHORO- WANIA	HOSPITA- LIZACJA	ZGONY
<b>1) ZATRUCIA CYTOTROPOWE</b>																
Muchomor sromotnikowy								2	7	1			8	10	10	
Piestrzenica kasztanowata																
Zasłonak																
<b>2) ZATRUCIA NEUROTROPOWE</b>																
Krowiak podwinięty																
Strzępiaki																
Muchomor czerwony																
Muchomor plamisty																
<b>3) O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM</b>																
Gołąbek																
Gąska																
Lisówka pomarańczowa																
<b>4) ZATRUCIA NIESWOISTE</b>																
	2						1		3	1			6	7	7	
<b>5) ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI</b>																
				1			2		4				7	7	7	
<b>RAZEM ZACHOROWAŃ:</b>	<b>2</b>			<b>1</b>			<b>3</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>2</b>			<b>21</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwie lubelskim (10 zachorowań) oraz zachodniopomorskim i mazowieckim (po 5 zachorowań). W województwie lubelskim od kilku lat obserwuje się wysoką liczbę przypadków zatruc grzybami. W bieżącym roku sprawozdawczym w woj. lubelskim odnotowano 6 przypadków spożycia muchomora sromotnikowego, jak również 3 zatrucia grzybami o nieustalonej przynależności gatunkowej. Pozostałe przypadki to zatrucia nieswoiste oraz zatrucia spowodowane spożyciem takich grzybów, jak pieczarka, borowikowate, lejkowiec dęty, gołąbek, gąska czy też kanie. Odnotowano także 2 zatrucia u dzieci w przedziale wiekowym 0 – 7 lat. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2017 r. wg województw przedstawia Tabela 6.

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

Po aktualizacji danych, w centralnej ewidencji grzyboznawców dla całego kraju, na koniec 2017 r. znajduje się 2006

Tab. 6. Zestawienie zatruczeń grzybami w Polsce w 2017 r wg województw

L.p.	Województwo	zachorowania	Hospitaliz.	zgon	muchomor sromotnikowy	muchomor czerwony	łuskiak płacietka	pieczarki	krowiak podwinęty	borowikowate	gąska	gotąbek	Lejkowiec dęty	piestrzenica kasztanowata	kanie	zatrucia nieswoiste	Gatunki grzybów o nieustalonej przynależności
1.	dolnośląskie	2	2	-													2
2.	kujawsko-pomorskie	Nie zanotowano															
3.	lubelskie	10	10	-	6						2	2	1		3	1	3
4.	lubuskie	Nie zanotowano															
5.	łódzkie	Nie zanotowano															
6.	małopolskie	1	1	-	1												
7.	mazowieckie	5	5	-	3												2
8.	opolskie	1	-	-											1	1	
9.	podkarpackie	Nie zanotowano															
10.	podlaskie	2	2	-			2			2		2					2
11.	pomorskie	Nie zanotowano															
12.	śląskie	1	1	-												1	1
13.	świętokrz.	Nie zanotowano															
14.	warmińsko-mazurskie	Nie zanotowano															
15.	wielkopolskie	Nie zanotowano															
16.	zachodnio-pomorskie	2	2	-				2		2							2
<b>Razem:</b>		<b>24</b>	<b>24</b>	<b>-</b>	<b>10</b>		<b>2</b>	<b>2</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>		<b>4</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

osób posiadających uprawnienia grzyboznawcy. W 2017 r. w rejestrze prowadzonym w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu przybyło również 53 klasyfikatorów grzybów świeżych. Zestawienie liczby osób posiadających uprawnienia grzyboznawcy w poszczególnych województwach przedstawia Tabela 7.

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

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

System działa na podstawie przepisów prawa:

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

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

Tab. 7. Liczba grzyboznawców w poszczególnych województwach kraju

L.p.	Województwo	Grzyboznawcy			
		ogółem	w tym w PIS	przetw. i inne	przybyło w 2017
1.	dolnośląskie	124	84	40	6
2.	kujawsko-pomorskie	127	43	84	1
3.	lubelskie	96	61	35	2
4.	lubuskie	181	42	139	1
5.	łódzkie	143	44	99	1
6.	małopolskie	111	41	70	4
7.	mazowieckie	172	60	112	10
8.	opolskie	37	20	17	0
9.	podkarpackie	63	31	32	3
10.	podlaskie	124	22	102	4
11.	pomorskie	119	39	80	1
12.	śląskie	120	51	69	3
13.	świętokrzyskie	51	26	25	2
14.	warmińsko-mazurskie	61	24	37	3
15.	wielkopolskie	361	103	258	11
16.	zachodnio-pomorskie	116	36	80	1
<b>Razem:</b>		<b>2006</b>	<b>727</b>	<b>1279</b>	<b>53</b>

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

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

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

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

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

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

Szczegółowe zasady działania systemu RASFF zostały opracowane przez Komisję Europejską w dokumencie pt. „**Standardowe procedury operacyjne systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach**”, który w wersji polskiej dostępny jest na stronie internetowej:

[https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/rasff\\_reg\\_guid\\_sops\\_01-05\\_pl.pdf](https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/rasff_reg_guid_sops_01-05_pl.pdf)

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

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

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

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

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

W okresie od 01.01.2017 r. do 31.12.2017 r. Krajowy Punkt Kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (KPK RASFF w GIS) zgłosił 88 powiadomień do systemu RASFF, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	14
informacyjne w celu podjęcia działań	16
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	16
news	1
o odrzuceniu na granicy	41
<b>Suma końcowa</b>	<b>88</b>

Z całkowitej liczby 88 powiadomień zgłoszonych do RASFF przez Polskę 83 powiadomienia dotyczyły żywności, 3 powiadomienia dotyczyły wyrobów do kontaktu z żywnością, a 2 powiadomienia dotyczyły paszy.

Najczęstsze przyczyny zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2017 r. to wykryte w żywności i paszach pałeczki *Salmonella* (14 powiadomień) oraz przekroczenia maksymalnych dopuszczalnych poziomów aflatoksyn w żywności (14 powiadomień). Większość z tych przypadków została wykryta w trakcie granicznej kontroli sanitarnej towarów importowanych spoza Unii Europejskiej. W całej Unii Europejskiej obowiązują specjalne przepisy, które zwiększają poziom kontroli urzędowych i nakładają specjalne warunki dotyczące przywozu niektórych rodzajów pasz i żywności z niektórych państw trzecich. Zwiększoną częstotliwość kontroli granicznych stosuje się do towarów, w których najczęściej wykrywane jest dane zagrożenie. Znaczna liczba powiadomień RASFF zgłoszonych przez Polskę była wynikiem właśnie takich kontroli (nasiona sezamu importowane z Indii, w których wykryto pałeczki *Salmonella* – 7 powiadomień, aflatoksyny w orzechach ziemnych z Chin, Argentyny, Egiptu – 7 powiadomień, orzechach laskowych z Azerbejdżanu, Turcji, Gruzji – 4 powiadomienia, pistacjach z Iranu – 1 powiadomienie).

Pozostałe zagrożenia najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2017 r. to:

- stwierdzanie składników żywności, które nie posiadały tzw. historii spożycia w UE („nowa żywność”), tzn. nie przedstawiono dowodów potwierdzających, że składniki te były stosowane do celów żywienia człowieka w państwach członkowskich Unii Europejskiej przed dniem 15 maja 1997 r. (13 powiadomień);
- pozostałości pestycydów w owocach i warzywach (4 powiadomienia) oraz czarnej i zielonej herbacie (3 powiadomienia);
- obecność fipronilu w jajach (6 powiadomień);
- brak odpowiednich dokumentów wymaganych przepisami prawa potwierdzających bezpieczeństwo importowanej żywności i wyrobów do kontaktu z żywnością (5 powiadomień);
- zapleśnienie mrożonych jeżyn z Serbii (3 powiadomienia), świeżych mandarynek z Maroko (1 powiadomienie) i pieprzu czarnego z Wietnamu (1 powiadomienie);
- ciała obce w różnych produktach spożywczych (5 powiadomień);
- ochratoksyna A wykrywana w rodzynkach (3 powiadomienia) i suplementie diety (1 powiadomienie).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2017 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.



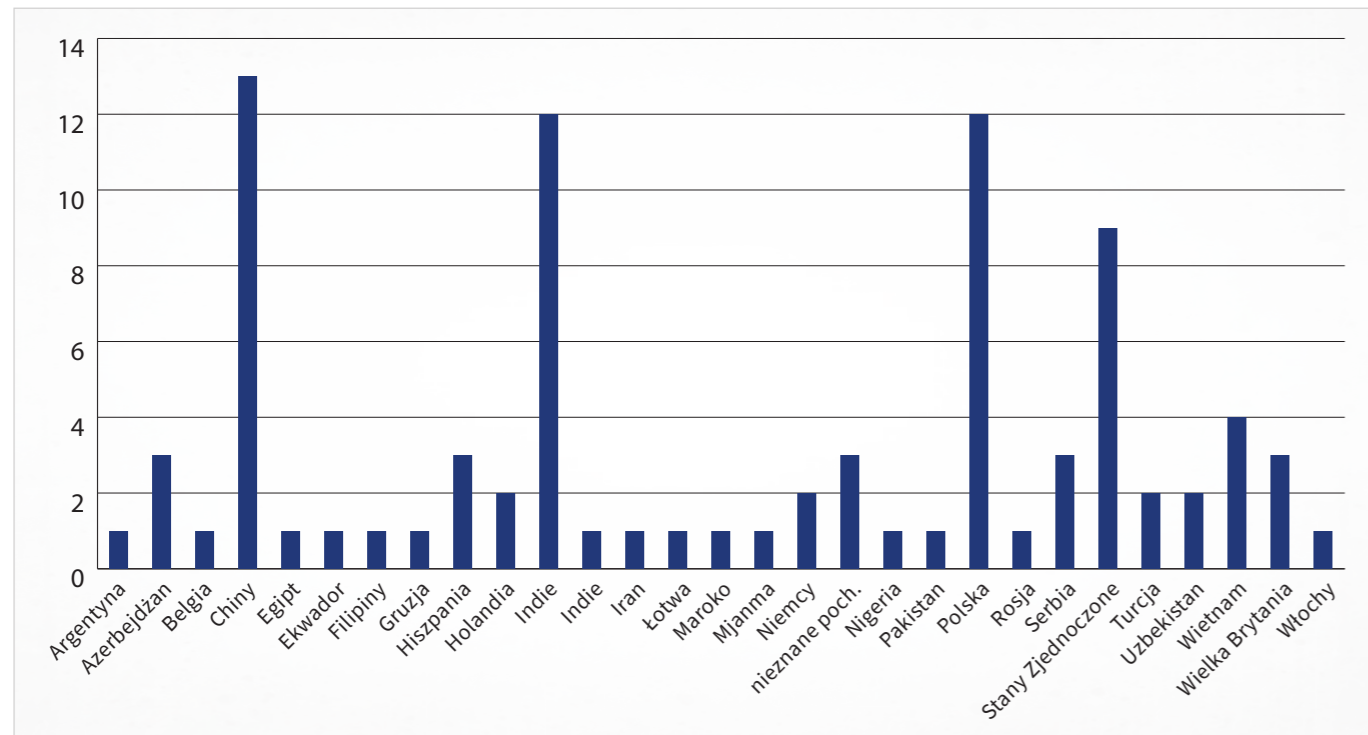
Zagrożenie	Suma
aflatoksyny	14
Salmonella	14
nowa żywność	13
pozostałości pestycydów	7
fipronil	6
brak dokumentów importowych	5
pleśń	5
ciała obce	5
ochratoksyna A	4
pozostałość leków weterynaryjnych	2
Campylobacter	1
histamina	1
kadm	1
migracja ołowiu z obrzeża	1
migracja PAA	1
niewłaściwe dokumenty importowe	1
niezatwierdzony podmiot	1
obecność DNA przeżuwaczy	1
ołów	1
ołów i rtęć	1
substancje dodatkowe - przekroczenie	1
WWA	1
zafałszowanie	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>88</b>

Kategorie produktów	Suma
orzechy, produkty pochodne, nasiona	25
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	19
owoce i warzywa	11
jaja i produkty jajeczne	7
zioła i przyprawy	5
kakao, kawa, herbata	4
wyroby do kontaktu z żywnością	3
materiały paszowe	2
mięso inne niż drobiowe	2
ryby i produkty pochodne	2
zboża i produkty piekarnicze	2
zupy, buliony, sosy i przyprawy	2
inne produkty spożywcze	1
mięso drobiowe i produkty pochodne	1
miód i mleczko pszczele	1
mleko i produkty mleczne	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>88</b>

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2017 r. pochodziło spoza Unii Europejskiej, w tym przede wszystkim z Chin, Indii i Stanów Zjednoczonych. Wśród

produktów pochodzących z UE, najwięcej produktów zgłoszonych przez Polskę do RASFF w zeszłym roku pochodziło z Polski.

Wykres 1. Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2017 r.



W okresie od 01.01.2017 r. do 31.12.2017 r. wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 161 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	73
informacyjne w celu podjęcia działań	37
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	50
news	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>161</b>

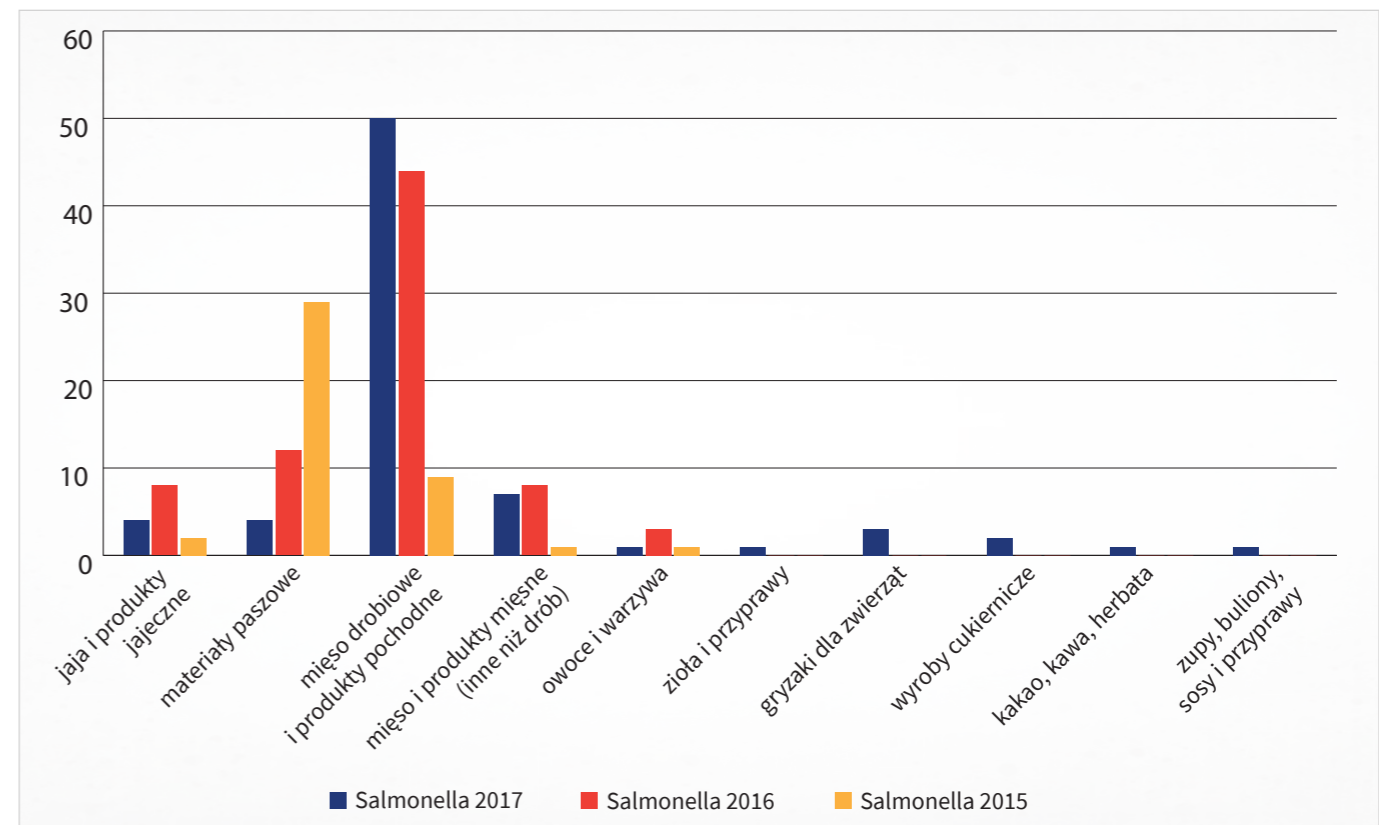
Z całkowitej liczby 161 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 146 powia-

domień dotyczyło żywności (90,7%), 15 powiadomień dotyczyło pasz (9,3%).

Najczęściej identyfikowane zagrożenie w roku 2017, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski to występowanie niebezpiecznych dla zdrowia bakterii Salmonella, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (50 powiadomień), mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (7 powiadomień), materiałach paszowych oraz jajach (po 5 powiadomień).

Liczba powiadomień dotyczących produktów z Polski kwestionowanych z uwagi na wykrycie w nich pałeczek Salmonella rośnie na przestrzeni ostatnich lat. Tendencje w poszczególnych kategoriach żywności w tym zakresie w latach 2015-2017 obrazuje poniższy wykres.

Wykres 2. Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015 - 2017



Drugim najczęściej notowanym w RASFF (18 powiadomień) zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski była obecność substancji o nazwie fipronil w jajach konsumpcyjnych. Substancja ta została nielegalnie dodana do preparatów do zwalczania pasożytów na fermach drobiu, a jej pozostałości wykryto w jajach w wielu krajach europejskich. Główny Inspektor Sanitarny na bieżąco śledził rozwój sytuacji i informacje przekazywane w tej sprawie w systemie RASFF, a także współpracował z Głównym Lekarzem Weterynarii w celu zapewnienia bezpieczeństwa konsumentów w Polsce. Główny Inspektor Sanitarny podjął także działa-

nia w celu włączenia fipronilu do programu badań urzędowej kontroli żywności w Polsce, gdyż do 2017 r. substancja ta nie była badana w żywności znajdującej się w obrocie przez laboratoria urzędowe. Laboratorium Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykryło pozostałości fipronilu w 6 próbkach pobranych z obrotu jaj pochodzących z polskich ferm. Mimo, że poziomy tej substancji nie zagrażały zdrowiu konsumentów, o wszystkich przypadkach przekroczeń została poinformowana Inspekcja Weterynaryjna, która odpowiada za urzędowy nadzór nad fermami oraz opinia publiczna poprzez informacje na stronie Głównego Inspektoratu

Sanitarnego. Właściwe informacje przekazane zostały także do systemu RASFF. Na podstawie powyższych danych oraz informacji przekazywanych poprzez system RASFF Inspekcja Weterynaryjna prowadziła działania urzędowe na wskazanych fermach. W trybie natychmiastowym zablokowano możliwość wprowadzania jaj konsumpcyjnych z tych ferm/kurników do obrotu oraz sporządzano listy dystrybucji jaj, celem objęcia ich procedurą wycofania z rynku i zniszczenia.

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2017 r. to:

- pozostałości pestycydów w owocach (jabłkach – 5 powiadomień) oraz warzywach (papryka – 3 powiadomienia, kapusta włoska, sałata, kalafior, brokuł – po 1 powiadomieniu) i roślinach korzeniowych (korzeń łopianu – 1 powiadomienie);

Zagrożenie	Suma
Salmonella	76
fipronil	18
pozostałości pestycydów	13
ciało obce	6
norowirus	6
nowa żywność	6
Listeria monocytogenes	5
ambrozja	3
WWA	3
Campylobacter	2
niedeklarowane w składzie - gorczyca	2
podejrzanie o zafałszowanie	2
pozostałość leków weterynaryjnych	2
substancje dodatkowe - przekroczenie	2
alkaloidy tropanowe	1
dioksyny	1
kadm	1
mikotoksyny	1
niedeklarowane w składzie - białko mleka	1
niedeklarowane w składzie - jajka	1
niedeklarowane w składzie - soja	1
nieprawidłowy termin przydatności do spożycia	1
ochratoksyna A	1
ołów	1
ołów i glin	1
substancje dodatkowe - niedozwolone zastosowanie	1
TSE - przenośne gąbczaste encefalopatie	1
wirus WZW A	1
zmiany organoleptyczne	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>161</b>

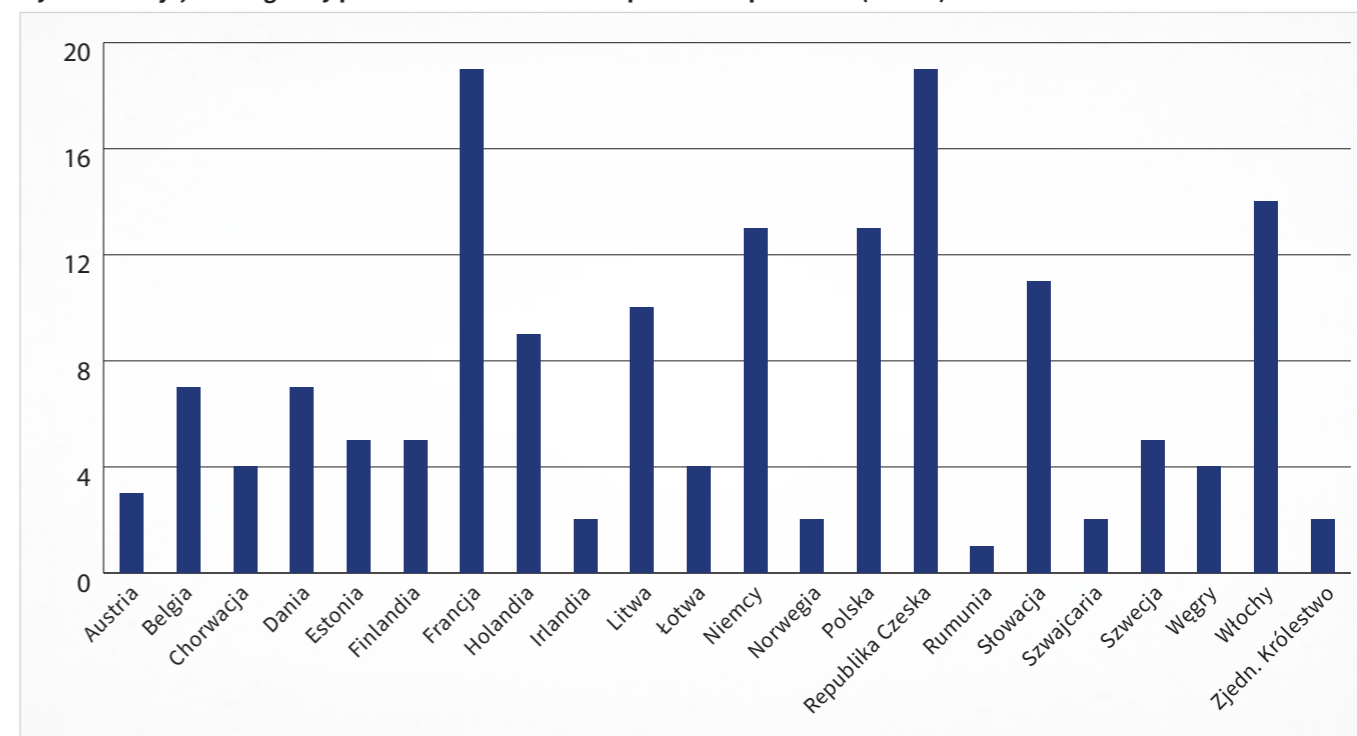
- niedozwolona nowa żywność w suplementach diety (6 powiadomień);
- ciała obce (plastik, szkło) w różnych produktach spożywczych (6 powiadomień);
- norowirus w mrożonych owocach (6 powiadomień).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2017 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

W omawianym okresie najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Czechy i Francję (po 19), Włochy (14) oraz Polskę i Niemcy (po 13). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	54
jaja i produkty jajeczne	23
owoce i warzywa	23
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	15
materiały paszowe	9
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	9
wyroby cukiernicze	6
ryby i produkty pochodne	6
zupy, buliony, sosy i przyprawy	3
żywność dla zwierząt	3
kakao, kawa, herbata	2
zioła i przyprawy	2
mieszanki paszowe	2
produkty zbożowe i piekarskie	1
dania gotowe i przekąski	1
lody i desery	1
premiksy paszowe	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>161</b>

Wykres 3. Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów poch. z PL (2017 r.)



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

Znaczna część powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski została zgłoszona przez Słowację, Litwę i Holandię. Poniższy wykres obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie.

Ponadto KPK RASFF w GIS zgłosił do systemu w analizowanym okresie 391 powiadomień uzupełniających, w których poinformowano o działaniach podjętych w Polsce przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz i/lub zaangażowane podmioty w następstwie wykrycia produktów niebezpiecznych zgłoszonych do RASFF.

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

W 2017 r. w ramach realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” zbadano 693 próbki żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 3. Wśród zakwestionowanych próbek znalazły się 3 próbki z galanterii ciastkarskiej (wafle w polewie).

Powyższe produkty zakwestionowano ze względu na oznakowanie produktu niezgodne z wymaganiami rozporządzenia (WE) nr 1829/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22.09.2003 r. w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy. W produktach wykryto autoryzowane genetyczne modyfikacje soi w ilościach przekraczających 0,9%. W związku z powyższym produkty te zdyskwalifikowano z uwagi na niewłaściwe znakowanie.

Do badań pobierano 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 mogące zawierać materiał GM niedopuszczony w UE.

Do badań były pobierane: produkty z soi, kukurydzy i ryżu, miód, warzywa, owoce, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, w tym preparaty do początkowego i dalszego żywienia niemowląt oraz środki spożywcze uzupełniające obejmujące produkty zbożowe przetworzone i inne środki spożywcze dla niemowląt i małych dzieci. Ważną rolę w zakresie nadzoru nad obrotem produktami odgrywa zawsze kontrola dokumentacji w zakresie możliwości śledzenia żywności w łańcuchu żywnościowym, tzw. *traceability*. Kontrola ta ma szczególne znaczenie w odniesieniu do produktów wyprodukowanych z GMO, dla których nie jest możliwe oznaczenie GMO z uwagi na brak materiału białkowego, w takich produktach jak olej, a także cukier.

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

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 2017 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 0,6% próbek materiałów i wyrobów przeznac-

zonych do kontaktu z żywnością (w 2016 r. – 1,87%), w tym produkcji krajowej – nie kwestionowano (w 2016 r. – 1,19%), wyprodukowanych w UE – nie kwestionowano (w 2016 r. – 1,44%) oraz z importu – 1,08% (w 2016 r. – 2,33%).

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2017 przedstawia Tabela 8.

## 6. Kosmetyki

Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wynosił 0,43% (w 2016 r. – 0,41%), w tym produkcji krajowej – 0,54% (w 2016 r. – 0,56%), wyprodukowanych w UE – nie kwestionowano (w 2016 r. – nie kwestionowano) oraz z importu – nie kwestionowano (w 2016 r. – również nie kwestionowano).

W zakresie produktów kosmetycznych w 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły kontrole na zgodność z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczącego produktów kosmetycznych, w szczególności kontrole dokumentacji produktów kosmetycznych w aspekcie oceny bezpieczeństwa oraz warunków wytwarzania produktów kosmetycznych i wprowadzenia zasad dobrej praktyki produkcji.

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

W roku 2017 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały 4 powiadomienia dotyczące kosmetyków uznanych za mogące stwarzać zagrożenie dla zdrowia konsumentów, dla których osoby odpowiedzialne znajdowały się na terenie Polski.

Jakość zdrowotną kosmetyków w roku 2017 przedstawia Tabela 8.

Tab. 8. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2017 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek								
		Ogółem		w tym:						
		2016	2017	krajowych		UE		z importu		
1	2	4	4	6	6	8	8	10	10	
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	1,61	-	-	-	-	-	-	-	-
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	1,92	0,66	1,31	-	0,78	-	2,43	1,12	
3.	Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	1,87	0,6	1,19	-	1,44	-	2,33	1,08	
4.	Kosmetyki	0,41	0,43	0,56	0,54	-	-	-	-	



## 7. Wybrane zagadnienia żywienia zbiorowego

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

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

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

Ocena sposobu żywienia w 2017 r. została przeprowadzona łącznie w 10 397 zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego – w szpitalach, domach opieki społecznej, żłobkach i domach małego dziecka, stołówkach szkolnych, bursach i internatach, stołówkach na koloniach, półkoloniach lub obozach, przedszkolach, domach dziecka, zakładach specjalnych i wychowawczych oraz innych zakładach żywienia. Przedstawiciele organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonali teoretycznej oceny sposobu żywienia na podstawie 10 145 jadłospisów oraz 1 739 zestawień dekadowych, analizowanych pod kątem wartości energetycznej i odżywczej posiłków.

Ocena teoretyczna jadłospisów dekadowych obejmowała:

- regularność, częstotliwość oraz pory spożywania posiłków,
- jakość jadłospisów dekadowych/okresowych,
- dobór technik kulinarnych,
- sposób dokumentowania organizacji żywienia,
- stosowanie zasad racjonalnego żywienia w profilaktyce zdrowia.

Teoretyczna ocena zestawień posiłków dokonana na podstawie dekadowej dokumentacji żywieniowej obejmowała:

- analizę struktury żywienia dotyczącą udziału poszczególnych składników pokarmowych w przeliczeniu na energię,
- pokrycie zapotrzebowania na energię i podstawowe składniki odżywczych w odniesieniu do norm żywienia.

### 7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach

W 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 1 024 bloki żywienia w szpitalach (z których – 699 korzystało z usług firm cateringowych). W tych zakładach organy PIS przeprowadziły 1419 kontroli sanitarnych, w tym 79 kontroli interwencyjnych.

Mając na uwadze działania kontrolne podjęte w 2016 r. Główny Inspektor Sanitarny polecił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowanie w 2017 r. wzmożonego nadzoru nad warunkami sanitarno-higienicznymi oraz nad żywieniem pacjentów w szpitalach. W kontrolach tych zostały uwzględnione przede wszystkim:

- placówki korzystające z posiłków dostarczanych przez firmy cateringowe;
- szpitale prowadzące żywienie pacjentów we własnym zakresie, które nie zostały objęte akcją kontrolną w roku poprzednim,
- jednostki szpitalne, w których w ubiegłym roku stwierdzono istotne nieprawidłowości.

Ponadto, w przypadku stwierdzenia podczas kontroli szpitali nieprawidłowości dotyczące firm dostarczających posiłki do szpitali, organy PIS przeprowadzały kontrole w przedmiotowych firmach.

W okresie od dnia 1.05-31.12.2017 r. organy PIS skontrolowały 281 szpitali (tj. 91%) prowadzących żywienie zbiorowe we własnym zakresie oraz 516 szpitali (78%) korzystających z firm cateringowych. Ponadto przeprowadzono urzędowe kontrole w 159 obiektach należących do firm cateringowych, które obsługiwały szpitale.

Kontrole obejmowały swoim zakresem zarówno aspekty żywienia pacjentów, jak również wymagania higieniczno-sanitarne. Przede wszystkim w trakcie kontroli w szpitalach korzystających z usług cateringowych, zwracano uwagę na to, czy zakontraktowana przez szpital firmą cateringową jest zatwierdzona i nadzorowana przez organy PIS. Podczas ww. kontroli, organy PIS kontrolowały spełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych w blokach żywienia, oceniały jadłospisy i żywienie pacjentów oraz dostęp pacjentów do informacji dotyczących żywności.

Na 281 skontrolowanych szpitali prowadzących żywienie pacjentów we własnym zakresie, nieprawidłowości stwierdzono łącznie w 172 placówkach, w tym w 109 – stwierdzono niespełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 109 szpitalach stwierdzono niespełnianie zaleceń IŻŻ dot. żywienia pacjentów.

Na 516 skontrolowanych szpitali prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, nieprawidłowości stwierdzono łącznie w 199 placówkach, w tym w 96 – stwierdzono niespełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 162 szpitalach stwierdzono niespełnianie zaleceń IŻŻ dot. żywienia pacjentów.

Skontrolowano również 159 obiektów należące do firm cateringowych, które obsługiwały szpitale. Nieprawidłowości stwierdzono łącznie w 92 obiektach, w tym w 68 – stwierdzono niespełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 45 stwierdzono niespełnianie zaleceń IŻŻ dot. żywienia pacjentów.

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

1. Niewłaściwy stan sanitarno – techniczny pomieszczeń bloku żywienia (np.: odpryski farby na ścianach, uszkodzenia płytek, posadzki, zawilgocenie ścian, sufitów).
2. Niewłaściwy stan sanitarno – techniczny wyposażenia oraz urządzeń (np.: powierzchnie robocze o złym stanie technicznym, zniszczone deski do krojenia, nieprawidłowy stan techniczny urządzeń chłodniczych).
3. Niedostosowanie dokumentacji z zakresu GHP/GMP do stanu faktycznego lub nieprzestrzeganie zapisów instrukcji GHP/GMP (np.: brak lub nieprawidłowe zabezpieczenie obiektu przed szkodnikami, brak terminowego przeglądu i konserwacji maszyn, brak prawidłowego monitoringu ustalonego punktu kontroli).
4. Przechowywanie żywności po terminie przydatności do spożycia, brak segregacji produktów w urządzeniach chłodniczych, nieprawidłowe przechowywanie żywności (np.: w opakowaniach nieprzeznaczonych do kontaktu z żywnością lub wtórnie wykorzystywane opakowania jednorazowe).

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

- mało urozmaicone śniadania i kolacje, w większości bez dodatku warzyw/owoców,
- niewielki udział ryb,
- zbyt mała ilość kasz oraz pieczywa razowego,

Natomiast w wyniku przeprowadzonych badań laboratoryjnych próbek całodziennych racji żywieniowych, m.in. stwierdzono:

- niewystarczające pokrycie zapotrzebowania na witaminy i składniki mineralne, w tym: wit. C, żelazo, wapń, potas,
- zawyżoną zawartość soli.

Każdorazowo po zakończonej kontroli protokoły z kontroli sanitarnych były przekazywane dyrektorom szpitali. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących warunków sanitarno-higienicznych, w których przygotowywano i wydawano posiłki, organy PIS wydawały zalecenia pokontrolne oraz decyzje administracyjne obligujące do podjęcia działań mających na celu poprawę w tym zakresie. Ustalono terminy usunięcia ww. uchybień. W związku z nieprawidłowościami sanitarno-higienicznymi, organy PIS wydały 178 decyzji nakazujących usunięcie ww. uchybień oraz nałożyły 98 grzywien w drodze mandatów karnych na sumę 21 850 zł, zgodnie z art. 100 ust. 1 ww. ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

W przypadku stwierdzenia uchybień w zakresie żywienia pacjentów, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kierowały do dyrektorów szpitali pisma z uwagami dotyczącymi stosowania zasad racjonalnego żywienia – zgodnego z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia.

Podczas kontroli oraz w wystąpieniach pokontrolnych kierowanych do dyrektorów szpitali oraz przedsiębiorców odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości – organy PIS przekazywały uwagi dotyczące stosowania zasad racjonalnego żywienia pacjentów, zgodnego z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia oraz zobowiązywały do wdrożenia działań naprawczych. Ponadto, podkreślały potrzebę dbałości zarówno o bezpieczeństwo produkowanych posiłków, jak i prawidłowe żywienie, które powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta oraz wspomagać proces leczenia i rekonwalescencji.

W 2018 r. będą kontynuowane kontrole bloków żywienia w szpitalach i firmach cateringowych oraz działania zobowiązujące dyrekcje szpitali do poprawy żywienia pacjentów.

### 7.2. Żywność dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty

W 2017 r. żywienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty regulowane było przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1154).

Ww. rozporządzeniem Minister Zdrowia określił grupy środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży oraz wymagania jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzie-



ci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, czyli w przedszkolach, szkołach (z wyłączeniem szkół dla dorosłych), a także w bursach i internatach oraz w zakładach specjalnych i wychowawczych.

W 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ocenę sposobu żywienia w 7 754 obiektach systemu oświaty (3 713 stołówkach szkolnych, 188 stołówkach w bursach i internatach, 3 631 stołówkach w przedszkolach oraz 222 stołówkach w zakładach specjalnych i wychowawczych), w których oceniono 6 988 jadłospisów i 1 040 zestawień dekadowych.

Nieprawidłowości stwierdzone w żywieniu dzieci i młodzieży dotyczyły:

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

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

#### Kontrole sklepików i kiosków szkolnych

W 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały 3808 sklepików i kiosków szkolnych, z których skontrolowano 1 560 obiektów, tj. 41% nadzorowanych. Przeprowadzono 1 307 kontroli sanitarnych obejmujących sprawdzenie zgodności oferowanego asortymentu z wymaganiami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W 104 sklepikach szkolnych stwierdzono niezgodności asortymentu wprowadzanego do obrotu w zakresie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Za stwierdzone uchybienia sanitarno-higieniczne nałożono 51 mandatów karnych na łączną kwotę 7 500 zł. Ponadto nałożono na właścicieli sklepików szkolnych 29 kar pieniężnych na łączną kwotę 29 900 zł w związku z wprowadzaniem do obrotu środków spożywczych niezgodnych z przepisami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r.

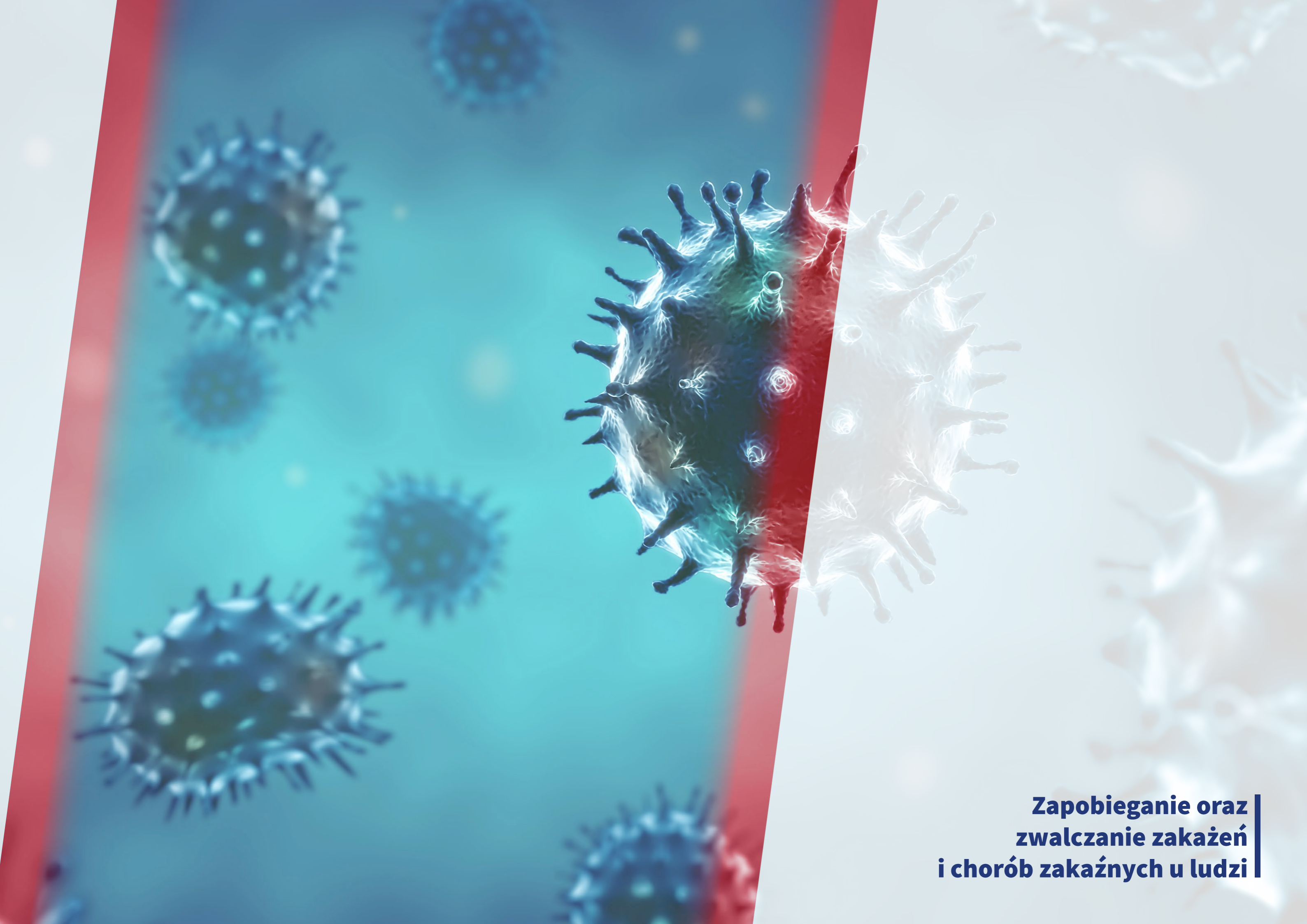
## 8. Podsumowanie

Stan sanitarny zakładów żywności i żywienia w porównaniu do 2016 r. nie uległ istotnym zmianom. W związku z powyższym należy dążyć do wzrostu świadomości przedsiębiorców w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej lub wprowadzanej do obrotu żywności. Bardzo ważna jest współpraca przedsiębiorców sektora spożywczego z przedstawicielami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w rozwiązywaniu problemów, co bardzo często stanowi czynnik mobilizujący do poprawy stanu sanitarnego obiektów i polepszenia jakości żywności.

W celu zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa żywności należy kontynuować 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),
- zachowania łańcucha chłodniczego na całej drodze od surowca do gotowego produktu wydawanego konsumentom, co ma szczególne znaczenie w przypadku środków spożywczych łatwo psujących się,
- identyfikowalności surowców i produktów,
- prawidłowego znakowania wyrobów,
- właściwego stosowania substancji dodatkowych,
- stosowania prawidłowych procesów mycia i dezynfekcji.





**Zapobieganie oraz  
zwalczanie zakażeń  
i chorób zakaźnych u ludzi**

W 2017 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wielokierunkową działalność w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, która obejmowała zarówno działania skierowane na populację ogólną, jak również na zagadnienia specjalne takie jak zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów poprzez nadzorowanie warunków sanitarno-higienicznych oraz zakażeniom szpitalnym.

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

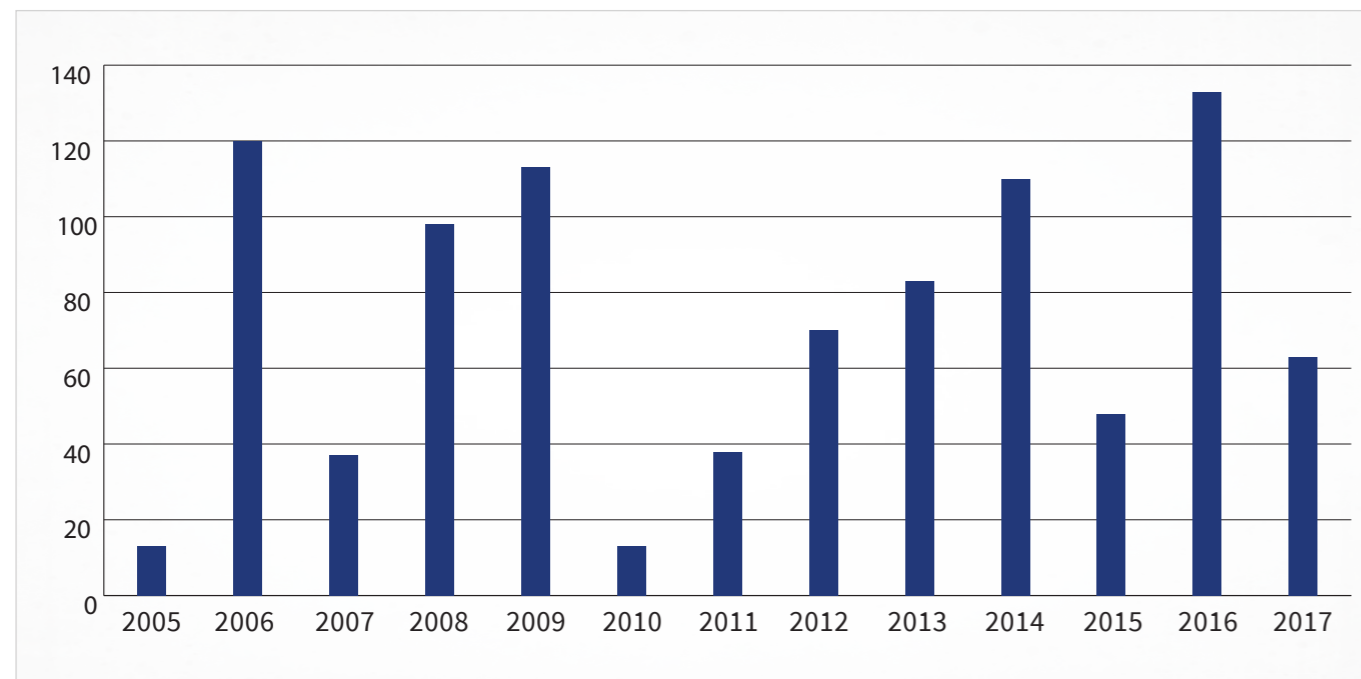
## 1. Choroby zakaźne objęte przez Światową Organizację Zdrowia programami eradykacji i eliminacji (odra, różyczka, poliomyelitis)

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

### 1.1. Odra

W roku 2017 liczba przypadków odry wyniosła 63, dla porównania w roku 2016 – 133 przypadki. Zarejestrowany ponad 50% spadek liczby przypadków związany był m.in. z intensywnymi działaniami zapobiegawczymi polegającymi przede wszystkim na prowadzeniu akcji szczepień przeciw odrze zarówno wśród dzieci jak i dorosłych.

Wykres 4. Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2005-2017.



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

Odmienne przedstawiała się sytuacja w regionie europejskim WHO. Według danych WHO, w 2017 r. choroba dotknęła 21 315 osób i spowodowała 35 zgonów. Wzrost liczby przypadków odry obejmował duże ogniska (100 lub więcej przypadków) w 15 z 53 krajów w regionie. Najwięcej osób dotkniętych chorobą odnotowano w Rumunii (5562 przypadków), we Włoszech (5006 przypadków) i na Ukrainie (4767 przypadków). Grecja (967 przypadków), Niemcy (927 przypadków), Serbia (702 przypadków), Tadżykistan (649 przypadków), Francja (520 przypadków), Federacja Rosyjska (408 przypadków), Belgia (369 przypadków), Zjednoczone Królestwo (282 przypadków), Bułgaria (167 przypadków), Hiszpania (152 przypadków), Czechy (146 przypadków) i Szwajcaria (105 przypadków) również odnotowały duże epidemie, z których wiele wygasło do końca 2017 r. Według danych ECDC, na obszarze EU/EOG aż 87% przypadków odry (u osób ze znanym statusem szczepień przeciw odrze) dotyczyło osób nieszczepionych przeciwko tej chorobie.

Należy podkreślić, iż zachorowania na odrę w Polsce są związane przede wszystkim z zawlecaniem choroby z zagranicy przez osoby podróżujące, w tym cudzoziemców. Liczbę odnotowanych przypadków zachorowań na odrę w Polsce przedstawia wykres 4. Zachorowania o charakterze i rozmiarach ognisk epidemicznych mogą wystąpić jedynie wśród społeczności lokalnych lub w środowisku szkolnym, w których stopień uodpornienia dzieci i dorosłych jest niewystarczający dla uzyskania tzw. odporności zbiorowskiej, która powstaje gdy liczba osób uodpornionych w danym środowisku osiąga co najmniej 95%.

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

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

### 1.2. Różyczka

Pomimo relatywnie łagodnego przebiegu, zapobieganie różyczce jest niezwykle istotne ze względu na powodowanie

przez tę chorobę zespołu wad wrodzonych (zespół różyczki wrodzonej) u dzieci urodzonych przez kobiety, które uległy zakażeniu w trakcie trwania ciąży.

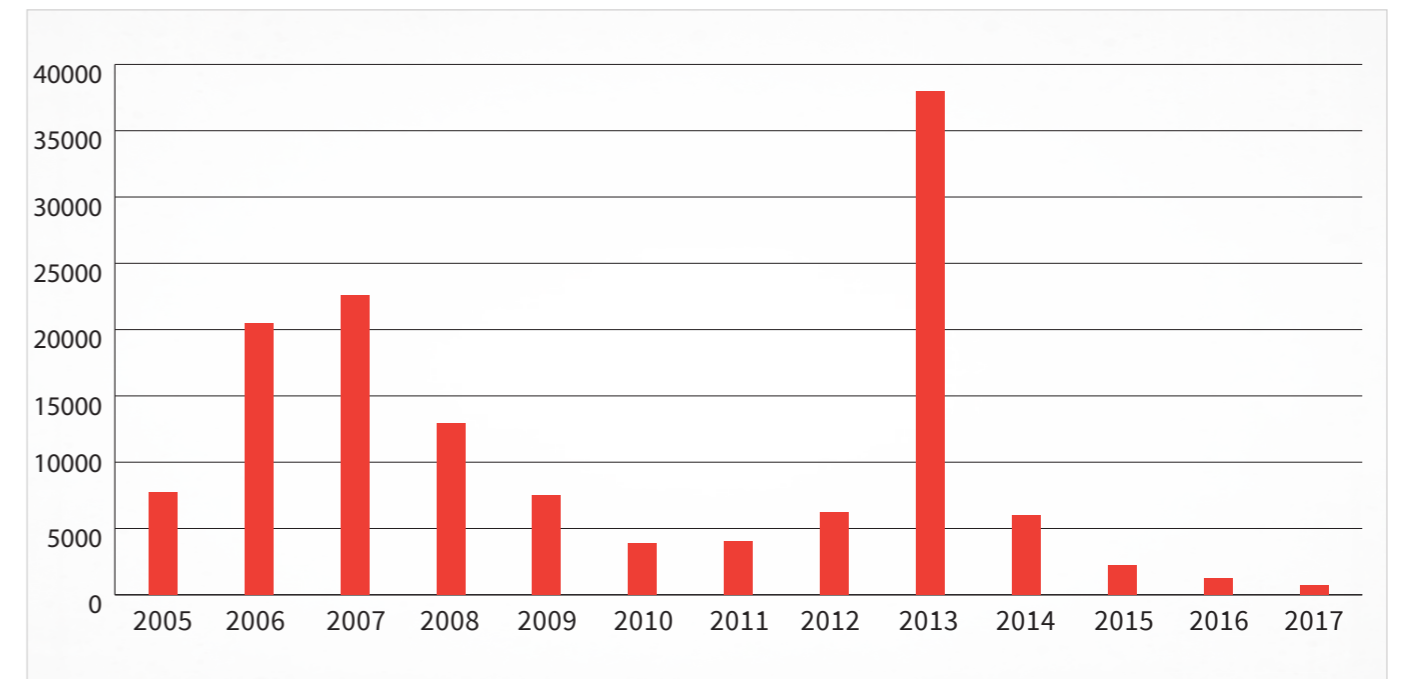
Po okresie wystąpienia wzrostu zachorowań na różyczkę wywołanych epidemią wyrównawczą (ostatnia miała miejsce w 2013 r.) głównie wśród młodych mężczyzn, którzy nie byli objęci obowiązkowymi szczepieniami w latach 90. XX wieku, w kolejnych latach obserwowano spadek liczby zachorowań na różyczkę w Polsce. W 2017 r. odnotowano ponad 50% spadek zachorowań w porównaniu z rokiem 2016 r. – zgłoszono 477 przypadków, podczas gdy w 2016 r. było ich 1105. Zapadalność w 2017 r., w skali Polski, wyniosła 1,2 na 100 000 mieszkańców. Liczbę odnotowanych zachorowań na różyczkę w poszczególnych latach przedstawiono na wykresie nr 5.

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

W 2017 r. na terenie UE/EOG zarejestrowano 693 przypadki różyczki, z czego aż 72% wystąpiło w Polsce. Dane z naszego kraju należy jednak interpretować z ostrożnością, ponieważ tylko 6 przypadków zostało potwierdzonych laboratoryjnie.

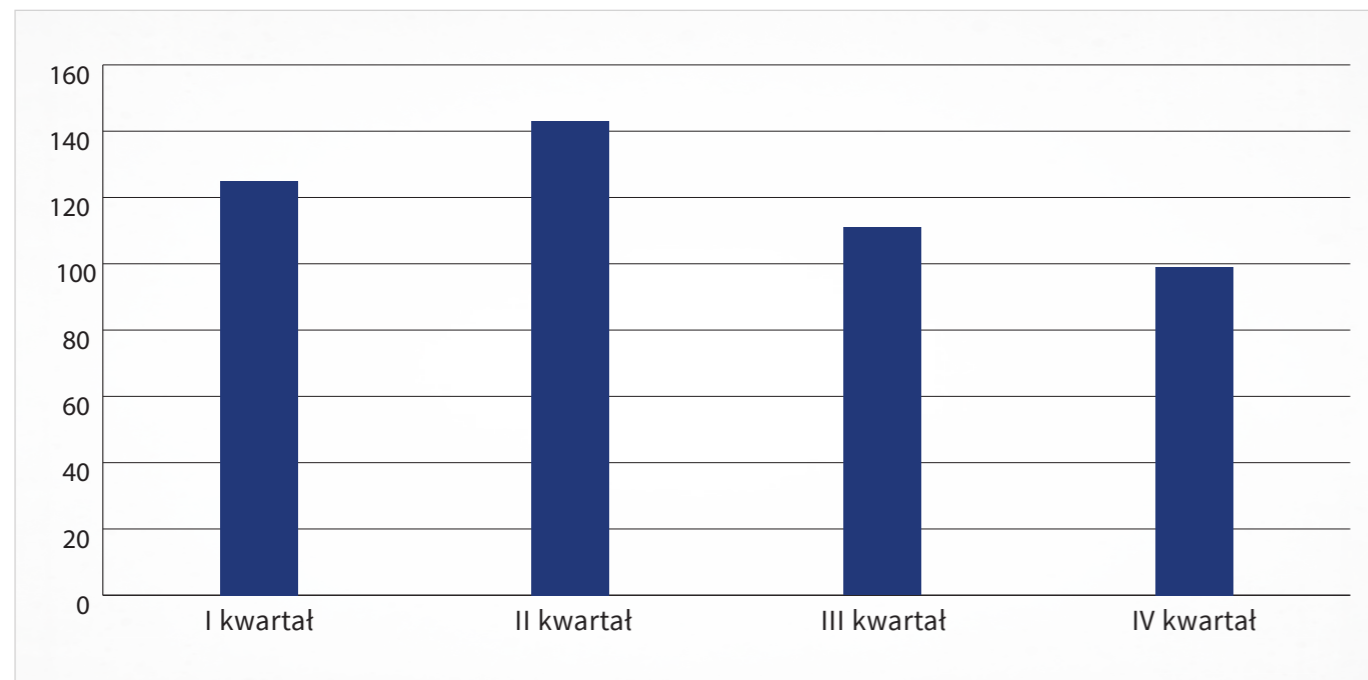
Biorąc pod uwagę, iż obecnie w Polsce prowadzone są powszechne szczepienia przeciwko różyczce w 13-14 miesiącu życia i 10 roku życia, w kolejnych latach spodziewany jest dalszy spadek liczby zachorowań.

Wykres 5. Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2005-2017



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

Wykres 6. Liczba zachorowań na różyczkę w Polsce w poszczególnych kwartałach roku 2017



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

### 1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)

Polska, jak i cały Region Europejski, jest oficjalnie wolna od *poliomyelitis* od 2002 r. Ostatni przypadek tej choroby spowodowany dzikim wirusem polio odnotowano w Polsce w 1984 r.

Mimo to groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa polio do Polski pozostaje realna, aż do momentu wyera dykowania tej choroby na świecie. W tym celu konieczne jest między innymi utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażen wiotkich, które są poddawane diagnostyce wirusologicznej dla celów nadzoru epidemiologicznego, w celu wykluczenia wirusa polio, jak i potwierdzenia przyczyny

ich wystąpienia. Aby przerwać transmisję dzikiego wirusa polio należy zaszczepić pełnym cyklem podstawowym co najmniej 95% dzieci w drugim roku życia. Stan uodpornienia populacji przeciwko *poliomyelitis* w Polsce jest na wysokim poziomie. Stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia w poszczególnych województwach, w 2016 r. wyniósł 96,0–99,4%. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), do czasu całkowitej eradykacji *poliomyelitis* na świecie, osoby wyjeżdżające na tereny endemicznego występowania *poliomyelitis* powinny posiadać kompletne zaszczepienie (uodpornienie) przeciwko tej chorobie. Szczepienie można uzupełnić podając jedną dawkę szczepionki inaktywowanej IPV. Do krajów zaliczanych jako endemiczne dla *poliomyelitis* należą Afganistan, Demokratyczna Republika Konga oraz Pakistan.

## 2. Gruźlica

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

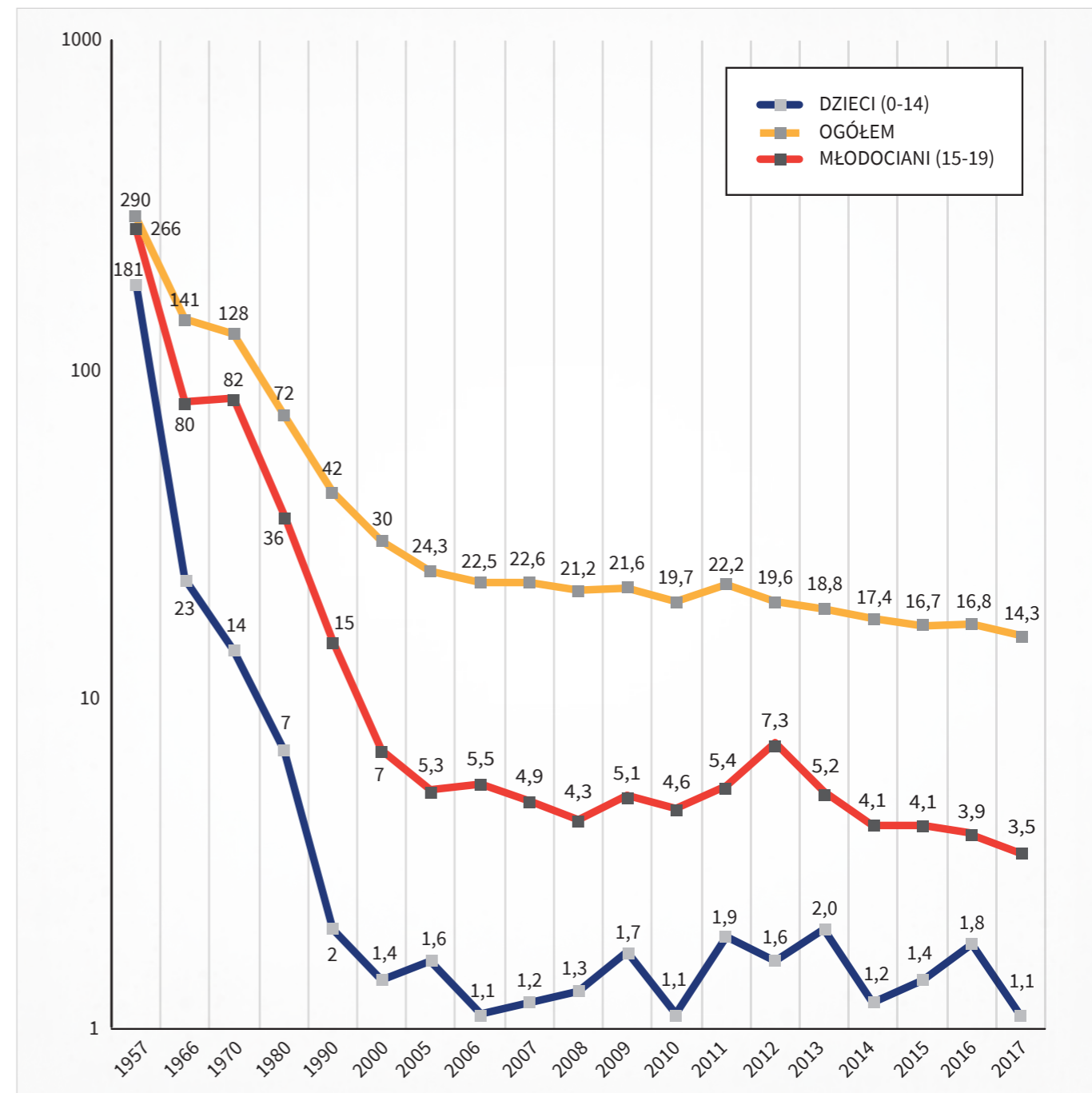
Gruźlica jest objęta przez WHO celem eliminacyjnym, jakim jest osiągnięcie do roku 2050 liczby zachorowań nie przekraczającej 1 przypadku na 1 000 000 mieszkańców.

W 2017 r. w Polsce zarejestrowano 5 499 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 000 – 14,3), w 2016 r. – 6 444 (zapa-

dalność na 100 000 – 16,7). Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwprątkowy stwierdzono u 207 osób. Gruźlicę wielolekooporną stwierdzono u 36 osób.

W 2017 r. nastąpił spadek zarejestrowanych zachorowań o 14,6 w porównaniu z rokiem 2016. W stosunku do początku obecnego dziesięciolecia zapadalność na gruźlicę zmniejszyła się o 32,5%. Najwyższa zapadalność występuje wśród osób dorosłych, przy niskiej liczbie nowych przypadków zachorowań u dzieci i młodzieży, wśród których zapadalność jest prawie 10-krotnie niższa niż w populacji ogólnej. Wskazuje to na efektywność programu zwalczania gruźlicy w Polsce.

Wykres 7. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2017.



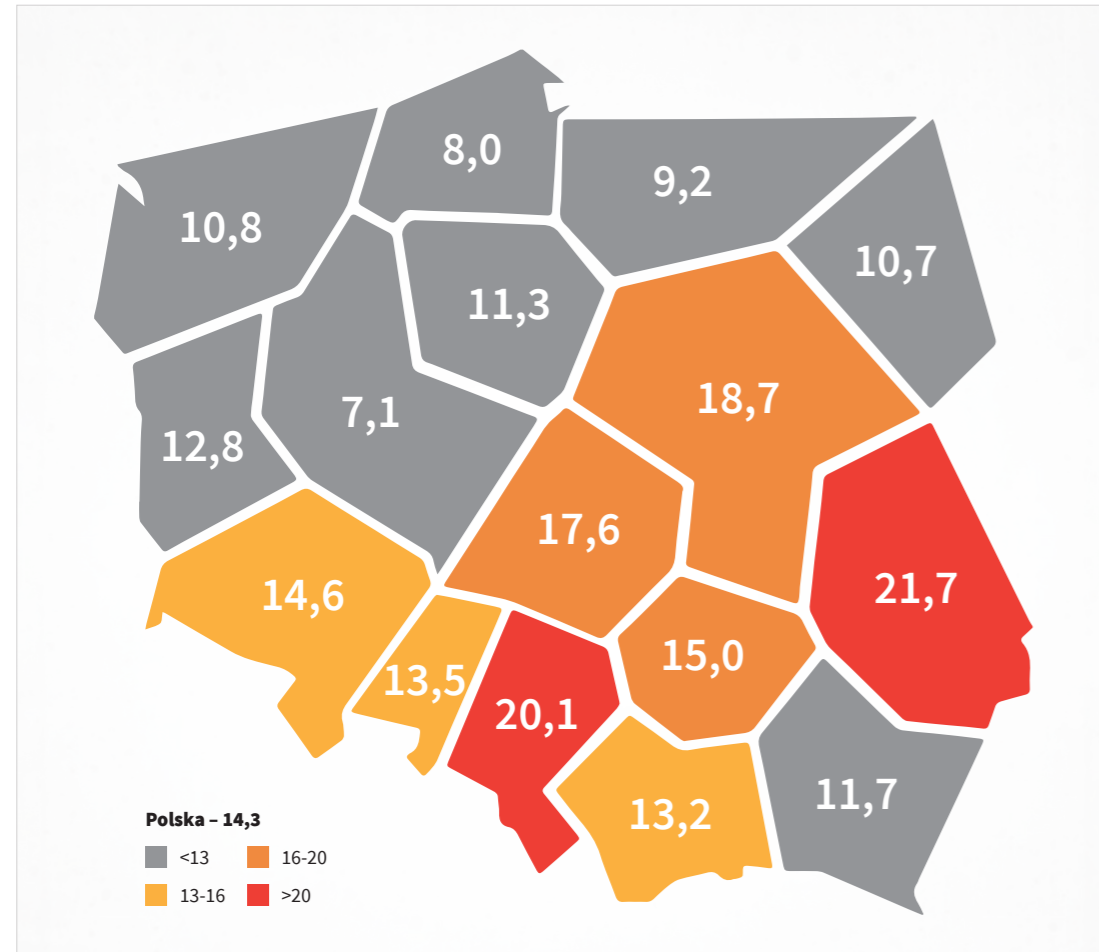
Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

U dzieci do 14 roku życia zarejestrowano 63 zachorowania (zapadalność u 1,1/100 000) w 2017 r. Zmiany w zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957–2016 przedstawia Wykres 7.

Utrzymujące się wciąż różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami można tłumaczyć przyczynami historyczno-społecznymi, ponieważ gruźlica jest chorobą, która może ulec aktywacji po wielu latach od zakażenia pierwotnego, jak również reaktywacji w wiele lat po przebytych leczeniu. Współczesna sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest w znacznej mierze pokłosiem sytuacji

epidemiologicznej sprzed wielu dziesięcioleci. W 2017 r. najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w województwach: lubelskim, śląskim i mazowieckim, a najniższą w województwach: wielkopolskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim. Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano w województwach: lubelskim – o 4,3% i podlaskim – o 4,9%. Napływ osób z krajów sąsiadujących o dużym rozpowszechnieniu gruźlicy może wpłynąć na sytuację epidemiologiczną w tych województwach, a co za tym idzie na ogólną sytuację gruźlicy w kraju. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2017 r. z podziałem na województwa przedstawia Wykres 8.

Wykres 8. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2017 roku wg województw [współczynniki na 100 000 osób]



Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2017 r.

W 2017 r. wśród postaci klinicznych najczęściej występowała gruźlica płuc – 5 264 zachorowań. Przypadki gruźlicy płuc stanowiły 95,7% wszystkich zachorowań. Chorzy na gruźlicę pozapłucną stanowili 4,3% ogółu zarejestrowanych w 2017 r. przypadków zachorowań.

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

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

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowanie od 80 lat szczepienie BCG, które zapobiega wystąpieniu u niemowląt ciężkich i śmiertelnych postaci klinicznych gruźlicy takich jak gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlica rozsiana (prosówka). Szczepienia te wykonywane są zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków w ciągu 24 godzin od urodzenia.

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

### 3. Grypa

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

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

chorowań na grypę, rejestruje się zachorowania przebiegające pod postacią zespołów objawów klinicznych takich jak zachorowania grypopodobne (ILI) lub ostre zakażenia górnych dróg oddechowych (ARI), zgodnie z definicjami przypadku przyjętymi dla celów nadzoru epidemiologicznego.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej grypy, według wstępnych danych w 2017 r. zarejestrowano ogółem 5 043 491 przypadków grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 13 126,5/100 000), w tym 17 118 osób skierowano do szpitala. Zgłoszono 25 zgonów osób, u których stwierdzono obecność wirusa grypy, na podstawie badań wykonanych metodą RT-PCR w laboratoriach wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczbę osób skierowanych do szpitala, w poszczególnych latach przedstawia tabela 9.



Tab. 9. Liczba zachorowań podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w przeciągu ostatnich 6 lat

Rok	Liczba przypadków (w tym dzieci do 0-14 lat)	Zapadalność (na 100 tys.)		Liczba osób skierowana do szpitala	
		Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat	Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat
2017	5043491 (2269154)	8504,2	39130,5	7707	9411
2016	4 316 823 (2038966)	11233,9	35399,9	16 648	9428
2015	3 843 438 (1784680)	9994,7	30995,9	12 197	7447
2014	3 137 056 (1530240)	8151,6	26543,6	10 118	6437
2013	3 164 405 (1400947)	8218,7	24229,3	14 376	7079
2012	1 460 037 (702584)	3789,0	12096,2	4 887	3292

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

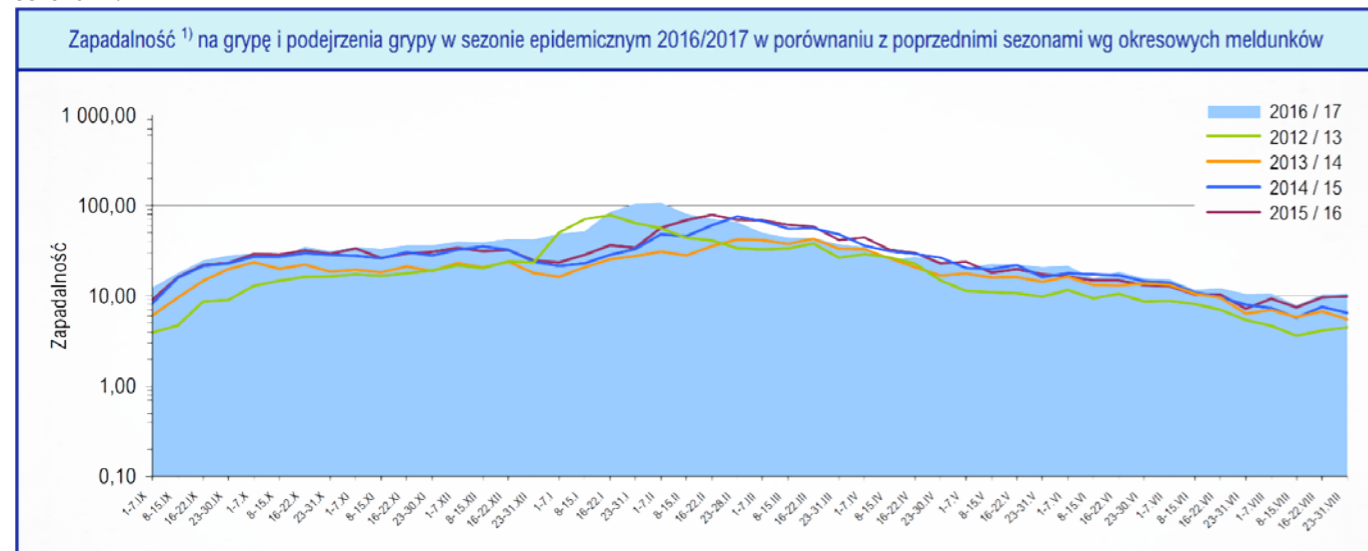
Zgodnie z danymi (tab. 1) opracowanymi na podstawie zachorowań zgłaszanych przez lekarzy, w 2017 r. liczba chorujących na grypę i choroby grypopodobne zwiększyła się do około 5 mln osób w porównaniu z 2016 r. Zapadalność w grupie dzieci w wieku 0-14 lat, w 2017 r. wynosiła 39130,5/100 000 i od wielu lat zwiększa się, przekraczając 2 mln zachorowań w 2017 r., w tym 9 411 dzieci skierowano do szpitala. Średnia dzienna zapadalność (na 100 000 ludności) na grypę i podejrzenia grypy w sezonie epidemicznym 2016/2017 w porównaniu z poprzednimi sezonami, przedstawia wykres 9.

Liczbę zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2015/2016 i 2016/2017 przedstawia Tabela 10.

Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w sezonie grypowym 2016/2017 przypadł na okres od października 2016 r. do marca 2017 r., a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 23 do 31 stycznia 2017 r., w którym zachorowało 363 583 osób (zapadalność wynosiła 105,05/100 000). Dla porównania w sezonie 2015/2016 szczyt zachorowań przypadł na okres od 16 do 22 lutego 2016 r., w którym zachorowało 212 660 osób.

Ponadto, stosownie do wymogów European Influenza Surveillance Network (EISN) oraz European Center for Disease Control and Prevention (ECDC), prowadzono zintegrowany program nadzoru epidemiologicznego z uwzględnieniem diagnostyki wirusologicznej typu sentinel. Uczestniczy-

Wykres 9. Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2016/2017 w porównaniu z poprzednimi sezonami.



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Tab. 10. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2015/2016 i 2016/2017

Miesiąc/Rok	Liczba przypadków sezon 2015/2016	Liczba przypadków sezon 2016/2017
Wrzesień	204 620	242 346
Październik	354 640	366 358
Listopad	345 330	406 265
Grudzień	360 604	490 949
Styczeń	367 319	884 540
Luty	764 054	883 978
Marzec	673 515	519 334
Kwiecień	370 638	318 949
<b>RAZEM</b>	<b>3 440 720</b>	<b>4 112 719</b>

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

li w nim wybrani lekarze świadczący podstawową opiekę zdrowotną, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH, pełniący rolę koordynatora. W ramach nadzoru typu sentinel nad grypą lekarze biorący w nim udział, przesyłali dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne wraz z próbkami do badań wirusologicznych dla celów nadzoru. W kwestii zachorowań, które były w 2017 r. diagnozowane laboratoryjnie, w 2 455 przypadkach potwierdzono obecność wirusa grypy. Próbkami do badań laboratoryjnych w kierunku potwierdzenia zakażenia wirusami grypy pochodzący głównie od pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu ich stanu klinicznego lub współistniejącej choroby.

Jednocześnie z danych wspólnotowego nadzoru epidemiologicznego nad grypą wynika, iż szczepy wirusów grypy typu A, w tym głównie podtyp A(H3N2) były dominującymi podtypami wirusa grypy występującymi w Europie w sezonie 2016/2017. Wchodziły one w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych w danym sezonie.

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

Zapobieganie grypie poprzez promowanie zdrowego stylu życia i szczepień ochronnych to jedno z zadań realizowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny i podległą mu Państwową Inspekcję Sanitarną. W procesie zwiększania wyszczepialności przeciwko grypie w Polsce i tym samym w ramach

ograniczania szerzenia się grypy Główny Inspektor Sanitarny w ramach Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, wraz z ekspertami Programu, zorganizował akcję bezpłatnych szczepień przeciw grypie dla pracowników Urzędu. W ramach wspólnej akcji ze szczepień skorzystało blisko 100 osób – obok kierownictwa Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Głównego Inspektoratu Sanitarnego MSWiA oraz pracowników Urzędu przeciw grypie zaszczepili się także przedstawiciele Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej w terenie.

„To już kolejny rok, w którym pracownicy Głównego Inspektoratu Sanitarnego zabezpieczyli się przeciw grypie korzystając z zalecanego szczepienia ochronnego. Szczepiąc siebie nie będą zarażać i w ten sposób mogą ochronić przed zachorowaniem wiele osób z najbliższego otoczenia. Ja szczepię się, bo chcę żyć, szczepię się, bo nie chce chorować i nie chce zarażać innych“ – powiedział Główny Inspektor Sanitarny, Marek Posobkiewicz.

Według aktualnych międzynarodowych zaleceń z profilaktyki przeciwgrypowej powinny skorzystać wszystkie osoby chętne, a przede wszystkim osoby z grup ryzyka klinicznego np. chorzy przewlekle, kobiety w ciąży, dzieci i osoby starsze, jak też epidemiologicznego – funkcjonariusze publiczni, przedstawiciele branży obsługujących klienta w sposób bezpośredni np. kierowcy komunikacji miejskiej. W roku 2016 Główny Inspektor Sanitarny rozszerzył zalecenia odnośnie grup osób, które powinny szczepić się przeciwko grypie, o pracowników służb publicznych, ponieważ pełnią oni ważną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa państwa, stąd tak istotne jest, aby zawsze byli w gotowości do działania.

#### 4. Zakażenie przenoszone drogą krwi. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na całym świecie 71 milionów ludzi ma przewlekłe zapalenie wątroby typu C. Znaczna liczba osób przewlekłe zakażonych rozwija marskość lub raka wątroby, a około 399 000 ludzi umiera każdego roku z tego powodu. Leki przeciwwirusowe mogą wyleczyć obecnie ponad 95% osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, zmniejszając tym samym ryzyko zgonu z powodu raka wątroby i marskości wątroby.

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

W Polsce, jak podaje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, zgodnie z wynikami ostatniego dużego badania epidemiologicznego przeprowadzonego w latach 2012-2016, na reprezentatywnej grupie losowo wybranych osób na terenie całego kraju, w ramach Projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV”, przeciwciała anty-HCV występują u ok. 1% populacji, a liczba osób aktywnie zakażonych (z obecnością we krwi materiału genetycznego wirusa HCV-RNA) wynosi w przybliżeniu 200 000 (0,5%).

W 2017 r. w Polsce zgłoszono 4 012 przypadków WZW C (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). Dla porównania w 2016 r. było to 4 261 zachorowań, w 2015 r. zarejestrowano 4 285 przypadków WZW C, a w 2014 r. odnotowano 3 551 zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Dla porównania w latach 2009-2012 r. liczba zgłoszonych zachorowań na WZW C wynosiła ok. 2 tys. rocznie. Porównując te liczby z danymi uzyskanymi w ramach badań nad rozpowszechnieniem zakażeń HCV w populacji Polski, można przyjąć, że rocznie wykrywanych jest w Polsce jedynie 25 na 1000 zakażeń w populacji naszego kraju. Dlatego szacuje się, że wciąż średnio ok. 125 000 osób zamieszkujących w Polsce nie jest świadomych, że wirus HCV jest obecny w ich krwi.

Do zakażenia HCV dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią (wirus bytuje w krwi i tkankach nosiciela) lub kontakt z przedmiotami, które zostały nią zanieczyszczone, wyłącznie w przypadku przerwania ciągłości tkanek np. nakłucia,

rozcięcia skóry lub błony śluzowej. Obecnie za główną drogę transmisji HCV uznaje się drobne procedury medyczne takie jak iniekcje, pobrania krwi, usuwanie znamion czy zabiegi stomatologiczne, wówczas gdy w czasie ich wykonywania nie są przestrzegane standardy higieniczno-sanitarne. Zakażenie HCV może wystąpić także w warunkach domowych, gdy członkowie rodziny, najczęściej nieświadomi zakażenia, używają wspólnych przyborów higienicznych (np. maszynek do golenia, cząpek do paznokci, szczoteczki do zębów). Zagrożenie ze strony HCV może pojawić się także przy zabiegach medycyny estetycznej przebiegających z nakłuwaniem skóry/błony śluzowych ciała i twarzy (np. mikrodermabrazja, usuwanie zmarszczek, botoks), w czasie zabiegów typu tatuaż, piercing oraz w czasie usług kosmetycznych w rodzaju manicure, pedicure, które przeprowadzone niejałowym sprzętem i niezgodnie z procedurami higienicznymi niosą istotne ryzyko zakażenia HCV, a także HBV czy HIV.

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

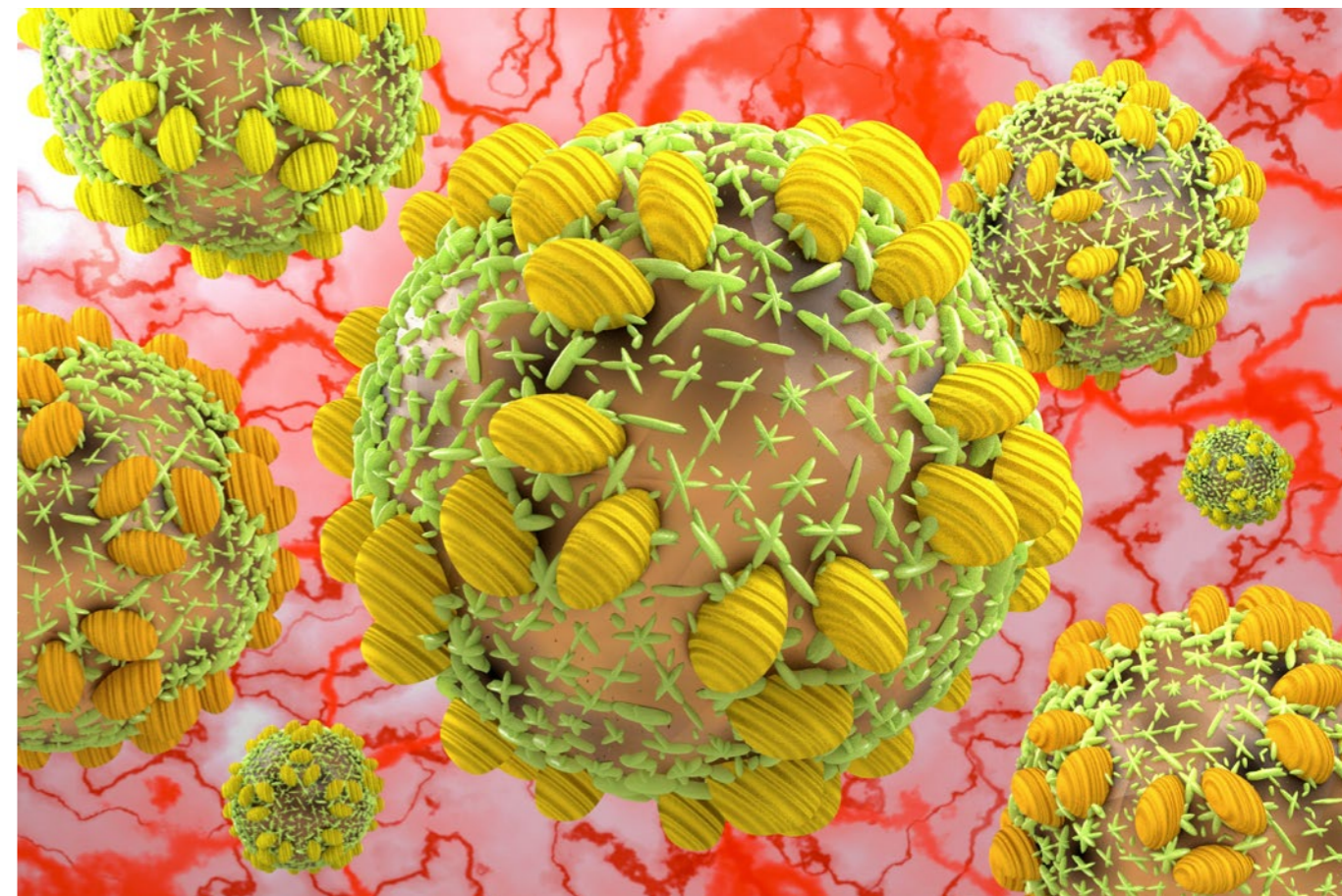
Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń. W Polsce temat zakażeń HCV jest od co najmniej kilkunastu lat obecny w przestrzeni publicznej dzięki zaangażowaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w programy takie jak: „HCV można pokonać” w latach 2005-2006, „STOP!HCV” w latach 2010-2011, oraz Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” w latach 2012-2017 współfinansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia. Dzięki temu intensyfikacji uległy także działania informacyjne i edukacyjne z zakresu profilaktyki HCV, prowadzone na poziomie centralnym i poszczególnych województw, powiatów i gmin. Informacje pozwalające zidentyfikować i zrozumieć problem zdrowotny jakim jest HCV, jego przyczyny i możliwości zapobiegania można znaleźć na stronach internetowych: <http://www.hcv.pzh.gov.pl>, <http://www.jestemswiadom.org>, <https://gis.gov.pl/>

oraz <http://www.who.int/hepatitis/en>. Ponadto dzięki platformie e-learnigowej <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/platforma-e-learningowa-1> można poszerzyć wiedzę z zakresu możliwości przeciwdziałania transmisji zakażeń HCV, HBV, HIV w związku ze świadczonymi usługami i zabiegami (w sektorze usług ulepsujących oraz medycznych), z możliwością wygenerowania certyfikatu potwierdzającego zdobytą wiedzę.

W roku 2017 r., jako pierwszym z pięciu lat w czasie których Instytucja Realizująca (NIZP-PZH) oraz Partnerzy Projektu KIK/35 mają obowiązek utrzymania trwałości rezultatów Projektu, Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmowała działania w sposób skoordynowany i innowacyjny: docierając z informacją i szkoleniami do różnych grup docelowych (personelu salonów urody, personelu medycznego, dzieci i młodzieży oraz ich rodziców, osób osadzonych, ogółem lokalnych społeczności), prowadząc działania w różnorodnych formach (konferencje, szkolenia, e-learning, pogadanki, instruktaże, opiniowanie procedur, działania z zakresu bieżącego nadzoru sanitarnego, dochodzenia epidemiologiczne i współpraca z zespołami kontroli zakażeń w placówkach szpitalnych, imprezy masowe np. Przystanek Woodstock czy The World Games we Wrocławiu, kontakt z mediami tradycyjnymi oraz poprzez Internet), podejmując lokalną współpracę z innymi instytucjami publicznymi i przedsiębiorcami oraz organizacjami pozarządowymi (jednostkami samorządu terytorialnego, uczelniami, placówkami oświatowo-wycho-

wawczymi, innymi służbami, przedsiębiorcami, organizacjami pozarządowymi, fundacjami). Działania w obszarze HCV znalazły też odzwierciedlenie w innych projektach i inicjatywach np. w pilotażu dla szkół ponadgimnazjalnych „Podstępne WZW” realizowanym w roku szkolnym 2017/2018 na terenie województw śląskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego, opolskiego, w kampanii społecznej „Mam Świadomość jak być zdrowym” zrealizowanej m.in. w 2017 r. na terenie województwa śląskiego, kierowanej do właścicieli i pracowników zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu, gabinetów odnowy biologicznej, w ramach projektu „HIV/AIDS – wiem, nie boję się, toleruję” skierowanego do szkół ponadgimnazjalnych w woj. śląskim. Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadziła też zintensyfikowane działania informacyjne i promocyjne, poprzez dystrybucję ulotek dot. HCV oraz planów higieny dla salonów: fryzjerskiego, kosmetycznego i tatuażu. Dzięki temu udało się w roku 2017 rozdysponować ponad 305 000 ulotek oraz 38 000 sztuk planów higieny, do łącznej liczby odbiorców ok. 45 000 z różnych obiektów i podmiotów.

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



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

<sup>2</sup> Publikacja pn. „Projekt KIK/35 Zapobieganie zakażeniom HCV jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczania zakażeń krwiopochodnych w Polsce”



we, gotowe dania/posiłki, jaja oraz produkty je zawierające, mięso wieprzowe i drobiowe, owoce morza oraz żywność pochodzenia roślinnego. Głównym powodem występowania chorobotwórczych drobnoustrojów w spożywanej żywności jest nieodpowiednia obróbka termiczna żywności (niewłaściwa temperatura, zbyt krótki czas obróbki), brak dbałości o higienę przygotowywania potraw, niewłaściwe warunki przechowywania żywności, w tym nieprzestrzeganie warunków chłodzenia.

W ostatnich latach wahaniom podlega liczba zachorowań wywołanych odzwierzęcymi serotypami pałeczek *Salmonella*. W 2017 r. w Polsce odnotowano 10 019 przypadków salmoneloz, w tym 9 720 przebiegło pod postacią zatrucia pokarmowego. Niewiele większa liczba zachorowań wystąpiła w 2016 r. – 10 027 przypadków, w tym w 9 701 przypadkach zakażenie nastąpiło drogą pokarmową. Z kolei w 2015 r. zarejestrowano łącznie 8 652 przypadki salmoneloz, w tym w 8 420 przypadkach do zakażenia doszło drogą pokarmową. Głównym źródłem zakażeń pokarmowych spowodowanych odzwierzęcymi pałeczkami *Salmonella* są: mięso drobiowe oraz wołowe, jak również jaja i produkty je zawierające.

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

W latach 2014 -2017 liczba zakażeń wywołanych przez chorobotwórcze, enterokrwotoczne *E.coli* (EHEC) utrzymywała się na poziomie kilku przypadków rocznie (2014 r. – 8 przypadków, 2015 r. – 2 przypadki, 2016 r. – 8 przypadków, 2017 r. – 6 przypadków). Liczba zakażeń bakteryjnych wywołanych przez biegunkotwórcze *E. coli* maleje z roku na rok (2014 r. – 464 przypadki, 2015 r. – 368 przypadków, 2016 r. – 330 przypadków, 2017 r. – 270 przypadków). Liczba zakażeń jelitowych *E.coli* nie określonych również maleje (2014 r. – 597 przypadków, 2015 r. – 496 przypadków, 2016 r. – 326 przypadków, 2017 r. – 306 przypadków), co świadczy o poprawie diagnostyki prowadzonej w tym kierunku.

W 2017 r. w Polsce zarejestrowano 877 zachorowań wywołanych przez bakterie z rodzaju *Campylobacter* sp. Dla porównania w 2016 r. odnotowano 787 przypadków zakażenia jelitowego wywołanego przez ten drobnoustrój, w 2015 r. - 653 przypadki kamylobakteriozy, a w 2014 r. - 652. Głównym nośnikiem chorobotwórczych dla człowieka bakterii *Campylobacter* są skażone: surowy (niedogotowany/ niedopieczony) drób lub inne mięso, niepasteryzowane mleko krowie i kozie oraz ich przetwory.

Oдноśnie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* obserwowany jest niewielki wzrost (z 167 przypadków zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. do 195 w 2017 r.) W roku 2015 r. odnotowano 172 przypadki, a w 2014 r. – 212 przypadków.

W związku z ciągle wzrastającą liczbą turystów podróżujących do krajów o odmiennej niż w krajach Unii Europejskiej sytuacji epidemiologicznej nastąpił wzrost przypadków zachorowań na czerwonkę bakteryjną (z 15 przypadków w 2016 r. do 44 w 2017 r.). W roku 2015 r. odnotowano – 18 przypadków zaś w 2014 r. – 44 przypadki.

Sporadycznie występowały zachorowania na dur brzuszny i dury rzekome. W 2017 r. zgłoszono 7 zachorowań na dur brzuszny (w 2016 r. – 2 zachorowania, w 2015 r. – 4 zachorowania, 2014 r. – 3 zachorowania) oraz 2 zachorowania na dury rzekome (w 2016 r. – 2 zachorowania, w 2015 r. – 5 zachorowań, 2014 r. – 1 zachorowanie). Liczba zakażeń pałeczkami durowymi od wielu lat jest notowana na niezmiernie niskim poziomie. Zakażenia głównie występują u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru brzuszego nadal powszechnie występują w środowisku.

W 2017 r. odnotowano 54 przypadki gronkowcowych zatruc pokarmowych (w 2016 r. zgłoszono 37 przypadków, w 2015 r. – 98 przypadków, a 2014 r. – 68 przypadków).

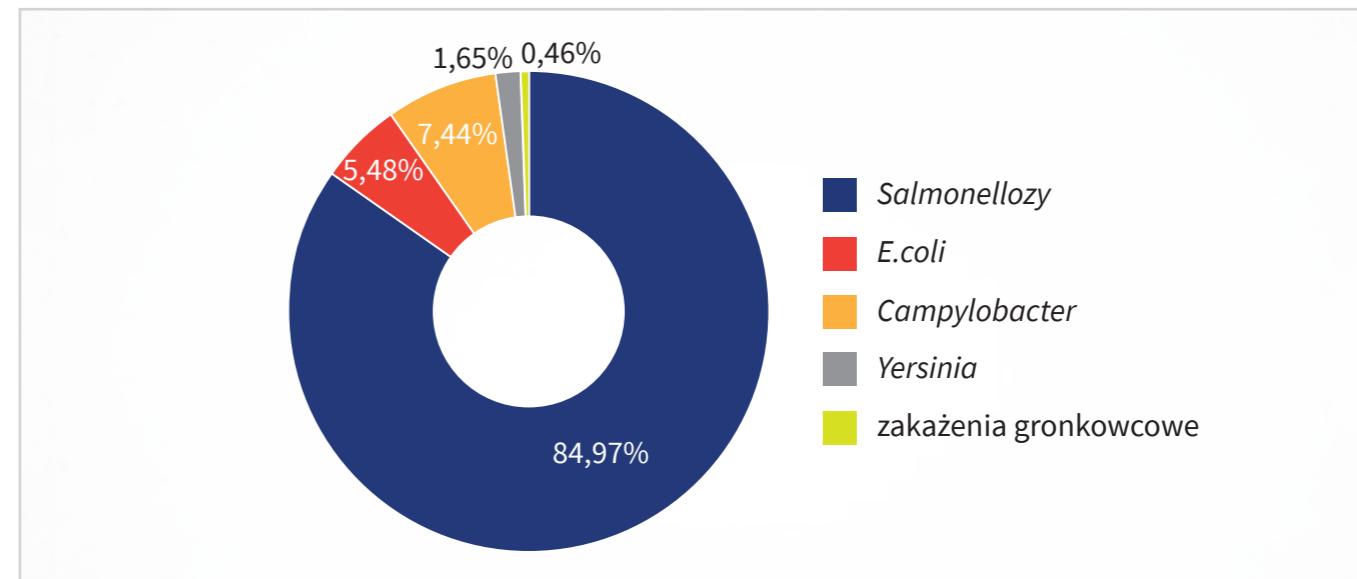
Zakażenia wywołane przez bakterię *Listeria monocytogenes* determinują warunki chłodnicze, krótka pasteryzacja, czy mrożenie, które nie chronią żywności przed namnożeniem się tej bakterii w żywności. Do zakażenia człowieka dochodzi poprzez spożycie żywności zanieczyszczonej tym drobnoustrojem, głównie: wieprzowiny, drobiu, serów z niepasteryzowanego mleka krowiego. Wysokim ryzykiem odznaczają się także produkty RTE (*Ready to Eat*) tzw. do bezpośredniego spożycia. Najbardziej narażone na zakażenie pałeczkami *Listeria* są osoby z obniżoną odpornością tj. dzieci, kobiety w ciąży, chorzy przyjmujący leki immunosupresyjne, osoby starsze. Zachorowanie kobiety w ciąży może skutkować poronieniem, martwym urodzeniem lub wystąpieniem zespołu chorobowego u noworodka. W Polsce, w 2017 r. zarejestrowano ogółem 123 przypadków listeriozy, w tym 5 przypadków listeriozy wrodzonej. Dla porównania w 2016 r. odnotowano ogółem 101 przypadków listeriozy, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej, a w 2015 r. – 69 zakażeń pokarmowych wywołanych przez *Listeria monocytogenes*, w tym 1 przypadek listeriozy wrodzonej.

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

### 5.2. Zakażenia wirusowe

W 2017 r. zgłoszono 55 563 przypadki wirusowych zakażeń pokarmowych (44 844 przypadki zgłoszono w 2016 r.),

Wykres 11. Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2017 r.



w większości wywołanych przez rotawirusy (2017 r. – 32 993 przypadki, 2016 r. – 21 258 przypadków).

Biegunki i zatrucia pokarmowe nadal są istotną przyczyną chorobowości u dzieci do lat 2. W większości przypadków były one spowodowane zakażeniami wirusowymi, zwłaszcza rotawirusowymi. Do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym. Liczba dzieci objętych opieką w formie zinstytucjonalizowanej np. w żłobkach lub domach małego dziecka jest niewielka. Organy władzy publicznej mają niewielki wpływ na zapobieganie zakażeniom i zatruciom pokarmowym w środowisku domowym. Pewien wpływ może odgrywać oświata zdrowotna poprzez kształtowanie zachowań prozdrowotnych na rzecz zwiększania higieny osobistej, otoczenia oraz higieny przygotowania posiłków, a także propagowania szczepień ochronnych małych dzieci przeciw rotawirusom. Aby skutecznie ochronić dziecko przed zakażeniem wirusem Rota, pierwszą dawkę szczepionki należy podać przed ukończeniem 12 tygodnia życia.

Jedną z najczęstszych przyczyn zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej są zakażenia **norowirusowe** (2017 r. – 3 502 przypadków, 2016 r. – 3 706 przypadków, 2015 r. – 3637 przypadków).

### 5.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A)

W 2017 r. odnotowano znaczący wzrost liczby zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A. Liczba zachorowań wzrosła w całej Europie. W 2017 r. 24 kraje europejskie zgłosiły łącznie ponad 15 tys. potwierdzonych laboratoryjnie przypadków zachorowań, W Polsce, zgodnie z danymi NIZ-PZH, w 2017 r. odnotowano łącznie 3 014 przypadki WZW A, tj. ponad 80-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, kiedy stwierdzono 35 przypadków zakażenia. Wyraźne narastanie liczby zakażeń obserwowano od marca 2017 r.

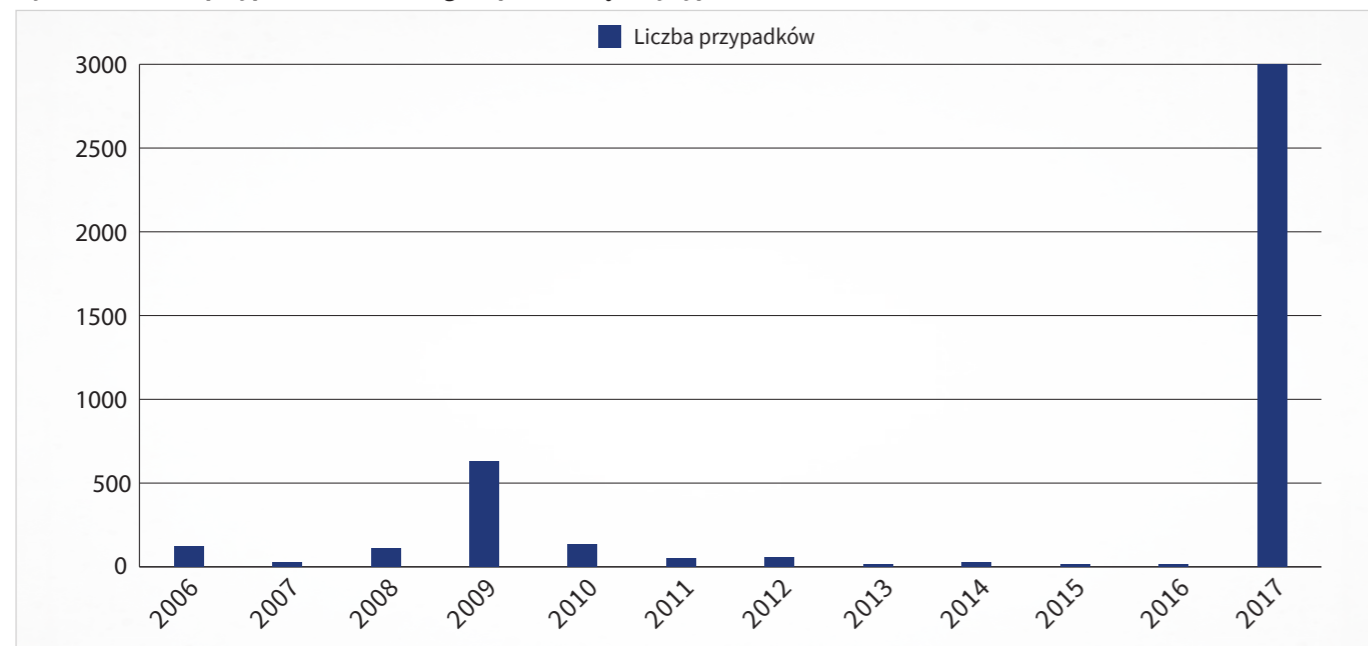
Wirusowe zapalenie wątroby typu A do niedawna, w Polsce i krajach Europy zachodniej, występowało sporadycznie. W większość osób dorosłych do ok. 45 roku życia nie zetknęła się z wirusem zapalenia wątroby typu A w dzieciństwie, tym samym nie nabyła odporności przeciwko WZW A. Z tego względu wirus ten może obecnie łatwo szerzyć się w populacji szczególnie osób dorosłych. Wieloletni spadek liczby zachorowań na WZW A w Polsce wiąże się z wygasaniem odporności zbiorowej i wzrastającym odsetkiem ludzi podatnych na zakażenie, co, w sprzyjających okolicznościach (np. w wyniku wprowadzenia wirusa do środowiska), spowodować może wzrost liczby zachorowań. Obecnie w Europie trwa ognisko wirusowego zapalenia wątroby typu A, w którym zachorowania głównie dotyczą mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Zwiększona w kraju liczba odnotowanych ognisk wirusowego zapalenia wątroby typu sugeruje, że Polska także jest objęta trwającym w Europie ogniskiem.

Skutecznym sposobem zapobiegania zakażeniom WZW A jest kształtowanie świadomości społeczeństwa w zakresie konieczności utrzymywania wysokiego standardu higieny szczególnie podczas przygotowywania posiłków, w tym częste mycie rąk, spożywanie potraw wyłącznie po obróbce termicznej (gotowanie, pieczenie, smażenie), unikanie spożywania niegotowanego mięsa oraz skorupiaków, nie kupowanie żywności na ulicznych straganach, picie wyłącznie butelkowanej lub przegotowanej wody (zwłaszcza podczas pobytu za granicą). Wśród środków służących prewencji dróg szerzenia wymieniane są również takie działania jak: usuwanie nieczystości płynnych i stałych w sposób, który nie spowoduje ryzyka zakażenia ludzi i skażenia środowiska, czy też dekontaminacja skażonych miejsc, sprzętu i innych przedmiotów przy użyciu preparatów na bazie czynnego chloru.

Zapewnienie wysokich standardów sanitarno-higienicznych oraz dostępu do szczepień ochronnych, jako najskuteczniejszej



Wykres 12. Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006 -2017.



formy profilaktyki, są niewątpliwie najistotniejszymi elementami działań mających na celu utrzymanie statusu kraju o niskiej epidemiczności WZW A. Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2017, szczepienie przeciwko WZW A jest zalecane szczególnie osobom wyjeżdżającym do krajów o wysokiej i pośredniej endemiczności zachorowań na WZW A, osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności, usuwaniu odpadów komunalnych i płynnych nieczystości oraz przy konserwacji urządzeń służących temu celowi, a także dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz młodzieży, które nie chorowały na WZW A. Szczepionka jest skuteczna jeżeli zostanie podana w ciągu 14 dni od narażenia na zachorowanie. Szczepienie przeciw WZW A nie jest finansowane ze środków MZ.

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

1. Utrzymywać czystość rąk przed przygotowaniem i spożywaniem żywności oraz miejsc, w których są przygotowywane posiłki.
2. Oddzielać żywność surową od ugotowanej.
3. Poddawać żywność właściwej obróbce termicznej (gotowanie, pieczenie itp.).
4. Przechowywać żywność w prawidłowych warunkach chłodniczych.
5. Używać bezpiecznej wody i żywności.

#### 5.4. Włośnica

Ze względu na ryzyko wystąpienia ognisk zachorowań szerzących się drogą pokarmową poprzez źródło jakim jest mięso zwierząt zakażonych larwą pasożyta - włośnia krętego, pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje nadal włośnica.

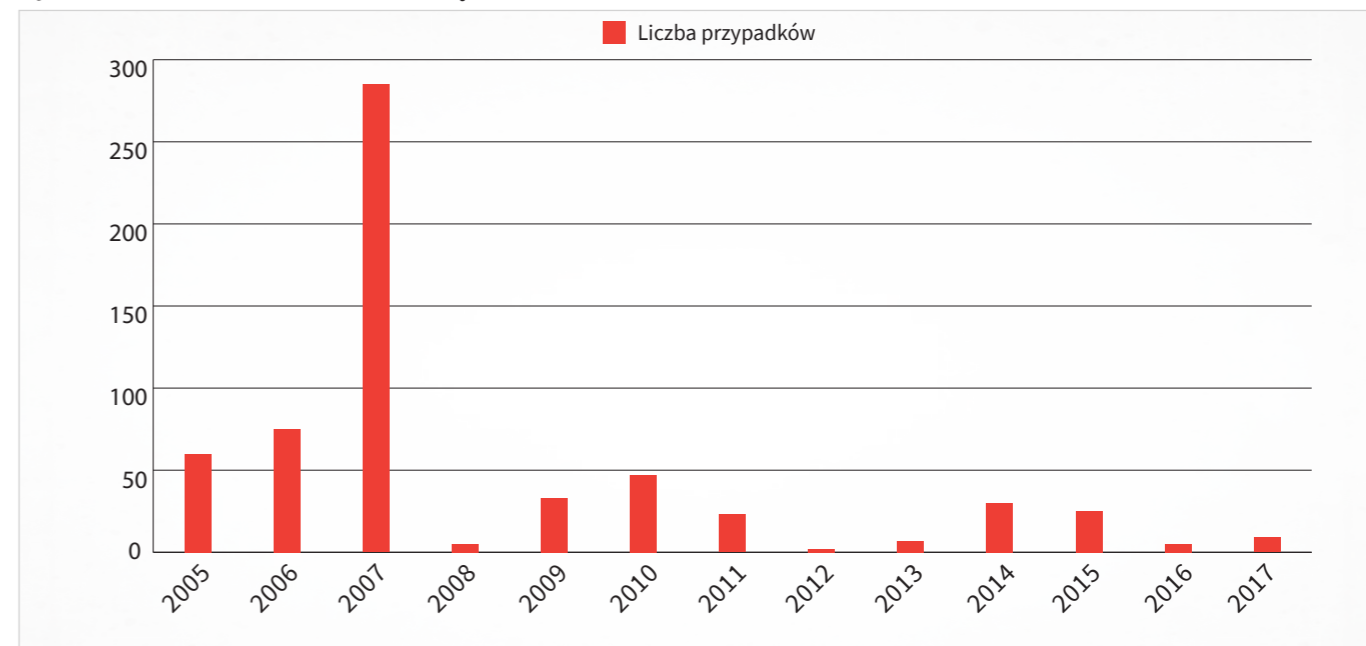
Zachorowania na włośnicę u ludzi obecnie zdarzają się rzadko i przede wszystkim wynikają ze spożycia mięsa i wędlin/przetworów mięsnych, przygotowanych najczęściej na własny użytek, ze zwierząt zarażonych włośniem, pozyskanych przez środowiska łowieckie i domowe. Przyczyną zachorowań jest niewłaściwa obróbka termiczna mięsa, brak poddania próbek mięsa badaniu weterynaryjnemu w kierunku tego pasożyta lub badanie przeprowadzone niewłaściwą metodą. Badanie w kierunku obecności larw włośnia w mięsie określonych gatunków zwierząt przeprowadzają laboratoria Inspekcji Weterynaryjnej.

Wzrost liczby zachorowań na włośnicę na przestrzeni lat przyjmował charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2005, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy. Także w 2014 r. wystąpiły dwa ogniska, a łącznie odnotowano 32 zachorowania. W 2017 r. zarejestrowano 10 zachorowań (po 1 przypadku w województwach pomorskim i zachodniopomorskim oraz ognisko w województwie wielkopolskim). Dla porównania w 2016 r. odnotowano jedynie 4 przypadki tej choroby, ale w roku 2015 r. zarejestrowano 27 przypadków włośnicy u ludzi.

#### 5.5. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)

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

Wykres 13. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2017

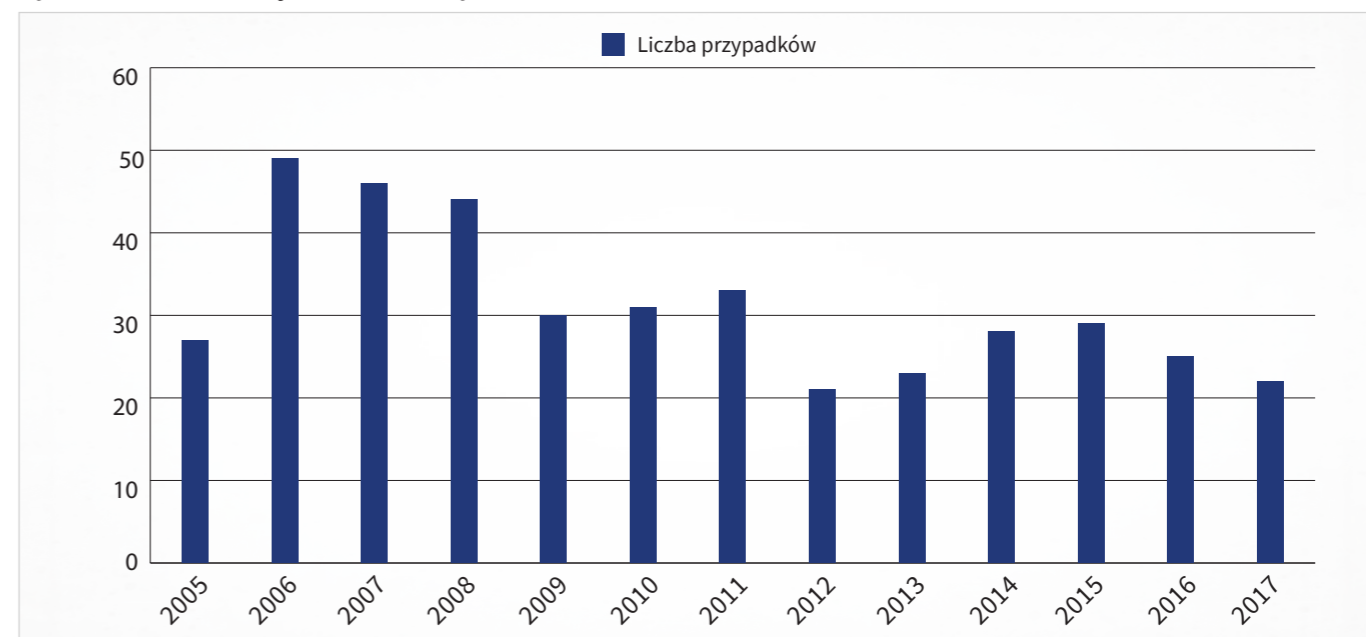


Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

W Polsce co roku rejestruje się kilkadziesiąt przypadków zatruc pokarmowych jadem kiełbasianym (botulizm). Jest to związane z wciąż żywą tradycją konserwowania pokarmów metodami domowymi (sporządzanie weków). Przeprowadzone w sposób nieprawidłowy procesy konserwowania prowadzą do produkcji toksyny przez namnażające się w żywności bakterie *Clostridium botulinum*. W Polsce są to najczęściej przypadki spowodowane spożyciem źle przygotowanych w warunkach domowych lub nieświeżych przetworów mięsnych (kiełbasy, peklowanego mięsa, także ryb), weków z warzyw o małej kwasowości takich jak: zielony groszek, kukurydza, oliwki, grzyby, szpinak, buraki. Zachorowalność i zapadalność na tą jednostkę chorobową na poziomie wyłącznie kilkudziesięciu przypadków rocznie

jest wynikiem nadzoru nad przestrzeganiem przez firmy produkujące żywność systemu HACCP (ang. Hazard analysis and critical control points), zasad GHP (ang. Good Hygiene Practice) oraz przepisów prawnych i wytycznych zapewniających bezpieczeństwo produkcji żywności na każdym etapie łańcucha produkcyjnego, co przyczyniło się do poprawy jakości oferowanej w sklepach żywności konserwowanej. Inną postacią botulizmu jest botulizm przyranny, do którego dochodzi w wyniku zanieczyszczenia ran ziemią zawierającą bakterie *Clostridium botulinum*. Ze względu na beztlenowe warunki panujące w brudnej ranie, jest ona odpowiednim miejscem rozwoju bakterii i produkcji toksyny. Do zakażeń przyrannych dochodzi najczęściej w przypadku: głębokich urazów, ran kłutych, otwartych złamań, drogą iniekcji u osób

Wykres 14. Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005-2017



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

uzależnionych od narkotyków. Istnieją również doniesienia o szkodliwym działaniu toksyny botulinowej typu A (tzw. botoks) stosowanej bezpośrednio u pacjentów w trakcie

zabiegów kosmetycznych czy medycznych, w sytuacji, gdy stosowana jest ona w sposób nieprawidłowy lub preparat nie spełnia wymagań jakości.

## 6. Choroby odzwierzęce

Nadzór nad chorobami zwierzęcymi w Polsce realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną. Obie służby realizują te zadania w ramach swoich kompetencji określonych w przepisach prawa, w oparciu o zalecenia i wytyczne organizacji międzynarodowych takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), Światowa Organizacja Zdrowia Zwierząt (OIE) oraz instytucji europejskich takich jak Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), powołanych w celu zapewnienia skutecznego systemu monitorowania i powiadamiania o wystąpieniu zagrożenia dla zdrowia ludzkiego w związku z obecnością niebezpiecznych czynników chorobotwórczych, także odzwierzęcych, pochodzących bezpośrednio od zwierząt jak i produktów pochodzenia zwierzęcego. Działania są realizowane z wykorzystaniem różnych systemów teleinformatycznych:

- systemu EWRS – System Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (ang. *Early Warning and Response System*) powołany przez ECDC, którego polski punkt kontaktowy znajduje się w Głównym Inspektoracie Sanitarnym. Zadaniem EWRS jest szybkie reagowanie i koordynacja działań podejmowanych na poziomie krajów UE w przypadku wybuchu epidemii lub pandemii, czy też innych zagrożeń transgranicznych. W przypadku ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową o charakterze międzynarodowym, których źródło znajduje się w żywności, w tym pochodzenia zwierzęcego, EWRS współpracuje z EFSA i RASFF.
- System RASFF – System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (ang. *Rapid Alert System for Food and Feed*) powołany przez Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), służy do wymiany informacji nt. żywności, pasz i materiałów do kontaktu z żywnością potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia ludzi, zwierząt lub środowiska i podejmowania działań następczych mających na celu ochronę życia i zdrowia ludzi. Krajowy punkt kontaktowy RASFF znajduje się w Głównym Inspektoracie Sanitarnym i reprezentuje Polskę jako członka sieci RASFF.
- System oparty o Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (ang. *IHR – International Health Regulations*) został powołany przez WHO. Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w Polsce zlokalizowany jest w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH. IHR regulują zasady bezpieczeństwa zdrowotnego w skali globalnej, a w szczególności służą do ostrzegania o zagrożeniach w skali światowej wskazując sposoby reagowania na te zdarzenia.

Ze strony Inspekcji Weterynaryjnej najistotniejszymi w nadzorze nad chorobami odzwierzęcymi są systemy:

- ADNS (ang. *Animal Disease Notification System*) służący do zgłaszania przypadków chorób zakaźnych zwierząt, także niebezpiecznych dla człowieka, wymienionych w dyrektywie Rady 82/894/EWG z 21 grudnia 1982 r. dotyczącej obowiązku notyfikacji chorób zwierząt we Wspólnocie.
- TRACES (ang. *Trade Control and Expert System*) służący do kontroli i powiadamiania o przemieszczeniach zwierząt żywych i produktów pochodzenia zwierzęcego przez terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej. System został utworzony na podstawie decyzji Komisji (WE) nr 2004/292.

Współpraca krajowa pomiędzy służbami odpowiedzialnymi za zapewnienie bezpieczeństwa żywności pochodzenia zwierzęcego oraz zdrowia zwierząt i ludzi odbywa się w oparciu o ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2018 r. poz. 151) i wydane na jej podstawie Porozumienie ramowe z dnia 21.09.2007 r. pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym i Głównym Lekarzem Weterynarii o współdziałaniu i współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organów Inspekcji Weterynaryjnej, ustawę z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2017 r. poz. 1855), implementującą Dyrektywę 2003/99/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. oraz Dyrektywę Rady 92/117/EWG z dnia 17 grudnia 1992 r. dotyczące monitorowania chorób odzwierzęcych i odzwierzęcych czynników chorobotwórczych oraz środków ochrony przed określonymi chorobami odzwierzęcymi i odzwierzęcymi czynnikami chorobotwórczymi u zwierząt i w produktach pochodzenia zwierzęcego, w celu zapobieżenia zakażeniom i zatruciom przenoszonym przez żywność. Odzwierzęcymi czynnikami chorobotwórczymi wymagającymi szczególnego nadzoru są patogeny wywołujące: brucelozę, kampylobakteriozę, bąblowicę, listeriozę, włośnicę, gruźlicę wywołaną przez *Mycobacterium bovis*, werocytotoksyczne *Escherichia coli* i odzwierzęce typy serologiczne pałeczek *Salmonella*.

Od wielu lat przyczyną wystąpienia większości zoonoz jest spożycie pokarmów pochodzenia zwierzęcego, zanieczyszczonych chorobotwórczymi dla ludzi bakteriami odzwierzęcymi (salmonellozy odzwierzęce, kampylobakterioza, jersinioza, listerioza). Sytuację epidemiologiczną tych chorób opisano w punkcie poświęconym chorobom przenoszonym drogą pokarmową. Istotną grupę zagrożeń stanowią także choroby odzwierzęce przenoszone przez wektory (stawo-



nogi) oraz choroby pasożytnicze (włośnica, bąblowica), czy zoonozy nabywane w wyniku bezpośredniego kontaktu z chorym zwierzęciem (np. wścieklizna). Na niektóre zoonozy (np. borelioza, kleszczowe zapalenie mózgu) narażone są statystycznie bardziej istotnie pewne grupy zawodowe, jak leśnicy i rolnicy.

Nie można również zapominać o występujących w innych strefach klimatycznych chorobach zakaźnych, które niejednokrotnie posiadają swój rezerwuuar wśród zwierząt, a z pomocą wektorów np. komarów, kleszczy, są przenoszone na człowieka (np. gorączka Zachodniego Nilu, chikungunya, żółta gorączka, Zika, malaria). Obserwowany w ostatnich latach wzrost liczby podróży międzynarodowych Polaków do krajów o odmiennej strefie klimatyczno-środowiskowej i sanitarno-higienicznej spowodował pojawienie się nowych zagrożeń zdrowotnych związanych z importowaniem na terytorium naszego kraju chorób egzotycznych, dotychczas rejestrowanych w Polsce sporadycznie bądź nierejestrowanych. Intensywny ruch turystyczny, rozwój komunikacji międzykontynentalnej, rozpowszechnienie migracji, wzrost liczby kontaktów zagranicznych poprzez wyjazdy służbowe i rekreacyjne Polaków do krajów strefy międzyzwrotnikowej i subtropikalnej istotnie zmieniły profil pacjentów hospitalizowanych w ośrodkach medycyny podróży. Według danych World Tourism Organization z 2017 r. globalnie największy ruch podróżnych dotyczył Europy (50%) oraz odpowiednio mniejszy Azji i Pacyfiku (25%), Ameryki Północnej i Południowej (16%), Afryki (5%) i Bliskiego Wschodu (4%). Najczęściej wybierane przez Polaków kierunki podróży w ostatnich latach to: Grecja, Hiszpania, Bułgaria, Turcja, Egipt, Tunezja. Wszystkie te kraje znajdują się w basenie Morza Śródziemnego, w którym od kilku lat obserwuje się zachorowania

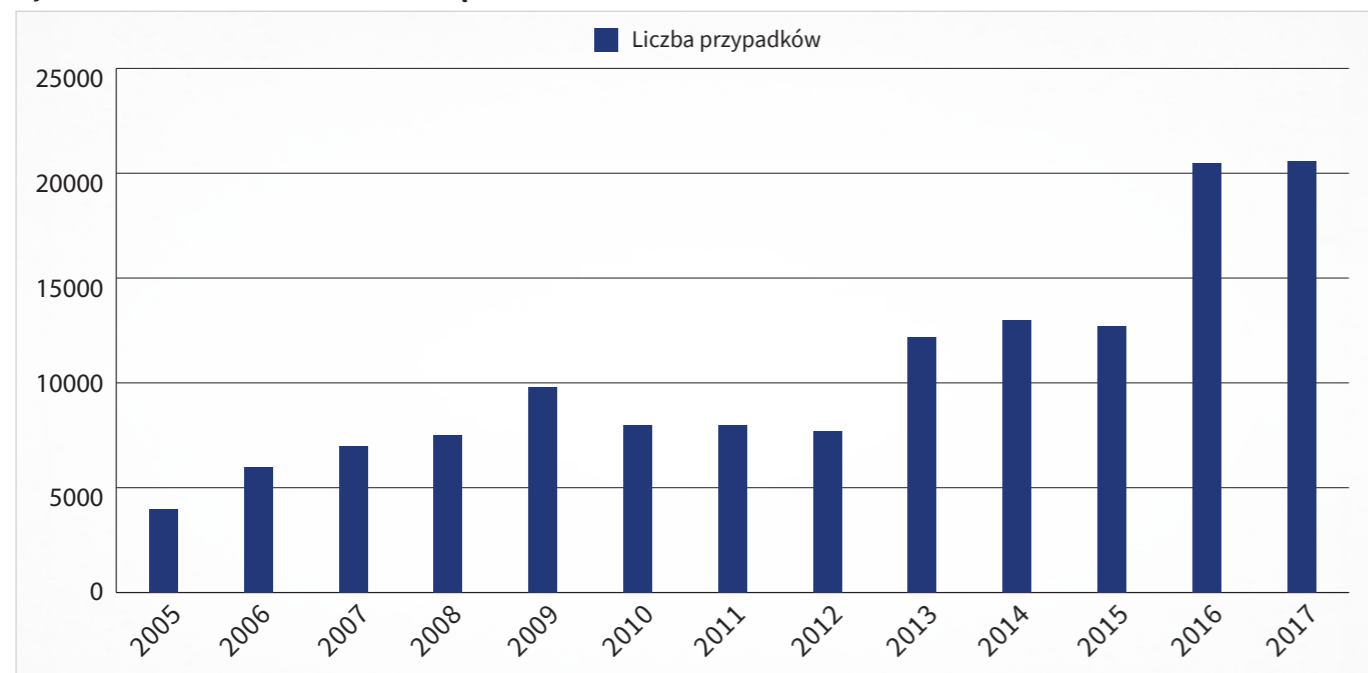
u ludzi wywołane wirusem Zachodniego Nilu – wirus który niegdyś występował wyłącznie na terytorium Afryki, Ameryki, a od niedawna rozszerza swój zasięg o inne kraje, także te z Europy. Chętniej też Polacy podróżują do krajów Ameryki Centralnej i Południowej oraz Azji, gdzie istotne ryzyko stanowi wirus Zika (szczególnie dla kobiet w ciąży lub planujących prokreację) czy chikungunya i gorączka denga.

W Polsce sytuację epidemiologiczną chorób odzwierzęcych w 2017 r. należy uznać za stabilną. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzonych przypadków zoonoz są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

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

W 2017 r. w Polsce zgłoszono 21 516 przypadków boreliozy (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). Za-

Wykres 15. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2017



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

padalność wyniosła 56/100 000 mieszkańców, 10,8% osób zdiagnozowanych zostało poddanych leczeniu w warunkach szpitalnych. Dla porównania w 2016 r. zanotowano w Polsce 21 200 przypadków boreliozy, przy zapadalności 55,2/100 000 mieszkańców i 12,4 % chorych skierowanych do hospitalizacji. Z kolei w 2015 r. odnotowano na terenie naszego kraju 13 625 przypadków boreliozy, przy zapadalności 35,4/100 000 mieszkańców, a 14% chorych hospitalizowano. Do roku 2012 liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 000 rocznie. W 2017 r. największą liczbę rozpoznanych boreliozy odnotowano w województwach: małopolskim, śląskim, mazowieckim, lubelskim, podlaskim, pomorskim oraz warmińsko-mazurskim.

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

Wobec braku dostępnej szczepionki przeciwko boreliozie podstawą jej profilaktyki jest stałe upowszechnianie wiedzy nt. tej choroby oraz edukacja społeczeństwa w zakresie stosowania środków ochronnych (noszenie właściwej odzieży

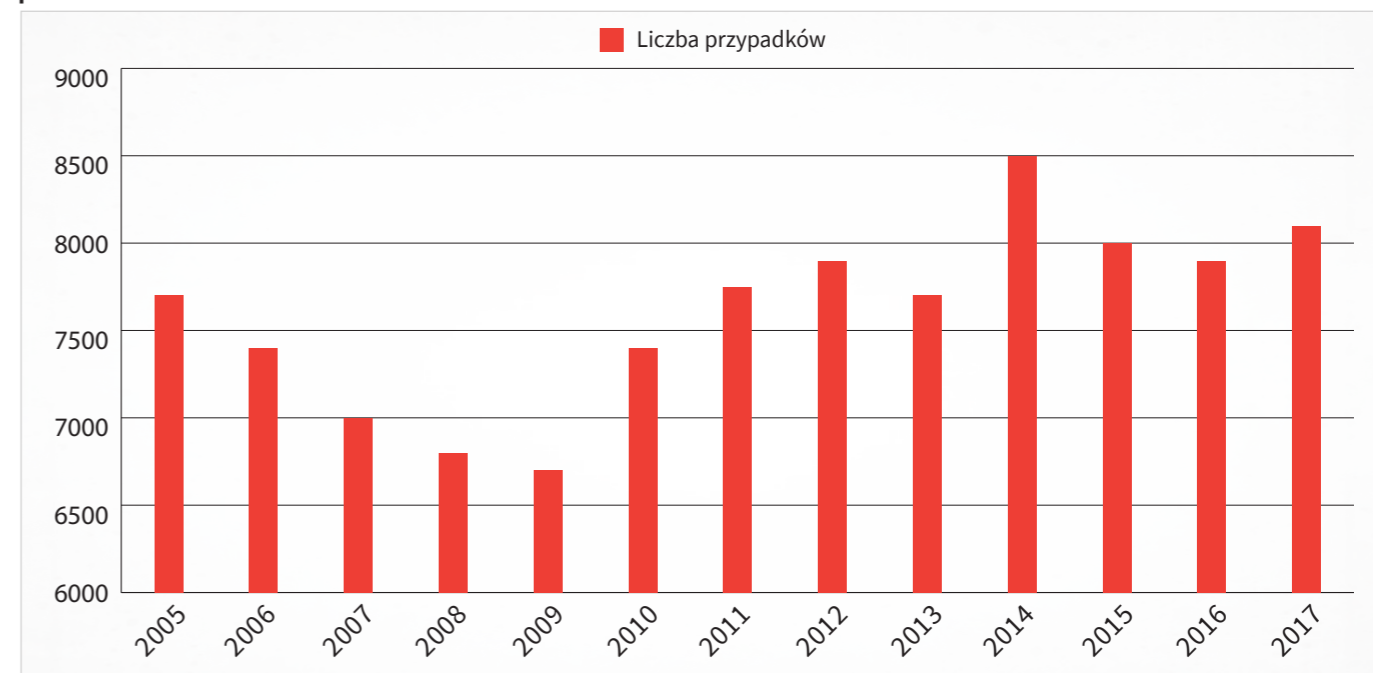
i obuwia, stosowanie repelentów) oraz właściwego postępowania w przypadku ukłucia przez kleszcza.

Obok boreliozy istotnym nadal problemem jest stała i wysoka liczba osób narażonych rokrocznie na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wirusem wścieklizny, wśród których przypadki na terenie naszego kraju się zdarzają, choć są to pojedyncze zachorowania. W roku 2017, wg. danych Głównego Inspektoratu Weterynarii, wścieklizna wystąpiła u 1 lisa i 8 nietoperzy oraz u 1 zwierzęcia domowego. Ostatnie przypadki wścieklizny u człowieka w Polsce (śmiertelne) miały miejsce w 2000 i 2002 r.

Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w nadzorze nad przypadkami/podejrzeniami wścieklizny u ludzi polega na współpracy z organami Inspekcji Weterynaryjnej i objęciu nadzorem osób ze styczności z takim zwierzęciem oraz na zapewnieniu dostępności preparatów immunoprofilaktyki czynno-biernej (szczepionki), podawanych według określonych schematów w ramach postępowania poekspozycyjnego.

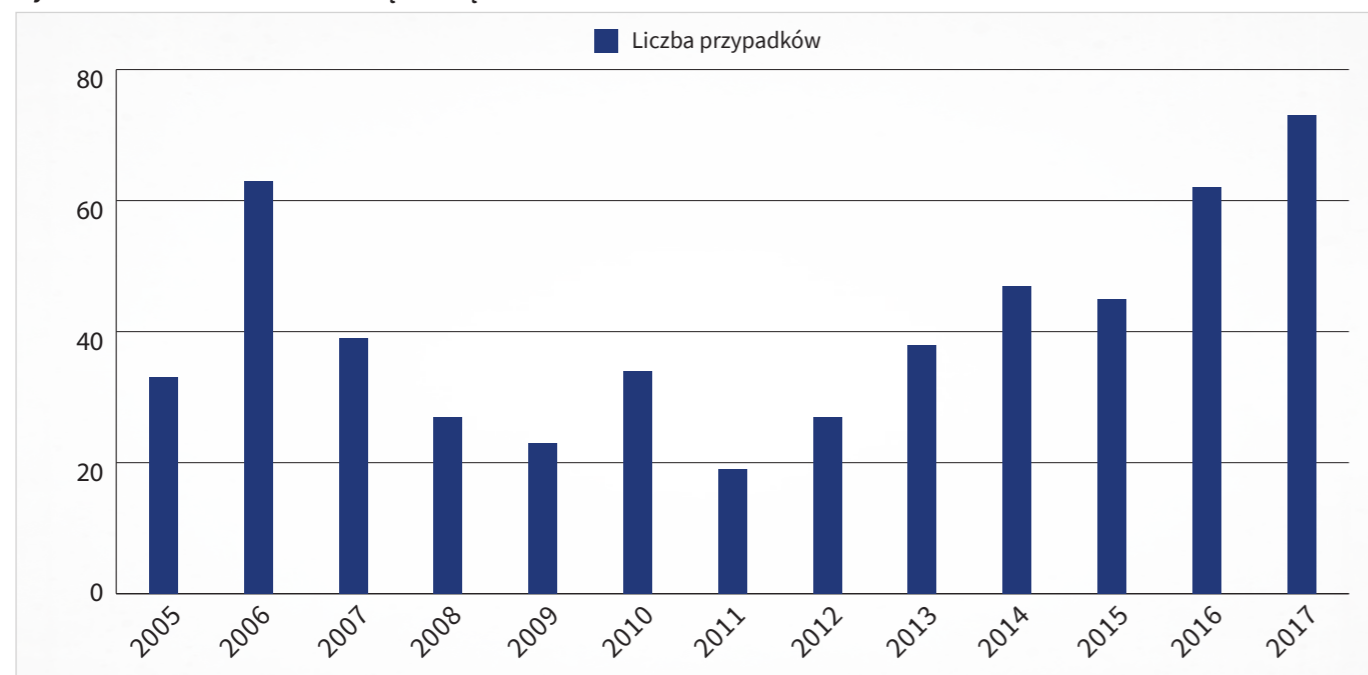
Aktualny jest dla właścicieli psów obowiązek wynikający z art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2017 r. poz. 1855), zgodnie z którym posiadacze psów są obowiązani zaszczepić je przeciwko wściekliznie w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez psa 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia. Obowiązek ten nie dotyczy kotów domowych. Jednak mając na uwadze obecność wirusa wścieklizny w środowisku naturalnym, niski koszt szczepienia i niepodważalny jego wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, rekomenduje się tak

Wykres 16. Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom poekspozycyjnym przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2017



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Wykres 17. Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2017



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

że właścicielom kotów, szczególnie swobodnie wychodzących, regularne szczepienie przeciwko wściekliznie.

Za istotny problem dla zdrowia ludzi należy uznać także bąblowicę w okresie, kiedy pojawiają się owoce runa leśnego. Bąblowica jest chorobą powodowaną przez pasożyta tj. larwy tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*. Liczba stwierdzanych przypadków tej choroby jest prawdopodobnie zaniżona, z uwagi na trudną wykrywalność choroby - przewlekły rozwój sięgający 5-10 lat, brak objawów w pierwszej kilkuletniej fazie rozwoju, a z drugiej strony powszechne skażenie środowiska jajami tasiemców, wydalanych wraz z kałem przez zakażone lisy. Wyniki ostatnich badań dowodzą, że 1 na 3 lisy jest zakażony ww. pasożytami. W warunkach polskich także pies, jeśli nie jest na bieżąco poddawany profilaktyce przeciwpasożytniczej, może być rezerwuarem tasiemców bąblowcowych. Jaja tasiemców dostają się do organizmu człowieka zarówno przez bliski kontakt z tymi zwierzętami (np. głaskanie) i przeniesienie jaj do ust za pośrednictwem brudnych rąk, jak i spożycie skażonej jajami tasiemca żywności (np. nie myte owoce runa leśnego) lub skażonej wody. Zakażenie jest realne w wielu regionach naszego kraju, także na terenach miejskich i podmiejskich, ze względu na pogłębiające się zjawisko powszechnego występowania lisów. W zakresie zapobiegania zachorowaniu na bąblowicę najistotniejsze

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

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

Choć afrykański pomór świń (ASF) nie jest chorobą nową (po raz pierwszy został opisany przeszło 100 lat temu, a od tego czasu choroba pojawiła się w wielu krajach, w tym także w Polsce) - nie jest ona zoonozą i nie zagraża w żaden sposób życiu lub zdrowiu ludzi, tym samym nie wywołuje negatywnego wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców Polski.

## 7. Inwazyjna choroba meningokokowa

Zakażenia meningokokowe są wywołane przez bakterie – dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zwane również meningokokami (*Neisseria meningitidis*). Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową podczas kontaktu z bezobjawowym nosicielem lub osobą chorą. Najczęściej chorują dzieci w wieku od 3 miesięcy do 1 roku życia, następnie dzieci w wieku do 5 lat oraz nastolatki i młodzi dorośli w wieku 11- 24 lat. Zachorować mogą jednak wszyscy, niezależnie od płci i wieku.

Bakterie te kolonizują jamę nosowo-gardłową zdrowych osób, jednocześnie nie powodując żadnych dolegliwości ani objawów. Przemijające nosicielstwo bakterii *Neisseria meningitidis* jest powszechne. Przejściowa, bezobjawowa kolonizacja nosogardzieli występuje u ok. 5-10% populacji.

W inwazyjnej chorobie meningokokowej (ICHM) najczęściej obserwuje się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z ogólnoustrojową reakcją zapalną organizmu (posocznica). Posocznica występująca bez jednoczesnego zajęcia ośrodkowego układu nerwowego stanowi około 10 % przypadków. Natomiast mniej niż 10% zakażeń meningokokami przebiegają pod postacią takich chorób jak: zapalenie stawów, zapalenie płuc, zapalenie wsierdzia, zatok, czy ucha środkowego.

*Neisseria meningitidis* jest bakterią mogącą powodować zachorowania o ciężkim przebiegu klinicznym, w ok. 10% przypadków kończące się zgonem, a u 10-20% prowadzące do trwałych powikłań i martwicy tkanek.

W Polsce rocznie rejestrowanych jest ok. 200-300 zachorowań. Dominują zachorowania o charakterze sporadycznym tzn. pojedyncze zachorowania, dla których nie daje się ustalić źródła narażenia, ponieważ jest nim najczęściej bezobjawowy nosiciel.

W przypadku, gdy fakt ekspozycji jest znany (bliski kontaktu z osobą chorą na ICHM) należy bezzwłocznie wdrożyć antybiotykoprofilaktykę poekspozycyjną. Zachorowania o charakterze epidemicznym występują najczęściej w sytuacji pojawienia się w populacji szczepu o zwiększonej inwazyjności i wirulencji. W sytuacjach, gdy zachodzi ryzyko wystąpienia ognisk zachorowań, może być wdrożona akcja masowych szczepień ochronnych w grupach wiekowych lub wyodrębnionych populacjach osób najbardziej narażonych na zachorowania.

W Polsce w 2017 roku zgłoszono 167 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (zapadalność 0,43/100000), w 2016 r. – 228 zachorowań (zapadalność 0,59/100 000). Nie zanotowano zachorowań o skali epidemicznej. Dane dotyczące liczby zachorowań na ICHM przedstawiono w tabeli nr 11.

W Polsce najczęściej występują meningokoki grupy B i C. Ogniska epidemiczne wywołane są głównie przez szczepki z grupy C, natomiast szczepki grupy B są najczęściej związane z zachorowaniami sporadycznymi. Najwięcej zakażeń wywołanych przez meningokoki serogrupy B, odnotowuje się u dzieci poniżej 1. roku życia, natomiast u młodzieży i młodych dorosłych dominują zakażenia wywołane przez meningokoki serogrupy C.

Przeciw meningokokom dostępne są 3 rodzaje szczepionek: szczepionka przeciw serotypom grupy B, szczepionka przeciw serotypom grupy C oraz szczepionka skojarzona przeciw serotypom grupy A, C, W-135, Y. Dla osób podróżujących, które udają się do krajów o wysokiej zapadalności na inwazyjną chorobę meningokokową wywołaną dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z grupy innej niż B lub C zalecane jest szczepienie szczepionką skojarzoną.

Tab. 11. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. oraz w porównywalnym okresie 2016 r.

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
	1.01-31.12.2017 r. *		1.01-31.12.2016 r.	
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Ogółem	167	0,43	228	0,59
Choroba meningokokowa inwazyjna				
zapalenie opon mózgowych i/ lub mózgu	91	0,24	122	0,32
Posocznica	116	0,30	158	0,41
inna określona i nieokreślona	3	0,008	7	0,018

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

\* dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie

## 8. Inwazyjna choroba pneumokokowa

Szczepki *Streptococcus pneumoniae* są najczęstszą przyczyną zachorowalności i umieralności w skali świata, powodując około 3,5 mln zgonów rocznie, z czego około 1 mln z powodu zapalenia płuc. Do najczęstszych chorób inwazyjnych wywoływanych przez pneumokoki należą: zapalenie płuc z bakteriami, sepsa i zapalenie opon mózgowo rdzeniowych, określane mianem inwazyjnej choroby pneumokokowej. Drobnoustrój ten odpowiada również za zakażenia nieinwazyjne, z których najczęstsze to: ostre zapalenie ucha środkowego, zatok, zaostrzenia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc oraz zapalenie spojówek.

Choć przebieg inwazyjnej choroby pneumokokowej nie ma tak piorunującego przebiegu jak inwazyjna choroba meningokokowa to biorąc pod uwagę liczbę zachorowań inwazyjna choroba pneumokokowa stanowi o wiele istotniejszy problem zdrowotny. *Streptococcus pneumoniae* jest jednym z głównych zakaźnych czynników chorobotwórczych u ma-

łych dzieci. Jedyną skuteczną metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym jest szczepienie ochronne. Bakteria ta występuje powszechnie w populacji ludzkiej i kontakt z nią jest nieunikniony.

W Polsce, w 2017 r. zgłoszono 1187 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową (zapadalność 3,09/100 000). W roku 2016 zgłoszono 964 zachorowań (zapadalność 2,51/100 000). Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w skrajnych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż. oraz u osób powyżej 65 r.ż. Dane dotyczące liczby zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową przedstawiono w tabeli nr 12.

W 2016 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, które objęło obowiązkowymi, bezpłatnymi szczepieniami przeciw tej chorobie wszystkie dzieci urodzone od dnia 1 stycznia 2017 r.

Tab. 12. Zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. oraz w porównywalnym okresie 2016 r.

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01-31.12.2017 r. *		1.01-31.12.2016 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Choroba pneumokokowa inwazyjna	Ogółem	1187	3,09	964	2,51
	zapalenie opon mózgowych i/ lub mózgu	171	0,45	180	0,47
	Posocznica	809	2,11	641	1,67
	inna określona i nieokreślona	465	1,21	378	0,98

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

\* dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie

## 9. Krztusiec

Krztusiec, inaczej zwany kokluszem, jest bakteryjną chorobą zakaźną wywoływaną przez pałeczkę krztusca *Bordetella pertussis*. Choroba przenosi się drogą oddechową i jest bardzo zaraźliwa – w wyniku kontaktu z chorą osobą zakażeniu ulega do 90% nieuodpornionych osób. W przypadku osób dorosłych zachorowanie ma niecharakterystyczną postać przewlekłego, utrzymującego się powyżej 2 tygodni kaszlu. U dzieci występują natomiast objawy, od których krztusiec wzięł swoją nazwę: napadowy, duszący kaszel kończący się charakterystycznym świszczącym wdechem, któremu mogą towarzyszyć wymioty. U niemowląt poniżej 6 miesiąca życia

zachorowania mają wyjątkowo ciężki przebieg i mogą kończyć się zgonem. Cykl bezpłatnych, obowiązkowych szczepień przeciw krztuscowi rozpoczyna się w 2 miesiącu życia dziecka. Kobiетom w ciąży zalecana się szczepienie przypominające, które pozwala chronić dziecko w okresie od urodzenia do wykonania pierwszego szczepienia.

W roku 2017 nastąpił wyraźny spadek liczby przypadków zachorowań na krztusiec – odnotowano ich 3 067., w porównaniu do 2016 r. roku w którym odnotowano 6 828 przypadków krztusca. Powyższe dane mogą wskazywać na rozpoczęcie

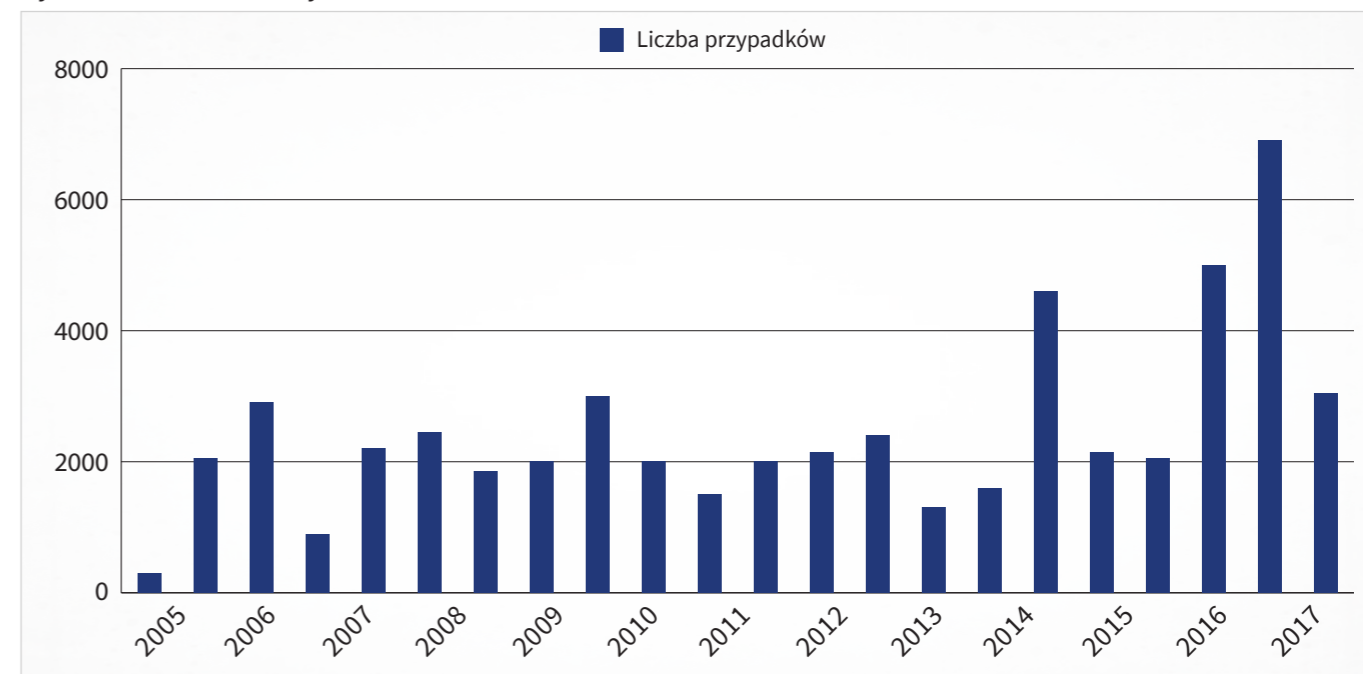
okresu międzyepidemicznego krztusca po epidemii wyrównawczej, która wystąpiła w latach 2015-2016 r. Poprzednia epidemia wyrównawcza krztusca miała miejsce w 2012 r., odnotowano wówczas 4 684 przypadki zachorowań. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996-2017 obrazuje wykres 18.

Epidemie wyrównawcze chorób zakaźnych to cykliczne występowanie wzrostów liczby zachorowań. Cykliczność występowania zachorowań na krztusiec wynosi od 3 do 5 lat, w zależności od stosowanej szczepionki oraz innych

czynników np. grup wiekowych objętych powszechnymi szczepieniami.

Najistotniejszym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się krztusca w populacji jest występowanie zjawiska naturalnego (fizjologicznego) zanikania odporności na tę chorobę zarówno w przypadku osób, które nabyły ją w wyniku szczepienia, jak również tych, które nabyły ją w wyniku przechorowania. Szacuje się, że odporność po zachorowaniu lub szczepieniu utrzymuje się od 3 do 15 lat (średnio 5-7 lat).

Wykres 18. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996-2017



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

## 10. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji ogólnej

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2017 roku należy uznać za ogólnie dobrą. Na uwagę zasługuje fakt osiągnięcia ponad 50% spadku liczby przypadków wśród chorób eliminacyjnych, tj. odry i różyczki, w porównaniu z rokiem poprzednim. Stan ten został osiągnięty przede wszystkim poprzez realizację programu powszechnych szczepień ochronnych. W roku 2017 zaobserwowano epidemię zakażeń wywołanych wirusem zapalenia wątroby typu A, związaną prawdopodobnie z epidemią wirusa panującą w Europie. Epidemicznego występowania innych chorób zakaźnych nie stwierdzono,

zaś wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych na terenie kraju zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 13), w oparciu o dane przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego.

Tab. 13. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005–2017 (dane za 2017 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Jednostka Chorobowa	Rok												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AIDS	150	161	134	207	150	157	241	190	191	152	134	119	117
Zakażenia HIV (nowowykryte)	323	659	700	958	716	747	1193	1135	1159	1090	1290	1387	1481
Dur brzuszny	3	4	3	5	3	0	2	2	2	3	4	2	7
Dury rzekome A,B,C	3	1	2	2	5	6	2	5	5	1	5	2	2
Salmonelozy - ogółem	16006	13362	11704	9608	8972	9732	8813	8444	7578	8392	8650	10027	10019
Czerwonka bakteryjna	80	35	64	33	30	30	18	13	19	44	18	15	44
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem:	5079	6258	6628	7452	6595	6388	6539	7046	9624	11329	13311	13003	15671
W tym: kamylobakteriozy	47	157	192	270	359	375	354	431	552	652	653	787	877
Jersiniozy	111	111	182	214	288	206	238	201	199	2112	172	167	195
Wirusowe zakażenia jelitowe	12533	20671	21759	32559	32863	32723	44906	39462	42699	51561	55729	44844	55563
W tym rotawirusowe	9996	15702	15197	23662	22104	20902	30769	23692	23529	33789	33943	21258	32993
Biegunki u dzieci do 2 lat	17306	21354	22711	29464	31204	30043	36478	34386	38101	41572	43502	35114	41809
Krztusiec	1925	1520	1987	2163	2390	1266	1669	4684	2182	2100	4955	6828	3067
Tężec	15	22	19	14	19	16	14	19	14	13	12	12	12
Odra	13	120	40	100	115	13	38	70	84	110	48	133	63
Różyczka	7946	20668	22891	13146	7587	4197	4290	6263	38548	5891	2007	1105	477
Ospa wietrzna	147995	141349	160174	129662	140115	183446	172855	208276	178501	221628	187624	160707	173196
Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	71945	15115	4147	3271	2954	2754	2585	2779	2436	2508	2208	1978	1670
Nagminne porażenia dziecięce - poszczipienne	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	2445	1896	1260	735	736	1184	1046	1284	1077	1823	891	952	808
Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	253	330	308	238	193	183	200	187	172	157	137	153	120
Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	177	317	233	202	351	294	221	190	227	195	149	283	282
Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	207	233	392	373	296	229	296	241	251	188	220	167	228
W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - meningokokowe	135	148	224	220	190	146	193	165	163	122	121	91	122
Inwazyjna choroba wywołana przez Haemophilus influenzae (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	75	54	43	31	19	25	31	36	25	41	62	69	119
W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - Haemophilus influenzae	59	39	35	23	13	11	11	11	9	11	14	9	9
Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	175	214	271	273	274	364	430	441	540	708	979	964	1187
W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - pneumokokowe	111	119	161	151	163	180	192	146	195	199	197	180	171
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	54	109	36	208	652	155	65	71	48	76	49	35	3014
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1727	1693	1454	1337	1475	1633	1583	1583	1541	2763	3518	3806	3372
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2997 <sup>1</sup>	2949 <sup>1</sup>	22753 <sup>1</sup>	2353 <sup>1</sup>	(1939) <sup>1</sup>	2178 <sup>2</sup>	2241 <sup>2</sup>	2268 <sup>2</sup>	22643	35514	42855	4261	4012
Włósnica	70	130	292	4	36	51	23	1	9	32	27	4	10
Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem:	20076	17157	15249	12218	10825	11464	10847	10054	9053	9734	9856	10734	10224
W tym: salmonelozowe	15815	13210	11568	9478	8855	9549	8652	8267	7407	8197	8418	9701	9720
Gronkowcowe	556	430	407	202	146	217	283	147	128	68	98	37	54
Jadem kielbasianym	46	50	49	46	31	32	35	22	24	29	30	26	24
Clostridium perfringens	4	5	4	3	1	8	24	5	18	16	1	0	1
Borelioza (choroba z Lyme)	4409	6694	7735	8255	10329	9003	9157	8783	12754	13863	13625	21200	21516
Grypa (i podejrzenia grypy) - ogółem	733234	251815	374042	227346	1081974	551054	1156357	1460037	3164405	3137056	3843438	4316823	5043491
Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę - profilaktyka wścieklizny	7755	7528	7102	6919	6876	7524	7842	7999	7844	8661	8157	7987	8246
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	12	11	12	13	18	18	21	17	23	24	22	26	23

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

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

## 11. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach - ogniska epidemiczne

We wszystkich szpitalach, które zgłosiły występowanie ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zostały powołane Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych w wymaganym przepisami składzie.

W 2017 roku zgłoszono do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 678 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, to jest o 27,4 % więcej, niż w roku 2016, w którym zgłoszono 532 ogniska epidemiczne.

Sytuację epidemiologiczną w zakresie występowania ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych w roku 2016 i 2017 w Polsce przedstawia Wykres 19.

Wzrost liczby zarejestrowanych ognisk epidemicznych wystąpił w województwach: mazowieckim, podlaskim, lubelskim, śląskim, dolnośląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim, pomorskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim. Wzrost ten częściowo był skutkiem wzmocnienia nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami w tych województwach. Liczba ognisk w województwach podkarpackim, opolskim utrzymywała się na tym samym poziomie co w roku 2016. Zmniejszyła się natomiast liczba

zgłoszonych ognisk epidemicznych w województwach: małopolskim, lubuskim, świętokrzyskim.

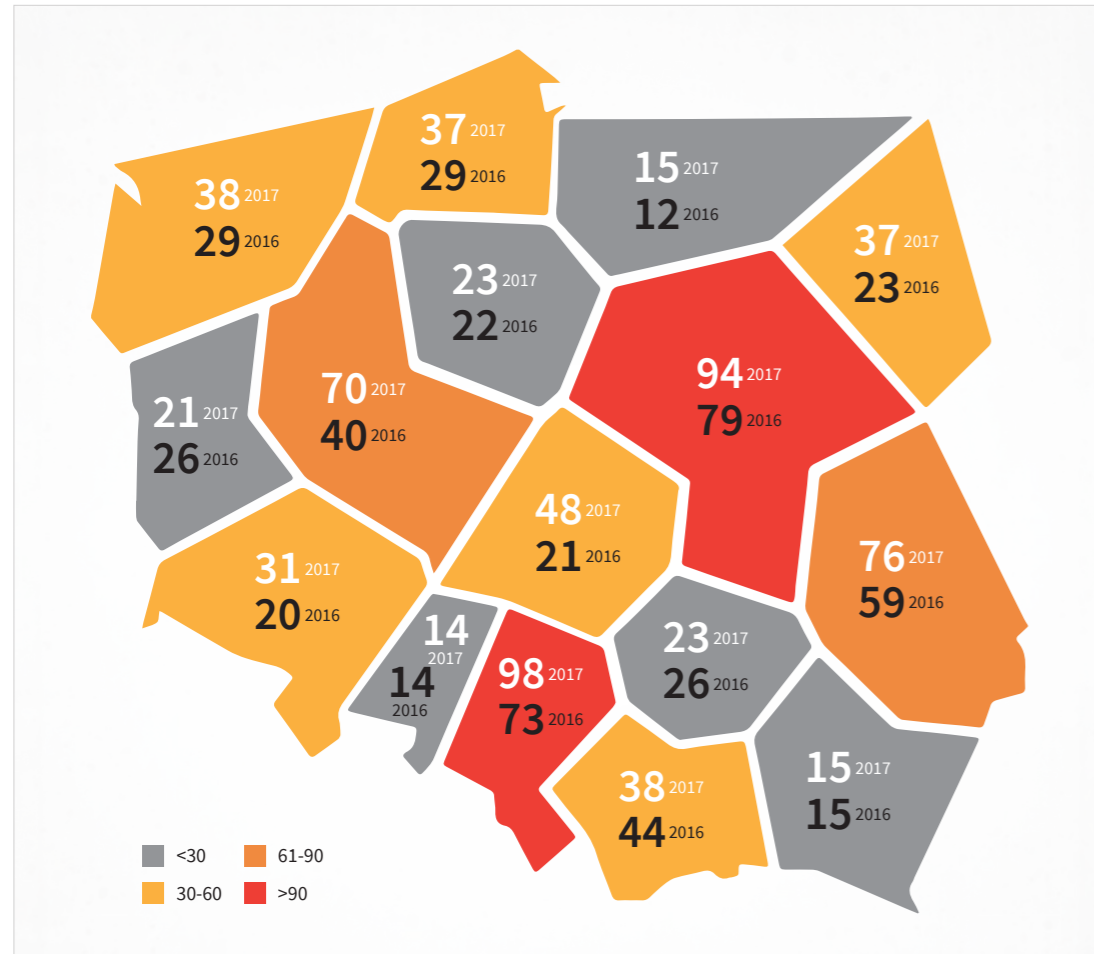
W ogniskach epidemicznych zakażeniu uległo łącznie 3899 pacjentów oraz 271 pracowników medycznych, łącznie – 4170 osób, co zostało przedstawione na wykresach 20 i 21.

W 2017 roku nastąpił wyraźny wzrost liczby osób zakażonych u których zakażenie potwierdzono badaniami laboratoryjnymi, jest wynikiem zwiększonej liczby badań przesiewowych wykonywanych w ogniskach zakażeń niż w latach minionych.

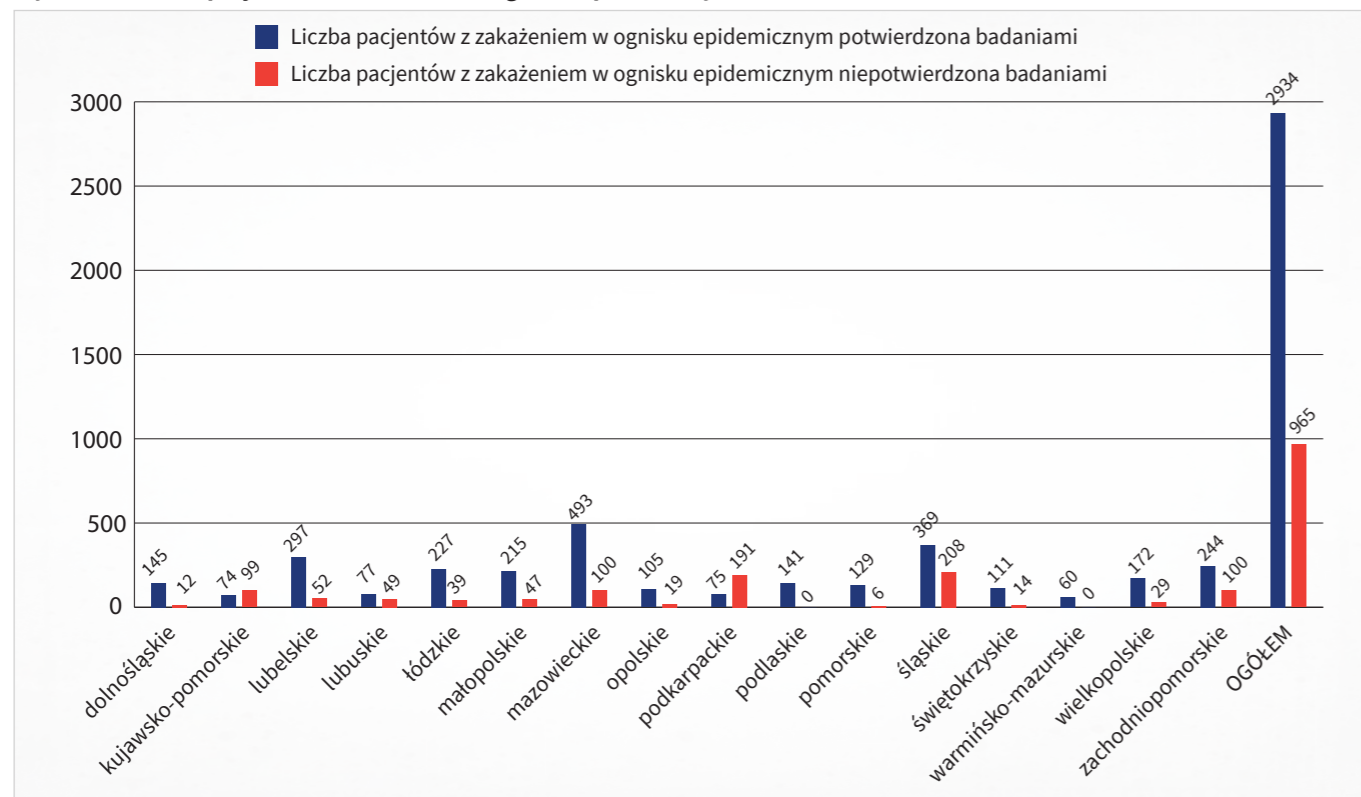
Wśród wywołujących zakażenia szpitalne biologicznych czynników chorobotwórczych tzw. alarmowych - objętych w szpitalach nadzorem epidemiologicznym na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz.1741), udział procentowy w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych przedstawia wykres 22.



Wykres 19. Liczba ognisk epidemicznych w Polsce w roku 2016 i 2017

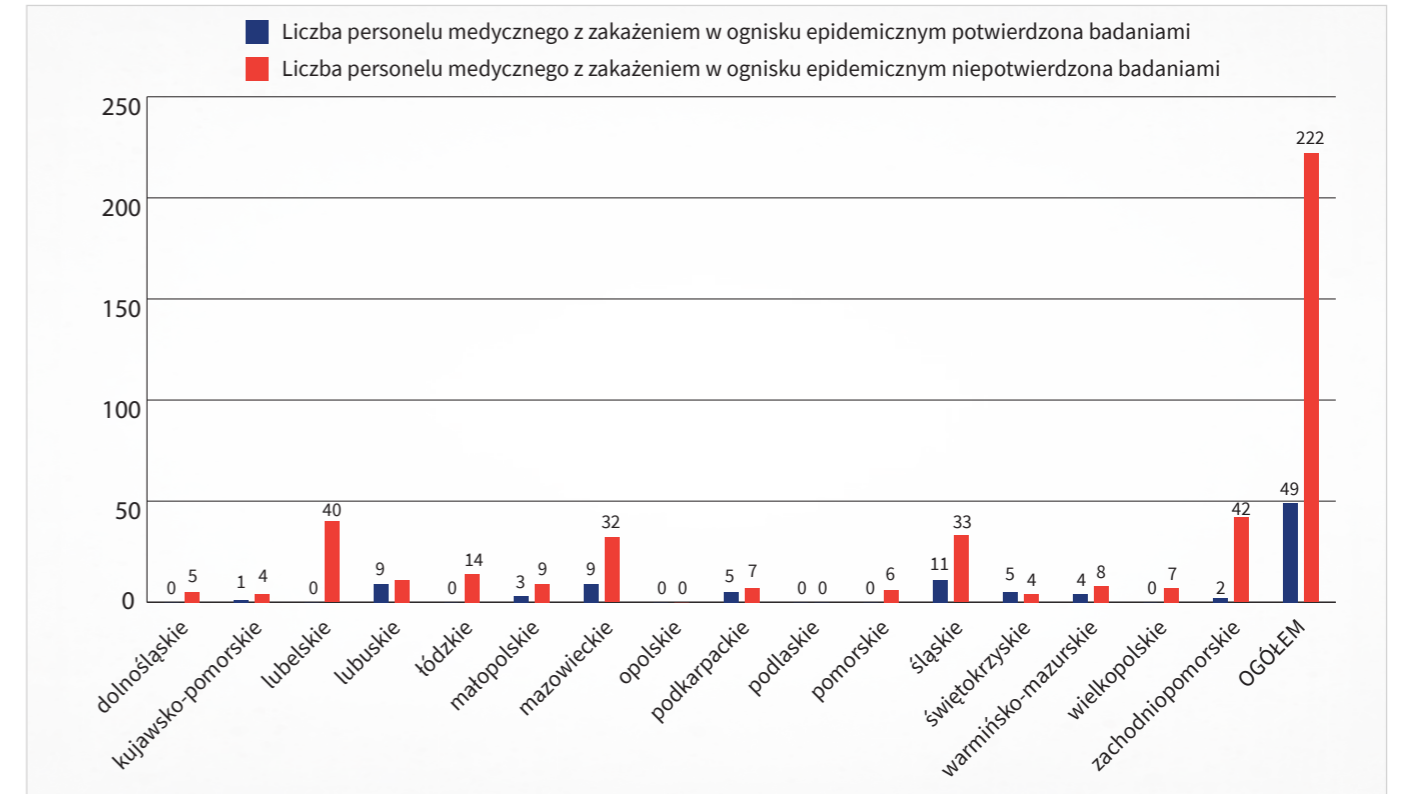


Wykres 20. Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wykres 21. Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Z nadesłanych raportów okresowych rocznych (za 2017 rok) o sytuacji epidemiologicznej szpitali, wynika, iż najczęściej występującym czynnikiem alarmowym, który w 2017 roku wywoływał we wszystkich województwach ogniska epidemiczne w szpitalach, była, podobnie jak w latach ubiegłych, toksynotwórcza laseczka *Clostridium difficile* wywołująca zakażenie przewodu pokarmowego. Zakażenia wywołane przez laseczki *Clostridium difficile* stają się coraz większym problemem epidemiologicznym w kraju ze względu na łatwość szerzenia się zakażeń nimi wywołanych w szpitalach, ciężki przebieg kliniczny uwarunkowany działaniem wytwarzanych przez nie toksyn - niejednokrotnie powodujący zgony osób zakażonych, a także z uwagi na nawrotowy przebieg choroby i długotrwałe leczenie.

Innym nasilającym się niekorzystnym zjawiskiem epidemiologicznym w zakresie zakażeń szpitalnych jest szerzenie się zakażeń wywołanych przez pałeczki Gram (-) w tym *Klebsiella pneumoniae* typu NDM (New Delhi) wytwarzające karbapenemazy a także wytwarzające inne betalaktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (MBL, KPC, OXY-48, ESBL) i w związku z tym wykazujące oporność na wszystkie dostępne antybiotyki betalaktamowe, a także na inne dostępne w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnym antybiotyki, w tym również na polimyksyny.

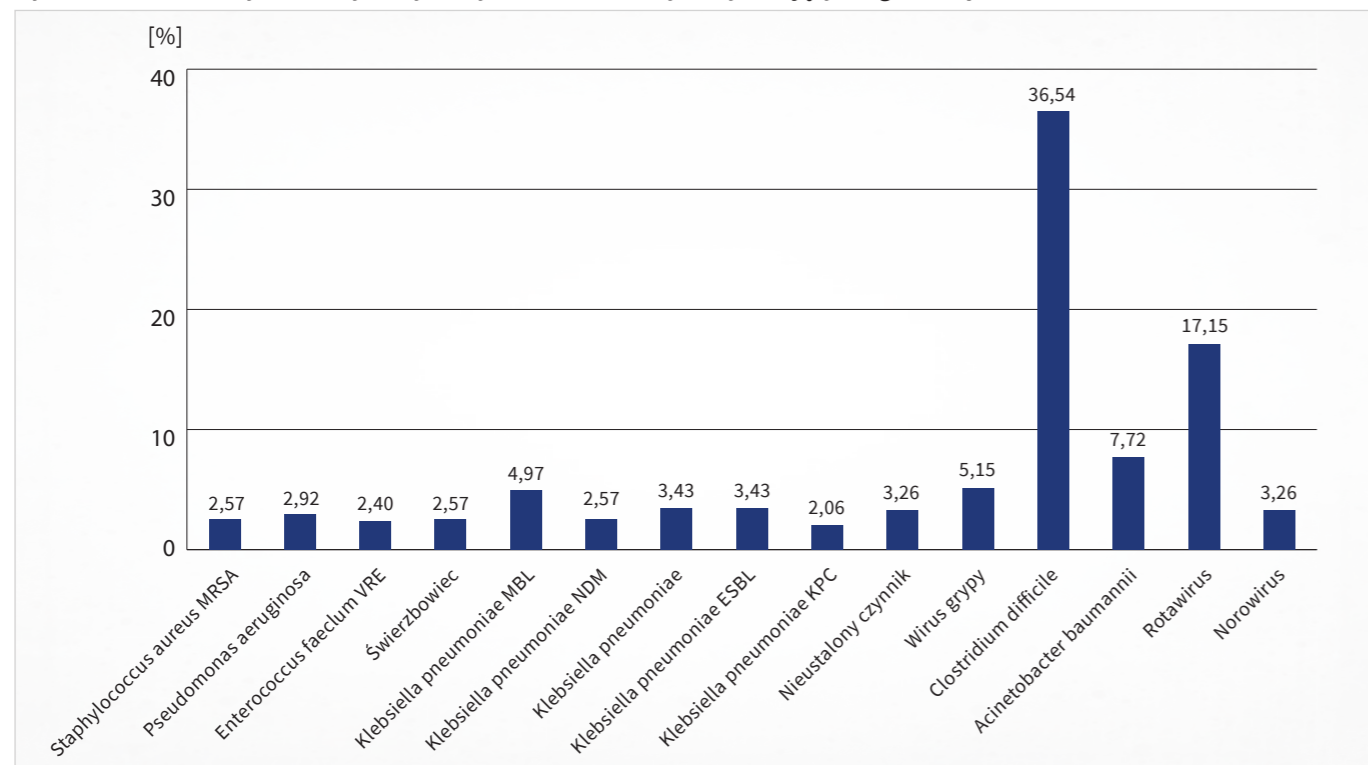
Mając na względzie pojawianie się w szpitalach w Polsce szczepów bakteryjnych o zwiększonej, a nawet całkowitej oporności na dostępne antybiotyki (nie tylko pałeczek *Klebsiella pneumoniae* NDM MBL, KPC, lub OXA-48), a także uwzględniając wzrost

liczby ognisk zakażeń szpitalnych wywołanych przez nie, należy uznać, że zagadnienie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych wywołanych przez biologiczne czynniki chorobotwórcze odporne na antybiotyki stało się jednym z najpoważniejszych wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej i dla zdrowia publicznego, z którymi trzeba zmierzyć się dla ochrony życia i zdrowia pacjentów leczonych w szpitalach.

W 2017 roku zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 63 ogniska epidemiczne wywołane przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae* NDM. Łącznie zakażeniu w ogniskach uległo 557 osób, natomiast na podstawie wykonanych badań przesiewowych u 354 osób stwierdzono kolonizację. Ogniska epidemiczne zgłosiły szpitale w województwach: mazowieckim, podlaskim, łódzkim, lubelskim, zachodniopomorskim, wielkopolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, dolnośląskim. Były to szpitale kliniczne, wojewódzkie jak też powiatowe. Zakażenia dotyczyły głównie układu moczowego, układu oddechowego, ran, żełyzka naczyniowego.

Wspólnie z zespołami kontroli zakażeń szpitalnych podjęto działania w celu wzmożenia nadzoru epidemiologicznego oraz zwiększenia efektywności działań przeciwepidemicznych podejmowanych w szpitalach. Wskazano na konieczność powszechnego przeprowadzania badań przesiewowych u pacjentów przy przyjęciu do szpitala, przestrzegania zasad izolacji pacjentów zakażonych lub skolonizowanych, nasilenia wewnętrznych kontroli stosowania tych procedur. Udostępniono również ponownie zalecenia Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów, doty-

Wykres 22. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2017 r.



Źródło: opracowanie własne (GIS)

czące przeprowadzania mikrobiologicznych badań przesiewowych wykrywających szczepy bakteryjne wytwarzające karbapenemazy, oraz procedurę postępowania w przypadku identyfikacji szczepów bakteryjnych pałeczek Gram (-) z rodzaju *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy typu, NDM, KPC, OXA - 48 - opracowane przez Profesora Walerię Hryniewicz - Krajowego Konsultanta w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej i rekomendowane przez Ministra Zdrowia.

Szczególnie ważną kwestią w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym jest przestrzeganie przez personel medyczny

podstawowych zasady higieny zwłaszcza rąk i higieny używanego sprzętu medycznego, a także szeroka higienizacja całej działalności leczniczej. Dlatego też działania przeciwepidemiczne prowadzone w szpitalach obejmują m.in. takie elementy jak: higiena rąk, sprzętu, odzieży roboczej personelu, bielizny szpitalnej, sprzątnia, dezynfekcja pomieszczeń oraz urządzeń szpitala, odpowiednia izolacja osób zakażonych lub skolonizowanych, a także edukacja pacjentów przebywających w szpitalach oraz ich rodzin na temat zasad postępowania w celu zapobiegania zakażeniom.

## 12. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych

W ramach promocji szczepień ochronnych Główny Inspektorat Sanitarny, od 2013 roku, realizuje akcję informacyjną pod hasłem „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”. Celem tej inicjatywy jest zwiększenie zaufania społeczeństwa do działań na rzecz profilaktyki chorób zakaźnych, podniesienie poziomu wiedzy w zakresie umiejętności zapobiegania chorobom zakaźnym, którym można przeciwdziałać na drodze szczepień ochronnych oraz wzrost poziomu wiedzy dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień. Adresatami informacji są rodzice i opiekunowie dzieci oraz pracownicy ochrony zdrowia, w tym: lekarze rodzinni, pediatry, położne, pielęgniarki środowiskowe. Akcja informacyjna jest realizowana poprzez stronę internetową. Na portalu zamieszczone są informacje na temat szczepień ochronnych wsparte opiniami ekspertów z dziedziny wakcynologii.

Od początku realizacji strony akcji „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” odwiedziło ponad 228 000 osób.

Efaktem prowadzonych działań powinno być zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa w zakresie szczepień ochronnych oraz poprawa dostępu do informacji na temat Programu Szczepień Ochronnych. Akcja informacyjna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” stanowi długofalowy projekt Państwowej Inspekcji Sanitarnej nacełowany na promocję szczepień ochronnych. Mając na względzie konieczność dostępu rzetelnych informacji z zakresu szczepień ochronnych do dzieci, jak i dorosłych Główny Inspektorat Sanitarny wspiera wszelkie formy przekazu o charakterze społeczno-edukacyjnym na rzecz szczepień w Polsce, w tym kampanię „Zaszczep się wiedzą”.

## 13. Kierunki zmian Programu Szczepień Ochronnych

Ewolucja w zakresie szczepień ochronnych pozwala dostrzec i docenić istotną rolę szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych. Spojrzenie w przeszłość ilustruje, co osiągnęliśmy dzięki szczepieniom – jakie sukcesy i korzyści przyniosły szczepienia w aspekcie populacyjnym – w obliczu wyzwań wobec pojawiających się chorób oraz oczekiwań, co do zapobiegania ich występowaniu. Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych na przestrzeni lat uległa diametralnej zmianie. Zastosowanie oficjalnych, ramowych programów szczepień ochronnych pozwoliło na osiągnięcie wysokiego odsetka uodpornienia wśród populacji nimi objętych. Początkowo programy szczepień obejmowały wyłącznie szczepienia obowiązkowe, z upływem lat, celem uzupełnienia, wprowadzono do nich szczepienia zalecane. Dało to możliwość pełnej ochrony przed chorobami, którym można zapobiec drogą szczepień ochronnych.

Wykaz obowiązkowych szczepień ochronnych i grupy osób obowiązanych do poddania się tym szczepieniom zostały określone w art. 17 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 849 i 1815) wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w art. 17 ust. 10 ww. ustawy. Powszechny obowiązek szczepień ochronnych dzieci i młodzieży dotyczy 13 chorób zakaźnych takich jak: gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby typu B, ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*), inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*, błonica, krztusiec, tężec, odra, różyczka, nagminne zakażenie przyusznicy (świnka). W przypadku dzieci uczęszczających do żłobków obowiązkowe są ponadto szczepienia przeciw ospie wietrznej. Obowiązkowe są również szczepienia poekspozycyjne przeciw tężcowi, wściekliźnie i błonicy. W odniesieniu do każdej z tych chorób, określono osoby lub grupy osób obowiązane do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym oraz wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby. Uzupełnieniem ww. regulacji prawnych jest ogłaszany corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego w drodze komunikatu Program Szczepień Ochronnych (PSO). PSO jest dokumentem o charakterze technicznym, przeznaczonym dla lekarzy oraz pielęgniarek będących realizatorami obowiązkowych szczepień ochronnych i zawiera informacje, a także zgodne z aktualną wiedzą medyczną wytyczne nt. sposobu realizacji obowiązku szczepień ochronnych, w tym wskazu-

je wiek, przesłanki wynikające ze stanu zdrowia i przesłanki epidemiologiczne, zgodnie z którymi dane szczepienie powinno zostać przeprowadzone. Kwestie dotyczące kształtu PSO podnoszone są rokrocznie przez ekspertów podczas posiedzeń Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym i Pediatrycznej Grupy Ekspertów ds. PSO przy Ministrze Zdrowia. Ww. Gremia eksperckie zarekomendowały priorytety zmian PSO do realizacji na lata 2016–2020. Rekomendowany przez polskich Ekspertów jako priorytetowy od wielu lat postulat dotyczący wprowadzenia powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom dla całej populacji dzieci został zrealizowany, szczepieniem tym zostały objęte wszystkie dzieci urodzone po 31 grudnia 2016 r. Wśród kolejnych priorytetów zmian PSO wskazanych do realizacji na kolejne lata rekomendowane jest m. in. wprowadzenie szczepionek wysoko skojarzonych przeciwko błonicy, tężcowi, krztuscowi z komponentą bezkórkową, polio i *Haemophilus influenzae* typu B w miejsce dotychczasowych szczepień przeciwko tym patogenom, wprowadzenie szczepień przeciwko pneumokokom w wybranych grupach ryzyka pacjentów z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności od 6 do 18 roku życia, czy szczepień przeciwko meningokokom serogrupy B i C u dzieci z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności do 5 roku życia.

Corocznie w Polsce opracowywana jest szczegółowa analiza przeprowadzonych szczepień ochronnych. Dokonuje się jej na podstawie danych uzyskanych ze sprawozdania rocznego ze szczepień ochronnych (MZ-54), którego wzór i terminy sporządzania określają przepisy o statystyce publicznej. Analiza uwzględnia m.in.: stan zaszczepienia przeciwko poszczególnym chorobom zakaźnym dzieci z poszczególnych roczników oraz osób z określonych grup zawodowych i grup ryzyka podlegających obowiązkowi szczepień, w odniesieniu do poszczególnych województw oraz całego kraju, porównanie stanu zaszczepienia osób podlegających szczepieniom w roku bieżącym do roku poprzedniego oraz występowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego wyniki analizy są corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH) w biuletynie pt. „Szczepienia Ochronne w Polsce”, który stanowi jedyne zbiorcze źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce.





**Jakość wody  
przeznaczonej do  
spożycia przez ludzi**

## 1. Wstęp

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w 2017 r. był sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 z późn. zm.),
- 2) ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2017 r. poz. 328 z późn. zm.),
- 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. poz. 1989).

Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Zakres badań obejmuje zarówno badania:

- mikrobiologiczne,
- fizykochemiczne,
- organoleptyczne oraz
- badania stężeń substancji promieniotwórczych w wodzie.

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 z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków.

Podstawą zapewnienia konsumentom bezpiecznej wody do spożycia stanowią zarówno badania wykonywane przez producentów wody w ramach kontroli wewnętrznej, jak i badania realizowane w ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Producenci wody prowadzili badania jakości wody w ramach kontroli wewnętrznej na podstawie uzgodnionych z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej harmonogramów pobierania próbek wody, zgodnie z częstotliwością i zakresem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Sprawozdania z powyższych badań były na bieżąco przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Organy te weryfikowały terminowość ich przekazywania, analizowały wyniki badań jakości wody, w konsekwencji tego określały przydatność wody do spożycia. W sytuacji gdy woda nie odpowiadała wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, monitorowały wywiązywanie się producentów wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych mających na celu przywrócenie jakości wody do wymagań ww. rozporządzenia.

Każdorazowo po stwierdzeniu, że jakość wody uległa zmianie i odbiega od wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, formułowane były komunikaty o jakości wody i zaleceniach jej użytkowania. Komunikaty przekazywane były właściwym samorządom odpowiedzialnym za zbiorowe zaopatrzenie w wodę do spożycia, w celu podania ich do wiadomości konsumentów, a także umieszczane były na stronach internetowych właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

trzenia w wodę w Polsce od 2008 r. stopniowo malała aż do 2014 r. W 2008 r. wynosił 2103,5 hm<sup>3</sup>, 2009 r. – 2067,3 hm<sup>3</sup>, 2010 r. – 2062,4 hm<sup>3</sup>, 2011 r. spadł do 2033,0 hm<sup>3</sup>, 2012 r. wynosił 2036,1 hm<sup>3</sup>, 2013 r. wynosił 1991,3 hm<sup>3</sup>, 2014 r. odnotowano pobór w ilości 1988,1 hm<sup>3</sup>. W 2015 r. pobór wody na cele eksploatacji sieci wodociągowej nieznacznie wzrósł do poziomu 2047,4 hm<sup>3</sup>, a 2016 r. osiągnął 2045,9 hm<sup>3</sup>. Od roku 2000 pobór wody na cele zbiorowego zaopatrzenia ludności w Polsce zmniejszył się o 304,1 hm<sup>3</sup><sup>1</sup>. Wprowadzenie wodomierzy oraz podwyżki cen wody, jak również wzrost wiedzy społeczeństwa w obszarze codziennego oszczędzania wody, są przyczyną zmniejszania poboru wody do celów zbiorowego zaopatrzenia.

<sup>1</sup> Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017; <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/srodowisko-energia/srodowisko/ochrona-srodowiska-2017,1,18.html>

## 2. Zaopatrzenie ludności w wodę

### 2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 2016 r. w 72% pochodziła z ujęć podziemnych i w 28% z ujęć powierzchniowych. W 2009 r. powyższe proporcje kształtowały się odpowiednio: 68,5% i 31,5%, w 2010 r. – 69,1% i 30,9%, 2011 r. – 69,9% i 30,1%, w 2012 r. 70,4% i 29,6%, w 2013 71,1% i 28,9%, 2014 r. 71,2% i 28,8%, a w 2015 r. 71,7% i 28,3%. W latach 2009-2015 obserwuje się nieznaczną, lecz stałą tendencję wzrostową do wykorzystywania wody z ujęć podziemnych, która w 2016 r. kształtowała się na podobnym poziomie. Z ujęć powierzchniowych wodę najczęściej pobierają wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Należy w tym miejscu zauważyć, że ogólny pobór wody na cele zaopa-

Tab. 14. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w hektometrach sześciennych [hm<sup>3</sup>] (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2013	2014	2015	2016
w. powierzchniowe	868,5	683,8	657,8	662,1	649,1	637	575,4	572,2	579,2	572,2
w. podziemne	1481,5	1421,4	1427,8	1441,4	1418,2	1425,4	1415,9	1415,9	1468,3	1473,7
suma	2350	2105,2	2085,6	2103,5	2067,3	2062,4	1991,3	1988,1	2047,4	2045,9

### 2.2. Struktura wodociągów w Polsce

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, woda jest w pełni bezpieczna dla zdrowia, jeśli spełnia określone w nim wymagania. Przekroczenie parametrów określonych w ww. rozporządzeniu wymaga każdorazowo dokonania oceny zagrożeń i oszacowania ryzyka wystąpienia potencjalnych zdarzeń niebezpiecznych dla zdrowia konsumentów oraz określenia przydatności wody do spożycia. Ocena jakości wody jest sporządzana osobno dla każdego wodociągu.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu

ścieków, zaopatrzenie w wodę jest zadaniem własnym gminy. Zadanie to zostało również wskazane w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875, z późn. zm.), zgodnie z którym zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy, doprecyzowując jednocześnie, iż obejmuje kwestie dotyczące wodociągów oraz prowadzenia zbiorowego zaopatrzenia w wodę. Przepisy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków regulują również zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność.

Struktura wodociągów w 2017 r. została przedstawiona w poniższej tabeli.

Tab. 15. Struktura wodociągów w 2017 r. (opracowanie własne)

Wodociągi o produkcji [m <sup>3</sup> /d]		Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę (w tys.)	
		łącznie	odpowiadającą wymaganiom*	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	1	3484	3362	1570,971	1553,942
101-1000	2	4242	4160	10415,879	10348,463
1001-10000	3	650	644	11960,948	11925,088
10001-100000	4	58	58	9091,616	9091,616
>100000	5	3	3	3349,000	3349,000
SUMA	6	8437	8227	36388,414	36268,109

\* Liczba obiektów, które odpowiadają (w tym warunkowo odpowiadają wymaganiom) wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na podstawie oceny jakości wody produkowanej przez urządzenia dostarczające wodę z uwzględnieniem szacowania ryzyka zdrowotnego.

W roku 2017 w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej funkcjonowało 8437 wodociągów zaopatrujących w wodę około 36 mln konsumentów. W roku sprawozdawczym 2017 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8325 wodociągów, co stanowi 98,7% wszystkich wodociągów. W 2017 r. w ewidencji znajdowało się ich o 58 mniej niż w 2016 r. W porównaniu do roku sprawozdawczego 2016, liczba wodociągów o najmniejszej dobowej produkcji poniżej 100 m<sup>3</sup>/d zmalała o 76 obiektów, na rzecz wodociągów o produkcji powyżej 101 m<sup>3</sup>/d. Liczba wodociągów o produkcji 101-1 000 m<sup>3</sup>/d zwiększyła się o 15 obiektów, o produkcji 1 001-10 000 m<sup>3</sup>/d wzrosła o 4 wodociągi, natomiast o produkcji 10 001-100 000 m<sup>3</sup>/d pozo-

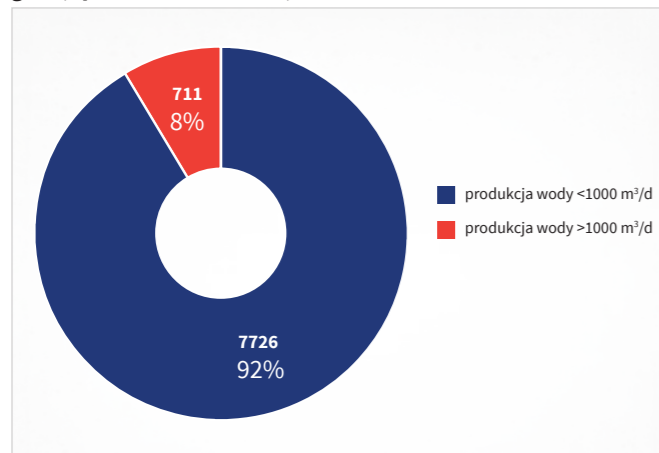
stała bez zmian. Ponadto w kategorii wodociągów o produkcji powyżej 100 001 m<sup>3</sup>/d zewidencjonowano o jeden obiekt mniej. Pomimo, iż liczba małych wodociągów maleje, to poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadal nadmierne rozproszenie wodociągów. Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1 000 m<sup>3</sup>/d wody stanowią 92% wszystkich przedsiębiorstw i zaopatrują około 12 mln ludności, co stanowi 33% ludności zaopatrywanej w wodę. Zależności te przedstawiono na poniższym wykresie.

W związku z koniecznością wypełnienia zaleceń Komisji Europejskiej dotyczących zwrócenia szczególnej uwagi na

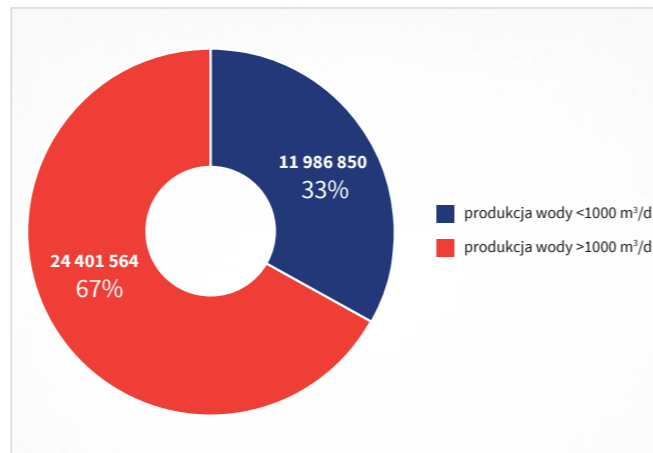
bezpieczeństwo zdrowotne wody w małych wodociągach, istotnym jest rozważenie zasadności podążania w kierunku ich konsolidacji, tak aby mogły one podołać wymaganiom europejskim w zakresie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Centralizacja podmiotów produkujących wodę w niewielkich ilościach jest kluczowa z uwagi na umożliwienie wprowadzenia bardziej za-

awansowanych procesów technologicznych, pozyskania specjalistów w zakresie technologii wody, a także umożliwienie przeznaczenia większych środków finansowych na renowację i wymianę sieci wodociągowych dla podmiotów o małej wydajności, która wpłynęłaby znacznie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody w małych wodociągach.

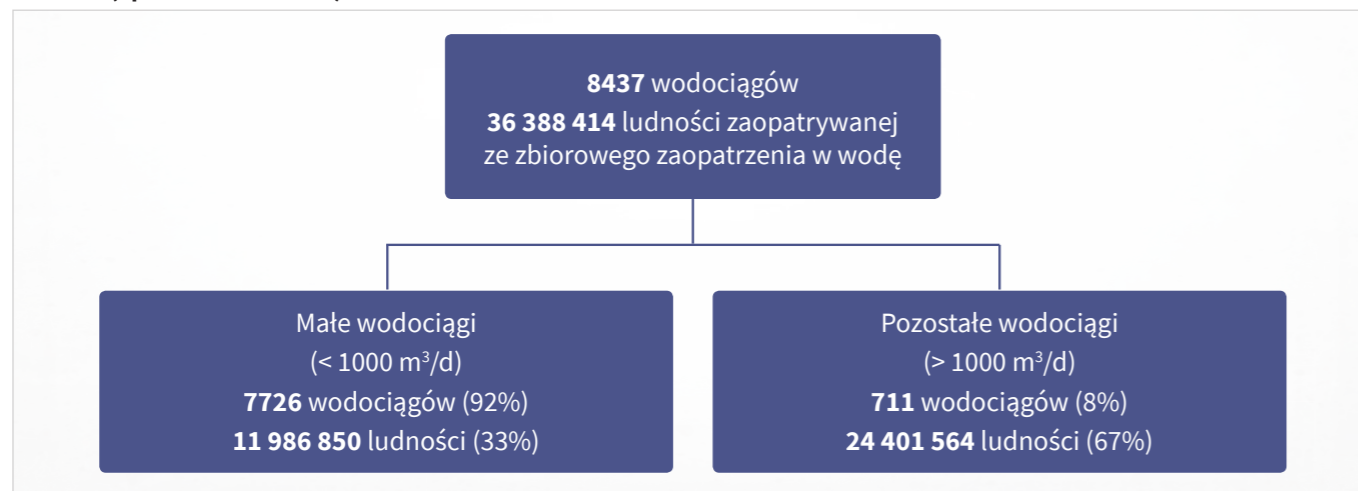
**Wykres 23. Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia w wodę w zależności od produkcji wody w 2017 r. dla wodociągów (opracowanie własne)**



**Wykres 24. Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2017 r. (opracowanie własne)**



**Rys. 1. Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2017 r. (opracowanie własne)**



### 2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach

Państwowa Inspekcja Sanitarna została powołana do ochrony zdrowia i życia ludzi przed niekorzystnym wpływem szkodliwych i uciążliwych czynników środowiska. Politykę w zakresie zdrowia publicznego na terenie całego kraju, wykonuje 16 wojewódzkich, 318 powiatowych i 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Strukturę wodociągów z podziałem na kategorie produkcji wody przedstawiono poniżej.

Jak wskazują poniższe zestawienia najczęściej tzw. małych wodociągów, czyli tych z kategorii poniżej 100 m³/d, znajduje się w województwie zachodniopomorskim (638

obiektów w ewidencji), a najmniej w województwie opolskim (46 wodociągów). Analogicznie wygląda sytuacja w zakresie liczby wodociągów z kategorii 101-1 000 m³/d (woj. zachodniopomorskie – 607, a woj. opolskie – 109). Charakterystyka w zakresie zbiorowego zaopatrzenia zmienia się dla obiektów z kategorii 1 001-10 000 m³/d, gdzie najczęściej wodociągów znajduje się w woj. mazowieckim (77), a najmniej w woj. podlaskim (14). Dużych wodociągów, z kategorii 10 001-100 000 m³/d, najczęściej znajduje się na terenie woj. śląskiego (16), a najmniej, po jednym wodociągu z tej kategorii znajduje się na terenie woj. lubelskiego, opolskiego i podlaskiego. Wodociągi produkujące najczęściej wody na dobę, czyli tych z kategorii powyżej 100 001 m³/d znajdują się jedynie na terenie woj.

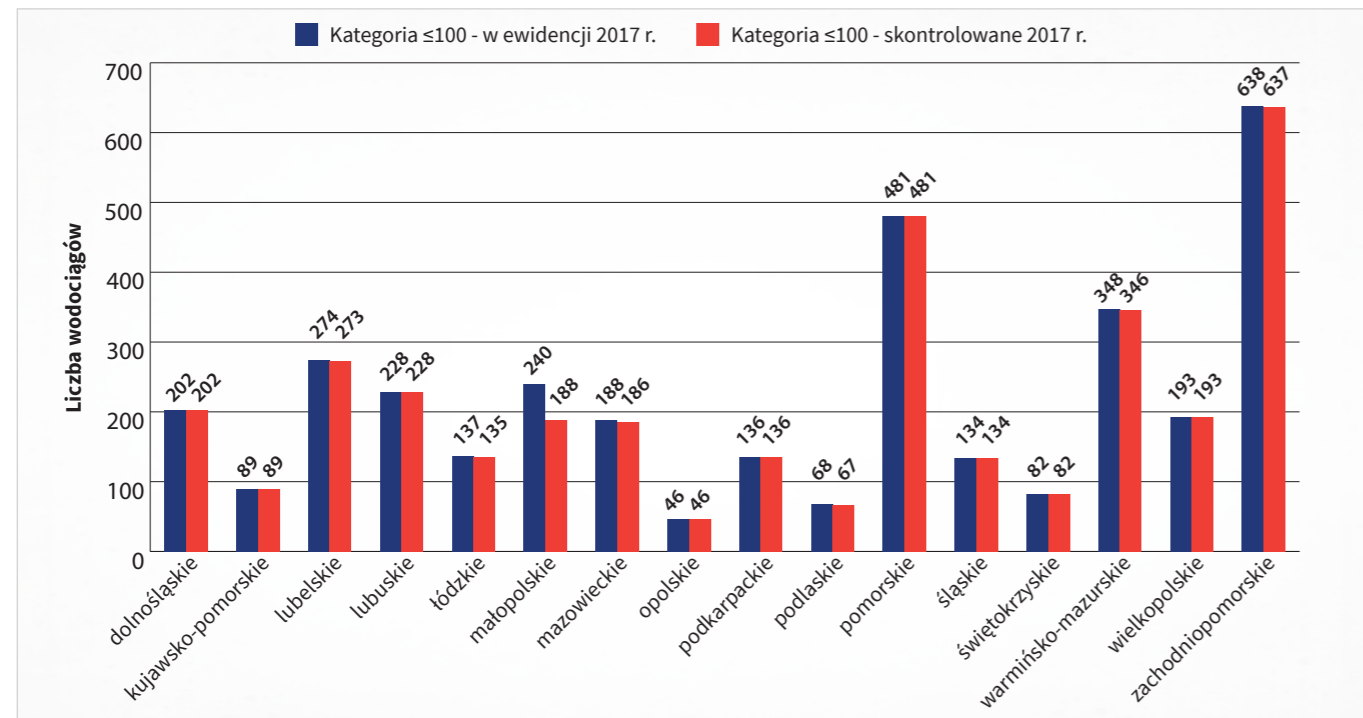


małopolskiego, mazowieckiego i wielkopolskiego (jeden obiekt w każdym z wymienionych województw). Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały większość wodociągów będących w ich ewidencji. Należy tu wyraźnie podkreślić, iż niewskazanie wodociągu jako obiektu skontrolowanego na poniższych wykresach nie oznacza, iż obiekt ten nie był nadzorowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W takich przypadkach stacje sanitar-

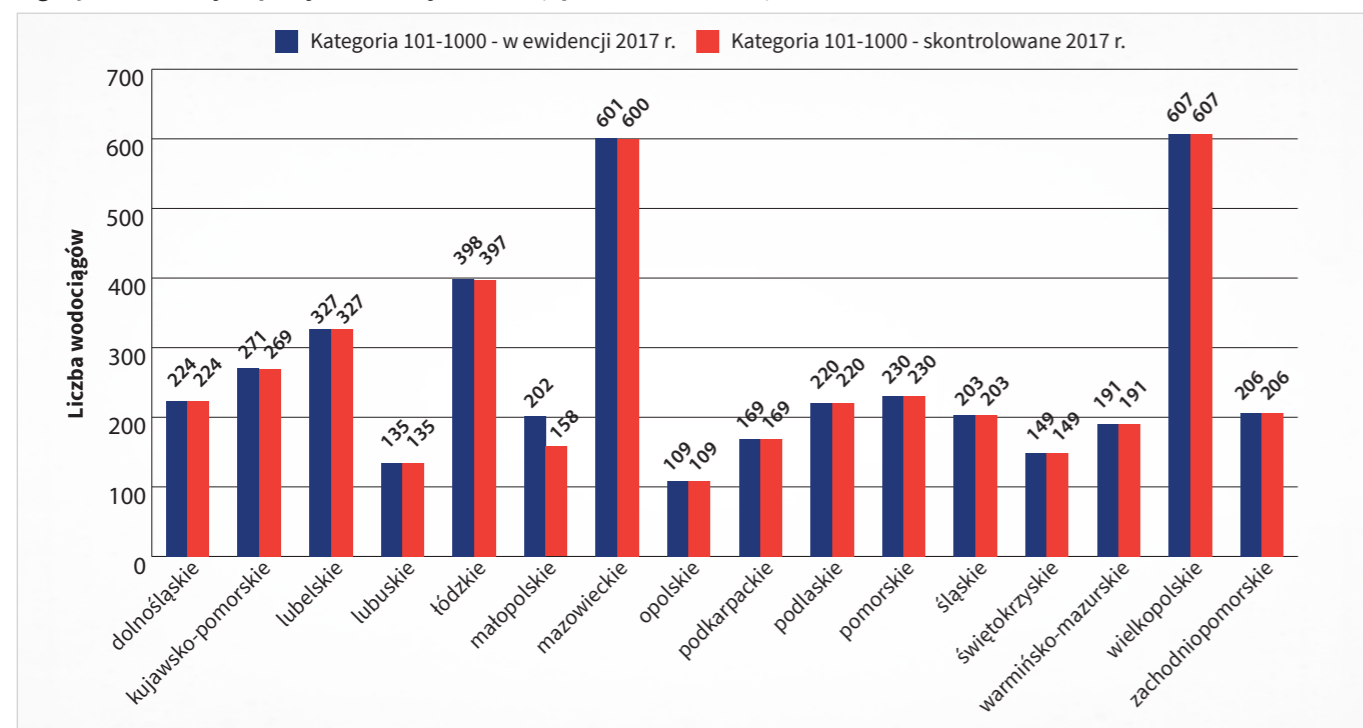
no-epidemiologiczne podejmowały inne czynności mające na celu nadzór nad jakością wody dostarczanej przez te wodociągi, na które składały się m.in.:

- uzgadnianie harmonogramu pobierania próbek i zakresu ich badania;
- dokonywanie okresowych i obszarowych ocen jakości wody dostarczanej przez wodociąg.

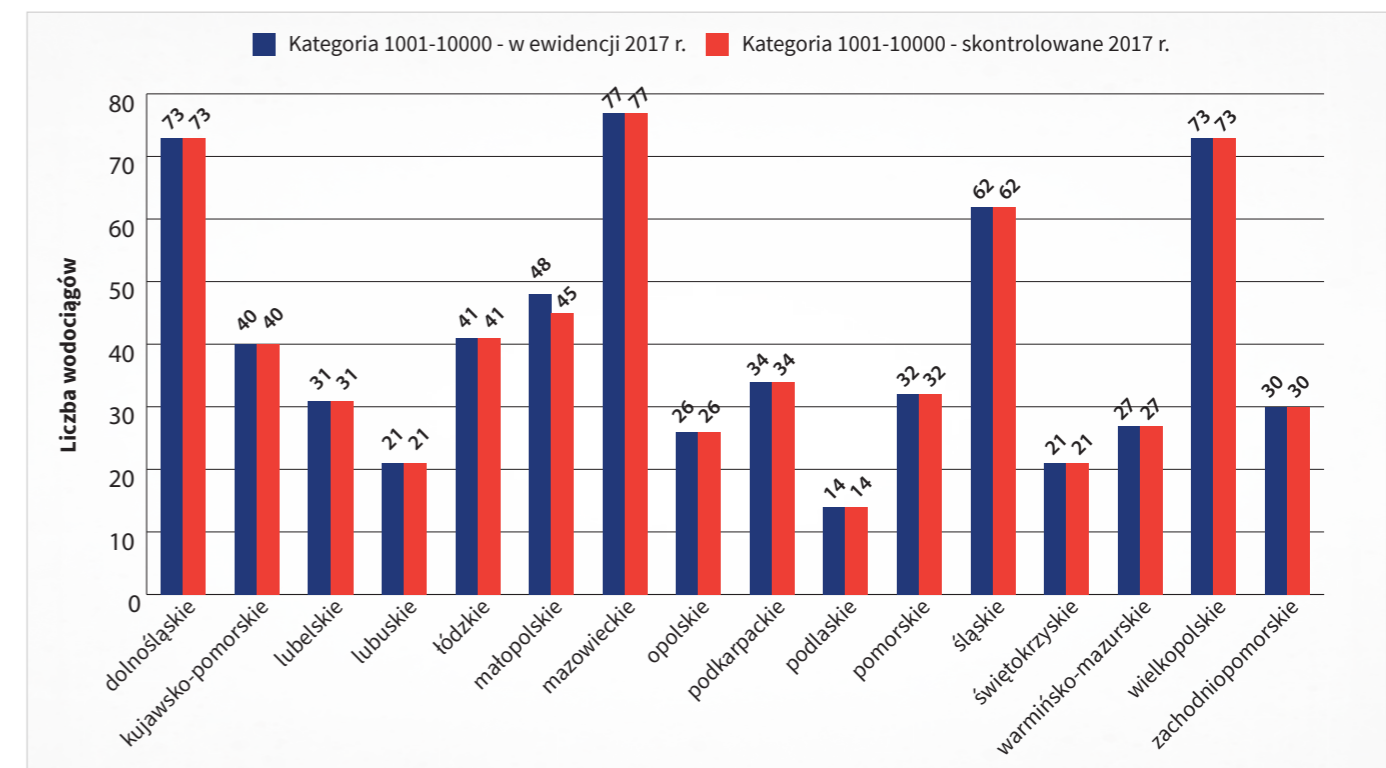
Wykres 25. Liczba wodociągów o produkcji poniżej 100 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji i skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)



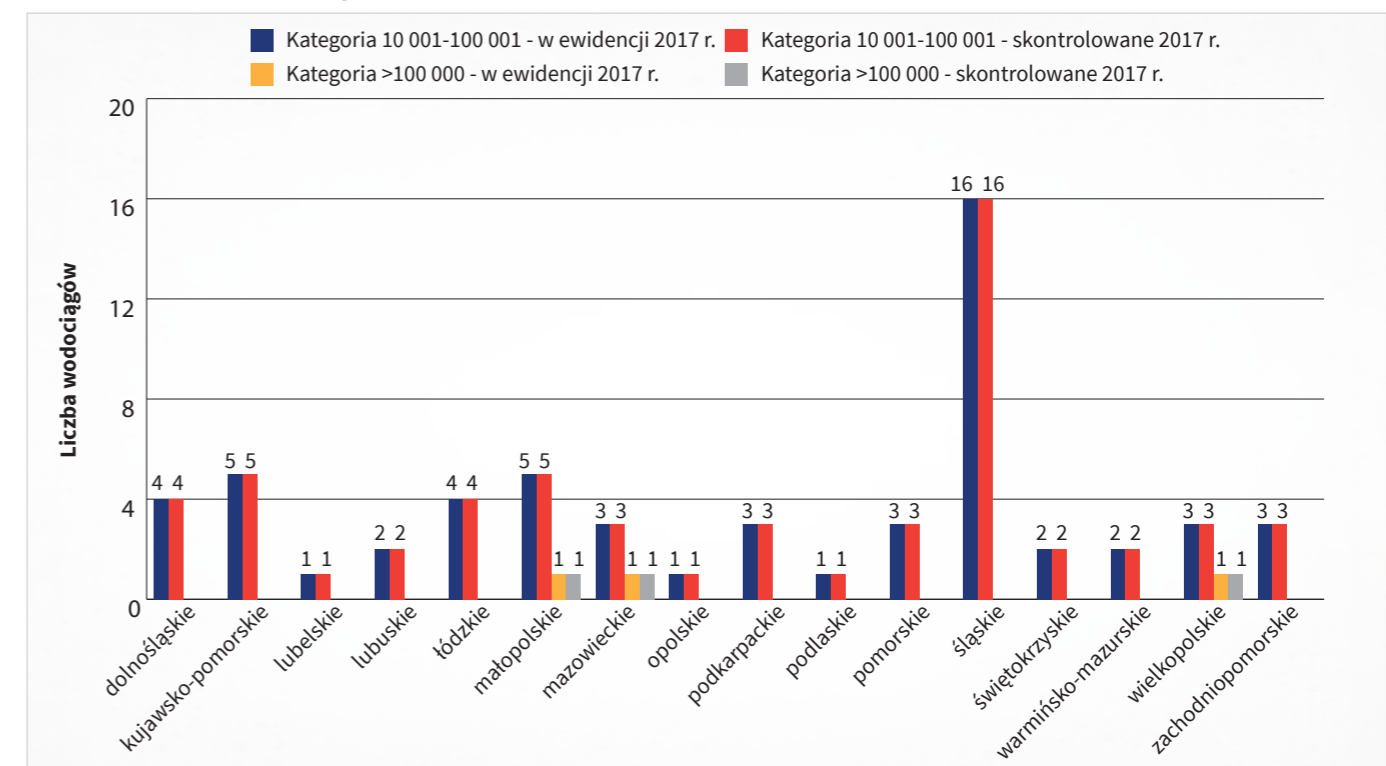
Wykres 26. Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 101-1000 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji i skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)



Wykres 27. Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 1001-10000 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji i skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)



Wykres 28. Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 10001-100000 m<sup>3</sup> oraz powyżej 100000 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji i skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)



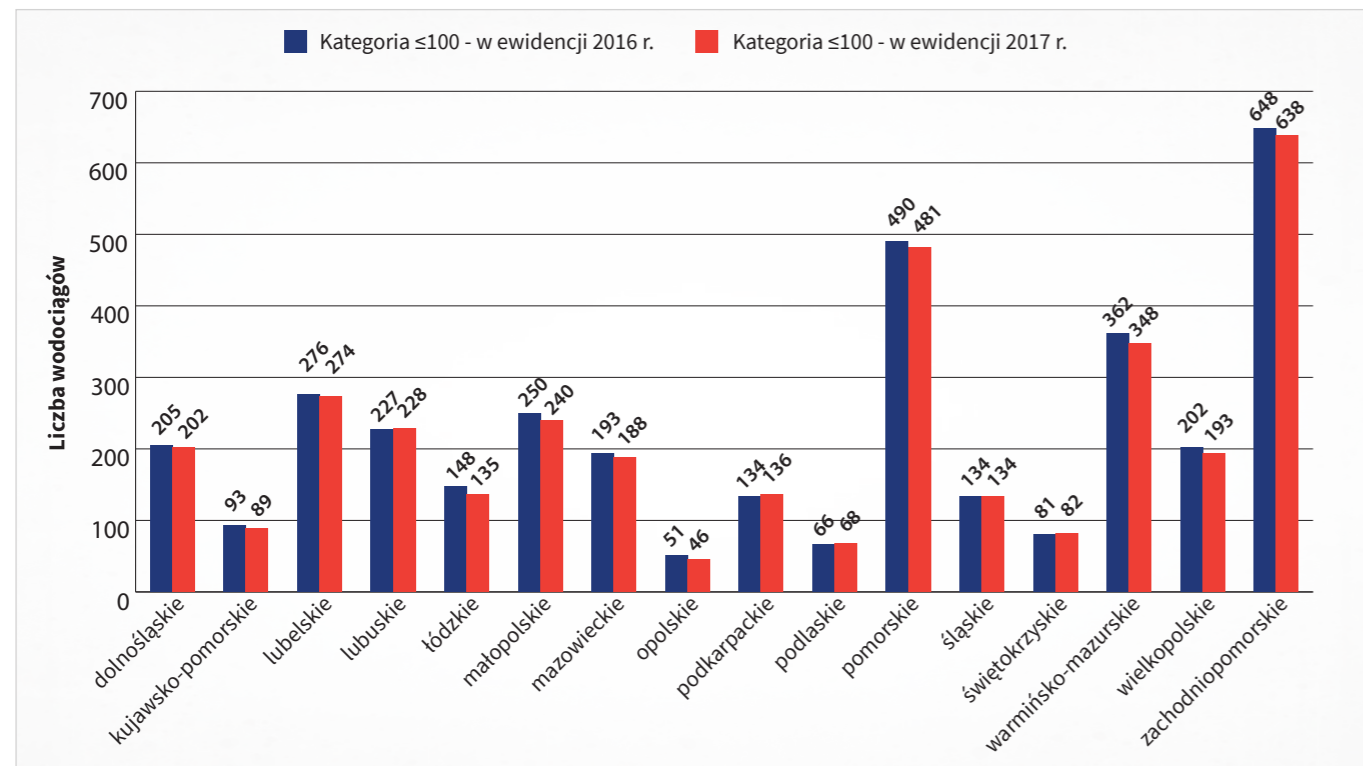
Jak wskazano powyżej w 2017 r. liczba wodociągów zmniejszyła się o 58 obiektów. Najwięcej zmian w zakresie liczby wodociągów odnotowuje się w zakresie małych producentów wody. W 2017 r. w kategorii wodociągów poniżej 100 m<sup>3</sup>/d największy spadek ich liczby odnotowano na te-

renie woj. warmińsko-mazurskiego (14 obiektów mniej niż w 2016 r.). Natomiast w woj. łódzkim zewidencjonowano o 11 obiektów mniej niż w poprzednim roku, a w woj. małopolskim i zachodniopomorskim o 10. W katalogu wodociągów o produkcji 101-1 000 m<sup>3</sup>/d największy spadek, o 15

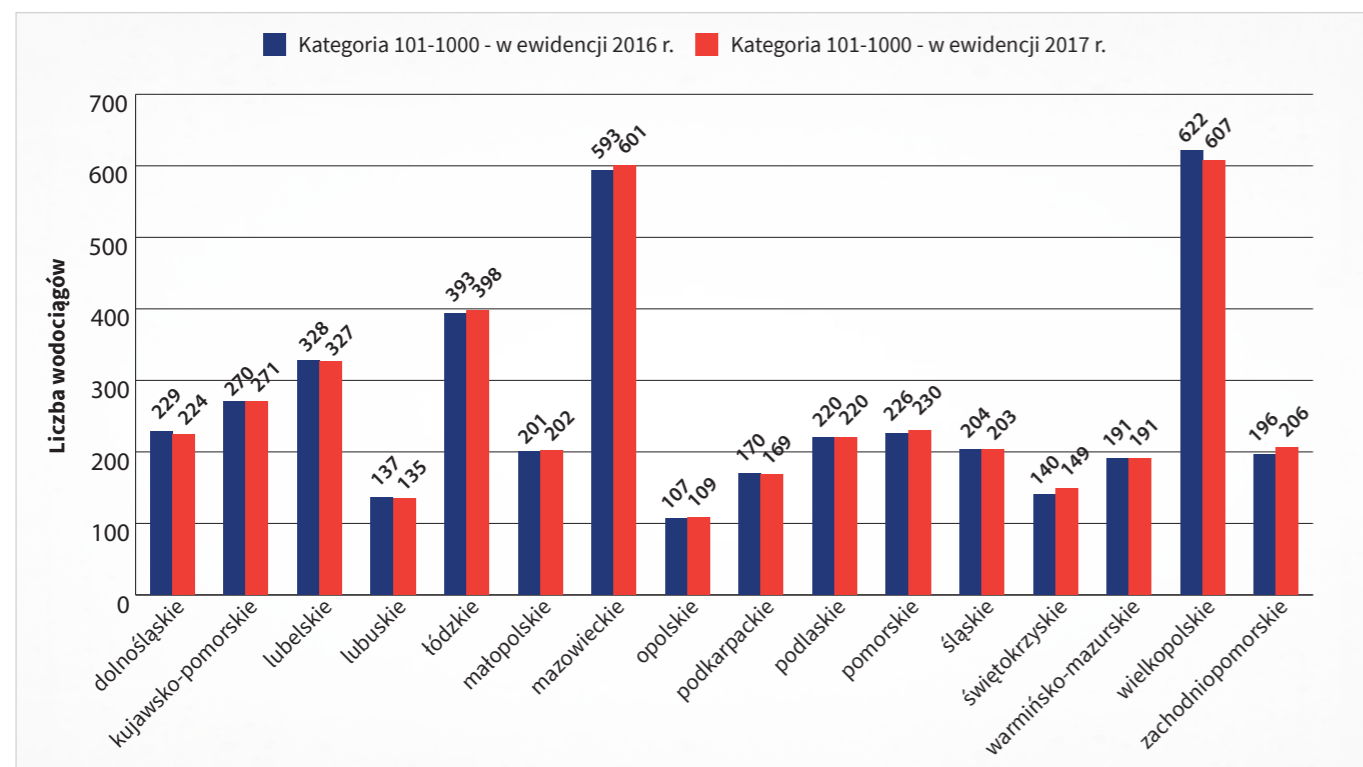
wodociągów, odnotowano na terenie woj. wielkopolskiego. Konsolidacja podmiotów produkujących wodę w niewielkich ilościach jest pozytywnym zjawiskiem z uwagi na umożliwienie wprowadzenia bardziej zaawansowanych procesów technologicznych, pozyskania specjalistów

w zakresie technologii wody, a także umożliwienie przeznaczenia większych środków finansowych na renowacje i wymianę sieci wodociągowych dla podmiotów o małej wydajności, która wpłynęłaby znacznie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego w małych wodociągach.

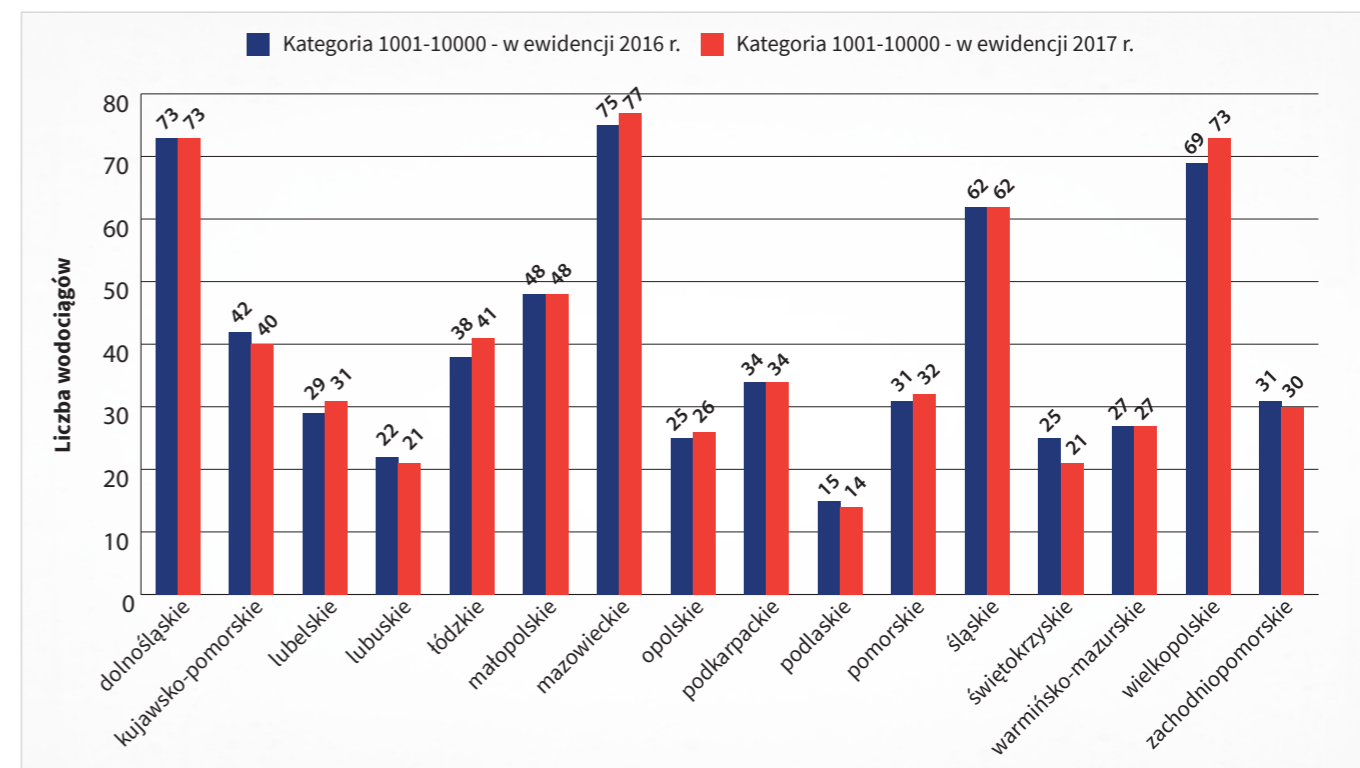
Wykres 29. Liczba wodociągów o produkcji poniżej 100 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)



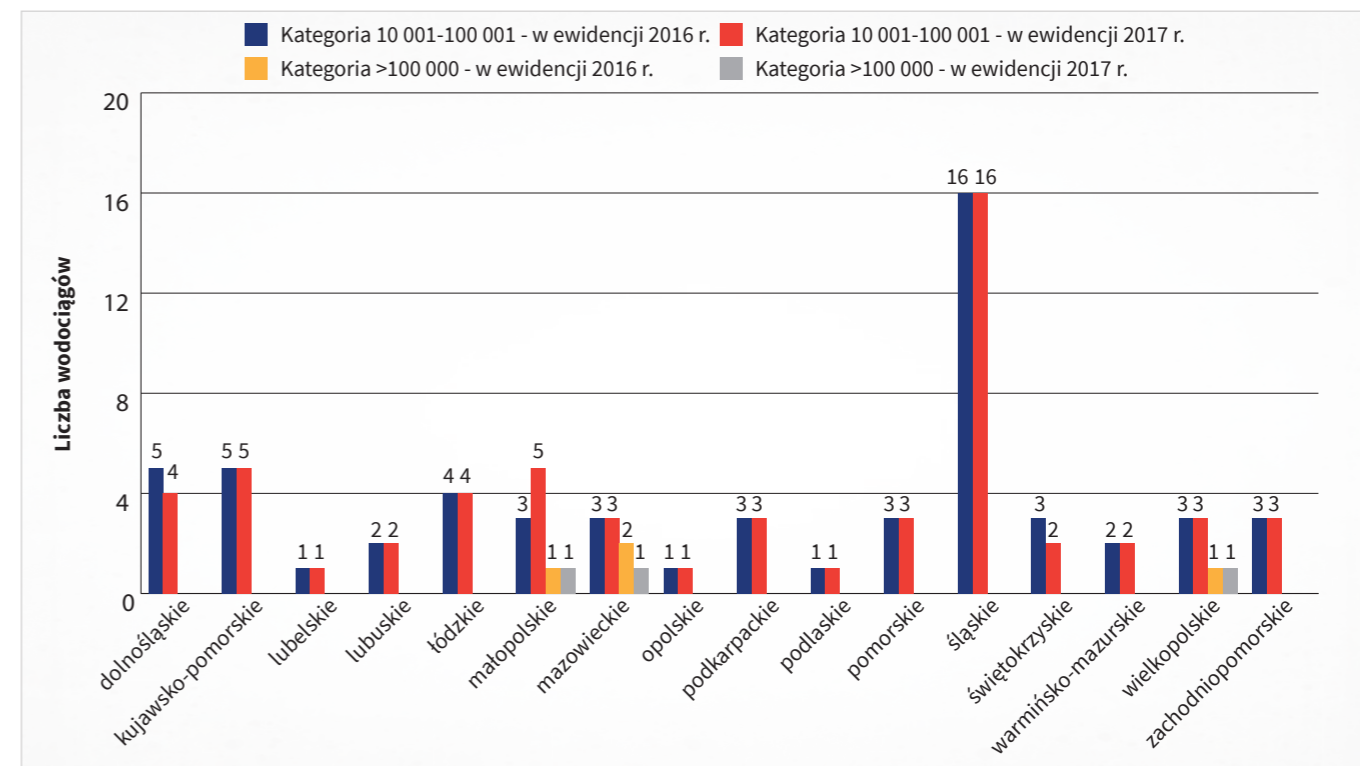
Wykres 30. Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 101-1000 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)



Wykres 31. Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 1001-10000 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)



Wykres 32. Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 10001-100000 m<sup>3</sup> oraz powyżej 100000 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)



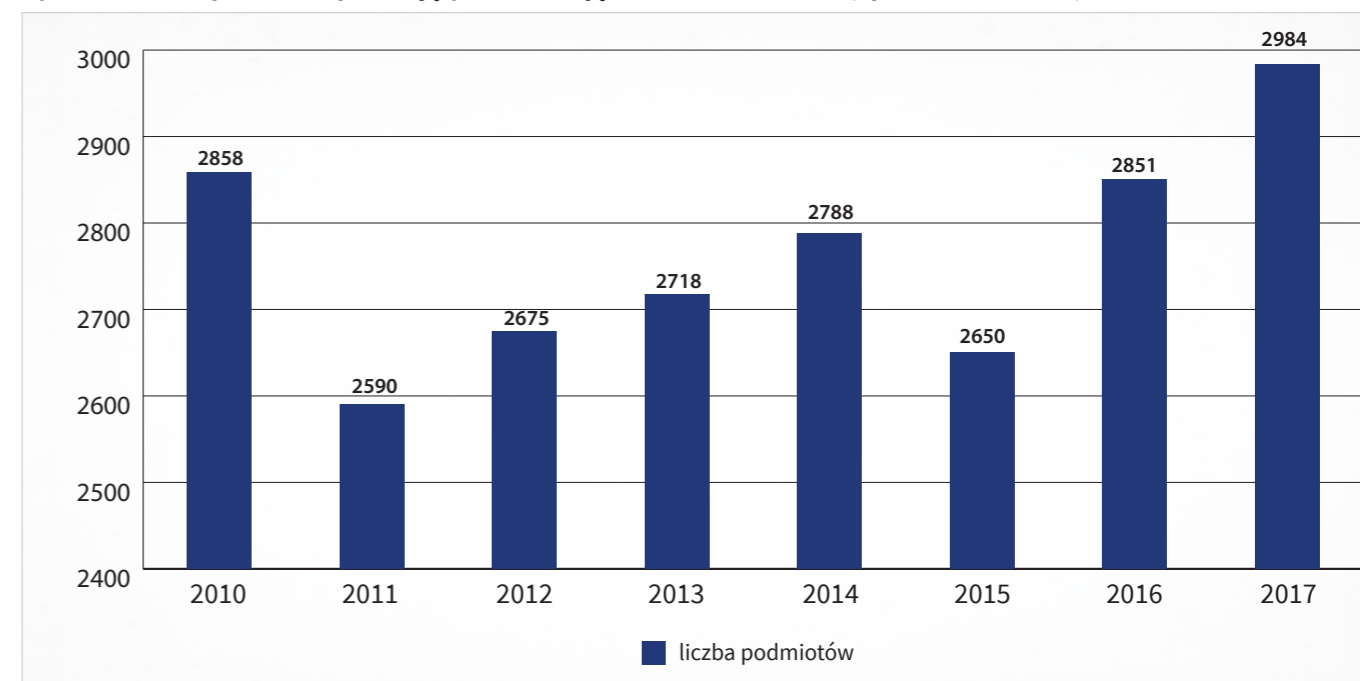


#### 2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia

Poza przedsiębiorstwami wodociągowo-kanalizacyjnymi, czyli podmiotami obejmującymi zakresem swojej działalności zbiorowe zaopatrzenie w wodę, istnieją również inne podmioty wykonujące tego typu działalność, wykorzystujące wodę pochodzącą z indywidualnego ujęcia wody w ramach działalności handlowej lub w budynkach użyteczności publicznej i są to obiekty takie jak np. szpitale, szkoły i domy pomocy społecznej, które produkują wodę na potrzeby własne. W ewidencji stacji sanitarno-epidemiolo-

gicznych w roku 2017 znajdowało się 2984 tego typu podmiotów. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. skontrolowały 2628 podmiotów, co stanowi około 88% obiektów. Dla porównania w 2016 r. w ewidencji znajdowało się 2851 obiektów posiadających własne ujęcia, w: 2015 r. - 2650, 2014 r. - 2788, 2013 r. - 2718, 2012 r. - 2675, 2011 r. - 2590, a w 2010 r. - 2858 podmiotów. W roku 2017 spośród wszystkich skontrolowanych podmiotów 2536 urządzeń zarządzanych przez te podmioty odpowiadało wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, co stanowi 96% grupy skontrolowanych.

Wykres 33. Liczba podmiotów posiadających własne ujęcia w latach 2010-2017 (opracowanie własne)



W Polsce około 36 mln ludności jest zaopatrywanych w wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę do spożycia, natomiast pozostała część zaopatruje się w wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć np. z przydomowych studni.

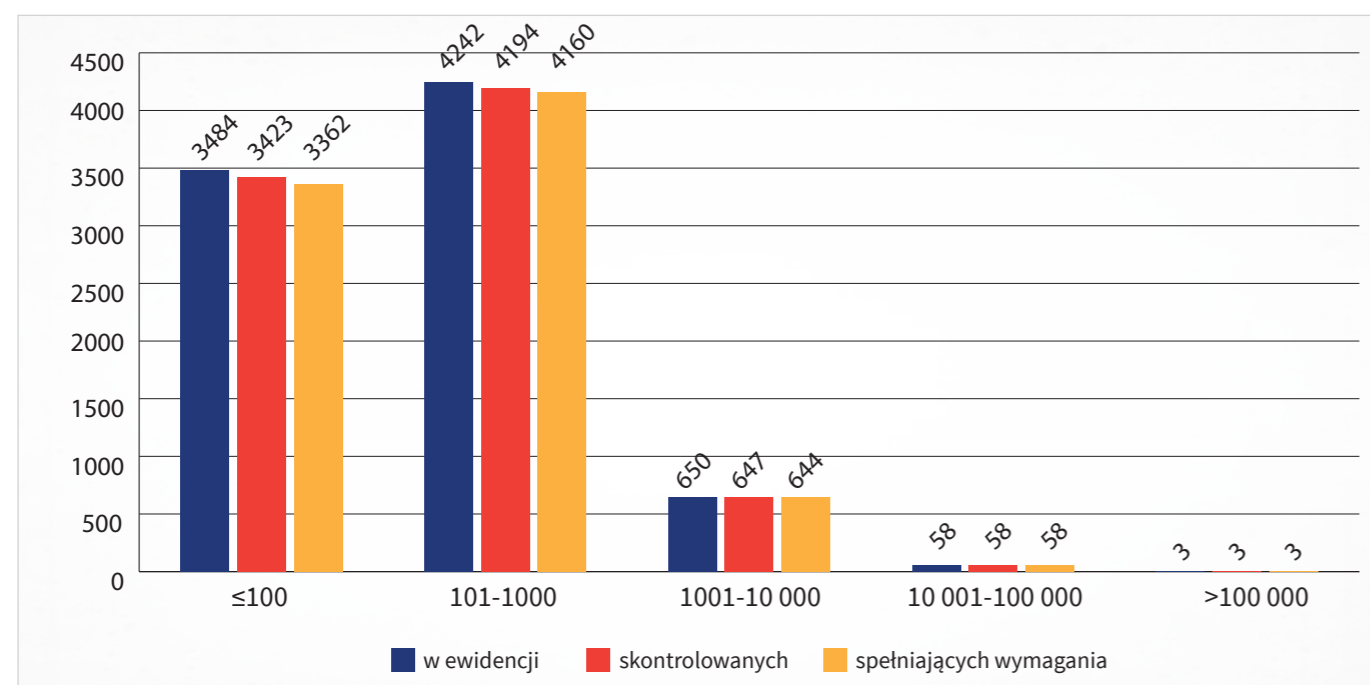
#### 2.5. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi

W 2017 r. około 99% ludności miało dostęp do wody pochodzącej z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Pozostałe 1% miało dostęp do wody warunkowo dopuszczalnej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Według ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, małych wodociągów (produkujących poniżej 100 m<sup>3</sup>

wody/dobę) w rozpatrywanym okresie było 3484 (w tym skontrolowanych - 3423, co stanowi 98,2%). Wśród nich 3362 dostarczało wodę zgodną z wymaganiami, co stanowi 98,2% wszystkich skontrolowanych. Wodociągów produkujących od 101 do 1000 m<sup>3</sup> wody/dobę zarejestrowano 4242 (w tym skontrolowanych - 4194; 98,9%). Wśród tej grupy 4160 (99,2%) dostarczało wodę spełniającą wymagania określone w ww. rozporządzeniu. Wodociągów produkujących wodę od 1001 do 10000 m<sup>3</sup>/dobę było 650 (647 skontrolowanych 99,5%). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 99,5% (644 wodociągów). Wodociągów produkujących od 10001 do 100000 m<sup>3</sup> wody/dobę było 58 (skontrolowanych 100%). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 100%. Również 3 największe wodociągi, produkujące powyżej 100000 m<sup>3</sup>/dobę dostarczały wodę do spożycia w 100% zgodną z wymaganiami. Dane dotyczące liczby wodociągów, w tym odpowiadające wymaganiom przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 34. Struktura wodociągów w 2017 r. z podziałem na wodociągi w ewidencji, skontrolowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i spełniające wymagania dotyczące jakości wody do spożycia (opracowanie własne)



Przedmiotem kontroli prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej był również stan techniczny infrastruktury wodociągowej. Producentom wody zwracano uwagę na odpowiedzialność za jakość dostarczanej wody oraz konieczność sprawdzania jej jakości po pracach remontowych, wymianach złożeń, po usunięciu awarii oraz po dłuższych przerwach w dostawie energii elektrycznej.

Producenci wody oraz organy samorządowe w miarę możliwości finansowych oraz w oparciu o środki pozyskiwane

z funduszy europejskich, modernizują istniejącą infrastrukturę wodociągową oraz realizują nowe inwestycje, mające na celu poprawę sytuacji w zakresie zbiorowego zaopatrzenia w wodę. W wielu miejscowościach prowadzone były prace związane z przebudową stacji uzdatniania wody, tj.: wymiana urządzeń technologicznych, pomp głębinowych i armatury oraz przeprowadzono remonty budynków hydroforni.

### 3. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków badania pobranych próbek wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi wykonywały laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości prowadzonych badań wody, zatwierdzonym przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody w 2017 r. musiały posiadać aktualne zatwierdzenie do badania wody dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w minimalnym zakresie określonym w §7 ust. 1 rozporządzenia z dnia 13 listopada 2015 r. Ministra Zdrowia. Przepis stanowi, iż zatwierdzenie systemu jakości prowadzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego powiatowego lub właściwego granicznego in-

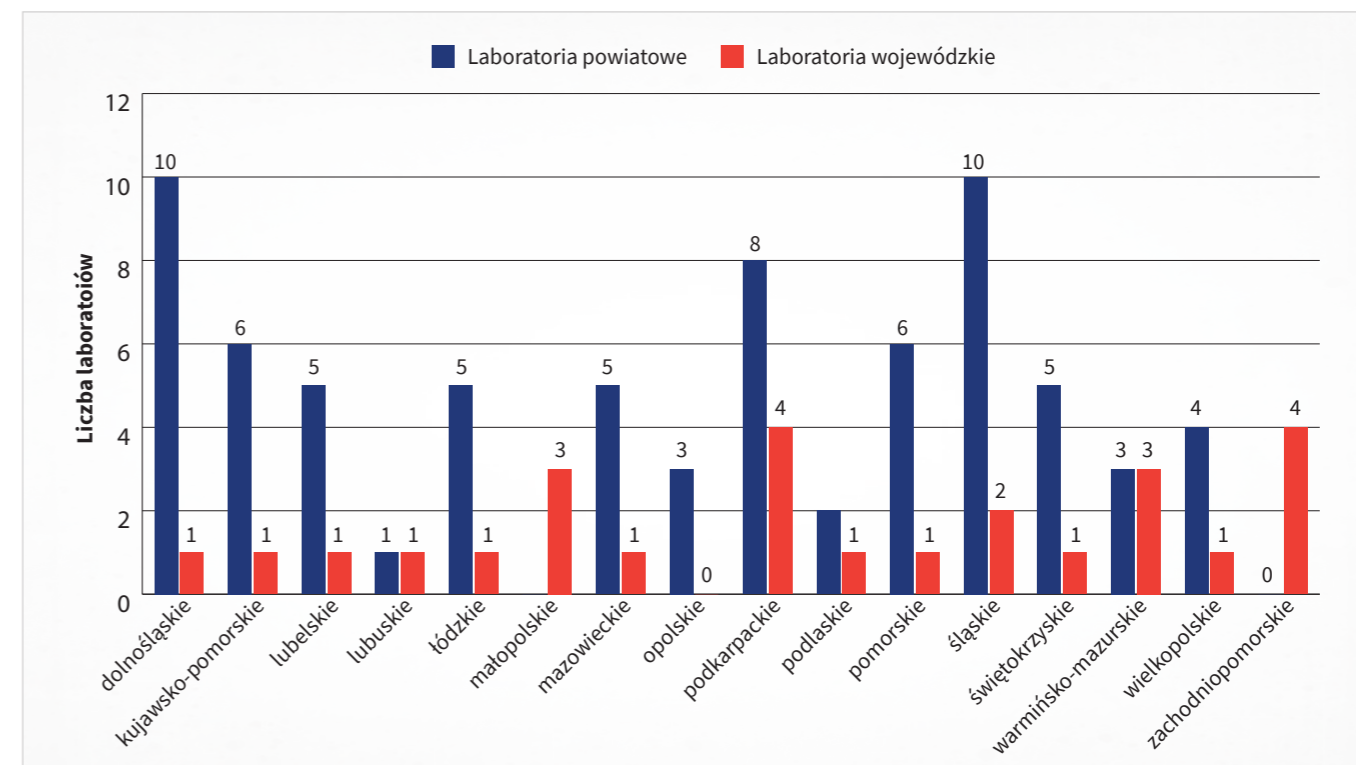
spektora sanitarnego w ramach prowadzenia nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody, na podstawie wniosku zawierającego:

- zaświadczenia potwierdzające przeszkolenie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej osób pobierających próbki wody do badań albo certyfikat laboratorium w zakresie pobierania próbek wody;
- wykaz badań prowadzonych przez laboratorium oraz charakterystyki metod badawczych;
- dokumenty potwierdzające udział laboratorium w badaniach biegłości;
- zestawienia wyników i ocen badań biegłości, wykonywanych nie wcześniej niż 4 lata przed dniem złożenia wniosku o zatwierdzenie systemu jakości prowadzonych badań.

Tab. 16. Liczba czynnych w 2017 r. powiatowych i wojewódzkich laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne)

Województwo	Liczba laboratoriów		Suma
	powiatowych	wojewódzkich	
dolnośląskie	10	1	11
kujawsko-pomorskie	6	1	7
lubelskie	5	1	6
lubuskie	1	1	2
łódzkie	5	1	6
małopolskie	0	3	3
mazowieckie	5	1	6
opolskie	3	0	3
podkarpackie	8	4	12
podlaskie	2	1	3
pomorskie	6	1	7
śląskie	10	2	12
świętokrzyskie	5	1	6
warmińsko-mazurskie	3	3	6
wielkopolskie	4	1	5
zachodniopomorskie	0	4	4
<b>POLSKA</b>	<b>73</b>	<b>26</b>	<b>99</b>

Wykres 35. Liczba powiatowych i wojewódzkich laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania wody do spożycia w 2017 r. (opracowanie własne)



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



Tab. 17. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)

Województwo	Liczba badań
dolnośląskie	2291
kujawsko-pomorskie	2546
lubelskie	2725
lubuskie	1885
łódzkie	3646
małopolskie	3142
mazowieckie	4352
opolskie	1461
podkarpackie	1488
podlaskie	881
pomorskie	1805
śląskie	3535
świętokrzyskie	1456
warmińsko-mazurskie	3014
wielkopolskie	5660
zachodniopomorskie	2848
<b>POLSKA</b>	<b>42735</b>

W ramach kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2017 wykonano ponad 42 tys. badań wody.

#### 4. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco analizują wyniki badań wody przeznaczonej do spożycia, wykonanych zarówno w ramach nadzoru sprawowanego przez Inspekcję Sanitarną, jak również otrzymane od podmiotów prowadzących zbiorowe zaopatrzenie w wodę. W zależności od wyników podejmują działania zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r.

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

są proste i szybkie metody ich wykrywania dające dużą powtarzalność wyników.

Pogorszenia jakości wody w zakresie mikrobiologicznym były spowodowane głównie awariami urządzeń, przeciekami na sieci, brakiem właściwej dezynfekcji po dokonanej konserwacji, złym stanem technicznym instalacji wewnętrznej, małym rozbiorem wody, brakiem regularnego płukania sieci, co mogło być skutkiem wtórnego zanieczyszczenia. W niektórych przypadkach nie udało się ustalić bezpośredniej przyczyny niewłaściwej jakości bakteriologicznej wody w systemie dystrybucji.

W wodociągach, w których stwierdzono niewłaściwą jakość wody, administratorzy przede wszystkim zwiększali częstotliwość poboru próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej. W zależności od wyników badań podejmowano działania naprawcze takie jak:

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

#### 5. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych

Woda przeznaczona do spożycia przez ludzi poddawana jest systematycznej kontroli jakości, w celu oceny jej przydatności do spożycia, uwzględniającej zarówno bezpieczeństwo zdrowotne, jak i aspekty organoleptyczne oraz akceptowalność dla konsumentów. Badaniu wody, wykonywanym przez jej producentów, podlega woda ujmowana, surowa, woda po uzdatnieniu w miejscu jej podawania do sieci, z punktów rozmieszczonych w sieci wodociągowej oraz z punktów czerpalnych u konsumentów. Natomiast organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolują wodę w punktach zgodności tj. punktach czerpalnych wody, w których sprawdzana jest jakość wody, na podstawie ustalonego planu działania na dany rok. Wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń parametrów jakości wody do spożycia są zgodne z wartościami określonymi w dyrektywie Rady 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

W przypadku gdy woda nie spełnia wymagań określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia, z wyłączeniem wymagań określonych dla bromianów i ołowiu, oraz nie jest możliwe przywrócenie jej jakości do stanu wymaganego przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w terminie 30 dni, podmioty prowadzące zbiorowe

zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia mogą wystąpić o zgodę na odstępstwo od tych wymagań. Udzielenie zgody jest dopuszczalne wyłącznie, jeżeli nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Wniosek o zgodę na odstępstwo składany, przez podmiot odpowiedzialny, do właściwego państwowego inspektora sanitarnego zawiera szereg niezbędnych do oceny zasadności wydania zgody danych, tj.

- wskazanie przyczyn występowania w wodzie dopuszczalnych przekroczeń parametrów,
- określenie działań podejmowanych przez przedsiębiorstwo wodociągowo-kanalizacyjne w celu uzyskania poprawy jakości wody,
- określenie obszaru zaopatrzenia w wodę i liczby ludności zaopatrywanej w wodę,
- określenie harmonogramu działań naprawczych oraz działań sprawdzających efektywność procesów naprawczych.

Przyznawanie odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej umożliwia podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Pod-



stawowym 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.

Po spełnieniu ww. wymagań właściwy państwowy powiatowy lub państwowy graniczny inspektor sanitarny wydaje decyzję wyrażającą zgodę na odstępstwo, określając maksymalną wartość parametru, na jaką pozwala odstępstwo, termin obowiązywania zgody oraz warunki, jakie mają być spełnione w trakcie obowiązywania zgody na odstępstwo z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów.

Jednocześnie, zgodnie z interpretacją Komisji Europejskiej art. 9 Dyrektywy Rady 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. Urz. UE L 330 z 05.12.1998), Państwa Członkowskie mogą wydać odstępstwa od wartości parametrycznych przedstawionych w załączniku nr I część B dla danej strefy zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi, na okres maksymalnie dziewięciu lat (maksymalnie 3 lata na pierwsze, maksymalnie 3 lata na drugie i maksymalnie 3 lata na trzecie odstępstwo). Terminy liczenia tych odstępstw rozpoczynają się z chwilą przystąpienia danego kraju do Unii Europejskiej

(zatem dla Polski od roku 2004). Komisja Europejska poinformowała, iż w przypadku Państw Członkowskich, które przystąpiły do Unii Europejskiej w dniu 1 maja 2004 r., okres możliwych do wydawania odstępstw został zakończony oraz że Komisja Europejska nie wyda pozytywnej opinii w sprawie uzyskania trzeciej zgody na odstępstwo zgodnie z art. 9 ust. 2 (regulacja implementowana do prawodawstwa polskiego §28 ust. 3-4 uchylonego w dniu 28.11.2015 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi). Zatem standardowo czas, w którym możliwe było zgłoszenie wniosku o zgodę na odstępstwo dla Państw Członkowskich, które weszły do Unii Europejskiej w maju 2004 r. dla pierwszego odstępstwa upłynął w maju 2007 r., dla drugiego odstępstwa upłynął w maju 2010 r. a dla trzeciego odstępstwa upłynął w maju 2013 r.

Równocześnie, zgodnie z interpretacją Komisji możliwe jest, w wyjątkowych okolicznościach, aby Państwo Członkowskie zwróciło się do Komisji o przyznanie odstępstwa.

Wskazane okoliczności dotyczą:

- 1) przypadku utworzenia nowej strefy zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia,
- 2) stref zaopatrzenia, które na dzień przystąpienia do Unii Europejskiej wykazywały zgodność parametrów jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi;
- 3) przypadku ustanowienia wartości dla nowych parametrów lub nowych wartości dla parametrów obowiązujących

- co zostało ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

W roku 2017 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie udzieliły żadnego odstępstwa od dopuszczalnych parametrów jakości wody.

## 6. Analiza przekroczeń dodatkowych wymagań

Najczęstsze przekroczenia wartości parametrów jakości wody do spożycia dostarczanej w ramach zbiorowego zaopatrzenia występują dla parametrów z załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia tj.: mętność, barwa, żelazo, mangan, bakterie grupy coli i amoniak. Przekroczenia te stwierdzane są najczęściej w przypadku wodociągów o małej dobowej produkcji wody, które zaopatrują stosunkowo duży odsetek ludności w Polsce. Są to parametry z grupy tzw. parametrów wskaźnikowych, które są ważnym wskaźnikiem potencjalnej obecności zanieczyszczeń, które mogłyby mieć wpływ na zdrowie i były skutkiem najczęściej wtórnego zanieczyszczenia wody oraz mogą sygnalizować zmiany w jakości wody ujmowanej, nieprawidłowości w procesie uzdatniania lub wskazują na

tendencję do tworzenia się ubocznych produktów w procesach dezynfekcji.

W związku z przypadkami zbyt długotrwałego dostarczania konsumentom wody o parametrach przekraczających dopuszczalne wartości (nawet 47 miesięcy od stwierdzenia pogorszenia się jakości wody) przyjęto regulację, zgodnie z którą organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogą przyznać warunkową przydatność wody do spożycia w zakresie wymagań jakości wody w odniesieniu do parametrów organoleptycznych i fizykochemicznych z załącznika 3 część B rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na okres nie dłuższy niż 30 dni w ciągu poprzedzających dwunastu miesięcy.

Natomiast w sytuacji wystąpienia przekroczeń parametrów mikrobiologicznych określonych w załączniku 3A ww. rozporządzenia przepisy nie przewidują możliwości udzielenia przez organy PIS zgód na warunkowe spożycie wody. Podyktowane to zostało względami bezpieczeństwa zdrowotnego. Długotrwałe przekroczenia parametrów wskaźnikowych zostały negatywnie ocenione przez Najwyższą Izbę Kontroli w sprawozdaniu z wyników kontroli P/16/045 *Ochrona jakości wód ujmowanych do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi*.

Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych wartości określonych dla wskaźnikowych parametrów mikrobiologicznych jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w większości wodociągów publicznych/indywidualnych ujęć wody występowały okresowo. W wyniku podjętych przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne/producentów wody działań naprawczych polegających głównie na przeprowadzeniu zabiegów dezynfekcji i płukania studni

ujęć wody oraz urządzeń i sieci wodociągowych uzyskiwano odpowiednią jakość wody pod względem mikrobiologicznym lub znaczną poprawę jakości wody.

Przyczyną nieodpowiedniej jakości wody było:

- zastosowanie wadliwej technologii, m.in. uzdatniania wody, szczególnie na obszarach wiejskich pozbawionych kanalizacji,
- niewłaściwa eksploatacja i konserwacja urządzeń/obiektów służących do zaopatrzenia w wodę oraz brak ich okresowych przeglądów i modernizacji,
- wieloletnie zapóźnienia w rozwoju sieci kanalizacyjnej,
- niedostateczny nadzór nad prawidłowym odprowadzaniem ścieków,
- brak odpowiednich stref ochrony ujęć wody, który przyczynił się do niewystarczającej ochrony zasobów wód podziemnych.

## 7. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Polska implementowała przepisy dyrektywy Rady 2013/51/Euratom z dnia 22 października 2013 r., określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi wstępny monitoring substancji promieniotwórczych jest pierwszym badaniem poziomu stężenia substancji promieniotwórczych i ich przekroczeń przeprowadzonym we wszystkich istniejących oraz w nowo tworzonych ujęciach wody pod kątem występowania radonu, izotopów radu: Ra-226 i Ra-228 oraz trytu.

Zgodnie z § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne oraz podmioty wykorzystujące wodę, pochodzącą z indywidualnego ujęcia, jako część działalności handlowej lub w budynkach użyteczności publicznej, w celu określenia rozmiaru i charakteru prawdopodobnego narażenia na substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi, wykonują wstępny monitoring substancji promieniotwórczych, nie później niż w terminie 24 miesięcy od dnia wejścia w życie ww. rozporządzenia tj. do dnia 28 listopada 2017 r.

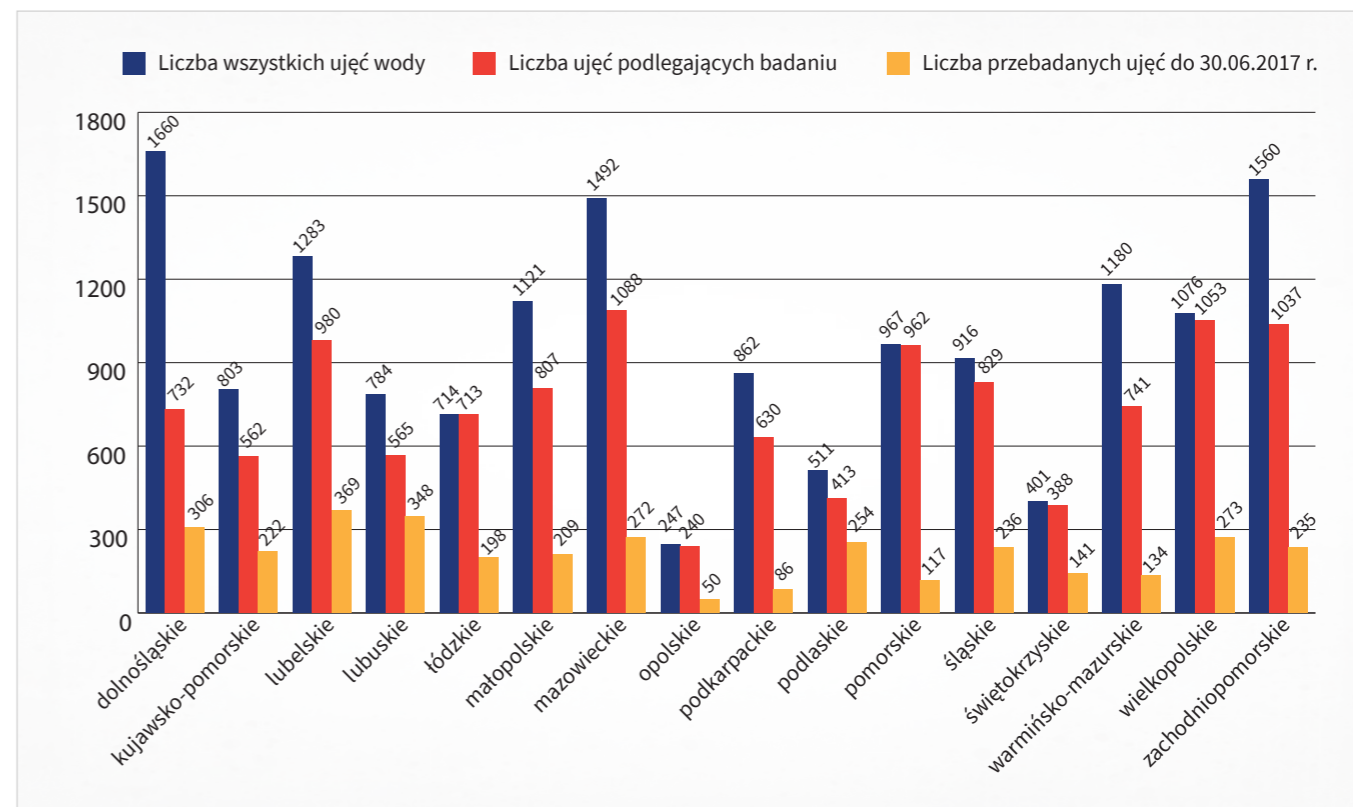
W celu zapewnienia realizacji przeprowadzenia przez podmioty zaopatrzące w wodę wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych, organy Państwowej Inspekcji

Sanitarnej informowały właścicieli/zarządców wodociągów, przypominając o obowiązku wykonania wstępnego monitoringu. Obowiązek wykonywania wstępnego monitoringu był również weryfikowany przez inspektorów sanitarnych w trakcie oceny przedkładanych przez ww. podmioty harmonogramów pobierania próbek wody do badań laboratoryjnych oraz w trakcie bieżących kontroli sanitarnych. Jak również organizowano szkolenia dla gestorów obiektów wodnych w powyższym zakresie.

Główny Inspektor Sanitarny w celu realizacji nadzoru nad realizacją przez podmioty zbiorowego zaopatrzenia obowiązku przeprowadzenia wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych zwrócił się z prośbą (w maju 2017 r.) do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o przesłanie sprawozdania z realizacji ww. obowiązku. Z podsumowania wynikało, iż z około 15 577 ujęć wody przeznaczonej do spożycia, będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, obowiązek wykonania wstępnego monitoringu zawartości substancji promieniotwórczych w wodzie dotyczył około 11 740. Ponadto dla 3 450 ujęć (29%), według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r., ww. obowiązek został zrealizowany – szczegółowe dane w tym zakresie z podziałem na województwa znajdują się na poniższym wykresie.

Biorąc pod uwagę pewne trudności z przeprowadzeniem przez producentów wody wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych w okresie 24 miesięcy od dnia wejścia w życie poprzedniego przepisu, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. poz. 2294) okres ten został wydłużony do 31 grudnia 2018 r.

Wykres 36. Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 10001-100000 m<sup>3</sup> oraz powyżej 100000 m<sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)



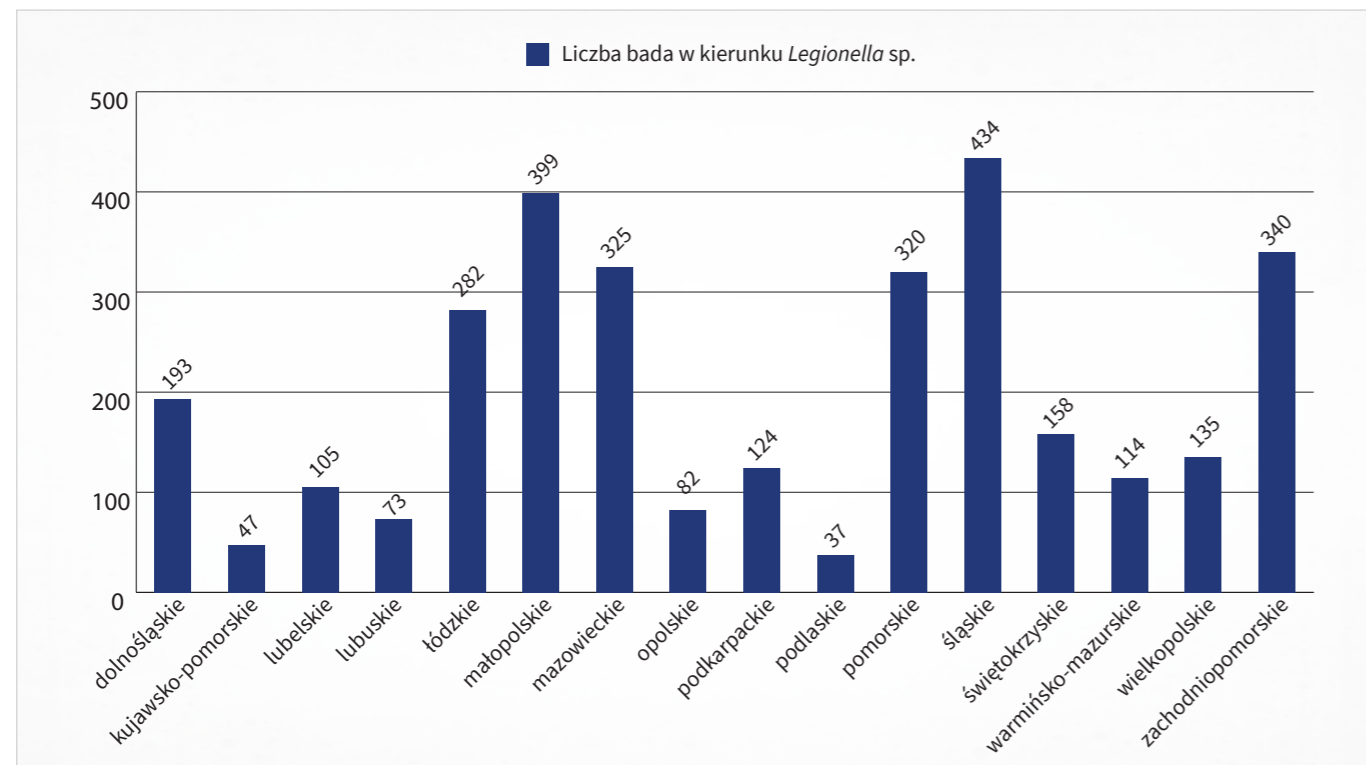
## 8. Badanie ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju *Legionella* sp.

W związku z zagrożeniami, jakie niesie za sobą występowanie bakterii z rodzaju *Legionella* w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w załączniku nr 1E, wskazuje na konieczność badania „ciepłej” wody w kierunku występowania bakterii z rodzaju *Legionella* sp. w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz w przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

W 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały około 3 tys. badań ciepłej wody na obecność bakterii z rodzaju *Legionella* sp. w ww. obiektach.

Biorąc pod uwagę powszechne zasiedlanie instalacji wodnych pałeczkami *Legionella*, realne zagrożenie zakażenia ludzi oraz inhalacyjny charakter zakażeń tymi bakteriami, bardzo istotne jest podejmowanie działań w celu ograniczenia ich występowania i namnażania. Działania te obejmują zarówno rozwiązania techniczne, kontrolę czynników sprzyjających rozwojowi bakterii jak i zwalczanie skażenia poprzez prowadzenie procesów dezynfekcji i czyszczenia.

Wykres 37. Liczba badań w 2017 r. w zakresie *Legionella* sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne)



## 9. Podsumowanie

W roku 2017, podobnie jak rok wcześniej, około 99% konsumentom dostarczano wodę w ramach zbiorowego zaopatrzenia, zgodną z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, natomiast około 1% mieszkańcom dostarczano wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia.

Obserwuje się wzrost świadomości konsumentów na temat wymagań, jakie powinna spełniać bezpieczna i „zdrowa”

woda do spożycia. Dlatego też przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne podnoszą jakość świadczonych usług, starając się zapewnić dostarczenie produktu o jak najwyższej jakości, co znajduje odzwierciedlenie w uzyskiwanych wynikach badań wykonywanych w ramach nadzoru w skali kraju.

Przeprowadzona przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej analiza wyników kontroli oraz przyczyn zanieczysz-

czenia wody do spożycia wskazuje, iż konieczne jest kontynuowanie działań mających na celu polepszenie stanu sanitarno-technicznego infrastruktury wodociągowej, pełne zwodociągowanie i skanalizowanie gmin oraz usunięcie zbiorników bezodpływowych, dalsze łączenie tzw. małych wodociągów (czyli produkujące poniżej 1000 m<sup>3</sup> wody na dobę) w większe sieci wodociągowe, objęcie nadzorem przez samorządy właścicieli indywidualnych ujęć wody, szczególnie w zakresie zabezpieczania przyłącza do wodociągu zaworami antyskażeniowymi.

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

- objęcie skuteczną kontrolą wewnętrzną wszystkich wodociągów, ujęć wody przeznaczonej do spożycia, także indywidualnych, w celu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym i minimalizowania ich skutków;
- stosowanie systemu wielobarierowości polegającego na:
  - skutecznej ochronie ujęć wody,
  - właściwym projektowaniu, budowaniu i eksploataowaniu sieci i instalacji wodociągowych,
  - stworzeniu systemu nadzorowania materiałów i wyrobów stosowanych do kontaktu z wodą do spożycia;
- zapewnienie właściwego funkcjonowania instalacji wewnętrznych w budynkach tak, aby nie były przyczyną wtórnego zanieczyszczenia i pogorszenia jakości wody oraz nałożenie na właścicieli instalacji obowiązku okresowej kontroli jakości rozprowadzanej wody;
- wypełnienie przez Rzeczpospolitą Polską zobowiązań wynikających z dyrektywy 91/676/EWG z dnia 12 grudnia 1991 r. dotyczącej ochrony wód przed zanieczyszczeniami powodowanym przez azotany pochodzenia rolniczego pozostającej w kompetencji ministra właściwego do spraw gospodarki wodnej, w uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw rolnictwa przyczyni się do ograniczenia odpływu azotu ze źródeł rolniczych, a tym samym do zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego ujęć wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.
- utworzenie systemu gwarantującego bezpieczeństwo zdrowotne wody poprzez:
  - stosowanie dobrych praktyk (opracowanie wytycznych, zaleceń),
  - utworzenie systemu certyfikacji pracowników, tak aby zapewnić niezbędny poziom wiedzy z zakresu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym.

Powyższe działania mają charakter zadań długoterminowych i powinny przyczynić się do wzrostu bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów wody przeznaczonej do spożycia.

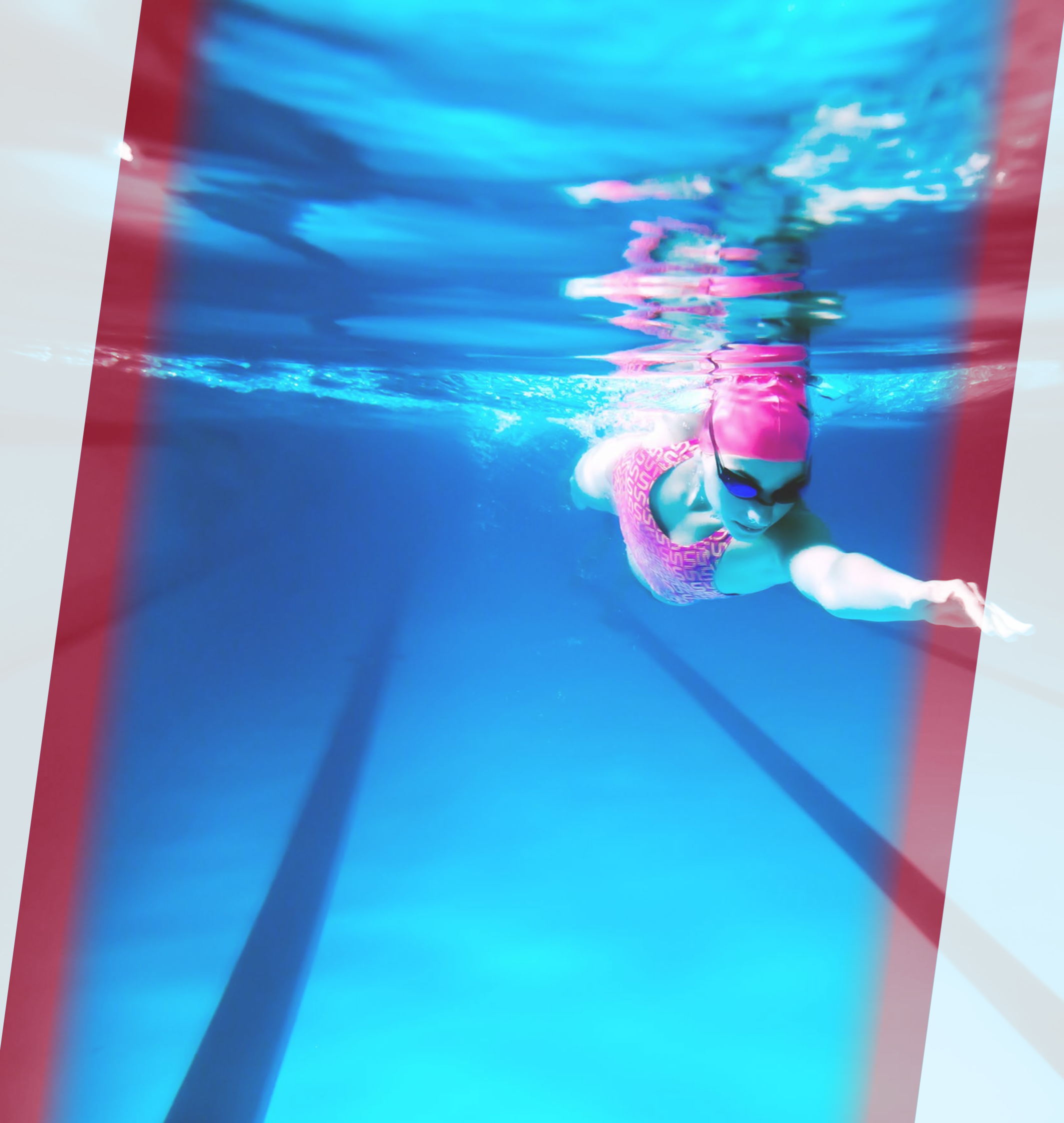
Działania Inspekcji Sanitarnej w zakresie kompetencji pionu higieny komunalnej i oddziałów bezpieczeństwa wody stopniowo przyczyniają się do wzrostu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Ponadto w tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż z dniem 11 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z dnia (Dz.U. poz. 2294), które wdraża do polskiego systemu prawnego rozwiązania zawarte w dyrektywie Komisji (UE) 2015/1787 z dnia 6 października 2015 r. zmieniającej załączniki II oraz III do dyrektywy Rady 98/83/WE w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Kluczowe zmiany, jakie uwzględniono w rozporządzeniu MZ obejmują, m.in.:

- elastyczny system monitorowania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi realizowany na podstawie oceny ryzyka przeprowadzanej w oparciu o normę PN-EN 15975-2 „Bezpieczeństwo zaopatrzenia w wodę pitną – Wytyczne dotyczące zarządzania kryzysowego i ryzyka – Część 2: Zarządzanie ryzykiem”;
- zmiany w zakresie podejścia do charakterystyki metod badań parametrów chemicznych wskazanych w załączniku III do dyrektywy Rady 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi - odejście od określenia poprawności, precyzji i granicy wykrywalności na rzecz określenia niepewności pomiaru;
- doprecyzowanie sposobu informowania konsumentów o jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Mając na uwadze pojawiające się jeszcze problemy w dotrzymaniu niektórych parametrów wskaźnikowych oraz bezpieczeństwo zdrowotne konsumentów w nowym rozporządzeniu Ministra Zdrowia zaproponowano rozwiązanie kompromisowe - w zakresie dotyczącym stwierdzania warunkowej przydatności wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Rozwiązanie takie pozwoli na utrzymanie ciągłości dostaw wody, w sytuacjach, gdzie przekroczenie wartości parametrycznej danego parametru nie będzie stwarzało zagrożenia zdrowotnego.



**Pływalnie I**

## 1. Wstęp

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem i nadzorem nad pływalniami w zakresie ich bezpieczeństwa zdrowotnego wody regulują następujące akty prawne:

- ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 656 z późn. zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. poz. 2016).

Pływalnia zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, to „obiekt kryty lub odkryty, z wodą przepływową, przeznaczony do pływania lub kąpielii, posiadający co najmniej jedną nieckę basenową, z trwałym brzegiem i dnem, wyposażony w urządzenia sanitarne, szatnie i natryski”. Szczegółowe wymagania w zakresie jakości wody na pływalni zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach. Za zapewnienie bezpieczeństwa kąpiących się osób odpowiedzialny jest podmiot prowadzący działalność, zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 roku o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych. W przypadku pływalni jest to osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która prowadzi dzia-

łalność w tym zakresie oraz właściwy miejscowo wójt (burmistrz lub prezydent miasta), zwani „zarządzającymi obszarem wodnym”.

Woda w nieckach basenowych na pływalni może być doprowadzana z sieci wodociągowej lub z własnego ujęcia wody.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim użytkownikom pływalni oraz spełnienia minimalnych wymagań dla wodnych urządzeń rekreacyjnych, konieczne jest prowadzenie kompleksowej kontroli jakości wody i stanu sanitarno-higienicznego obiektu. Kontrole przeprowadzane są zgodnie z regulacjami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach, przez właściciela obiektu, w ramach kontroli wewnętrznej oraz przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach prowadzonego nadzoru nad jakością wody. Prowadzenie kompleksowej kontroli, przede wszystkim jakości wody na pływalniach, przez zarządzających pływalniami, którzy są odpowiedzialni za jakość usług świadczonych w obiektach, wpływa bezpośrednio na zapewnienie ochrony użytkowników, przez co wzrasta zaufanie kąpiących do podmiotów zarządzających pływalniami oraz niezależnych organów nadzorczych, czuwających nad ich bezpieczeństwem.

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

## 2. Nadzór nad jakością wody na pływalniach

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały w 2017 r. nadzór na pływalniach zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach.

Podstawowym wyzwaniem technologicznym w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody na pływalni jest uzyskanie stanu, w którym woda na pływalniach spełnia wymagania mikrobiologiczne, a jednocześnie zawartość środka dezynfekcyjnego i produktów jego działania są na odpowiednio niskim poziomie. Ważne jest z punktu bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się zapewnienie równowagi między ilością środka dezynfekcyjnego, a potencjalną liczbą mikroorganizmów chorobotwórczych występujących

w wodzie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach reguluje najważniejsze kwestie w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody dotyczące:

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

Określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach zakres badania i częstotliwość, stanowią minimum badań koniecznych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się oraz kon-

trolu prawidłowości prowadzenia procesów uzdatniania i dezynfekcji wody. Należy podkreślić, iż zakres tych badań pozwala w bezpiecznym stopniu zapewnić dobrą jakość wody na pływalni. Stanowi również podstawę do dokonania przez właściwego państwowego wojewódzkiego, państwowego powiatowego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni, która uwzględnia m.in. wyniki badania wody na pływalni wykonane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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

Zakres badań wody basenowej najczęściej obejmuje następujące parametry:

- *Escherichia coli*,

- *Pseudomonas aeruginosa*,
- gronkowce koagulazododatnie,
- ogólna liczba mikroorganizmów w 36±2°C po 48 h,
- chlor wolny, pH, potencjał redox.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach określa różne wymagania w zależności od rodzaju wody, niecki czy osób korzystających. I tak rozróżniamy wymagania dla:

- wody wprowadzanej do niecki basenowej z systemu cyrkulacji;
- wody w niecce basenowej;
- wody w nieckach basenowych wyposażonych w urządzenia wytwarzające aerozol wodno-powietrzny;
- wody w nieckach basenowych udostępnianych do nauki pływania dla niemowląt i małych dzieci do lat 3;
- wody w natryskach.

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



Badania wykonywane na pływalniach realizowane były również w zakresie parametrów fizykochemicznych, istotnych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się. Badania te są ważne z uwagi na to, iż zagrożenia wynikające z przekroczenia któregoś z parametrów fizykochemicznych, obserwuje się dopiero po dłuższym czasie ekspozycji kąpiącego się na dany czynnik.

W związku z wprowadzonym w grudniu 2015 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach, właściciele i administratorzy pływalni prowadzili badania wody w ramach kontroli wewnętrznej, zgodnie z harmonogramami ustalonymi we współpracy z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Pierwszy okres funkcjonowania rozporządzenia pokazał, iż najwięcej problemów dotyczyło utrzymania na odpowiednim poziomie parametrów fizykochemicznych, pozwalających na stwierdzenie czy technologiczne procesy uzdatniania i dezynfekcji wody prowadzone są prawidłowo i czy są skuteczne. W przypadku wody wprowadzanej do niecek basenowych z sytemu cyrkulacji dużym problemem okazało się osiągnięcie normatywu dla chloru związanego.

Ze względu na zwiększone ryzyko zakażeń związanych z korzystaniem z pływalni, właściciele terenowo inspektorzy sanitarni w każdym przypadku stwierdzenia zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody nakazywali unieruchomienie obiektu i podjęcie skutecznych działań naprawczych w celu wyeliminowania z wody niebezpiecznych dla zdrowia mikroorganizmów. Przyczyn tego rodzaju przekroczeń parametrów należy upatrywać w niespełnieniu wymagań higienicznych w zakresie prawidłowej eksploatacji pływalni oraz nieprzestrzeganiu obowiązujących rygorów sanitarnych i przeciwepidemicznych

przez osoby kąpiące się lub personel. Biorąc pod uwagę powyższe, istotnym jest aby w każdym obiekcie, w widocznych miejscach, zarządzający obiektem umieszczał regulaminy ustanawiające prawa i obowiązki wszystkich osób przebywających na terenie obiektu. Szczególnie starannie powinien być przygotowany regulamin dotyczący zagadnień higieniczno-sanitarnych oraz regulamin dotyczący bezpieczeństwa osób korzystających z rekreacji wodnej m.in. również w celu kształtowania i propagowania wśród osób korzystających z pływalni prawidłowych nawyków higienicznych.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach podejmowanych działań profilaktyczno-prewencyjnych i nadzorczych zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa osób kąpiących się, w 2017 roku prowadziły ocenę jakości wody w pływalniach krytych, odkrytych i parkach wodnych. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadania ustawowe, w tym m.in. zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni, przed wydaniem zbiorczej oceny rocznej wody na pływalni, również wykonywały badania wody z częstotliwością i zakresem ustalonym w harmonogramach pobierania próbek wody. Liczba badań dla każdego obiektu była ustalana indywidualnie przez terenowo właściwego inspektora sanitarnego, w zależności od stanu obiektu i wyników badań kontrolnych.

Nowoczesne obiekty basenowe są często wyposażone w gorące wiry wodne, fale, fontanny, wulkany, dysze masujące, duże zjeżdżalnie ślizgowe, mgły wodne, jacuzzi czy kaskady. Miejsca te, z punktu widzenia specyfiki warunków sprzyjających tworzeniu się aerozoli wodno-powietrznych, mogą być miejscem narażenia na kontakt z bakteriami z rodzaju *Legionella*. Organizmy te, wywołując zakażenia drogą wziewną, mogą prowadzić do ciężkiego zapalenia płuc (choroba

legionistów) lub do zachorowań o łagodniejszym przebiegu (objawy grypopochodne). Badania w kierunku *Legionella* wykonywane były zarówno przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak również przez zarządców pływalni. Przekroczenia w odniesieniu do ciepłej wody pobieranej z pryszni-

ców na pływalni w kierunku oznaczania bakterii z rodzaju *Legionella* sp. stwierdzono jedynie w niewielu obiektach. W takich przypadkach zarówno organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i zarządcy pływalni podejmowali natychmiastowe działania mające na celu usunięcie zanieczyszczenia.

### 3. Stan sanitarny pływalni

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody na pływalniach, a prowadzone działania skupiają się m.in. na:

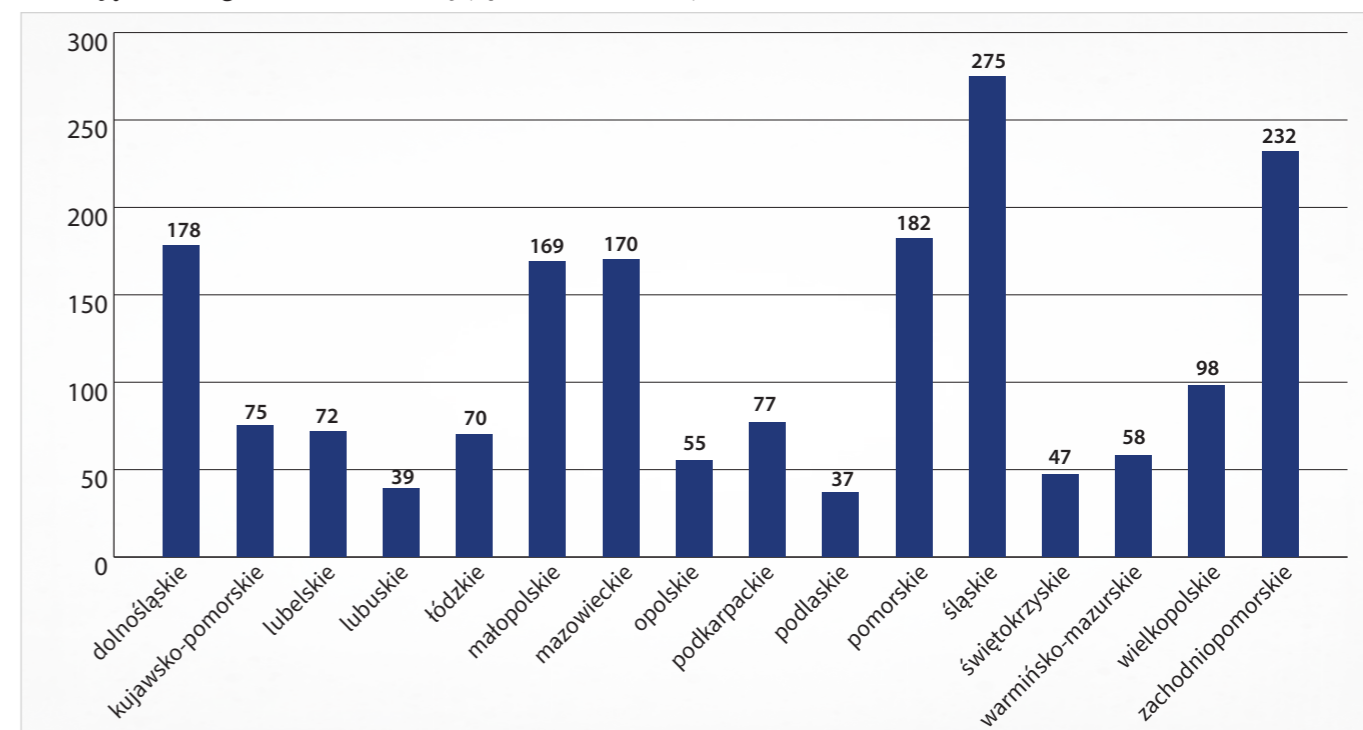
- uzgadnianiu, przedkładanego przez zarządzającego pływalnią, harmonogramu badań jakości wody na pływalni;
- gromadzeniu i analizie danych dotyczących jakości wody na poszczególnych pływalniach, podejmowanych działań naprawczych;
- wykonywaniu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej badań jakości wody na pływalniach;
- wydawaniu zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni na podstawie wyników badań i pomiarów realizowanych przez zarządzającego pływalnią (zakres, częstotliwość, metodyki analiz) oraz wyników badań wykonanych w ramach realizacji kontroli organów Inspekcji Sanitarnej.

#### 3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zarządzający pływalnią jest zobowiązany

do prowadzenia systematycznych i udokumentowanych badań jakości wody, prowadzonych zgodnie z harmonogramem badań. Na podstawie informacji raportowanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne w 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody dla około 1812 pływalni, dla których przeprowadziły ocenę 98242 badań jakości wody dla tych obiektów. W ramach prowadzonego nadzoru nad jakością wody na pływalniach wydano około 90090 ocen o przydatności wody do kąpieli oraz około 8152 o jej nieprzydatności. Przyczyną negatywnej oceny jakości wody było przekroczenie najwyższych dopuszczalnych stężeń dla parametrów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach. Każdorazowo, w przypadku wydania oceny o nieprzydatności wody do kąpieli organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobowiązywały zarządzającego pływalnią do podjęcia działań naprawczych mających na celu poprawę jakości wody i zabezpieczenie użytkowników pływalni przed narażeniem na zanieczyszczenie.

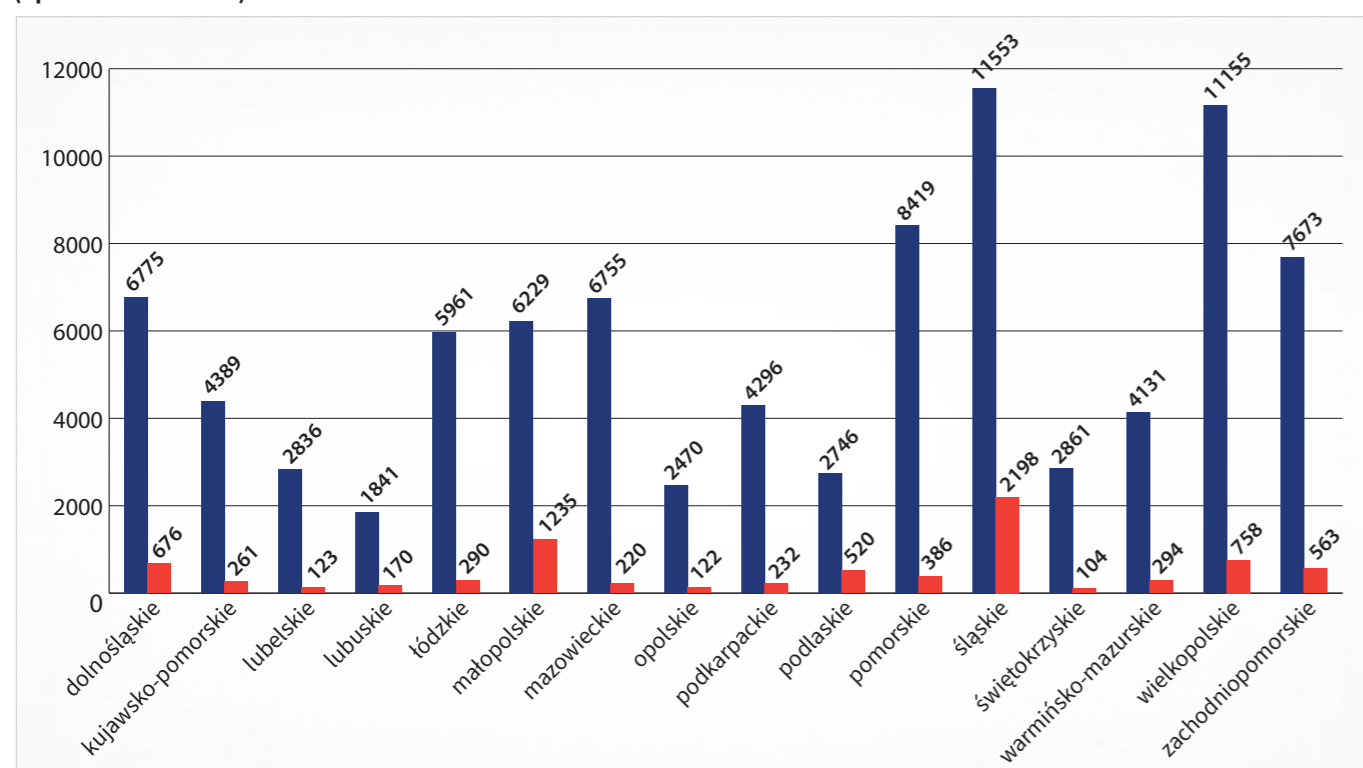
Wykres 38. Liczba pływalni w poszczególnych województwach, dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne)



Tab. 18. Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2017 r. (opracowanie własne)

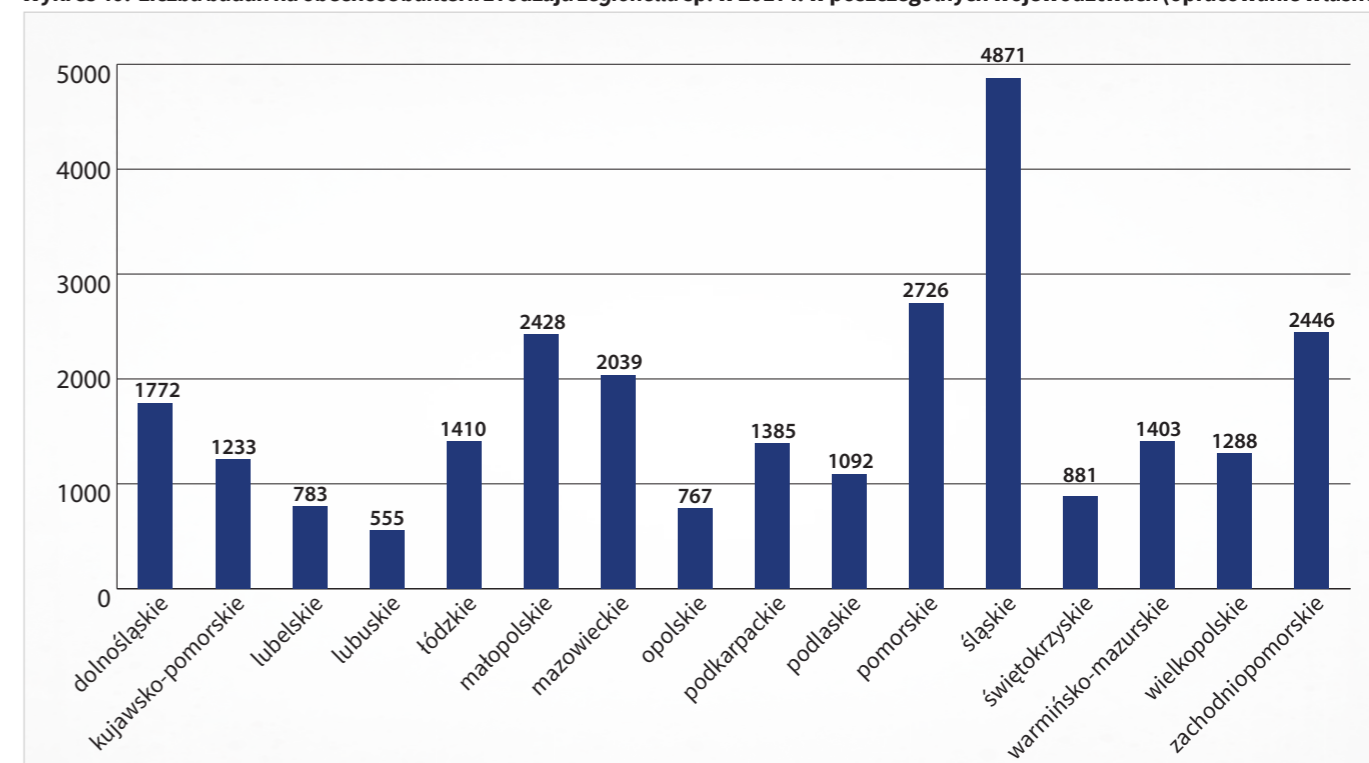
Województwo	Liczba badań w sumie	Ocena wody	
		przydatna	nieprzydatna
dolnośląskie	7451	6775	676
kujawsko-pomorskie	4650	4389	261
lubelskie	2959	2836	123
lubuskie	2011	1841	170
łódzkie	6251	5961	290
małopolskie	7464	6229	1235
mazowieckie	6975	6755	220
opolskie	2592	2470	122
podkarpackie	4528	4296	232
podlaskie	3266	2746	520
pomorskie	8805	8419	386
śląskie	13751	11553	2198
świętokrzyskie	2965	2861	104
warmińsko-mazurskie	4425	4131	294
wielkopolskie	11913	11155	758
zachodniopomorskie	8236	7673	563
<b>POLSKA</b>	<b>98 242</b>	<b>90 090</b>	<b>8 152</b>

Wykres 39. Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2017 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)



Jak wspomniano wcześniej, często nowoczesne obiekty basenowe wyposażone są w różnego typu udogodnienia i funkcjonalności takie jak np. gorące wiry wodne, fale, fontanny, wulkany, dysze masujące, duże zjeżdżalnie ślizgowe, mgły wodne, jacuzzi czy kaskady, które sprzyjają tworzeniu się aerozoli wodno-powietrznych, a tym samym mogą stanowić potencjalne ryzyko narażenia na kontakt z bakteriami

z rodzaju *Legionella*. W ramach nadzoru sanitarnego kontrolowano również jakość wody ciepłej z natrysków. W 2017 r. zgodnie z zaplanowanymi i realizowanymi harmonogramami badania wody na pływalniach wykonano około 27 079 oznaczeń na obecność *Legionella* sp. (szczegółowe dane w zakresie liczby badań w poszczególnych województwach przedstawiono na poniższym wykresie).

Wykres 40. Liczba badań na obecność bakterii z rodzaju *Legionella* sp. w 2017 r. w poszczególnych województwach (opracowanie własne)

### 3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalni

Z uwagi na wskazany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach termin dostosowania się zarządców pływalni do wymagań rozporządzenia tj. 17 czerwca 2016 r., pierwsze roczne oceny wody na pływalni mogły zostać przeprowadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej po upływie pełnego roku realizacji przez zarządzających pływalnią wymagań określonych w ww. rozporządzeniu (tj. pierwsza ocena dotyczy okresu od dnia 2 czerwca 2016 r. do dnia 1 czerwca 2017 r.)

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach właściwy państwowy inspektor sanitarny dokonuje zbiorczej rocznej oceny, czy woda na pływalni odpowiada wymaganiom, przez analizę:

- 1) parametrów jakości wody na pływalni ocenionych na podstawie wymagań określonych w ww. rozporządzeniu;
- 2) wyników badań wody na pływalni wykonanych przez zarządzającego pływalnią;

- 3) zakresu i częstotliwości wykonywania badań wody przez zarządzającego pływalnią oraz zastosowanych metodyk referencyjnych analiz;
- 4) wyników badań wody na pływalni wykonywanych przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego przed wydaniem oceny.

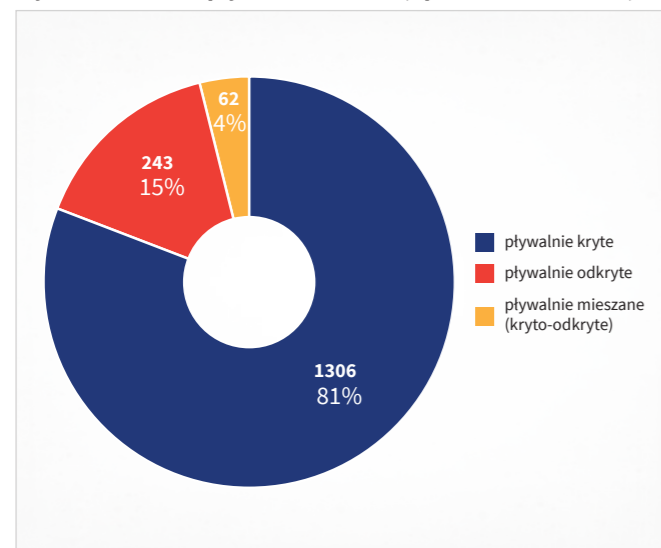
W 2017 r. zbiorczej ocenie rocznej pływalni przeprowadzanej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podlegało łącznie 1611 pływalni. Najliczniejszą grupę obiektów basenowych stanowiły pływalnie kryte (w tym parki wodne), których ogółem jest 1306, co stanowi ok. 81% wszystkich obiektów podlegających ocenie w ubiegłym roku. Pływalni odkrytych zewidencjonowano 243 (ok. 15%), zaś pływalnie mieszane (kryto-odkryte) stanowiły najmniej liczną grupę - 62 (ok. 4%).

W 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały zbiorcze roczne oceny wody łącznie dla 1611 obiektów (100% podlegających ocenie), sprawdzając czy woda na pływalni odpowiadała wymaganiom.

Tab. 19. Stan sanitarny pływalni w 2017 r. (opracowanie własne)

Wyszczególnienie		Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen	
		odpowiadających wymaganiom	nieodpowiadających wymaganiom
Pływanie – ogółem:		1511	100
pływanie	kryte	1227	79
	odkryte	224	19
	mieszane (kryte-odkryte)	60	2
w tym parki wodne		78	3

Wykres 41. Liczba pływalni w 2017 r. (opracowanie własne)



Główne przyczyny wydawania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej negatywnych ocen wody na pływalni, w tym również zbiorczych rocznych ocen, to:

- brak wykonywania badań przez zarządzającego pływalnią zgodnie z ustalonym harmonogramem;
- przekroczenia dopuszczalnych wartości parametrów.

Nie wszystkie pływalnie, będące pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podlegały procedurze wydania zbiorczej oceny rocznej jakości wody. Wynikało to z braku pełnego roku realizacji wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

#### 4. Obowiązki zarządzającego pływalnią

Zarządzający pływalnią są zobowiązani do dokonywania oceny jakości wody na pływalni w zakresie spełniania wymagań mikrobiologicznych i fizykochemicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach, zgodnie z harmonogramem ustalonym z właściwym państwowym inspektorem sanitarnym. Ocena jakości wody na pływalni dokonywana jest z uwzględnieniem prowadzenia przez zarządcę bieżącej obserwacji wody, która zawiera udokumentowane spostrzeżenia i podejmowane czynności tj. m.in. informowanie właściwego państwowego

inspektora sanitarnego o wystąpieniu incydentów kałowych i/lub incydentów wymiotnych w wodzie na pływalni, jak również dokonywana jest na podstawie systematycznego i udokumentowanego nadzoru pracy urządzeń oraz rejestrowania wyników pomiaru jakości wody na pływalni. Zakresy badań jakości wody ustalane są zgodnie z przepisami zawartymi w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (w zależności od prowadzonej działalności, ilości i rodzaju niecek basenowych).

Istotnym obowiązkiem w zakresie zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego osób korzystających z pływalni jest obowiązek informacyjny. Zarządzający pływalnią zobowiązany jest informować o jakości wody basenowej w swoim obiekcie, za którą odpowiada w ramach prowadzonej działalności (§ 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.). Komunikat powinien być zamieszczony na tablicy informacyjnej w obiekcie oraz stronie internetowej, jeśli zarządzający taką prowadzi. W wyniku przeprowadzonej przez organy Państwowej Inspekcji

Sanitarnej kontroli wypełniania przez zarządców obowiązku informowania osób korzystających z pływalni o jakości wody (stan na dzień 29 września 2017 r.), w skali kraju w 87% obiektów komunikaty zamieszczono na tablicy informacyjnej oraz w 42% obiektów komunikaty zamieszczono na stronie internetowej. Komunikaty o jakości wody na pływalniach umieszczane były najczęściej na tablicach informacyjnych lokalizowanych w miejscu widocznym dla osób pływających, kąpiących się lub uprawiających sport lub rekreację.







**Kąpieliska i miejsca  
wykorzystywane do kąpeli**

## 1. Wstęp

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem oraz nadzorem nad jakością wody w kąpieliskach i miejscach wykorzystywanych do kąpiel w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody w 2017 r., regulowały następujące akty prawne:

- ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1121, z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. *w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpiel* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1602),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. *w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpiel* (Dz. U. z 2016 r., poz. 2082),
- rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 lutego 2011 r. *w sprawie profilu wody w kąpielisku* (Dz. U. Nr 36, poz. 191).

Inne przepisy prawne dotyczące kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpiel:

- ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. *o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 656 z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 23 stycznia 2012 r. *w sprawie minimalnych wymagań dotyczących liczby ratowników wodnych zapewniających stałą kontrolę wyznaczonego obszaru wodnego* (Dz. U. poz. 108 z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 27 lutego 2012 r. *w sprawie wymagań dotyczących wyposażenia wyznaczonych obszarów wodnych w sprzęt ratunkowy i pomocniczy, urządzenia sygnalizacyjne i ostrzegawcze oraz sprzęt medyczny, leki i artykuły sanitarne* (Dz. U. poz. 261 z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6 marca 2012 r. *w sprawie sposobu oznakowania i zabezpieczania obszarów wodnych oraz wzorów znaków zakazu, nakazu oraz znaków informacyjnych i flag* (Dz. U. poz. 286 z późn. zm.),
- rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. *w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego* (Dz. U. z 2014 r. poz. 282).

Woda w kąpieliskach i miejscach wykorzystywanych do kąpiel jest elementem środowiska i jej jakość jest bezpośrednio uzależniona od stanu tego środowiska. Woda jest deficytowym zasobem naturalnym i koniecznym jest objęcie jej należyłą ochroną. Krajowe przepisy stawiają za cel ochronę środowiska i zdrowia publicznego, poprzez zmniejszenie zanieczyszczenia wody w kąpieliskach i miejscach wyko-

rzystywanych do kąpiel oraz jej ochronę przed dalszym zanieczyszczeniem, co stanowi realizację wspólnotowego zobowiązania do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony wody wykorzystywanej do rekreacji wodnej.

Najważniejszym działaniem w dążeniu do ciągłej poprawy jakości wody w kąpieliskach jest, prowadzone przez podmioty zaangażowane w nadzór i organizację kąpielisk, zarządzanie jakością wody w kąpieliskach, polegające na podejmowaniu wszelkich działań mających na celu rozpoznawanie ryzyka zanieczyszczenia, co w szczególności wpływa na poprawę jakości wody.

Zgodnie z przepisami prawa krajowego, środkami zarządzania są następujące działania:

- określenie i regularna aktualizacja profilu wody w kąpielisku,
- określenie harmonogramu kontroli wody w kąpielisku,
- kontrola wody w kąpielisku,
- ocena jakości wody w kąpielisku,
- klasyfikowanie jakości wody w kąpielisku,
- określenie oraz ocena przyczyn zanieczyszczenia, które mogłyby mieć wpływ na wodę w kąpielisku oraz niekorzystnie wpływać na zdrowie kąpielących się,
- informowanie społeczeństwa, w tym aktywne rozpowszechnianie i niezwłoczne udostępnianie informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku i zakazie kąpiel przez oznakowanie kąpieliska,
- podejmowanie działań mających na celu zapobieganie narażeniu kąpielących się na kontakt z zanieczyszczeniami,
- podejmowanie działań w celu obniżenia ryzyka zanieczyszczenia.

Nadzorowanie kąpielisk w obszarze jakości wody oparte jest na ocenie zagrożeń. Zapewnienie wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach jest możliwe poprzez ocenę realnych zagrożeń, analizę wskaźników mikrobiologicznych i przede wszystkim poprzez prowadzenie zarządzania jakością wody w kąpieliskach przez organizatora, wójta, burmistrza lub prezydenta miasta oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które pozwala na wykrycie zanieczyszczeń stanowiących niebezpieczeństwo dla osób kąpielących się. Ocena jakości wody odzwierciedla rzeczywisty stan jakości wody na kąpielisku i odbywa się poprzez analizę parametrów świadczących o zanieczyszczeniu kałowym wody – *Escherichia coli* i enterokoki, które zostały zakwalifikowane jako stanowiące potencjalnie największe ryzyko zdrowotne dla osób kąpielących się. Prewencyjne działania podejmowane w odniesieniu do wód w kąpieliskach oparte są na realnej ocenie wody i natychmiastowej reakcji. Te środki prewencyjne to badanie mikrobiologiczne wody oraz wizualne nadzorowanie wody w zakresie występowania zakwitu

sinic, makroalg, fitoplanktonu morskiego oraz stałych zanieczyszczeń mogących wpływać na bezpieczeństwo osób kąpielących się.

Przez miejsce wykorzystywane do kąpiel rozumie się wydzielony i oznakowany fragment wód powierzchniowych, niebędący kąpieliskiem i wykorzystywany do kąpiel. Obiekty te stanowią zabezpieczenie wyjątkowych sytuacji, w których konieczne będzie zorganizowanie formy rekreacji związanej z kąpielą. Sytuacje, o których mowa to przypadki, w których

nie dało się wcześniej przewidzieć konieczności utworzenia kąpieliska zgodnie z wymaganiami i procedurą przewidzianą dla kąpielisk. Mogą one być związane z koniecznością np. zorganizowania zawodów, obozu czy też wydarzeń kulturalnych połączonych z wypoczynkiem (kąpielą). Badania wody muszą zostać wykonane przez organizatora miejsca wykorzystywanego do kąpiel przed otwarciem tego miejsca (nie wcześniej niż 14 dni przed) oraz przynajmniej raz w trakcie jego funkcjonowania, w takim samym zakresie parametrów, jaki został ustalony dla kąpielisk.

## 2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie kąpielisk

Kluczowe podmioty współodpowiedzialne za zarządzanie jakością wody w kąpieliskach to:

- wójt, burmistrz lub prezydent miasta;
- rada gminy;
- organizator kąpieliska;
- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zadania dla wskazanych podmiotów w zakresie zgłaszania, opiniowania, uchwalania wykazu kąpielisk na dany sezon kąpielowy i zarządzania nimi zostały wskazane w ustawie z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne*. Szczegółowy zakres obowiązków dla poszczególnych podmiotów został przedstawiony poniżej.

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

- przygotowuje projekt uchwały obejmujący wykaz planowanych kąpielisk, sporządzony po rozpatrzeniu wniosków złożonych przez organizatorów kąpielisk oraz wydzielonych fragmentów wód powierzchniowych, na których planuje utworzyć kąpieliska, dla których będzie organizatorem;
- podaje do publicznej wiadomości projekt uchwały obejmujący wykaz planowanych kąpielisk oraz rozpatruje zgłoszone uwagi i propozycje;
- przekazuje projekt uchwały do zaopiniowania właściwemu: dyrektorowi regionalnego zarządu gospodarki wodnej, wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska i państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, a w przypadku kąpielisk położonych na polskich obszarach morskich, również właściwemu terytorialnie dyrektorowi urzędu morskiego;
- prowadzi i aktualizuje ewidencję kąpielisk;
- przekazuje na wniosek właściwego inspektora sanitarnego lub organów właściwych w sprawach gospodarowania wodami informacje zawarte w prowadzonej przez niego ewidencji;

■ rozpowszechnia informacje o wprowadzonym zakazie kąpiel za pomocą środków masowego przekazu.

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

- zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty<sup>1</sup>. W szczególności zadania własne obejmują sprawy: (...) 5) ochrony zdrowia, (...) 10) kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych;
- zatwierdza projekt uchwały wyznaczającej kąpieliska na terenie danej gminy (art. 34a ustawy *Prawo wodne*).

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

- zorganizowanie kąpieliska i utrzymanie infrastruktury przy nim zlokalizowanej;
- wnioskuje o wyznaczenie kąpieliska uchwałą wójta, burmistrza lub prezydenta miasta i umieszczenie w ewidencji kąpielisk funkcjonujących na terenie gminy;
- aktualizuje dane, które zgodnie z ustawą *Prawo wodne* zobowiązany jest dostarczyć właściwemu wójtowi, burmistrzowi lub prezydentowi miasta;
- oznakowuje kąpielisko;
- sporządza profil wody w kąpielisku;
- prowadzi kontrolę wewnętrzną zgodnie z art. 163 ust. 4 ustawy *Prawo wodne*:
  - ustala wspólnie z właściwym inspektorem sanitarnym harmonogram poboru próbek wody do badań laboratoryjnych;
  - pobiera próbki do badań wody w punktach ustalonych z właściwym inspektorem sanitarnym;
  - prowadzi systematyczną wizualną ocenę wody pod kątem występowania zanieczyszczeń, w czasie trwania sezonu kąpielowego na kąpielisku;
  - zleca badanie jakości wody laboratoriom uprawnionym ustawowo do wykonania badań wody (laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1875 z późn. zm.)

laboratoria zatwierdzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej);

- niezwłocznie przekazuje wyniki badania wody właściwemu inspektorowi sanitarnemu celem dokonania bieżącej oceny jakości wody;
- informuje właściwego inspektora sanitarnego o wystąpieniu zmian mogących mieć wpływ na jakość wody w kąpielisku oraz o zawieszeniu harmonogramu badań wody w kąpielisku;
- informuje kąpiące się osoby o jakości wody w kąpielisku i o zaleceniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- ustala przyczynę ewentualnego zanieczyszczenia wody i podejmuje działania w celu ochrony zdrowia ludzkiego i poprawy jakości wody;
- wprowadza i aktualizuje dane o kąpielisku w internetowym Serwisie kąpieliskowym.

#### Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- opiniują projekty uchwał rad gmin w sprawie wykazu kąpielisk;
- przekazują wójtom, burmistrzom lub prezydentom miast informacje dotyczące oceny jakości wody, klasyfikacji wody oraz zakazu kąpielisk;

- przekazują organizatorom informacje dotyczące oceny jakości wody oraz klasyfikacji pochodzące z kontroli urzędowej;
- przekazują do Komisji Europejskiej informacje o liczbie kąpielisk i przyczynie zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego;
- prowadzą kontrolę urzędową wody poprzez:
  - ocenę bieżącą, sezonową i czteroletnią jakości wody w kąpielisku,
  - klasyfikację jakości wody w kąpielisku,
  - wyznaczanie punktów pobierania próbek wody do badań,
  - wykonywanie badań próbek wody przed sezonem kąpielowym oraz w przypadku zaistnienia sytuacji mogącej powodować pogorszenie jakości wody w kąpielisku,
  - ocenę kontroli wewnętrznej prowadzonej przez organizatora kąpieliska,
  - w przypadku stwierdzenia braku spełnienia wymagań jakości wody, zobowiązują organizatorów do ustalenia przyczyny zanieczyszczenia i podjęcia działań;
- wprowadzają zakaz kąpielisk w przypadku stwierdzenia braku spełnienia wymagań jakości wody;
- sporządzają po sezonie kąpielowym sprawozdania o jakości wody celem przekazania do Komisji Europejskiej;
- prowadzą i aktualizują internetowy Serwis kąpieliskowy;
- udostępniają dane do profilu wody w kąpielisku na wniosek organizatora kąpieliska.



### 3. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie miejsc wykorzystywanych do kąpielisk

Zgodnie z definicją zawartą w art. 9 ust. 1 pkt 5c ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* przez miejsce wykorzystywane do kąpielisk rozumie się wydzielony i oznakowany fragment wód powierzchniowych, niebędący kąpieliskiem i wykorzystywany do kąpielisk. Organizowanie miejsc wykorzystywanych do kąpielisk jest rozwiązaniem doraźnym do chwili wprowadzenia nowych przepisów prawnych, które ustanowią te miejsca jako obiekty mające za zadanie zapewnienie bezpieczeństwa osobom kąpiącym się podczas zorganizowanego krótkotrwałego wypoczynku letniego (obozy młodzieżowe, harcerskie, okazjonalnie ośrodki wypoczynkowe tj. campingi czy pola namiotowe lub gospodarstwa agroturystyczne). Zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz. U. z 2017 r., poz. 1566) od dnia 1 stycznia 2018 r., poza kąpieliskami, mogą funkcjonować wyłącznie miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielisk. Utworzenie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielisk odbywa się za zgodą rady gminy w drodze uchwały (po złożeniu odpowiedniego wniosku przez organizatora ww. miejsca).

Podmioty współodpowiedzialne za funkcjonowanie miejsc wykorzystywanych do kąpielisk to:

- organizator miejsca wykorzystywanego do kąpielisk;
- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zadania dla wskazanych podmiotów w zakresie zarządzania nimi zostały wskazane w ustawie z dnia 18 lipca 2001 r. *Pra-*

*wo wodne*. Szczegółowy zakres obowiązków dla poszczególnych podmiotów został przedstawiony poniżej.

#### Organizator:

- wykonuje badanie jakości wody nie wcześniej niż 14 dni przed dniem rozpoczęcia jego funkcjonowania oraz przynajmniej raz w trakcie jego funkcjonowania;
- wykonuje badanie jakości wody w przypadku wzrokowego stwierdzenia zanieczyszczeń niekorzystnie wpływających na jakość wody i mogących stanowić zagrożenie zdrowotne dla kąpiących się osób;
- oznakowuje miejsca wykorzystywane do kąpielisk;
- niezwłocznie przekazuje właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu wyniki badań wody oraz informację o wystąpieniu zmian, które mogą wpływać na pogorszenie jakości wody.

#### Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- dokonują bieżących ocen jakości wody;
- przeprowadzają kontrole urzędowe w przypadku gdy wyniki badań wody wykonanych przez organizatora miejsca mogą wskazywać, iż woda nie spełnia wymagań określonych w przepisach;
- przekazują wójtom, burmistrzom lub prezydentom miast informacje dotyczące oceny jakości wody;
- przekazują organizatorom informacje dotyczące ocen jakości wody pochodzące z kontroli urzędowej.

### 4. Stan sanitarny kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpielisk w 2017 r.

Zgodnie z art. 163c ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne*, Główny Inspektor Sanitarny sporządza po sezonie kąpielowym sprawozdanie o jakości wody w kąpieliskach i przekazuje je corocznie do dnia 31 grudnia Komisji Europejskiej wraz z informacją o podjętych środkach zarządczych oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej.

W roku 2014 Polska raportowała do Komisji Europejskiej 201 kąpielisk, w 2015 r. odnotowała ich 197, w roku 2016 - 201 kąpielisk, natomiast w 2017 - 205. W 2017 r. porównaniu do roku 2016 liczba wszystkich kąpielisk w Polsce zwiększyła się o 4 kąpieliska.

Tab. 20. Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2014-2017 (opracowanie własne)

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

Nadzorem sanitarnym w 2017 r. objęto 205 kąpielisk (100% obiektów ujętych w ewidencji).

Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województw:

- pomorskiego (67),
- zachodniopomorskiego (57).

Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach:

- podlaskim (0),
- małopolskim (1),
- podkarpackim (1).

Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2017 r. liczyła 97 obiektów (stanowi to odpowied-

nio około 47% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Kąpieliska morskie znajdują się w województwie pomorskim i zachodniopomorskim. Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim. Na terenie województwa pomorskiego znajdowały się 54 kąpieliska morskie, (o jedno kąpielisko więcej niż w roku 2016) oraz na terenie województwa zachodniopomorskiego otwarte były 43 kąpieliska morskie (o osiem kąpielisk więcej niż w 2016 roku).

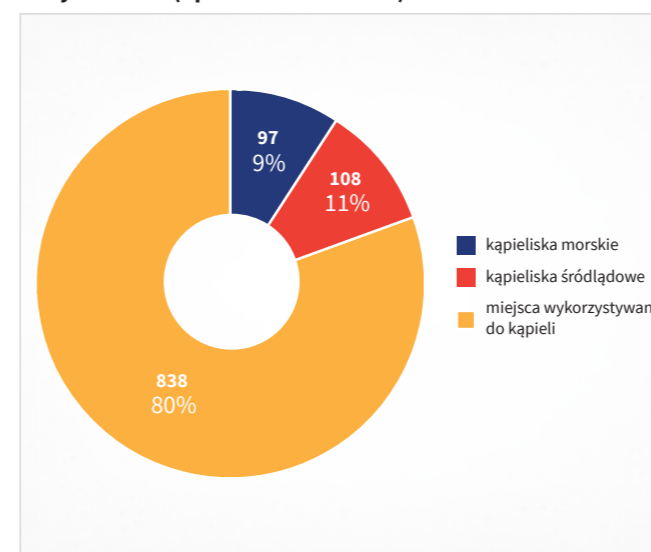
Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2017 r. w województwach:

- wielkopolskim (26),
- zachodniopomorskim (15),
- pomorskim (13).

**Tab. 21. Liczba kąpielisk z podziałem na śródlądowe i morskie oraz miejsc wykorzystywanych do kąpeli w 2017 r. (opracowanie własne)**

Województwo	Kąpieliska			Miejsca wykorzystywane do kąpeli
	ogółem	śródlądowe	morskie	
dolnośląskie	3	3	0	32
kujawsko-pomorskie	12	12	0	57
lubelskie	2	2	0	46
lubuskie	6	6	0	60
łódzkie	4	4	0	23
małopolskie	1	1	0	17
mazowieckie	3	3	0	50
opolskie	2	2	0	18
podkarpackie	1	1	0	24
podlaskie	0	0	0	35
pomorskie	67	13	54	143
śląskie	5	5	0	24
świętokrzyskie	5	5	0	29
warmińsko-mazurskie	11	11	0	122
wielkopolskie	26	26	0	94
zachodniopomorskie	57	14	43	64
<b>POLSKA</b>	<b>205</b>	<b>108</b>	<b>97</b>	<b>838</b>

**Wykres 42. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpeli w sezonie kąpielowym 2017 r. (opracowanie własne)**



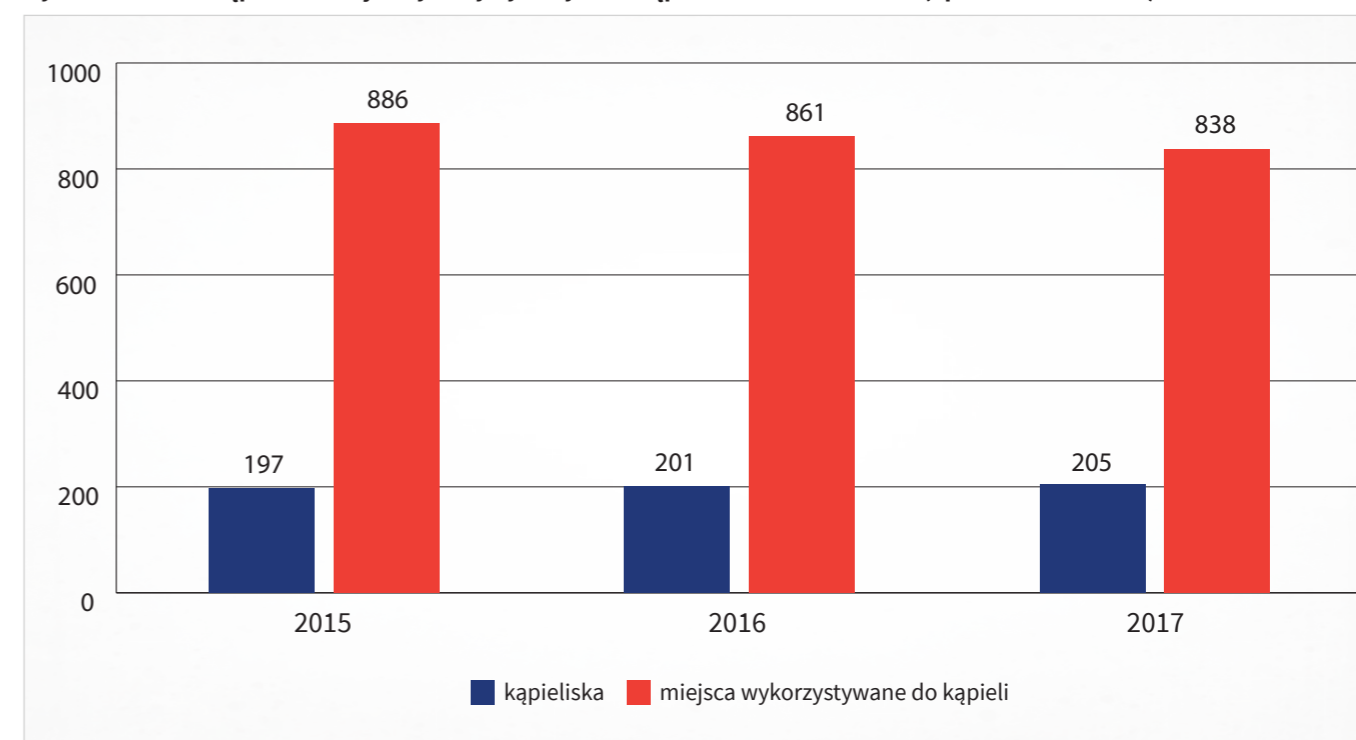
Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą również nadzór nad miejscami wykorzystywanymi do kąpeli. Ich liczba w 2015 r. wynosiła 886, w 2016 r. zmalała do 861, a w 2017 r. spadła do wartości 838.

W sezonie letnim 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęły nadzorem wszystkie 838 miejsc wykorzystywanych do kąpeli. Wydały łącznie 1736 bieżących ocen jakości wody, w tym 84 ocen o okresowej nieprzydatności wody do

kąpeli. 768 miejsc wykorzystywanych do kąpeli spełniało wymagania jakości wody, zaś w przypadku 33 miejsc wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia ich wymagań.

W sezonie kąpielowym w 2017 r. na stronach Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony był wykaz wszystkich miejsc wykorzystywanych do kąpeli nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

**Wykres 43. Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w latach 2015-2017 (opracowanie własne)**



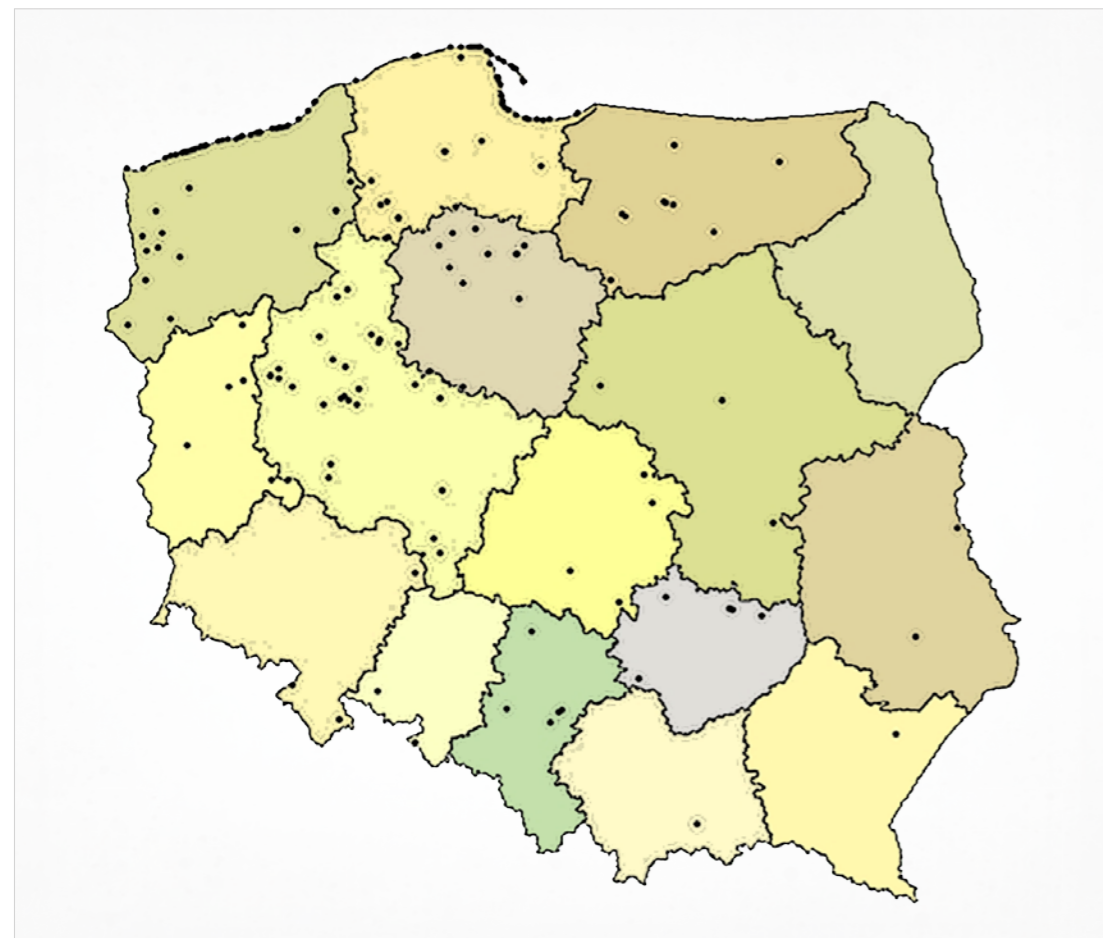
Lokalizację poszczególnych kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2017 r. przedstawiono na poniższej mapie (Rys. 3).

W 2017 r. spośród 205 czynnych kąpielisk, większość była zorganizowana na jeziorach. Systematyka podziału akwenów jest zgodna z wymaganiami Komisji Europejskiej i dzieli się na trzy kategorie. Pierwszą z nich są jeziora, czyli części wód śródlądowych powierzchniowych stojących. Kolejną są rzeki, czyli części wód śródlądowych płynących w przeważającej części po powierzchni lądu, ale mogących na pewnych odcinkach swego biegu płynąć pod ziemią. Ostatnią kategorią są wody przejściowe i przybrzeżne. Wody przejściowe

oznaczają wody powierzchniowe znajdujące się w ujściach rzek lub w pobliżu ujść rzek, które z uwagi na bliskość wód słonych wykazują częściowe zasolenie, pozostając w zasięgu znaczących wpływów wód słodkich, oraz morskie wody wewnętrzne Zatoki Gdańskiej<sup>2</sup>.

Wody przybrzeżne obejmują obszar wód powierzchniowych od linii brzegu, których zewnętrzną granicę wyznacza odległość jednej mili morskiej po stronie w kierunku morza, liczonej od linii podstawowej o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy o obszarach morskich<sup>3</sup>, z wyłączeniem morskich wód wewnętrznych Zatoki Gdańskiej oraz przyległych do nich wód morza terytorialnego<sup>4</sup>.

**Rys 3. Lokalizacja kąpielisk uchwalonych i raportowanych do Komisji Europejskiej w 2017 r. (opracowanie własne)**



<sup>2</sup> Art. 5 ust. 5a z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 21 marca 1991 r. o obszarach morskich Rzeczypospolitej Polskiej i administracji morskiej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2205 z późn. zm.).

<sup>4</sup> Art. 5 ust. 5b z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne.

## 5. Nadzór nad jakością wody

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami należy ocena jakości wody, prowadzona zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpiel. Organizator kąpieliska jest zobowiązany do ustalenia z właściwym inspektorem sanitarnym harmonogramu pobierania próbek i wykonywania zgodnie z nim badań jakości wody tak, aby każde kąpielisko było zbadane minimum czterokrotnie w trakcie jego funkcjonowania w sezonie kąpielowym. W ramach kontroli urzędowej, zarówno w kąpieliskach jak i miejscach wykorzystywanych do kąpiel, w oparciu zarówno o badania własne jak i te przekazane przez organizatorów, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni dokonywali bieżącej oceny jakości wody. W przedmiotowej ocenie przydatności wody do kąpiel uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne katowego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic.

W 2017 r. liczba kąpielisk, które spełniały wymagania jakości wody wynosiła 198, co stanowi 97% wszystkich kąpielisk. Dla 7 kąpielisk wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań jakości wody, co stanowi 3% wszystkich skontrolowanych kąpielisk. Oceny o nieprzydatności wody do kąpiel były wydawane ze względu na przekroczenie parametrów mikrobiologicznych, jak również na nadmierne zakwity sinic na kąpieliskach.

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

W ramach nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach, zarówno organizatorzy kąpielisk jak i organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczególną uwagę zwracali na zakwity sinic<sup>5</sup>.

Kontrola występowania sinic odbywa się na podstawie wizualnej kontroli wody, jej koloru, występowania zawiesiny, mętności wody. Z uwagi na zachodzące w zbiornikach wodnych w okresie letnim procesy eutrofizacji, sinice wykazują w tym czasie tendencję do gwałtownego namnażania się.

Zakwit jest to duże zagęszczenie glonów w zbiorniku wodnym powodujące zmianę barwy wody na kolor zielony, czerwony lub pomarańczowy w zależności od barwników zawartych w poszczególnych gatunkach glonów, a także zmianę zapachu wody (np. zapach trawiasty, rybny, stęchły). Podczas zakwitu sinic niebezpieczeństwo dla zdrowia osób korzystających z kąpiel stanowią produkowane przez nie toksyny.

Monitorowanie nadmiernego zakwitu sinic pozwala na szybką reakcję w chwili powstania generowanego przez nie zagrożenia neurologicznego i hepatoksycznego. Przy dużym nasłonecznieniu, stojącej wodzie i wysokiej temperaturze w zbiornikach wodnych dochodzi do tworzących się w zatokach kożuchów, wydzielających nieprzyjemny zapach i masowy rozwój sinic. Kwitnienie powstaje w około 2 dni i utrzymuje się przez około 5 - 7 dni. Kąpiel w wodzie, w której występują sinice, może być przyczyną podrażnień skóry oraz dolegliwości ze strony układu pokarmowego i/lub zaburzeń neurologicznych. Gdy sinice obumierają, rozkładające je bakterie zaczynają zużywać tlen, co zabija ryby oraz zwierzęta i rośliny wodne. Należy podkreślić, że do tej pory nie odnotowano śmiertelnego zatrucia ludzi toksynami sinic. Jednakże trzeba pamiętać, aby nie korzystać z kąpiel w zbiornikach wodnych, w których zauważymy zmiany barwy i zapachu wody, gdyż można przypuszczać, iż doszło tam do nadmiernego rozwoju sinic.

Ponadto, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas kontroli kąpielisk dokonywały wizualnej oceny w zakresie, nie tylko obecności zakwitów sinic, ale również innych zanieczyszczeń i odpadów takich jak: materiały smoliste, szkło, tworzywa sztuczne, przedmioty pływające, jak również zwracały uwagę na wyposażenie kąpielisk. W sezonie kąpielowym 2017 odnotowano zanieczyszczenie dwóch kąpielisk substancjami smolistymi stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi oraz fauny i flory wody w kąpieliskach.

<sup>5</sup> Sinice, inaczej cyjanobakterie występują we wszystkich zbiornikach wodnych, jednak problemem stają się, gdy wzrośt ich ilość. Pojawiają się w wodzie okresowo, szczególnie w okresie wysokich temperatur towarzyszących sezonowi letniemu. Stężenie toksyn sinicowych (w tym mikrocytyn) i związane z tym ryzyko zdrowotne w wodach zbiorników wykorzystywanych do kąpiel, uzależnione jest takich czynników, jak stabilność warunków pogodowych, głębokość zbiornika, siła i kierunek wiatru.

## 6. Terminy otwarcia kąpielisk

Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* sezon kąpielowy obejmuje okres między 15 czerwca a 30 września. Indywidualnie dla każdego kąpieliska decyzję o jego otwarciu i zamknięciu w ramach czasowych określonych prawem praktycznie podejmuje organizator kąpieliska. Sezon kąpie-

lowy jest okresem określonym przez radę gminy w uchwale, terminy te są zatwierdzane uchwałą rady gminy, dodatkowo informacje można znaleźć w serwisie kąpieliskowym prowadzonym przez Główny Inspektorat Sanitarny (<https://sk.gis.gov.pl/>).



## 7. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

W 2017 roku po raz trzeci została przeprowadzona klasyfikacja jakości wody dla kąpielisk, które posiadały pełen zestaw danych. Oznacza to, iż kąpieliska, które funkcjonowały rokrocznie przez kolejne cztery sezony kąpielowe, były klasyfikowane i otrzymały status:

- doskonałe,
- dobre,
- dostateczne
- niedostateczne.

Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach przeprowadzana jest na podstawie wyników badań parametrów mikrobiologicznych tj. enterokoki i *Escherichia coli*. Klasyfikacja kąpieliska jest dokonywana zgodnie z przepisami zawartymi w załączniku nr 2 do 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. z 2016 r., poz. 1602).

Wymagania w zakresie klasyfikacji jakości wody przedstawiono w Tabeli 22.

Ponadto dla kąpielisk, które nie mogły zostać poddane procedurze klasyfikacji nadawano status:

- nowe – kąpielisko, które nie podlega jeszcze klasyfikacji z uwagi na niewystarczający zestaw danych o jakości wody w kąpielisku;
- zmiany - kąpielisko nie posiada jeszcze pełnego zestawu danych od momentu wystąpienia zmian, które miały wpływ na klasyfikację (zmiany wpływające na jakość wody).

Wyniki klasyfikacji jakości wody w kąpieliskach raportowane do Komisji Europejskiej w 2017 r. przedstawione zostały w Tabeli 23:

Tab. 22. Klasyfikacja wody w kąpielisku – wymagania (opracowanie własne)

Klasyfikacja wody w kąpielisku – wymagania mikrobiologiczne dla wód powierzchniowych				
Lp.	Parametr	Jakość doskonała	Jakość dobra	Jakość dostateczna
1	Enterokoki (jtk/100ml lub NPL/100ml)	200*	400*	330**
2	<i>E.coli</i> (jtk/100ml lub NPL/100ml)	500*	1000*	900**
Klasyfikacja wody w kąpielisku – wymagania mikrobiologiczne dla wód przybrzeżnych i przejściowych				
Lp.	Parametr	Jakość doskonała	Jakość dobra	Jakość dostateczna
1	Enterokoki (jtk/100ml lub NPL/100ml)	100*	200*	185**
2	<i>E.coli</i> (jtk/100ml lub NPL/100ml)	250*	500*	500**

\*oparte na ocenie 95-percentyla

\*\*oparte na ocenie 90-percentyla

Tab. 23. Klasyfikacja wody w kąpielisku – wyniki (opracowanie własne)

Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym w 2017 r.	Klasyfikacja kąpielisk w 2017 r. oraz kąpieliska niepodlegające klasyfikacji						
	doskonała	dobra	dostateczna	niedostateczna	nowe kąpielisko <sup>6</sup>	brak spełnienia kryteriów częstotliwości <sup>7</sup>	zamknięte <sup>8</sup>
205	137	26	14	5	21	1	1

6 Nowe kąpielisko które nie podlega jeszcze klasyfikacji z uwagi na niewystarczający zestaw danych o jakości wody w kąpielisku.

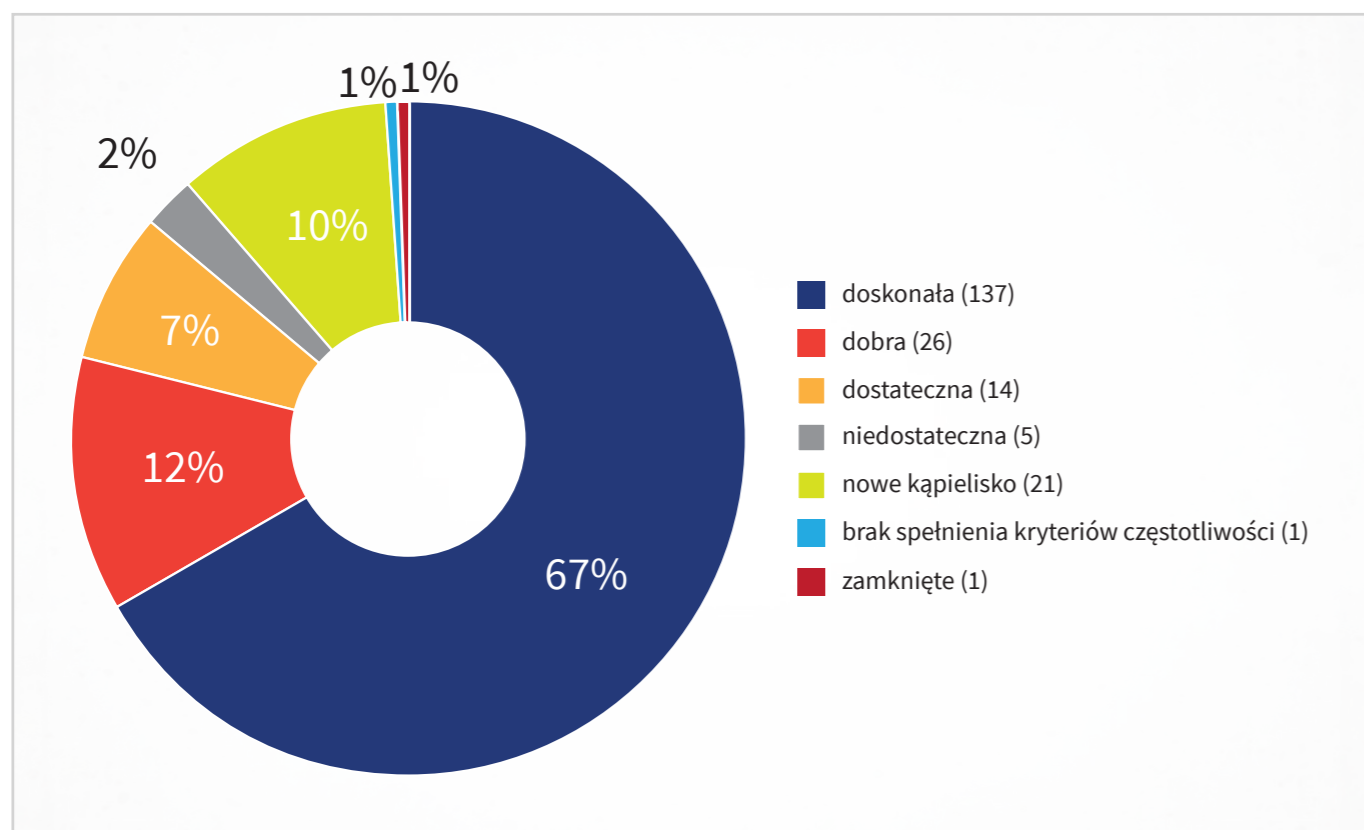
7 Nie spełnienie kryteriów częstotliwości oraz liczby próbek wchodzących do zestawu danych do oceny jakości wody (termin pobrania próbek przed początkiem sezonu kąpielowego, niezachowanie częstotliwości próbkowania w trakcie sezonu kąpielowego – maksymalny odstęp między próbkowaniem nie dłuższy niż jeden miesiąc, brak zestawu danych do klasyfikacji).

8 Kąpielisko raportowane jako tymczasowo zamknięte, nie monitorowane lub monitorowane tylko nie można przyporządkować innej klasy dla kąpieliska.

Klasyfikacja jakości wody mogła zostać wykonana dla 182 kąpielisk z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody niezbędnych do przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. W 2017 r. 137 kąpielisk sklasyfikowano jako doskonałe, 26 otrzymało status jakości dobrej, 14 dostatecznej i 5 kąpielisk otrzymało wynik niedostatecznej jakości wody. Po zakończeniu sezonu kąpielowego w 2017 r. 21 kąpielisk nie podlegało jeszcze klasyfikacji z uwagi, iż zostały wyznaczone po 2012 r. lub w kolejnych latach i w związku z czym nie posiadają wystar-

czającego zestawu danych o jakości wody. Jak również jedno kąpielisko zostało zakwalifikowane jako niespełniające kryteriów częstotliwości badania z uwagi na to, iż w 2014 i 2015 r. funkcjonowało jako miejsce wykorzystywane do kąpiel. W związku z powyższym brak jest ciągłości danych niezbędnych do obliczenia klasyfikacji jakości wody w kąpielisku. Ponadto jedno kąpielisko miało status zamkniętego z uwagi na to, iż funkcjonowało w 2013 r., a w roku 2017 nastąpiło jego ponowne otwarcie (brak niezbędnej ilości próbek do przeprowadzenia klasyfikacji jakości wody).

Wykres 44. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpiel w sezonie kąpielowym 2017 r. (opracowanie własne)



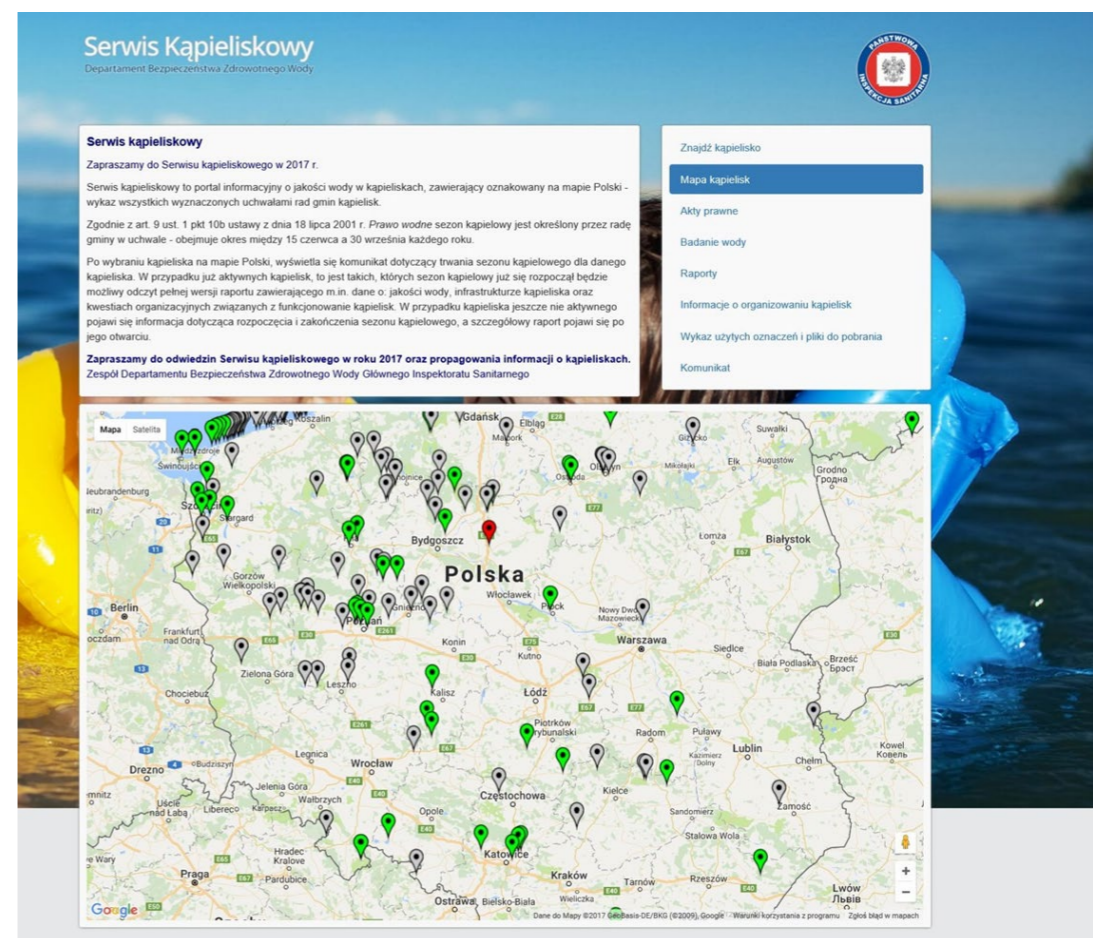
## 8. Serwis kąpieliskowy

Serwis kąpieliskowy zgodnie z art. 163c ust. 3 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* zawiera informację dotyczącą kąpielisk, czyli obiektów spełniających najwyższe standardy bezpieczeństwa. Regulacja Dyrektywy 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. *dotycząca zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylająca dyrektywę 76/160/EWG* (Dz. Urz. L 64 z 04.03.2006 r.), wdrożona do prawa polskiego ustawą z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne*, określa wymagania w zakresie wszystkich kąpielisk w państwach członkowskich Unii Europejskiej, w związku z czym obiekty posiadające status kąpieliska są tak samo monitorowane oraz

spełniają te same wymagania, co wszystkie kąpieliska na obszarze Unii Europejskiej.

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

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



Serwis kąpieliskowy w sezonie kąpielowym 2017 był na bieżąco aktualizowany w terminie 15 czerwca - 30 września, zgodnie z okresem trwania sezonu kąpielowego i był prowadzony na podstawie danych uzyskiwanych od właściwych państwowych inspektorów sanitarnych.

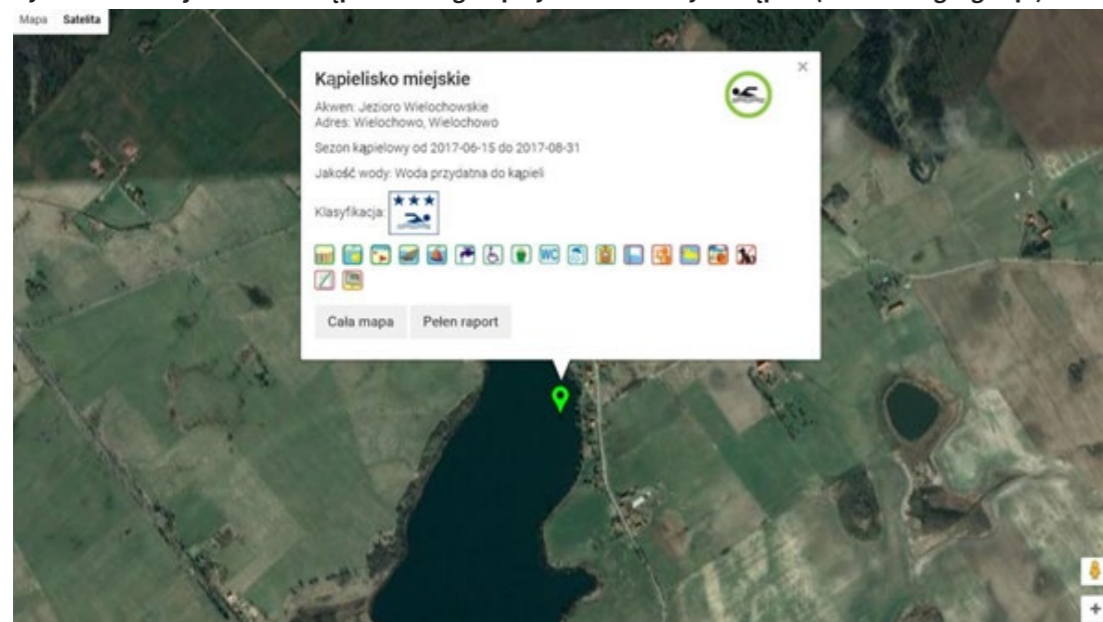
Celem serwisu kąpieliskowego jest przede wszystkim natychmiastowe przekazywanie i rozpowszechnianie infor-

macji o jakości wody w kąpieliskach podczas letniego wypoczynku, tak aby minimalizować ryzyko zdrowotne osób kąpiących się. Na podstawie sprawozdania z badania jakości wody prowadzonego dla każdego kąpieliska, właściwy państwowy powiatowy lub państwowy graniczny inspektor sanitarny dokonuje bieżącej oceny jakości wody, w celu określenia jej przydatności do kąpiel. Informacja ta zostaje zamieszczona na stronie serwisu kąpieliskowego.

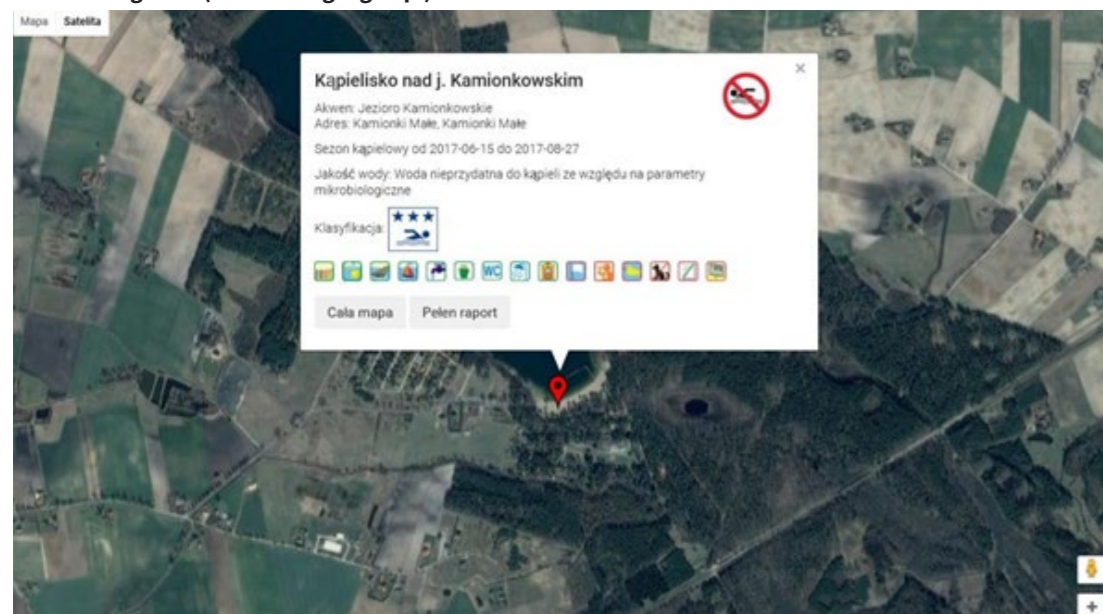
Rys. 5. Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce (źródło: sk.gis.gov.pl)



Rys. 6. Informacja z Serwisu kąpieliskowego o przydatności wody do kąpielii (źródło: sk.gis.gov.pl)



Rys. 7. Informacja z Serwisu kąpieliskowego o nieprzydatności wody do kąpielii ze względu na parametry mikrobiologiczne (źródło: sk.gis.gov.pl)



Serwis kąpieliskowy zawiera informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

- wykaz kąpielisk;
- bieżącą ocenę jakości wody w kąpielisku;
- informację o zakazie kąpielii wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informację o innych zaleceniach dotyczących jakości wody;
- ogólny opis wody w kąpielisku, sporządzony w oparciu o profil wody w kąpielisku, przedstawiony w języku nie-technicznym;
- informacje o:
  - możliwości występowania krótkotrwałych zanieczyszczeń,
  - liczbie dni, w których kąpiel była zakazana w czasie poprzedniego sezonu kąpielowego, z uwagi na takie zanieczyszczenie,

- ostrzeżeniu o każdym takim występującym lub przewidywanym zanieczyszczeniu,
- dane o rodzaju oraz spodziewanym czasie trwania sytuacji wyjątkowej, której występowania nie przewiduje się przeciętnie częściej niż raz na cztery lata.

Ponadto, serwis kąpieliskowy zawiera dodatkowe informacje z zakresu infrastruktury na obszarze kąpieliska, którą można podzielić na trzy kategorie.

**Pierwsza kategoria** to „Programy i wyróżnienia” na przykład Błękitna flaga. Jest to nazwa programu wdrażanego przez pozarządową organizację ekologiczną – Fundację na rzecz Edukacji Ekologicznej (Foundation for Environmental Education – FEE), zrzeszającą narodowe organizacje pełniące rolę krajowych koordynatorów programów FEE. Błękitna

Flaga jest wyróżnieniem przyznawanym obiektom spełniającym najwyższe kryteria w zakresie jakości wody, zarządzania środowiskowego, bezpieczeństwa, a także prowadzonych działań edukacyjnych i informacyjnych.

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

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

**Trzecia 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.

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

Rys. 8. Informacja z Serwisu kąpieliskowego o przydatności wody do kąpielii (źródło: sk.gis.gov.pl)

**Sezon kąpielowy**  
Od 2017-06-15 do 2017-08-31  
w godzinach 10.00 - 18.00

**Ocena bieżąca**

Ocena	Powód oceny	Data decyzji	Następne badanie
Woda przydatna do kąpielii		2017-06-13	2017-06-19

**Klasyfikacja**

Rok	Klasyfikacja	Środki zarządzania
2016	★★★★ Jakość doskonała	
2015	★★★★ Jakość doskonała	
2014	★★★★ Jakość doskonała	

**Infrastruktura**

**Warunki**  
Data ostatniego pomiaru: 2017-06-21  
Temperatura powietrza: 24°C  
Temperatura wody: 20°C  
Prędkość wiatru: 0 m/s  
Flaga: Biała  
\* Dane wprowadzane przez organizatora.

**Ogólny profil wody**  
Opis profilu  
Kąpielisko zlokalizowane nad jeziorem Wielochowskim, długość linii brzegowej wynosi 150m. Ocena jakości wody w kąpielisku za lata 2013-2016 - doskonała. Bieżąca ocena jakości wody w kąpielisku wydana 13 czerwca 2017r. na podstawie wyniku badania próby pobranej dnia 07 czerwca 2017r. - woda przydatna do kąpielii.

**Strona internetowa z profilem**  
www.osir.lidzbarkwarmiński.pl

**Załączony plik z profilem**  
profil\_wody\_2016\_.pdf

**Organizator**  
Ośrodek Sportu i Rekreacji w Lidzbarku Warmińskim  
ul. Bartoszycka 24, 11-100 Lidzbark Warmiński  
telefon: +48 89 767 20 87  
e-mail: osir@lidzbarkwarmiński.pl

**Nadzorująca Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna**  
PSSE w Lidzbarku Warmińskim  
ul. Orła Białego 6, 11-100 Lidzbark Warmiński  
telefon: (89) 767-23-22  
e-mail: psse.lidzbarkwarm@sanepid.olsztyn.pl



## 9. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania mające na celu zwrócenie uwagi zarówno samorządów, władz lokalnych, jak również organizatorów kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli na zalety wynikające z tworzenia kąpielisk oraz na potrzebę korzystania w czasie letnim z kąpielisk zarówno przez mieszkańców Polski, jak i turystów. Powyższe działania polegają m.in. na współpracy oraz udzielaniu porad organizatorom kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w zakresie prowadzenia nadzoru nad jakością wody. Przepis art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym wskazuje, iż do zakresu działań gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, przez które również należy rozumieć potrzeby związane z organizacją i udostępnianiem kąpielisk na terenie danej gminy. Podobne wskazanie zawarte jest w art. 7 ust. 1 pkt 10 ww. ustawy, 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. Art. 34a ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* dotyczący określenia, przez rady gmin w drodze uchwały, wykazów kąpielisk, pozwala społeczeństwu wpływać na decyzje gminy w zakresie zapewnienia odpowiednich warunków rekreacji i wypoczynku, zgodnych z oczekiwaniami społeczności lokalnej. Jeśli mieszkańcy danej gminy oczekują zorganizowania na jej terenie bezpiecznego, systematycznie nadzorowanego kąpieliska, spełniającego wszystkie obowiązujące wymagania, to niewątpliwie organy samorządowe powinny wziąć pod uwagę taką potrzebę. Stanowi to wypełnienie założeń dyrektywy 2006/7/WE dotyczącej zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylająca dyrektywę 76/160/EWG, dotyczących umożliwiania aktywnego udziału społeczeństwa w procesie tworzenia nowych kąpielisk oraz zgłaszania propozycji, uwag, skarg i wniosków w stosunku do kąpielisk już istniejących.

Należy zaznaczyć, iż wszystkie podmioty zaangażowane w organizację kąpielisk, a w szczególności wójt, burmistrz lub prezydent miasta, powinny dążyć do zwiększenia na administrowanym obszarze liczby kąpielisk i promowania bezpiecznej kąpeli w obszarze kąpielisk, które charakteryzują się najwyższymi standardami bezpieczeństwa.

W 2017 r. nastąpił wzrost liczby kąpielisk z 201 na 205 obiektów. Jednak liczba miejsc wykorzystywanych do kąpeli (w 2017 r. 838 obiektów) nadal utrzymuje się na wysokim poziomie. Powyższe wynika z faktu, iż w przepisach określono wyższe wymagania dla kąpielisk, które mają zapewnić kompleksowy nadzór nad jakością wody, prowadzony nie tylko przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ale

przede wszystkim przez organizatora. Początkowo miejsca wykorzystywane do kąpeli miały za sprawą woli i możliwości organizatorów podnosić swój status i zostać przekształcone w kąpieliska, jednak w praktyce okazało się, że organizatorzy kąpielisk zamykają je na rzecz miejsc wykorzystywanych do kąpeli, które nie spełniają wysokich kryteriów, by mogły funkcjonować. Przed implementacją dyrektywy 2006/7/WE w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej było blisko 1480 kąpielisk, w tym 1160 niezorganizowanych, tradycyjnie wykorzystywanych przez ludność do kąpeli, zaś obecnie jest 205 kąpielisk i ich liczba utrzymuje się na podobnym poziomie od wdrożenia przepisów ww. dyrektywy. Miejsca wykorzystywane do kąpeli zostały przez ustawodawcę przewidziane z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa osobom kąpiącym się podczas zorganizowanego krótkotrwałego wypoczynku letniego (obozы harcerskie, sezonowe ośrodki wypoczynkowe lub gospodarstwa agroturystyczne).

Dlatego też, w celu wzmocnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkich osób korzystających z tej formy rekreacji Główny Inspektorat Sanitarny zaproponował zmianę w projekcie ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne*, definicji miejsca wykorzystywanego do kąpeli na miejsce okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli (projekt był procedowany w 2016 r. i 2017 r.). Zgodnie z uchwaloną ustawą z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz. U. z 2017 r., poz. 1566 z późn. zm.) od dnia 1 stycznia 2018 r., poza kąpieliskami, mogą funkcjonować wyłącznie miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli. Utworzenie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli odbywa się za zgodą rady gminy w drodze uchwały (po złożeniu odpowiedniego wniosku przez organizatora ww. miejsca). Jednocześnie należy wskazać, iż zgodnie z ww. ustawą, miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli mogą funkcjonować przez okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym. Zgodnie z zamysłem ustawodawcy wprowadzenie szczegółowych wymagań dla tworzenia miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli ma na celu likwidację miejsc wykorzystywanych do kąpeli, na rzecz tworzenia kąpielisk określonych w dyrektywie 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. *dotyczącej zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylającej dyrektywę 76/160/EWG*, z jednoczesnym zabezpieczeniem wyjątkowych sytuacji, w których konieczne będzie zorganizowanie formy rekreacji związanej z kąpielą. Sytuacje o których mowa to przypadki, w których nie dało się wcześniej przewidzieć konieczności utworzenia miejsca do kąpeli zgodnie z wymaganiami i procedurą przewidzianą dla kąpielisk. W obecnym stanie prawnym właśnie taką rolę miały pełnić miejsca wykorzystywane do kąpeli.





**Zapobiegawczy |  
nadzór sanitarny**

## 1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

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

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

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

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

W ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych m. in. w sprawach:

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

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dokonywały:

- uzgodnień dotyczących zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko projektów dokumentów strategicznych, w tym:
  - projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy,
  - innych planów i dokumentów, np. koncepcji, planów, programów i strategii opracowywanych dla gmin, województw i kraju,

- uzgodnień dotyczących odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla wyżej wymienionych dokumentów,
- oceny ww. projektów dokumentów wraz z prognozami oddziaływania na środowisko.

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

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

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

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

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

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

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

Główny Inspektor Sanitarny w 2017 r. nadał ww. uprawnienia 7 osobom (w 2016 r. - 8 osobom, a w 2015 r. - 9 osobom). Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały również stanowiska w formie zgód, uzgodnień i opinii, dotyczące w szczególności:

- spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

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

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

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

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

W 2017 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna zajęła ogółem ponad 127 tysięcy stanowisk (w 2016 r. ponad 134 tysięcy,



w 2015 r. ponad 137 tysięcy), w tym jedynie ok. 0,7 % negatywnych (w roku 2016 ok. 0,8%, w 2015 ok. 1 %).

W ramach powyższego dokonano ponad 44 tysiące uzgodnień dokumentacji projektowej inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2016 r. ponad 44 tysiące, w 2015 r. ponad 42 tysiące), w tym przez:

- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – ponad 8 tysięcy uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2016 r. ponad 8,5 tysiące, w 2015 r. ponad 8,2 tysiące),
- rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych - ponad 36 tysięcy uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2016 r. ok. 35,8 tysiąca, w 2015 r. ok. 34,3 tysiąca).

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

- ponad 10,7 tysiąca uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2016 r. ponad 10,1 tysiąca, w 2015 r. ponad 9,9 tysiąca),
- ponad 5,3 tysiące opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na śro-

dowisko (w 2016 r. ponad 5 tysięcy, w 2015 r. ponad 4,9 tysiąca),

- ok. 13,7 tysiąca opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (w 2016 r. ok. 17,4 tysiąca, w 2015 r. ok. 15,8 tysiąca),
- ok. 4,6 tysiące stanowisk dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym zakresie warunków technicznych (w 2016 r. ok. 4,5 tysiące, w 2015 r. ok. 4,3 tysiące),
- ok. 4,7 tysiąca opinii dotyczących spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (w 2016 r. ok. 4,2 tysiąca, 2015 r. ok. 7,6 tysiąca),
- ok. 18,7 tysiące stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego (w 2016 r. ok. 18,3 tysiące, w 2015 r. ok. 20,4 tysiące),
- 64 sprzeciwy wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowywanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2016 r. 76 sprzeciwów, w 2015 r. 90 sprzeciwów).

W związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2017 r. dokonano ok. 24,6 tysiące kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów, w tym kontroli obiektów budowlanych w trakcie budowy (w 2016 r. ok. 26,3 tysiące, w 2015 r. ok. 31 tysiące).

## 2. Podsumowanie

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

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

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

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





**Odpady**  
**medyczne**

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

W odpadach medycznych wyróżniamy:

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

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

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

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

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

Tab. 24. ...

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

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

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

Zakaźne odpady medyczne mogą stanowić poważne zagrożenie epidemiczne, ponieważ niektóre patogeny mają możliwość przetrwania na powierzchniach nieożywionych do kilkunastu miesięcy.

Stosowanie zasad bezpiecznego postępowania z tymi odpadami może w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko przeniesienia zakażenia nie tylko na pacjentów, personel medyczny i osoby zaangażowane w gospodarkę odpadami, ale również na pozostałych członków społeczeństwa.

W 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały nadzór sanitarny nad postępowaniem z odpadami medycznymi w miejscach ich powstawania realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego.

Kontrolowane było postępowanie z odpadami medycznymi w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych

lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny m. in. w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej, sanatoriach, hospicjach, w podmiotach udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (przychodniach, poradniach, ośrodkach zdrowia, lecznicach, zakładach badań diagnostycznych i medycznych laboratoriach diagnostycznych, zakładach rehabilitacji leczniczej, praktykach zawodowych).

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej skupiały się szczególnie na ochronie zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych oraz zapobieganiu powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Jednym z najważniejszych priorytetów, były działania związane z zapobieganiem szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zgodnie art. 11 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz.151), kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności poprzez ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapo-



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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w trakcie przeprowadzanych kontroli postępowania z odpadami medycznymi w miejscu ich powstawania zwracały uwagę na spełnienie wymagań stawianych przepisami prawa, w tym przepisami ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach oraz przywołanej wcześniej ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

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

- procedury postępowania z odpadami,
- zasady segregacji i warunki gromadzenia, w tym odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach,

- kolorystykę i oznakowanie pojemników i worków do gromadzenia odpadów medycznych,
- sposób transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- stan sanitarny środków i pojemników do transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- stan sanitarno-techniczny oraz wyposażenie miejsc do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego,
- stan sanitarno-techniczny, wyposażenie, sposób i warunki magazynowania w miejscach wstępnego magazynowania

Postępowanie z odpadami medycznymi w miejscach powstawania było prowadzone z zachowaniem zasad segregacji i gromadzenia, w workach lub pojemnikach przypisanych danemu rodzajowi odpadów (kod odpadów, kolorystyka worków i pojemników).

Odpady o ostrych końcach i krawędziach (np. igły) zbierane były do pojemników jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie. W zależności od ilości wytwarzanych odpadów medycznych były one wstępnie magazynowane w urządzeniach chłodniczych (w przypadku niewielkiej ilości odpadów medycznych), w pomieszczeniach lub w stacjonarnych urządzeniach chłodniczych, przeznaczonych wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych. Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsc powstawania do miejsc wstępnego magazynowania odbywał

się przeznaczonymi do tego celu środkami transportu np. wózkami z zamkniętą przestrzenią ładunkową lub z zamkniętymi pojemnikami, a w przypadku niewielkiej ilości odpadów w zamkniętych pojemnikach transportowych. Mycie pojemników i środków transportu odbywało się w wydzielonym do tego celu miejscu. Generalnie podmioty wytwarzające odpady medyczne posiadały i stosowały procedury i instrukcje postępowania z odpadami.

Najczęściej występującymi nieprawidłowościami w zakresie postępowania z odpadami medycznymi były:

- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, podłóg i sufitów w miejscach wstępnego magazynowania,
- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny powierzchni w pomieszczeniach dezynfekcji i mycia środków transportu oraz pojemników do transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- nieprawidłowe warunki transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- brak pełnego oznakowania worków i pojemników do gromadzenia odpadów medycznych, w tym w zakresie identyfikacji wytwórcy,
- brak oznakowania urządzenia chłodniczego do wstępnego magazynowania odpadów zakaźnych,
- niezachowanie właściwej temperatury wstępnego magazynowania odpadów medycznych,
- brak aktualizacji procedur postępowania z odpadami medycznymi.

W dniu 24 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. poz. 1975), wydane na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach. W rozporządzeniu zostały m. in. określone:

- zasady postępowania z odpadami medycznymi powstałymi w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania;
- zasady postępowania przy gromadzeniu odpadów medycznych w pojemnikach lub workach w miejscach ich powstawania oraz przy wstępnym magazynowaniu odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny;
- kolorystyka i inne wymagania dla worków i pojemników do gromadzenia odpadów (kolor czerwony - odpady zakaźne, kolor żółty - odpady niebezpieczne inne niż zakaźne, inny niż czerwony i żółty - dla odpadów innych niż niebezpieczne, wymagania dotyczące pojemników do odpadów o ostrych końcach i krawędziach);
- zakres oznakowania pojemników i worków, identyfikujący odpady w nich zgromadzone, czas przechowywania oraz wytwórcę odpadów: datę i godzinę otwarcia (tj. rozpoczęcia użytkowania worka lub pojemnika), godzinę

zamknięcia worka lub pojemnika (po zapelnieniu - zakończenie gromadzenia), dane identyfikujące jednostkę, w której zbierane są odpady (odpowiednio nazwę, numer REGON, numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wytwórcy odpadów medycznych);

- warunki transportu wewnętrznego odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny;
- wymagania dla miejsc wstępnego magazynowania odpadów medycznych (pomieszczenie, stacjonarne urządzenie chłodnicze, przenośne urządzenie chłodnicze);
- wymagania dla miejsc dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników wielokrotnego użycia, służących do transportu wewnętrznego odpadów medycznych;
- konieczność opracowania, wdrożenia i stosowania procedur postępowania z odpadami medycznymi w zakresie selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania odpadów medycznych wraz z instrukcją selektywnego zbierania odpadów medycznych w miejscu ich powstawania oraz procedur postępowania z odpadami medycznymi przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania, które zawierają oznaczenie miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, w kategorii odpadów zakaźnych wyodrębniono szczególnie groźne - wysoce zakaźne odpady medyczne - zawierające wyjątkowo groźne biologiczne czynniki chorobotwórcze, mogące wywoływać choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, łatwo rozprzestrzeniające się, o wysokiej śmiertelności (takie jak cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne), powodujące szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagające specjalnych metod zwalczania. Określono również sposób postępowania z tymi odpadami (odpady, w których zidentyfikowano lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze, które podlegają zakwalifikowaniu do kategorii A zgodnie z pkt 2.2.62.1.4.1 załącznika A do Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r. - Dz. U. z 2017 r. poz. 1119).

Istnienie w obiegu prawnym szczegółowych wymagań dotyczących postępowania z odpadami medycznymi w miejscu ich powstawania niewątpliwie pozwoli w tym obszarze gospodarowania odpadami medycznymi, ujednoczyć i utrwalić stosowanie bezpiecznej dla ludzi i środowiska praktyki postępowania z odpadami medycznymi, jak również na ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym wysoce zakaźnych.





**Stan sanitarny  
obiektów użyteczności  
publicznej**



## 1. Informacje ogólne

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących utrzymania należytego stanu higienicznego nieruchomości, instytucji, obiektów i urzędów użyteczności publicznej oraz zbiorowego transportu publicznego. Kontrolę stanu sanitarnego w 2017 r. przeprowadzono w 79 067 obiektach użyteczności publicznej spośród 142 939 ujętych w ewidencji.

Kontrolą zostały objęte:

- **zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej** – skontrolowano 35 760 spośród 58 497 ujętych w ewidencji, co stanowi 61%,
- **obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie** – skontrolowano 9 958 spośród 24 850 ujętych w ewidencji, co stanowi 40%,
- **ustępy publiczne i ogólnodostępne** – skontrolowano 2 908 spośród 3 539 ujętych w ewidencji, co stanowi 82%,
- **domy pomocy społecznej, noclegownie oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej** – skontrolowano 2 144 spośród 2 778 ujętych w ewidencji, co stanowi 77%,

- **dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze, przystanki morskie i żegluga śródlądowej, stacje metra** – skontrolowano 997 spośród 1 504 ujętych w ewidencji, co stanowi 66%,
- **środki transportu**, w tym środki zbiorowego transportu publicznego: autobusy komunikacji miejskiej, turystyczne, tramwaje, wagony w pociągach, statki morskie i żegluga śródlądowej, samoloty, a także samochody do przewozu chorych i samochody do przewozu zwłok – ogółem skontrolowano 8 564 pojazdów (brak danych w ewidencji),
- **przejścia graniczne**: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 48 spośród 50 ujętych w ewidencji, co stanowi 96%,
- **tereny rekreacyjne** (tereny zabaw dzieci, piaskownice, ogródki jordanowskie, parki, ogrody botaniczne i zoologiczne itp.) – skontrolowano 5 145, spośród 9 437, co stanowi 55%,
- **cmentarze i domy pogrzebowe** – skontrolowano 4 143, spośród 10 162, co stanowi 41%,
- **inne obiekty użyteczności publicznej** – skontrolowano 16 180 spośród 34 041, co stanowi 48%, w tym: parkingi i miejsca postojowe, stacje paliw, obiekty sportowe, boiska, stadiony, hale sportowe, obiekty kulturalne, kina, teatry, domy kultury, świetlice, targowiska, urzędy pocztowe, sklepy, apteki, pralnie, składowiska odpadów, oczyszczalnie ścieków, areszty śledcze i zakłady karne.



## 2. Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów

### Ustępy publiczne

Ustępy publiczne należą do obiektów, których bieżąca czystość i higiena powinny być monitorowane i utrzymywane na bieżąco w celu zagwarantowania w przestrzeni publicznej standardów higienicznych w środowisku człowieka.

W 2017 r. skontrolowano 87% ustępów publicznych. Tylko w ok. 2% skontrolowanych ustępów stwierdzono uchybienia w zakresie stanu sanitarnego. Zakres kontroli obejmował m.in.: zaopatrzenie w wodę ciepłą i zimną, stan czystości i prawidłowość dezynfekcji urządzeń i pomieszczeń, gospodarkę ściekową i odpadową.

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się:

- 2 392 obiekty w 2017 r.
- 2 319 obiektów w 2016 r.
- 2 283 obiekty w 2015 r.
- 2 280 obiektów w 2014 r.
- 2 006 obiektów w 2013 r.

Pomimo wzrostu liczby ustępów publicznych nadal zwraca uwagę fakt zbyt małej liczby tego rodzaju obiektów w stosunku do zapotrzebowania ludności przebywającej w miejscach publicznych, zwłaszcza w miejscowościach wypoczynkowych, przy szlakach turystycznych czy cmentarzach.

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

Wśród obiektów pomocy społecznej objętych bieżącym nadzorem sanitarnym znajdowały się:

- domy pomocy społecznej – placówki zapewniające całodobową opiekę z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,
- inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – placówki w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej takie jak: ośrodki dla cudzoziemców, domy dziennego pobytu, ośrodki wsparcia, w tym ośrodki wsparcia tworzone na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu przemoc w rodzinie, środowiskowe domy samopomocy, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży itp.,
- placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku, prowadzone w ramach działalności gospodarczej,
- noclegownie i domy dla bezdomnych.

W omawianej grupie placówek przeważają obiekty zapewniające całodobową opiekę, całodzienne wyżywienie, często także oferujące udział w programach rehabilitacyjnych i terapii zajęciowej.

W 2017 r. skontrolowano 77% obiektów będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 5% obiektów skontrolowanych stwierdzono nieodpowiedni stan sanitarny. Wyniki kontroli są zbliżone do uzyskanych w latach ubiegłych: 2016 r. – skontrolowano 75% stwierdzając nieodpowiedni stan sanitarny w 4,3% skontrolowanych obiektów, a w roku 2015 r. skontrolowano 80% stwierdzając nieodpowiedni stan sanitarny w nieco ponad 6% skontrolowanych obiektów.

Najczęstszymi uchybieniami był niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, nieprzestrzeganie wymagań przepisów o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, nieprawidłowe postępowanie z bielizną i odpadami. Ogólnie stan sanitarny obiektów tej kategorii był oceniany pozytywnie. Najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny: pomieszczeń mieszkalnych, ciągów komunikacyjnych, toalet ogólnodostępnych i przy pomieszczeniach mieszkalnych, wyposażenia, a także, sposób przechowywania brudnej bielizny. Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami w stanie sanitarno-technicznym skontrolowanych placówek były: zniszczone i brudne ściany, sufity oraz podłogi, uszkodzona stolarka okienna i drzwiowa, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń.

### Obiekty hotelarskie i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie

Do obiektów hotelarskich należą hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe. Do obiektów, w których świadczone są usługi hotelarskie należą m.in. domy wczasowe i gospodarstwa agroturystyczne. W 2017 r. skontrolowano ok. 48% obiektów znajdujących się w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 2,5% skontrolowanych obiektów stwierdzono nieodpowiedni stan sanitarny.

Do podstawowych elementów uwzględnianych przy ocenie stanu sanitarnego tego typu obiektów należały:

- zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
- gospodarka ściekowa i odpadowa,
- funkcjonowanie i sprawność instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji w obiekcie,
- postępowanie z czystą i brudną bielizną oraz pościelą,
- procedury utrzymania czystości, w tym zaopatrzenie i właściwe przechowywanie środków czystości i preparatów dezynfekcyjnych,
- dbałość o stan bieżącej czystości i higieny pomieszczeń zwłaszcza na pobyt ludzi, a także higienicznosanitarnych oraz terenu wokół obiektu,
- dokumentacja zdrowotna pracowników,

- przestrzeganie przepisów o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- stan sanitarno-higieniczny i techniczny terenów przeznaczonych pod kempingi, pola namiotowe i wokół budynków.

Obserwuje się systematyczny wzrost liczby obiektów hotelarskich oraz świadczących usługi hotelowe o wyższym standardzie.

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

W 2017 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się:

- zakładów fryzjerskich – 2 8671
- zakładów kosmetycznych – 15 425
- zakładów tatuażu – 759
- zakładów odnowy biologicznej – 49 996
- innych zakładów, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z tych usług – 8 646

Obiekty objęte nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej charakteryzowały się dużym zróżnicowaniem – od niewielkich obiektów obsługiwanych przez jedną osobę, poprzez zakłady średniej wielkości, aż po salony usługowe wyposażone w najnowszy i najnowocześniejszy sprzęt o szerokim spektrum oferowanych usług. W wielu gabinetach kosmetycznych wykonywane były zabiegi wymagające specjalistycznej wiedzy z zakresu medycyny estetycznej. Zauważalny jest wzrost obiektów, w których oferowane i świadczone są usługi tatuażu.

Sprawowanie bieżącego nadzoru sanitarnego nad tego rodzaju obiektami obejmowało w szczególności kontrolę:

- procedur postępowania zapewniającego ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi przy świadczeniu usług, w tym postępowania z:
  - wyrobami, narzędziami i materiałami wielokrotnego użytku, w tym powodującymi lub mogącymi spowodować naruszenie ciągłości tkanek ludzkich (mycie, dezynfekcja, sterylizacja, przechowywanie)
  - bielizną wielokrotnego użytku (ręczniki, pelerynki i inne),
  - odpadami,
  - produktami i preparatami kosmetycznymi (m.in. termin ważności, sposób przechowywania),
- stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń, wyposażenia, sprzętów i urządzeń, zapewniających utrzymanie higieny osobistej oraz porządku i czystości pomieszczeń,
- stosowania środków czystości, dezynfekcyjnych itp.,
- zaopatrzenia w wodę ciepłą i zimną, w tym jakość wody przeznaczonej do spożycia,
- sposobu odprowadzania ścieków,
- wyposażenia w wentylację lub klimatyzację,

- przestrzegania przepisów o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Wymagania dla obiektów, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne i tatuażu regulują między innymi przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151). Jedną z ważniejszych regulacji jest przepis art. 16 ww. ustawy, który nakłada na osoby podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, obowiązek wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi. Niedopuszczalne jest ponowne użycie narzędzi, wyrobów i materiałów przeznaczonych do jednorazowego użytku.

Najczęściej powtarzającymi się uchybieniami były: niewłaściwe oznakowanie kosmetyków, niewłaściwe przechowywanie narzędzi, nieaktualne lub brak procedur, zły stan sanitarny pomieszczeń (brudne ściany, sufity, uszkodzona posadzka), zniszczone meble, popękana tapicerka, niewłaściwe przechowywanie odzieży ochronnej i prywatnej.

Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi są kategorią obiektów użyteczności publicznej wymagającą stałego oraz szczególnego nadzoru sanitarnego i podejmowania działań edukacyjnych w celu przeciwdziałania zakażeniom i chorobom zakaźnym u ludzi.

#### Obiekty obsługi pasażerów zbiorowego transportu publicznego

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach kontroli planowanych i interwencyjnych prowadziły nadzór nad dworcami autobusowymi, dworcami i stacjami transportu kolejowego, portami lotniczymi, portami i przystaniami morskimi oraz żeglugi śródlądowej.

Zakres kontroli obejmował między innymi:

- gospodarkę wodno-ściekową i odpadową,
- stan sanitarno-higieniczny obiektu,
- stan sanitarno-techniczny elementów wyposażenia sprzętów i urządzeń,
- dostępność oraz stan sanitarno-techniczny węzłów sanitarnych (w tym ustępów ogólnodostępnych),
- przestrzeganie przepisów prawnych w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Obserwuje się nieznaczną poprawę stanu sanitarnego obiektów. W 2016 r. stwierdzono nieprawidłowy stan sanitarny i techniczny w 2,8% skontrolowanych punktów obsługi pasażerów, w 2017 r. odsetek ten wynosił 1,6%.

Ponadto Państwowa Inspekcja Sanitarna kontrolowała środki zbiorowego transportu publicznego (komunikacji miejskiej, podmiejskiej i dalekobieżnej).

Brano pod uwagę w szczególności:

- stan sanitarny środków transportu,
- dostępność, wyposażenie i stan sanitarny pomieszczeń higienicznosanitarnych w pojeździe (wagonie kolejowym lub autobusie),
- postępowanie z pokrowcami na siedzenia i zagłówki, zapewnienie czystej bielizny i pościeli w wagonach sypialnych i z miejscami do leżenia.

#### Cmentarze, domy przedpogrzebowe

W 2017 r. skontrolowano 41% tego typu obiektów znajdujących się w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Nieodpowiedni stan sanitarny stwierdzono w 1,6%.

W ramach kontroli cmentarzy brany był pod uwagę stan sanitarno-techniczny zabudowań i infrastruktury cmentarza (rodzaje miejsc pochówków, kaplice, domy przedpogrzebowe, kostnice, punkty poboru wody do celów użytkowych i porządkowych), gospodarka odpadami, miejsca postoju, ogrodzenie i ustępy ogólnodostępne.

Domy pogrzebowe podlegały kontroli w zakresie:

- stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń, wyposażenia, urządzeń i sprzętu stosownie do przeznaczenia,
- zabezpieczenia przed dostępem zwierząt, gryzoni i owadów,
- posiadania pomieszczenia do przechowywania zwłok i przygotowania do pogrzebu,
- gospodarki wodno-ściekowej i odpadowej,
- stanu sanitarno-technicznego posiadanych środków transportu zwłok i szczątków ludzkich zapewniających godne traktowanie osób zmarłych.

Skontrolowano 2 370 pojazdów służących do transportu zwłok i szczątków ludzkich, tylko w 9 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarno-techniczny, co stanowiło 0,4%.

#### Podsumowanie

W ciągu ostatnich pięciu lat wzrosła liczba obiektów w ewidencji, natomiast liczba obiektów skontrolowanych pozostaje na tym samym poziomie. Stan ogólny obiektów użyteczności publicznej należy uznać za dobry, biorąc pod uwagę udział procentowy obiektów z nieodpowiednim stanem sanitarnym.

Tab. 25. Dane porównawcze wyników kontroli obiektów w latach 2013 – 2017 r.\*

rok	liczba obiektów wg ewidencji na 31 XII	liczba obiektów skontrolowanych (udział procentowy)	z nieodpowiednim stanem sanitarnym higienicznym i technicznym (udział procentowy)	z nieodpowiednim stanem sanitarnym tylko pod względem technicznym (udział procentowy)
2013	118 683	76 794 65%	560 0,5%	1 049 0,9%
2014	128 154	81 576 63%	511 0,4%	890 0,7%
2015	136 940	82 786 60%	346 0,3%	763 0,6%
2016	139 904	80 644 57%	390 0,3%	634 0,5%
2017	142 939	79 067 55%	377 0,5%	600 0,8%

\* Źródło: opracowanie własne (GIS)



**Nadzór nad warunkami  
sanitarno-higienicznymi  
środowiska pracy i chemikaliami**

## 1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

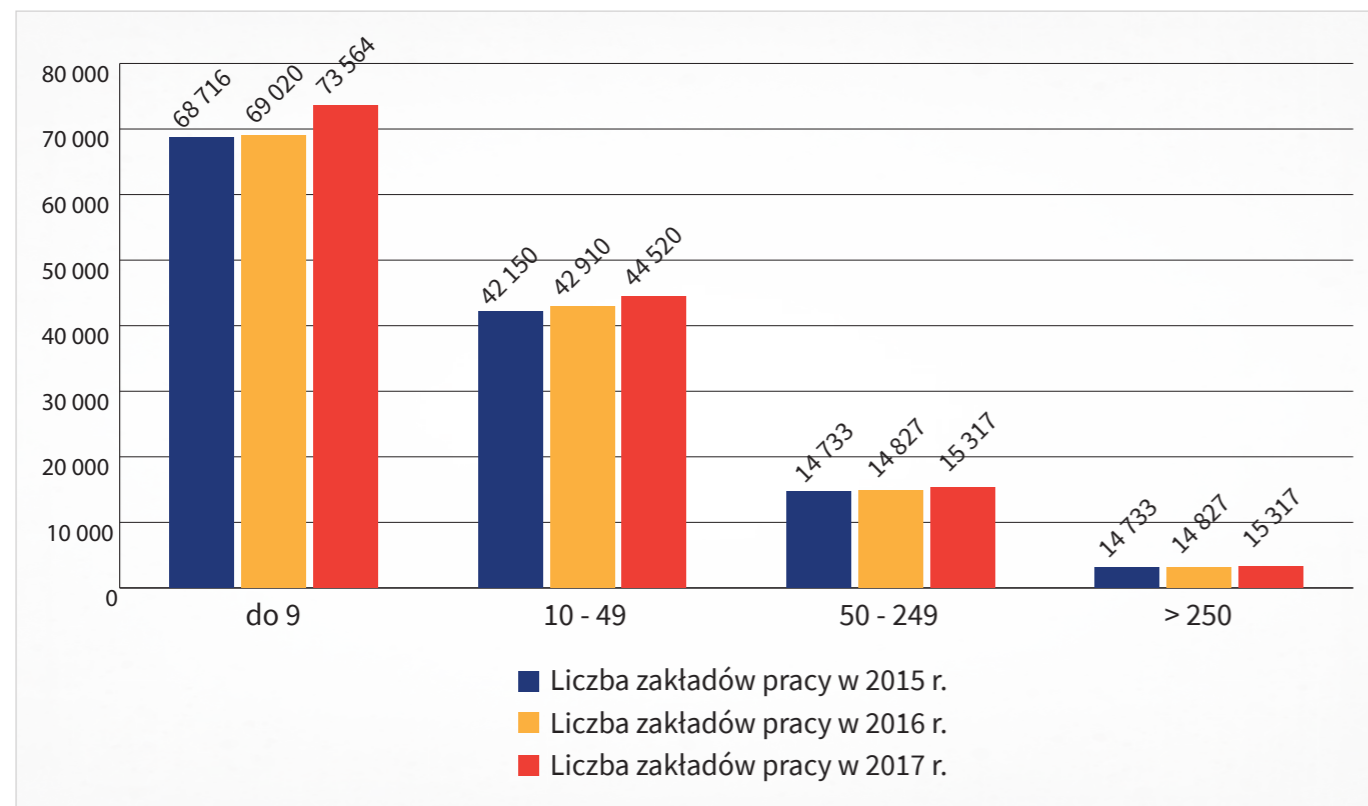
Kluczowe kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy określone zostały w *Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r.* Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, obejmował w 2017 r. kontrolę przestrzegania przepisów m.in. z zakresu: bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich u zatrudnionych pracowników, występowania substancji chemicznych i ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, a także oceny ryzyka zawodowego. Plan pracy obejmował zarówno programy wieloletnie, tj. ocenę przy-

gotowania pracodawców pod kątem przestrzegania przepisów i zasad bhp podczas usuwania bądź zabezpieczania wyrobów zawierających azbest w ramach rządowego „Programu Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032”, oraz programy dwuletnie: dotyczące sporządzenia oceny warunków pracy pracowników zatrudnionych w wybranych sektorach gospodarki.

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. objął ewidencją 136 641 zakładów pracy (129 905 w 2016 r.), zatrudniających ogółem 4 825 225 pracowników (4 661 068 w 2016 r.), z czego największa liczba zatrudnionych to pracownicy wg. następującej klasyfikacji działalności:

- PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 465 435 zatrudnionych,
- PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – 364 451 zatrudnionych,
- PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 253 195 zatrudnionych,
- PKD 85 Edukacja – 229 101 zatrudnionych,
- PKD 46 Handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi – 207 522 zatrudnionych.

Wykres 45. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2015 – 2017 /wg liczby zatrudnionych pracowników/



Pracownicy pionu nadzoru higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2017 r. 54 987 kontroli u 43 269 pracodawców (w 2016 r. – 56 713 kontroli u 44 617

pracodawców), zatrudniających łącznie 2 265 119 pracowników. Nadzorem objętych zostało 31,7 % zewidencjonowanych podmiotów (w 2016 r. – 34,3 %).

Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – 25 613 kontroli w 4 353 obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w 20 068 obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3 – 1 872 kontrole, w tym m.in. w 520 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – 5 200 kontroli, w tym m.in. w 1 864 obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze,
- nadzór w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 3 419 kontroli w 2 933 obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – 12 557 kontroli w 11 414 obiektach.

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w 4 247 skontrolowanych badaniach zakładach pracy. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) odnotowane w 2017 r. dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

- produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania (PKD 16) – w 707 zakładach,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) – w 600 zakładach,
- przetwórstwo przemysłowe (PKD 10) – w 348 zakładach,
- produkcja mebli (PKD 31) – w 261 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 na hałas. Ogółem w warunkach przekroczeń NDS i NDN czynników szkodliwych dla zdrowia w 2017 r. zatrudnionych było 210 058 pracowników (w 2016 r. – 213 182), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – 27 788 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 23 933 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – 20 462 pracowników,



- przy produkcji artykułów spożywczych – 13 576 pracowników,
- przy produkcji mebli – 12 516 pracowników,
- przy produkcji metali – 11 602 pracowników.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, podobnie jak i w latach ubiegłych, był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w 4 846 zakładach objętych ewidencją. Łączna liczba osób narażonych na jego oddziaływanie stanowiła 6,9% ogółu zatrudnionych w różnych gałęziach gospodarki.

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

W 43 269 skontrolowanych zakładach stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie:

- braku aktualnych pomiarów czynników szkodliwych – w 5 472 zakładach;
- stwierdzonych przekroczeń NDS/NDN – w 4 255 zakładach;
- niewłaściwego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń pracy – w 3 897 zakładach;
- braku lub nieprawidłowej oceny ryzyka zawodowego – w 2 985 zakładach;
- nieprawidłowości w zakresie substancji chemicznych i ich mieszanin – w 2 537 zakładach;

- braku rejestru czynników szkodliwych – w 1 549 zakładach;
- nieprawidłowości w zakresie szkodliwych czynników biologicznych – w 913 zakładach.

W wyniku prowadzonych postępowań administracyjno-egzekucyjnych, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, pion higieny pracy Inspekcji Sanitarnej wydał 13 602 decyzji administracyjnych, zawierających 40 690 nakazów, m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – 8 877 nakazów;
- oceny ryzyka zawodowego – 4 470 nakazów;
- substancji chemicznych i ich mieszanin – 3 411 nakazów;
- obniżenia normatywnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 1 786 nakazów;
- czynników biologicznych w środowisku pracy – 1 581 nakazów;
- substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 682 nakazy;
- produktów biobójczych – 100 nakazów;
- detergentów – 79 nakazów;
- prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 – 4 nakazy;
- unieruchomienia stanowisk pracy – 8 nakazów;
- unieruchomienia oddziały – 1 nakaz;
- unieruchomienia zakładu – 2 nakazy.

W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wydanych w 2017 r. w postępowaniu egzekucyjnym 211 postanowień o nałożeniu grzywny, celem przymuszenia do wykonania decyzji. Nałożono 144 grzywny w drodze mandatu karnego na łączną kwotę – 31 600 zł.

## 2. Choroby zawodowe

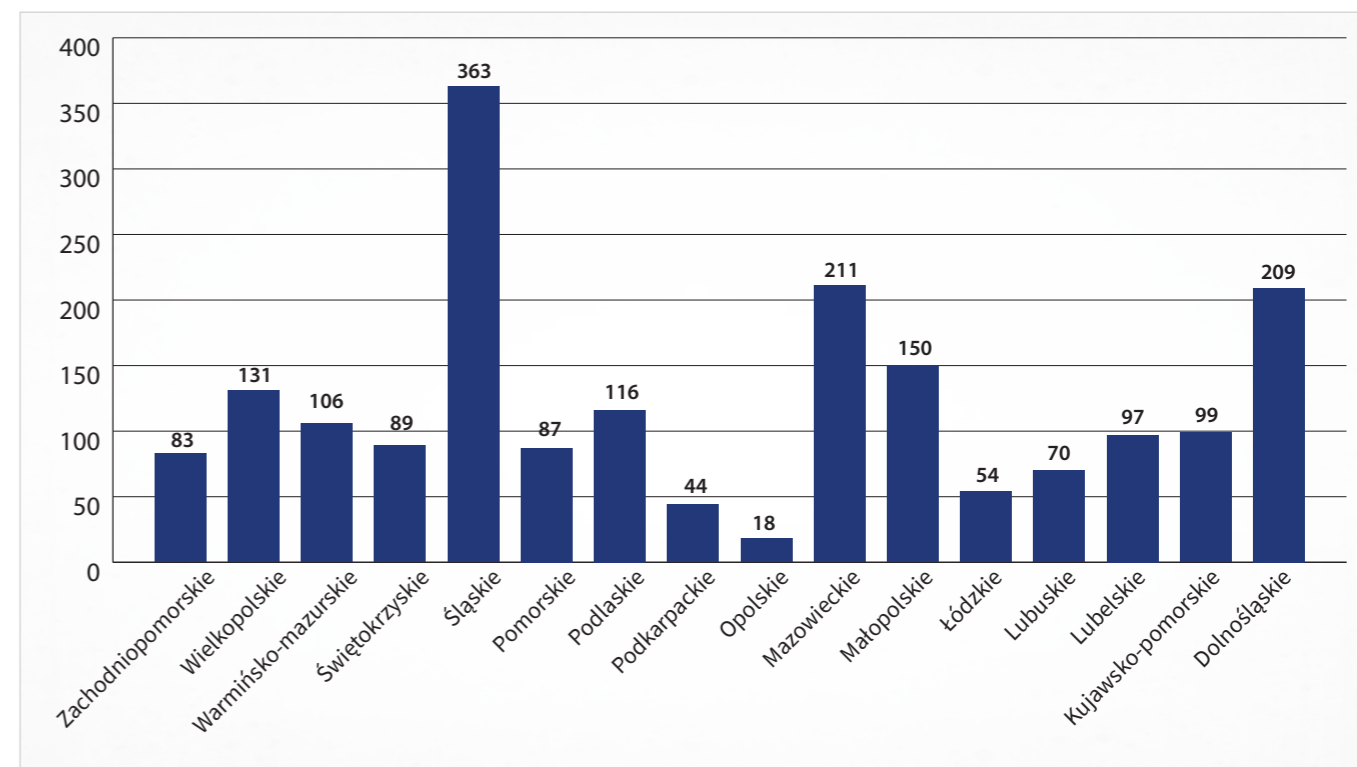
Postępowania administracyjne w sprawie chorób zawodowych w 2017 r. prowadzone były na podstawie przepisów określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1367) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2013 r., poz. 1379).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. wpłynęło łącznie 4 864 podejrzeń o chorobę zawodową (w 2015 r. – 4 879). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyja-

śniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 1 972 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 2 221 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Łącznie w 2017 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono 1 927 chorób zawodowych, z czego w województwach: śląskim – 363, mazowieckim – 211 oraz dolnośląskim – 209. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: podkarpackim – 44 przypadki i opolskim – 18 przypadków.

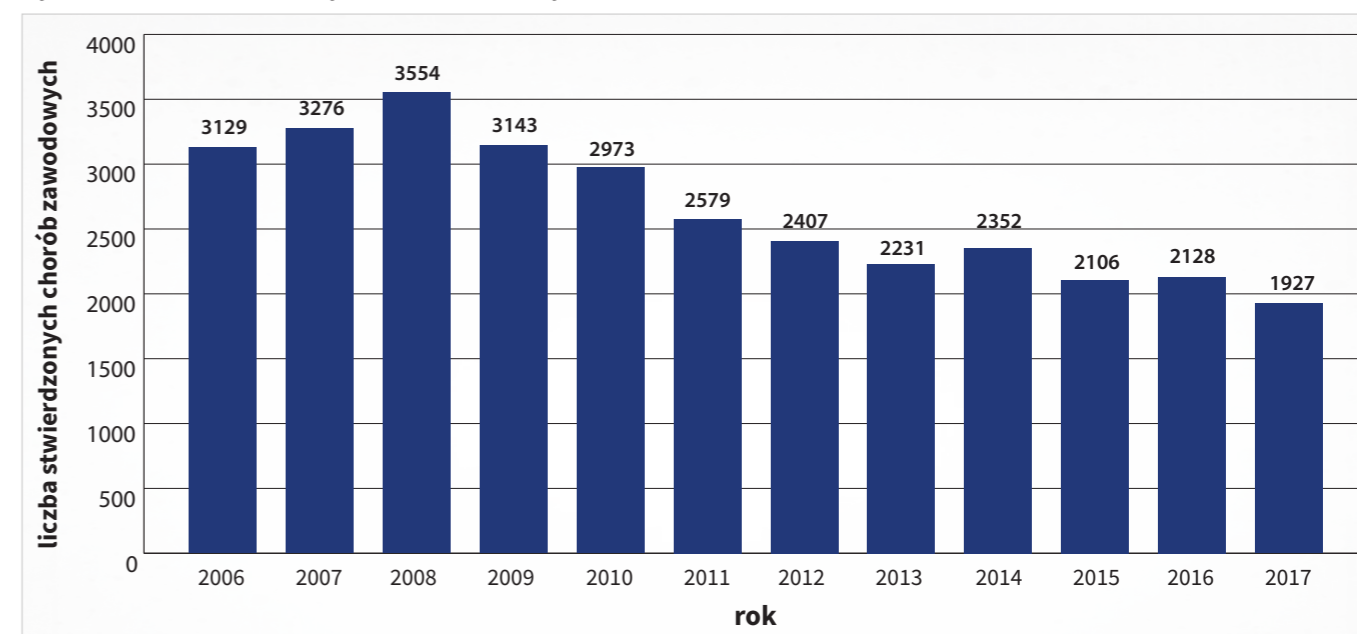
Wykres 46. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w roku 2017 wg województw



W 2017 r. dominowały choroby zakaźne lub pasożytnicze (620 przypadków), pylica płuc (411 przypadków), schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (247 przypadków). Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego

wywołane sposobem wykonywania pracy (206 przypadków) klasyfikują się na miejscu czwartym. Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy znalazły się na piątym miejscu i wystąpiły w liczbie 106 przypadków.

Wykres 47. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w latach 2006-2017



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 opracowy-

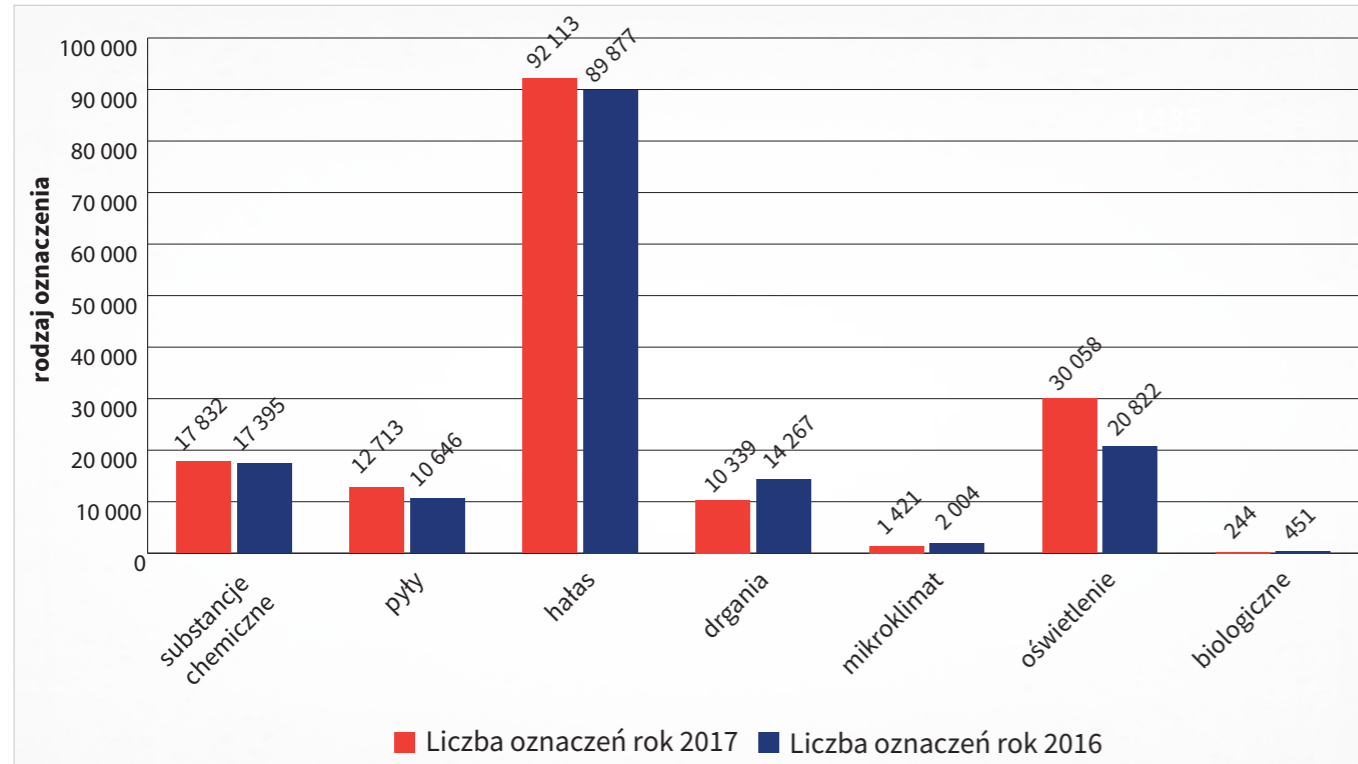
wanie analiz kształtowania się zapadalności na te choroby. Rejestr jest tworzony na podstawie kart stwierdzenia chorób zawodowych przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarno-epidemiologicznych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2017 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 165 428 – oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na

55 421 stanowiskach pracy, w 2016 r. – 155 462 oznaczeń – odpowiednio na 61 738 stanowiskach pracy.

Wykres 48. Oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych w latach 2016 - 2017



Laboratoria badań środowiska pracy WSSE i PSSE mają wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadają cer-

tyfikaty akredytacji na określone badania i pomiary czynników szkodliwych.

### 4. Podsumowanie

Kluczowym kierunkiem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest prowadzenie nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy.

Pracownicy pionu higieny pracy realizując zadania z zakresu poprawy warunków pracy w 2017 r. przeprowadzili 56 713 kontroli w zakładach pracy zatrudniających 2 356 391 pracowników. Konsekwencją przeprowadzonych działań kontrolnych było wydanie 14 400 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych.

Największy odsetek uchybień w skontrolowanych zakładach stanowił brak aktualnych badań i pomiarów czynni-

ków szkodliwych dla zdrowia – 12,7 % (w 2016 r. – 13,1 %). Przekroczenia normatywnych higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono w 4 247 skontrolowanych zakładach pracy.

W 2017 r. w zakresie nadzoru nad chemikaliami stwierdzono w porównaniu z rokiem poprzednim objętym sprawozdawczością spadek liczby kontroli, szczególnie w obszarze substancji chemicznych i ich mieszanin (o 572 kontrole), natomiast w zakresie produktów biobójczych nastąpił spadek o 292 kontrole.

W porównaniu z rokiem 2016 odnotowano zmniejszenie liczby stwierdzonych chorób zawodowych – o 201 przypadków.

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

Plany działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, określające priorytety nadzoru bieżącego pionu higieny pracy, ukierunkowane są na poprawę warunków pracy poprzez dostosowanie m.in. do tematyki polskich edycji europej-

skich kampanii, kształtowanych przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy z siedzibą w Bilbao. Prowadzenie nadzoru nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy znajduje odzwierciedlenie w koordynowaniu i prowadzeniu nadzoru nad warunkami pracy i wypełnianiem przez pracodawców obowiązków wynikających z oceny ryzyka zawodowego pracowników zatrudnionych w określonych gałęziach przemysłu, w systemie rocznym lub dwuletnim.





**Higiena radacyjna I**

## 1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które funkcjonowały w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Oddziały higieny radiacyjnej m.in. prowadzą nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników zatrudnionych:

- w jednostkach opieki zdrowotnej stosujących urządzenia radiologiczne na podstawie zezwoleń wymienionych w art. 5 ust. 4 ustawy *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2017 r. poz. 576),
- w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz.

Do zadań pionu higieny radiacyjnej należą:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełnienia wymagań przepisów prawa,
- wykonywanie pomiarów dozymetrycznych wokół źródeł promieniowania jonizującego i źródeł pól elektromagnetycznych oraz ocenę warunków pracy,

- prowadzenie postępowania administracyjnego (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości,
- ocena wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne,
- kontrola przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-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.

## 2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2017 r. zewidencjonowano 16 226 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w których zatrudniano 41 961 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej skontrolowano 4 751 jednostki organizacyjne oraz wydano 275 decyzje administracyjne i zalecenia pokontrolne dotyczące m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

W 2017 r. wydano 2 690 zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz 1 476 zezwolenia na uruchomienie pracowni. W trakcie wydawania zezwolenia na uruchomie-

nie i stosowanie aparatu RTG oraz na uruchomienie pracowni RTG oceniane są projekty osłon stałych w zakresie ochrony radiologicznej personelu i osób z ogółu ludności.

Zgodnie z ustawą *Prawo atomowe* oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie *nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych* (Dz. U. poz. 1534), w roku 2017 Główny Inspektor Sanitarny powołał 63 komisje egzaminacyjne. W wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano 621 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

## 3. Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2017 r. poz. 576) i przepisy wykonawcze. Przepisy wykonawcze określają w jaki sposób powinien być zorganizowany system ochrony radiologicznej personelu medycznego realizującego medyczne procedury radiologiczne, pacjentów poddawanych tym procedurom oraz populacji narażonej na promieniowanie jonizujące w związku z wykonywaniem procedur radiologicznych.

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez:

- wykonanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury RTG – w roku ubiegłym inspekcja sanitarna wykonała 719 testów jakości aparatów rentgenowskich,

- sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury RTG.

Kontynuowano wydawanie zgód, o których mowa w art. 33d i 33e ustawy *Prawo atomowe*, tj. zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, których wydano 397 w tym: 304 z zakresu rentgenodiagnostyki, 8 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych, 2 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radiofarmaceutycznych, 75 z zakresu radiologii zabiegowej oraz 8 z zakresu radioterapii onkologicznej.





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

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

- w roku 2017 skontrolowano 714 zakładów pracy na 3 387 będących w ewidencji,
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 18 835.

Skontrolowano 578 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na 2 536 będących w ewidencji, w przemyśle 111

na 568, w radiokomunikacji i łączności 16 na 218. Na 18 835 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy skontrolowano 3 581.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach osób wynosiła 63 464 z czego:

- w ochronie zdrowia 48 507,
- w energetyce 357,
- w przemyśle 9 831,
- w radiokomunikacji i łączności 4 170.

#### 5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych

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

W roku 2017 w placówkach tych wykonano łącznie 1 143 oznaczeń Cs – 137, 22 oznaczenia Sr – 90 oraz 408 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 51 oznaczeń Cs – 137 metodą radiochemiczną oraz 215 oznaczeń Cs – 137 metodą spektrometryczną. Otrzymane wyniki były wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

#### 6. Podsumowanie

Na podstawie danych z działalności nadzorczej Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny radiacyjnej należy stwierdzić, iż podobnie jak w latach ubiegłych, nie zanotowano przypadków nadmiernego zagrożenia

zdrowia osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania jonizującego oraz urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne.





**Ocena stanu sanitarnego  
placówek dla dzieci i młodzieży  
w 2017 roku**

## 1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży

W roku 2017 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 44 717 placówek przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, w tym placówki edukacyjne (przedszkola i szkoły), opiekuńczo-wychowawcze (m. in. żłobki i domy dziecka) i inne (m. in. bursy i internaty, domy studenckie oraz ośrodki specjalne). Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach realizacji zadań związanych z nadzorem nad warunkami sanitarno-higienicznymi placówek dla dzieci i młodzieży w 2017 r. przeprowadzili 44 644 kontrole w 30 634 placówkach, z których korzystało łącznie 5 294 022 osób, w tym 3 328 222 uczniów szkół wszystkich typów (szkoły podsta-

wowe, gimnazja, licea ogólnokształcące – w tym uzupełniające, szkoły ponadgimnazjalne zawodowe, szkoły specjalne, policealne oraz zespoły szkół).

Większość kontroli przeprowadzonych została w sposób planowy, jedynie nieznaczny odsetek stanowiły kontrole o charakterze interwencyjnym, tj. podjęte w rezultacie (dokonanego np. przez rodziców uczniów) zgłoszenia dotyczącego podejrzenia, że na terenie placówki nie zostały zapewnione dzieciom i młodzieży bezpieczne i higieniczne warunki pobytu.

## 2. Stan sanitarny budynków, w których funkcjonują placówki dla dzieci i młodzieży

Ogółem w 2017 r. stwierdzono nieprawidłowości zarówno w zakresie stanu sanitarno-higienicznego i technicznego oraz w zakresie stanu sanitarno-higienicznego i w zakresie stanu tylko technicznego w 1 244 obiektach (co stanowi 4% ogólnej liczby skontrolowanych placówek), w tym:

- w 358 obiektach uchybienia dotyczące zarówno stanu sanitarno-higienicznego, jak i sanitarno-technicznego,

- w 284 placówkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny,

- w 601 niewłaściwy stan sanitarno-techniczny.

Dla porównania w 2016 r. ogółem stwierdzono 1 322 nieprawidłowości.



## 3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej

Zapewnienie prawidłowych warunków higienicznosanitarnych zaplecza sanitarnego i jego wyposażenia we wszystkich placówkach nauczania i wychowania umożliwia utrzymanie higieny osobistej dzieci i młodzieży oraz jest jednym z elementów profilaktyki szerzenia się chorób zakaźnych.

W 2017 r. z 30 580 skontrolowanych obiektów, 29 720 placówek było podłączonych do sieci wodociągowej (ok. 97% skontrolowanych placówek), a z własnego ujęcia wody korzystały 863 placówki. 25 081 obiektów było podłączonych do sieci kanalizacyjnej (ok. 82 % skontrolowanych placówek), natomiast 4 536 odprowadzało nieczystości do zbiorników bezodpływowych, a 966 posiadało własne oczyszczalnie ścieków.

W 538 obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie). W 88 placówkach stwierdzono zaniedbania w zakresie stanu czystości i porządku sanitariatów,

natomiast w 499 przypadkach urządzenia sanitarne okazały się niesprawne technicznie. W 6 placówkach dostępne były jedynie ustępy zewnętrzne (w odniesieniu do roku 2016 r. liczka placówek z dostępnymi wyłącznie ustępami zewnętrznymi zmalała o połowę z 12 do 6 placówek).

W ramach przeprowadzonych działań kontrolnych stwierdzono, że pomimo poprawy w ostatnich latach, nadal w 79 obiektach nie wywiązano się z obowiązku doprowadzenia bieżącej ciepłej wody do umywalk w sanitariatach (w 2016 r. – w 87 obiektach).

W 45 szkołach stwierdzono uchybienia w zakresie zapewnienia środków higieny i innego wyposażenia (np. brak papieru toaletowego, mydła w płynie w dozownikach, ręczników papierowych do suszenia rąk lub suszarki do rąk) wpływających, wraz z dostępem do ciepłej bieżącej wody, na stworzenie należytych pod względem higienicznym i zdrowotnym warunków do utrzymania higieny osobistej uczniów.

## 4. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży

Stosownie do aktualnie obowiązujących przepisów, wyposażenie placówek dla dzieci i młodzieży powinno posiadać certyfikat potwierdzający zgodność wyrobu z parametrami określonymi w Polskiej Normie lub atest potwierdzający bezpieczeństwo użytkowania produktu.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, systematycznie przeprowadzała w przedszkolach i szkołach ocenę dostosowania mebli szkolnych do wymagań ergonomii zgodnie z obowiązującą normą w tym zakresie.

Celem przeprowadzonej oceny była eliminacja występujących nieprawidłowości oraz propagowanie zasad prawidłowego doboru mebli wśród dzieci i młodzieży, nauczycieli, jak i wychowawców.

Podczas kontroli przeprowadzano ocenę poprawności rozmieszczenia dzieci i uczniów w ławkach i stolikach, zgodnie z obowiązującymi normami. Obowiązek ten nie dotyczy mebli i innych elementów wyposażenia nabytych przed 1997 r.

Kontrola w niniejszym zakresie wykazała, że spośród 20 332 skontrolowanych placówek, 89 wyposażonych

było w meble zakupione po 1997 r. nieposiadające certyfikatów, 277 placówek posiadało do 25% certyfikowanych mebli, 822 placówki dysponowały nie więcej niż 50% certyfikowanego wyposażenia, 2 885 placówek posiadało ponad 50% mebli z certyfikatami zgodności z Polską Normą. 14 653 szkół korzystało wyłącznie z certyfikowanych mebli.

W 2017 r. ocenie podlegała również ergonomia mebli szkolnych i przedszkolnych (dostosowanie mebli do wysokości ciała uczniów). Uchybienia stwierdzono na 7 544 stanowiskach, w 1 083 oddziałach, w 480 placówkach. Najwięcej uchybień odnotowano w szkołach podstawowych (203 placówki, co stanowi ok. 42% wszystkich wykazanych uchybień w powyższym zakresie).

Skontrolowano również 23 064 szkół pod względem korzystania przez uczniów z certyfikowanych urządzeń i sprzętu sportowego. W 527 szkołach zapewniono do 25% certyfikowanego sprzętu sportowego, w 1 029 do 50% sprzętu posiadającego certyfikaty, 3 072 placówek posiadało więcej niż 50% sprzętu posiadającego certyfikaty, z kolei w 15 609 placówkach zapewniono wyłącznie certyfikowany sprzęt sportowy.

## 5. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne

W trosce o stan zdrowia uczniów wprowadzony został prawny obowiązek zapewnienia uczniom miejsca na pozostawienie w placówkach podręczników i przyborów szkolnych. Zbyt duże obciążenie uczniów ciężarem tornistrów/plecaków szkolnych może powodować nasilenie bólu pleców, zmniejszenie pojemności płuc, sprzyjać kształtowaniu nieprawidłowej statyki ciała i w efekcie prowadzić do skrzywienia kręgosłupa.

Z obowiązku zapewnienia uczniom wszystkich klas możliwości pozostawiania podręczników i innych przyborów szkolnych wywiązało się:

- 8 476 szkół podstawowych (spośród skontrolowanych 8 504 placówek funkcjonujących samodzielnie, tj. ok. 99%),
- 887 gimnazjów (spośród skontrolowanych 898 placówek funkcjonujących samodzielnie, tj. ok. 99%),
- 378 liceów ogólnokształcących (spośród skontrolowanych 411 placówek funkcjonujących samodzielnie, tj. ok. 92%)
- 145 szkół ponadgimnazjalnych (spośród skontrolowanych 158 placówek funkcjonujących samodzielnie, tj. ok. 92%)

## 6. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pobytu dzieci i młodzieży w szkołach, kontrolami objęto również warunki sanitarno-higieniczne prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Ocenie poddano m. in. posiadanie przez placówkę infrastruktury sportowej oraz stan sanitarno-techniczny zaplecza sportowego.

Z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego wraz z boiskiem w skład, którego wchodziły sala gimnastyczna, sala rekreacyjna oraz pomieszczenia pomocnicze (np. szatnia) korzystać mogli uczniowie 5 871 szkół, spośród 13 955 wszystkich skontrolowanych placówek. Zespoły sportowe bez boiska posiadało natomiast 641 placówek.

W 906 szkołach odnotowano, że niezależnie od posiadanej infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego odbywały się również na korytarzach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku 1 186 placówek.

Podczas kontroli oceniono również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach sportowych. Tylko w 214 szkołach uczniowie korzystali z natrysków po każdych zajęciach sportowych, natomiast sporadycznie w 1 181 szkołach. 128 szkół posiadało nieczynne natryski (nieudostępnione do użytku). W 2 005 szkołach natryski nie były używane. Pomieszczenia natryskowni często były wykorzystywane na inne cele np. magazynowe.

## Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole

Na właściwy rozwój ucznia wpływa między innymi organizacja procesu nauczania i wychowania w szkołach, zwłaszcza w zakresie planowania nauki i wypoczynku.

W 2017 roku, w ramach nadzoru nad higieną procesu nauczania, skontrolowano rozkłady zajęć w 10 885 szkołach. W 600 placówkach stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie.

Zgodnie z przepisami prawnymi, plan zajęć dydaktyczno-wychowawczych powinien uwzględniać potrzebę równomiernego obciążenia zajęciami w poszczególnych dniach tygodnia, a w szczególności; zajęcia powinny rozpoczynać się o stałej porze, przy czym różnica pomiędzy dniami nie powinna być większa niż 1 godzina oraz różnica liczby

godzin lekcyjnych pomiędzy kolejnymi dniami tygodnia nie powinna być większa od 1 godziny. Istotnym jest również, aby rozkład zajęć układać zwracając uwagę na trudność poszczególnych przedmiotów.

W skontrolowanych obiektach nieprawidłowości w zakresie równomiernego rozkładów zajęć lekcyjnych stwierdzono w:

- 376 na 7 186 szkół podstawowych funkcjonujących samodzielnie,
- 21 na 732 gimnazjów funkcjonujących samodzielnie,
- 23 na 277 liceów ogólnokształcących funkcjonujących samodzielnie,
- 4 na 85 ponadgimnazjalnych szkół zawodowych funkcjonujących samodzielnie.

## 7. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W 2017 r., w elektronicznej bazie Kuratorium Oświaty, zarejestrowano 29 994 turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży. W ramach wypoczynku dzieci i młodzieży podejmowano działania profilaktyczne i prewencyjne zmierzające do zapewnienia bezpiecznego wypoczynku.

Warunki sanitarno-higieniczne skontrolowano podczas 11 472 turnusów, z których skorzystało łącznie 505 214 osób.

107 kontroli miało charakter interwencyjny, tj. zostały przeprowadzone na skutek zgłoszenia podejrzenia, iż uczestnikom nie zapewniono należytych warunków sanitarnych, w tym 63 interwencje okazały się uzasadnione. W 214 przypadkach kontrole wykazały uchybienia w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku.

W 101 przypadkach stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu.

## 8. Żłobki i kluby dziecięce

Zgodnie z treścią danych uzyskanych w związku z nadzorem nad żłobkami i klubami dziecięcymi, pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 2 206 placówek, w tym 1 763 żłobki oraz 443 kluby dziecięce.

1 458 skontrolowanych żłobków utworzono po wejściu w życie ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. 2011 Nr 45 poz. 235 ze zm.).

W roku 2017 wpłynęło łącznie 426 wniosków o wydanie opinii sanitarnych w zakresie spełnienia wymogów sanitarnych

przez żłobki i kluby dziecięce. 398 wniosków zaopiniowano pozytywnie, natomiast 6 placówkom odmówiono wydania pozytywnej opinii sanitarnej.

W 8 placówkach postępowanie o wydanie opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest w toku.

W 2017 roku 86 placówki objęte nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej zawiesiły lub zakończyły działalność.



## 9. Podsumowanie

W 2017 roku realizując ustawowe obowiązki w ramach sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna kontrolowała przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne higieny pomieszczeń oraz wymagań w stosunku do sprzętu używanego w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach wyższych oraz w ośrodkach wypoczynku, a także higieny procesów nauczania. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w kontrolowanych obszarach, w celu wyegzekwowania standardów higienicznych wymaganych przepisami prawa, w wielu przypadkach konieczne było zastosowanie środków represyjnych polegających na wydaniu zaleceń, nałożeniu grzywnien w drodze mandatu karnego czy prowadzenia postępowań administracyjnych i wydania stosownych decyzji administracyjnych.

W związku z przytoczonymi powyżej działaniami kontrolnymi w 2017 r.:

- wydano łącznie 7 598 decyzji administracyjnych (zarówno w zakresie sprawowania nadzoru nad higieną procesów nauczania, pomieszczeń, wyposażenia, żywienia oraz w zakresie jakości i dostępności wody), z czego wyegzekwowano 4 075 (dla porównania w 2016 r. wydano łącznie 8 952 decyzje administracyjne, z czego wyegzekwowano 4 963).
- nałożono 848 mandatów karnych na łączną kwotę 176 200 zł (dla porównania w 2016 r. nałożono 849 mandatów karnych na łączną kwotę 167 390 zł.)

Z powyższego zestawienia wynika, że w roku sprawozdawczym nastąpił spadek zastosowanych środków represyjnych w stosunku do 2016 r.

Wykazane nieprawidłowości w zakresie niewłaściwego stanu higienicznego oraz technicznego placówek były wynikiem braku wystarczających nakładów finansowych przekazywanych placówkom przez organy prowadzące i skutkowały wystąpieniami o prolongatę terminów realizacji zaleceń pokontrolnych wydawanych przez państwowych inspektorów sanitarnych.

Na podstawie dokonanych kontroli dotyczących warunków sanitarnohigienicznych prowadzenia zajęć wychowania fizycznego, zasadnym jest podjęcie działań w zakresie udostępnienia uczniom natrysków każdorazowo po zajęciach wychowania fizycznego oraz zwiększenie świadomości w zakresie utrzymania higieny osobistej.

Mając na uwadze nadzór w zakresie zapewnienia uczniom możliwości pozostawiania części podręczników i przyborów szkolnych w placówkach zaobserwowano poprawę. Państwowa Inspekcja Sanitarna, zaangażowała się w realizację projektu „Lekki Tornister” na zasadzie współpracy z Fundacją Rosa opartej na podpisanym porozumieniu. Celem projektu było motywowanie uczniów do prawidłowego i zdrowego trybu życia, jak również zwrócenie uwagi dzieciom, ich rodzicom, opiekunom i nauczycielom na problem przeciążonych plecaków będących przyczyną wad postawy, przekazanie i usystematyzowanie wiedzy, zarówno dzieci, jak i dorosłych, na temat wyboru właściwego tornistra, jego prawidłowego pakowania, użytkowania oraz kształtowania nawyków prawidłowej postawy ciała.



**Oświata zdrowotna |  
i promocja zdrowia**

## 1. Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i Zadania na lata 2014-2018.

Rolę koordynatora wśród podmiotów realizujących program pełni Minister Zdrowia, który powierzył zarządzanie programem Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

Rok 2017 był czwartym i zarazem ostatnim rokiem realizacji edycji „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu. Cele i zadania na lata 2014-2018” (POZNPT) przyjętego przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 8 lipca 2014 r. Program określał priorytetowe cele i zadania na lata 2014-2018, na jakich powinny opierać się działania związane z redukcją zagrożeń wynikających z palenia tytoniu w Polsce. Celem tej edycji POZNPT było ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy (w odniesieniu do czynnego i biernego palenia tytoniu) w społeczeństwie polskim. Realizacji powyższego celu służyły następujące cele szczegółowe:

1. Zapobieganie zwiększaniu się liczby osób rozpoczynających palenie;
2. Zapobieganie wzrostowi narażenia na dym tytoniowy w miejscach użyteczności publicznej;
3. Tworzenie odpowiednich regulacji prawnych umożliwiających realizację skutecznej polityki ograniczania używania tytoniu w Polsce;
4. Zwiększenie wiedzy na temat szkodliwości palenia wyrobów tytoniowych wśród dzieci i młodzieży;
5. Zmiana postaw wobec palenia tytoniu, zmierzająca w kierunku marginalizacji tego zjawiska w społeczeństwie;
6. Zwiększenie liczby osób rzucających palenie.

### 1.1. Informowanie i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu

Ważnym zadaniem Programu, realizowanym przez PIS jest przekazywanie rzetelnych informacji o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu, dostosowanych do różnych grup docelowych (kampanie społeczne i medialne, programy edukacyjne dla dzieci i młodzieży, programy interwencyjne dla osób palących i inne działania edukacyjne w środowiskach lokalnych). W 2017 r. realizowano:

#### a) Program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów „Czyste Powietrze Wokół Nas”

Program przedszkolnej edukacji antytytoniowej pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas” jest adresowany do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (5-6 lat) oraz ich rodziców i opiekunów. Realizowany jest w ramach działań profilaktycznych na terenie przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach. Głównym jego celem jest zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie

świadomych, asertywnych postaw wśród dzieci dotyczących ochrony własnego zdrowia, w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi.

W roku szkolnym 2016/2017 (IX edycja) programem edukacyjnym objęto łącznie 7477 placówek, w tym: 4123 przedszkoli (36,39% wszystkich przedszkoli w kraju), 2579 oddziałów przedszkolnych (32,90%), 75 innych form wychowania przedszkolnego (3,85%) oraz 700 I klas szkół podstawowych (5,16%) w Polsce. Łącznie w programie udział wzięło 271 590 dzieci. Liczba rodziców uczestniczących w programie wyniosła 188 847 osób.

#### b) Programu antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych

„Bieg po zdrowie” to nowy program antytytoniowej edukacji zdrowotnej opracowany w Głównym Inspektoracie Sanitarnym we współpracy z psychologami dr hab. Kamillą Bargiel-Matusiewicz oraz mgr Rafałem Dziurłą. Program został objęty honorowym patronatem Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej oraz Rzecznika Praw Dziecka. Profilaktyka palenia tytoniu jest istotnym zadaniem i powinna być na stałe wpisana w działania edukacyjno-wychowawcze, dlatego dotychczas realizowane programy zastąpiono nowym programem, zgodnym ze współczesnymi oczekiwaniami i trendami.

W roku szkolnym 2016/2017 odbyła się I edycja tego programu. Łącznie, ze wszystkich województw w programie wzięło udział 2205 szkół podstawowych (19 002 IV klas), tj. 18% ogółu szkół tego typu w Polsce. W programie uczestniczyło 51 304 uczniów oraz 46 714 rodziców. Program w powszechnej opinii większości koordynatorów powiatowych jak i realizatorów szkolnych został oceniony bardzo dobrze i ma duży potencjał na dalszy rozwój we wszystkich województwach. Program cieszył się również pozytywną opinią wśród uczniów. Dzieci chętnie uczestniczyły w grupach, mocno zaangażowały się w prace domowe.

Oprócz bogatego w wiedzę programu, Główny Inspektorat Sanitarny zadbał również o odpowiednie materiały edukacyjne dla wszystkich szkół realizujących zajęcia. Przygotowano atrakcyjne, ciekawie ilustrowane podręczniki dla nauczycieli, zeszyty ćwiczeń dla uczniów, plakaty, ulotki informacyjne dla rodziców oraz filmy edukacyjne dla rodziców i nauczycieli.

Wzmocnieniem programu oraz pomocą dla rodziców dzieci są filmy edukacyjne z udziałem ekspertów. Filmy poświęcone są umiejętnościom wychowawczym oraz zagadnie-

niom budowania i dbania o relacje z dziećmi w kontekście przeciwdziałania uzależnieniom, w tym przypadku palenia papierosów. Sposób, w jaki rodzice komunikują się z dorastającym dzieckiem wpływa na przebieg dokonujących się w nim psychospołecznych procesów rozwojowych, takich jak kształtowanie się poczucia własnej tożsamości, podejmowanie ról życiowych itp. Pozytywna komunikacja, dostrzeganie konfliktów i umiejętność ich rozwiązywania poprawia relacje z dziećmi. Rozmowa pomaga w okresie, kiedy dziecko zaczyna testować granice, buntować się przeciw rodzicielskiej dominacji, jest również kluczem do uniknięcia często poważnych i niebezpiecznych błędów młodości.

II edycja programu „Bieg po zdrowie” realizowana będzie w roku szkolnym 2017/2018 i obejmie ok. 30% szkół podstawowych w Polsce.

#### c) Światowy Dzień Bez Tytoniu

Światowy Dzień bez Tytoniu, obchodzony 31 maja, został ustanowiony na konferencji Światowej Organizacji Zdrowia w 1988 r. w Madrycie. Każdego roku skupia się on na innym aspekcie wpływu tytoniu na zdrowie ludzi. W 2017 r. WHO i Sekretariat Ramowej Konwencji WHO o Ograniczeniu Użycia Tytoniu wzywały państwa członkowskie do niezwłocznego podjęcia działań zdecydowanie ograniczających użycie tytoniu. Wzywa się do wprowadzenia całkowitego zakazu reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, zwiększenia dostępu do świadczeń z zakresu zaprzestania palenia, wzrostu cen papierosów, prowadzenia działań edukacyjnych i medialnych oraz przede wszystkim eliminacji dymu tytoniowego z przestrzeni publicznej poprzez wprowadzenie bardziej rygorystycznych przepisów o zakazie palenia. Wymienione



sposoby, są najskuteczniejsze w zmniejszaniu liczby przedwczesnych zgonów z powodu chorób niezakaźnych.

Działania podjęte z okazji Światowego Dnia bez Tytoniu w 2017 r. skierowane były do ogółu społeczeństwa, jednak szczególną grupę stanowiły dzieci i młodzież. Działania dotyczyły głównie:

- wykładów, prelekcji czy też instruktaży dotyczących zdrowotnych skutków czynnego i biernego palenia tytoniu, promocji zdrowego stylu życia wolnego od uzależnienia;
- organizacji punktów informacyjno-edukacyjnych;
- organizacji konkursów dla dzieci i młodzieży;
- organizacji imprez środowiskowych, festynów, rajdów rowerowych itp.;
- przeprowadzania badań profilaktycznych (pomiar wartości dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu za pomocą smokerlyzera, pomiar ciśnienia tętniczego, obliczanie BMI);
- przygotowywania materiałów edukacyjnych i informacyjnych.

Dzieci i młodzież, jak co roku, chętnie włączyli się do organizacji wyżej wymienionych aktywności (poprzez przygotowanie i czynny udział w m.in.: marszach i pochodach ulicami miast, festynach, konkursach, przedsięwzięciach i zabawach sportowych, happeningach, warsztatach, tworzeniu wystaw i gazetki o tematyce antynikotynowej).

W 2017 r. podczas „Światowego Dnia Bez Tytoniu” zorganizowano wiele pochodów oraz imprez plenerowych i festynów mających na celu zwiększenie świadomości społeczności lokalnej odnośnie zdrowotnych skutków palenia tytoniu.

#### d) Światowy Dzień Rzucania Palenia

Światowy Dzień Rzucania Palenia pt. „Rzuć palenie razem z nami” przypada w trzeci czwartek listopada i jest obchodzony w Polsce od 1991 r. Celem obchodów jest zachęcenie jak najszerszej grupy odbiorców do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. W 2017 r. z inicjatywy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych odbyło się wiele przedsięwzięć z okazji obchodów, które są zwieńczeniem całorocznej działalności programowej w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W ramach tegorocznych obchodów podjęto łącznie 113 606 działań, które objęły zasięgiem ok. 1 miliona osób.

W placówkach oświatowo-wychowawczych w ramach realizacji programów edukacji antytytoniowej, prowadzone były przez koordynatorów szkolnych pogadanki, prelekcje, imprezy okolicznościowe (eventy, happeningi). Zorganizowano prezentacje multimedialne, projekcje filmów, wystawy, warsztaty, ekspozycje wizualne tj. gazetki ściennie oraz prowadzono dystrybucję materiałów edukacyjnych. Uruchomiono wiele punktów informacyjno-pomiarowych, w których udzielano informacji na temat profilaktyki palenia tytoniu

oraz można było wykonać bezpłatne badania medyczne: ciśnienia tętniczego krwi, poziomu glukozy, poziomu cholesterolu, pojemności płuc, poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu. Uruchomiono również telefony zaufania. Podczas organizowanych stoisk rozdysponowano materiały edukacyjne (ulotki, plakaty itp.). Społeczność lokalna chętnie brała udział w organizowanych na terenie województw imprezach. Należy zwrócić uwagę, że w obchody aktywnie zaangażowały się również lokalne władze rządowe i samorządowe, udzielając patronatów oraz wsparcia finansowego i rzeczowego.

Ponadto, informacje na temat obchodów Światowego Dnia Rzucania Palenia zostały zamieszczone na stronach internetowych WSSE i PSSE, partnerów i współrealizatorów działań oraz na portalach społecznościowych.

#### 1.2. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

Dostępne badania wskazują jednoznacznie, że nie ma bezpiecznego poziomu narażenia na dym tytoniowy. Każdy obywatel ma konstytucyjne prawo do ochrony swojego zdrowia, a narażenie na bierne palenie, szczególnie w przestrzeni publicznej, zdecydowanie to prawo narusza. Dlatego istotne jest, aby w obiektach objętych przepisami ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 957) przeprowadzać cykliczne kontrole sprawdzające przestrzeganie tych przepisów oraz, w razie wykrycia nieprawidłowości, skutecznie egzekwować prawo.

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

Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego: „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”.

W 2017 r. przeprowadzono łącznie 274 631 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu w Rzeczypospolitej Polskiej.

Z wykonanych kontroli wynika, że ustawa jest stosowana w 99,93% (n=274 452) obiektów użyteczności publicznej. Na-

tomiast w 0,07% skontrolowanych obiektach (n=186) stwierdzono nieprzebranie przepisów ustawy. Ze wszystkich przypadków, najliczniejszą grupą obiektów, w których nie są przestrzegane zapisy ustawy, były zakłady pracy – 45,7% (n=85), co stanowiło 0,12% wszystkich skontrolowanych obiektów tego typu (n=67 918). Kolejną grupą obiektów były jednostki organizacyjne systemu oświaty, w których odsetek ten wyniósł 13,9% (n=26), co stanowiło 0,6% wszystkich skontrolowanych obiektów tego typu (n=44 920). Ustawa była przestrzegana w 100% uczelni, których skontrolowano 634.

W 2017 r. przeprowadzono ogółem 26 kontroli interwencyjnych, z czego najwięcej (n=8) w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, następnie w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych (n=6) i w zakładach pracy (n=4). Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. wystawiły 68 mandatów, na łączną kwotę 14 350,00 zł za łamanie zakazu palenia papierosów tradycyjnych oraz 25 mandatów na łączną kwotę 4 651,00 zł za łamanie zakazu palenia e-papierosów oraz łącznie 13 mandatów na kwotę 1 950,00 zł za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem.

## 2. Projekt Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu PL13: Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa

### 2.1. „Konferencja międzynarodowa dot. profilaktyki palenia tytoniu”

W dniu 19.10.2017 r. w warszawskim centrum konferencyjnym Digital Knowledge Village odbyła się konferencja międzynarodowa dot. profilaktyki palenia tytoniu, zrealizowana w ramach Projektu Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu PL 13: Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Na konferencji poruszono takie tematy jak:

- legislacja i opodatkowanie wyrobów tytoniowych,
- epidemiologia oraz analiza porównawcza sytuacji w Polsce i Norwegii,
- edukacja dzieci i młodzieży - zapobieganie rozpoczynaniu palenia,
- pomoc w rzucaniu palenia,
- działania informacyjno - edukacyjne z zakresu profilaktyki palenia tytoniu,
- jak dotrzeć do osób z grupy największego ryzyka.

W trakcie konferencji przeprowadzono dwa panele dyskusyjne. I debata poświęcona była epidemiologii palenia tytoniu, legislacji i polityce podatkowej. II debata dotyczyła tematyki zapobiegania rozpoczynaniu palenia tytoniu, działań edukacyjnych, informacyjnych oraz dot. dotarcia do grup największego ryzyka.

W konferencji uczestniczyli również przedstawiciele z American Cancer Society, Smoke Free Partnership oraz Partnerzy Projektu z Norwegian Cancer Society. Ponadto omówiono również tematy dotyczące epidemiologii palenia tytoniu, legislacji i polityki podatkowej, wskazania najlepszych praktyk dla Polski, tematyki zapobiegania rozpoczynaniu palenia tytoniu, działań edukacyjnych, informacyjnych oraz dotarcia do grup największego ryzyka, a także doświadczeń Norwegii w obszarze polityki antytytoniowej.

### 2.2. Ogólnopolskie badania ankietowe na temat postaw wobec palenia tytoniu

W ramach Projektu Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu PL13: Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa, przeprowadzono badania epidemiologiczne dotyczące palenia papierosów w Polsce.

Z badań wynika, iż nadal znacząca część Polaków w wieku 15 i więcej lat – jedna czwarta (24%) – regularnie (codziennie) pali tytoń. Od 2011 do 2015 r. zauważalna jest tendencja spadkowa odsetka regularnych palaczy – z 31% w 2011 r. do 24% w 2015 r. W 2017 r. odsetek ten nie uległ zmianie. Odnotowano spadek odsetka osób, które próbowały rzucić palenie – różnica 6 punktów procentowych w porównaniu z wynikami z 2015 r. (23% wobec 29%). W 2017 r. na niższym poziomie niż w poprzednich latach utrzymuje się odsetek dorosłych Polaków, którym udało się zaprzestać palenia w ostatnim roku (6% ogółu, 6% mężczyzn i 6% kobiet).

Palenie tytoniu jest zjawiskiem społecznie i ekonomicznie zróżnicowanym, także w grupach wyróżnionych według płci. Wśród mężczyzn częściej palą 40-latkowie (40% osób w wieku 40-49 lat), osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (40%) oraz ci, którzy źle oceniają swoją sytuację materialną (37% z nich). Wśród kobiet osobami częściej palącymi tytoń są 30-latki (31%), gospodynie domowe (39%) oraz osiągające niskie dochody (41%).

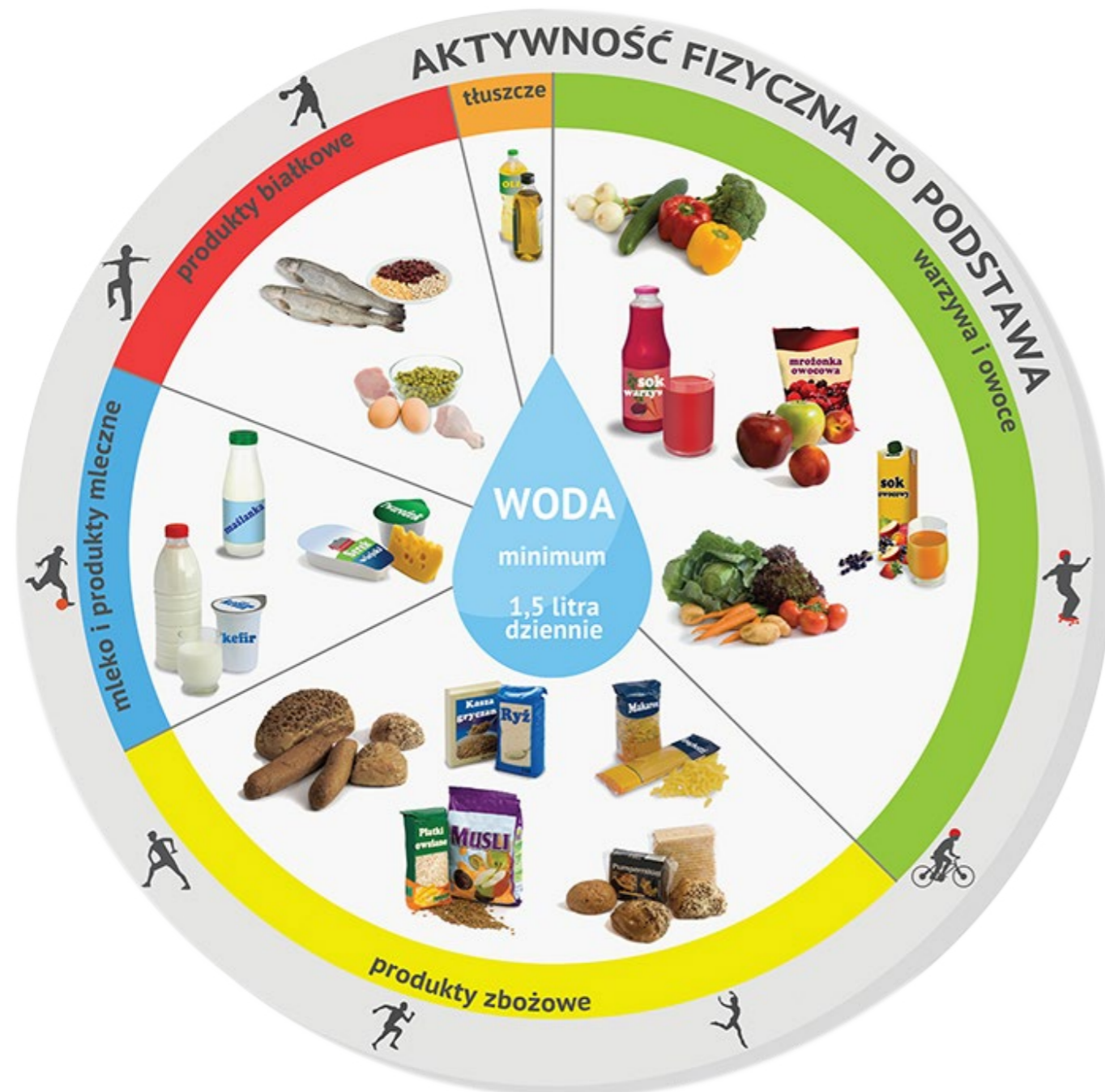
Czynnikami determinującym palenie jest, oprócz płci, wieku czy wykształcenia, także sytuacja materialna. Zdecydowanie najwięcej palących notuje się wśród bezrobotnych (47% ogółu) oraz wśród osób źle oceniających swój status materialny (30% ogółu), a najmniej wśród osób z wyższym wykształceniem (17% z nich pali) oraz dobrze lub średnio



oceniających swoją sytuację ekonomiczną (24% z nich pali). Wpływ oceny sytuacji materialnej w 2017 r. jest mniejszy niż w poprzednich latach.

Tak jak w latach ubiegłych, tak i teraz większości palaczy zdarza się palić w obecności osób niepalących. Niemal co piąty palący Polak przyznaje, że czasem pali w obecności dzieci (17% mężczyzn i 20% kobiet), natomiast w obecności kobiet ciężarnych zdarza się zapalić 5% palącym mężczyznom i 9% palącym kobietom. 40% Polaków mówi, że w ich domach pali się tytoń. Częściej jednak jest on palony

na zewnątrz lub w miejscach specjalnie do tego celu wyznaczonych. Całkowity zakaz palenia w domu (60%) jest zdecydowanie częstszym zjawiskiem niż nieograniczona swoboda palenia (12%). Choć bierne narażenie na dym tytoniowy w pracy i niektórych miejscach publicznych wciąż się zdarza, to na ogół ogranicza się do palarni lub przestrzeni na zewnątrz budynków. W miejscach publicznych Polacy najczęściej narażeni są na bierne palenie na przystankach i w obiektach komunikacji (23%), w parkach i na plażach (14%), w barach i pubach (12%) oraz dyskotekach i klubach muzycznych (9%) a także w zakładach pracy (8%).



### 3. Profilaktyka nadwagi i otyłości. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”

Główny Inspektorat Sanitarny, wraz z Polską Federacją Producentów Żywności -Związkiem Pracodawców wychodząc naprzeciw zaleceniom strategii Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia, a także zaleceniom „Białej Księgi Komisji Europejskiej Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z żywieniem nadwagą i otyłością” oraz w odpowiedzi na Zieloną Księgę pt. Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym” od 11 lat realizują Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”. Program ten promuje zasady zbilansowanej diety i aktywności fizycznej wśród młodzieży szkolnej. Został zatwierdzony do realizacji przez Głównego Inspektora Sanitarnego w dniu 9 listopada 2006 r.

Głównym celem Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego „Trzymaj Formę!” jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin, poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety oraz w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Wśród założeń programu, bardzo ważne jest podejmowanie działań tj. zwiększenie świadomości uczestników programu dotyczącej wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie.

W roku szkolnym 2016/2017 Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności realizowała XI edycję Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego pt. „Trzymaj Formę!”, który został objęty patronatem honorowym: Ministra Zdrowia, Ministra Sportu i Turystyki, Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Ponadto patronami programu XI edycji byli również: Instytut Żywności i Żywienia, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Federacja Konsumentów, Wydział Nauki o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie.

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

Działaniami programowymi zostali objęci uczniowie V i VI klas szkół podstawowych oraz I-III klas gimnazjalnych na terenie całego kraju. Program w XI edycji był realizowany na podstawie założeń programowych i zaproponowanej metodyki w 7 372 szkołach (35% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce z wyłączeniem szkół dla dorosłych). Odbiorcami XI edycji programu było 758 528 uczniów gimnazjów oraz V-VI klas szkół podstawowych. Ponadto 82 205 uczniów, uczących się w klasach nierealizujących całości programu sporadycznie uczestniczyło w działaniach realizowanych w ramach programu np. apel, festyn, konkurs, film, przedstawienie.

Ogółem dotychczas, w trakcie jedenastu edycji, działaniami programowymi objętych zostało ponad 8 560 923 uczniów klas V-VI szkół podstawowych i gimnazjów.

Program „Trzymaj Formę!” realizowany jest metodą projektu, która dla młodych ludzi stanowi ciekawe wyzwanie i szansę współpracy z innymi. Pozwala wspólnie osiągnąć założony cel, wpływa na proces zdobywania nowej wiedzy oraz doświadczenia, a także pozwala wykształcić umiejętność radzenia sobie z zagadnieniem problemowym. W czasie trwania XI edycji programu 2287 szkół opracowało, własny autorski projekt, 2831 placówek korzystało z gotowych propozycji projektów, natomiast pozostałe 2254 szkoły realizowały program z wykorzystaniem alternatywnych metod. Przygotowywane projekty dotyczyły najczęściej tematyki z zakresu aktywności fizycznej i zbilansowanej diety.

W 2017 r. zorganizowany został *Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia*. Konkurs jest działaniem cyklicznym i cieszy się stale rosnącym zainteresowaniem uczestników. Skierowany jest przede wszystkim do szkół, które uczestniczą w Programie „Trzymaj Formę!”, jednak mogą wziąć w nim również udział uczniowie, którzy go nie realizują. Do udziału w tegorocznej edycji zgłoszonych zostało łącznie 7538 uczniów z 959 szkół.

Program „Trzymaj Formę!” wpisuje się w systematyczną edukację zdrowotną w szkole, która jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa. Kształtuje ona u uczniów nawyk dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętność tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Dobre zdrowie i samopoczucie uczniów jest zasobem dla edukacji, sprzyja uczeniu się i skutecznej realizacji podstawowych zadań szkoły.

#### 4. Profilaktyka chorób zakaźnych. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

Realizacją Programu kieruje Minister Zdrowia, a koordynacja działań została powierzona Krajowemu Centrum ds. AIDS. Podmiotami realizującymi Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, jednostki samorządu terytorialnego, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki.

W Programie uczestniczą także wszystkie podmioty, które na podstawie właściwych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS zakłada działania w pięciu obszarach:

- zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa;
- zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych;
- wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
- współpraca międzynarodowa;
- monitoring.

Celem profilaktyki pierwszorzędowej podczas realizacji programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV wśród ogółu społeczeństwa poprzez zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usługi w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.

Cele szczegółowe to:

- wzrost poziomu wiedzy nt. HIV i AIDS wśród ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkół ponadgimnazjalnych i gimnazjów,
- poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy, ze szczególnym uwzględnieniem osób aktywnych seksualnie,
- usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży,
- zapewnienie odpowiedniego dostępu do usług diagnostycznych w zakresie profilaktyki HIV/AIDS oraz leczenia ARV – zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV.

Grupę docelową programu stanowi ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem ludzi młodych w wieku prokreacyjnym, osób aktywnych seksualnie, uczniów różnych typów szkół oraz pracowników ochrony zdrowia, psychologów, terapeutów, pracowników oświaty.

W 2017 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS zgodnie z Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2017-2021. W ramach Programu podejmowano wiele ciekawych inicjatyw Krajowego Centrum ds. AIDS skierowanych do populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia. Pracownicy pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia prowadzili działania z zakresu profilaktyki HIV/AIDS dla różnych grup docelowych, odpowiednio na poziomie wojewódzkim i lokalnym. Działania te polegały na organizowaniu społecznych kampanii oraz rozpowszechnianiu materiałów edukacyjnych. Miały one na celu zwiększenie świadomości oraz ograniczenie i zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachorowań ryzykownych. Również poprzez wykorzystanie mediów społecznościowych (Facebook) oraz stron internetowych podejmowano działania promocyjne w obszarze HIV/AIDS. Dbając o poszerzenie i uzupełnianie wiedzy informowano o ważnych kampaniach informacyjno-edukacyjnych, wydarzeniach, konferencjach, szkoleniach, wydawanych publikacjach, punktach wykonania bezpłatnych i anonimowych testów w kierunku HIV oraz nowelizacji aktów prawnych. Działania te realizowane były przede wszystkim podczas takich wydarzeń jak: Światowy Dzień AIDS, Światowy Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS oraz Europejski Tydzień Testowania.

W ramach realizacji głównych założeń programowych w 2017 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna promowała kampanię społeczną pod hasłem: „Mam czas rozmawiać” (#mamczasrozmawiac), promującą dialog międzypokoleniowy o zdrowiu, a zwłaszcza o tematach trudnych, takich jak choroby przenoszone drogą płciową, w tym HIV. W ramach strategii kampanijnej promowano następujące działania: spoty w komunikacji miejskiej, placówkach medycznych, uczelniach wyższych i na portalach informacyjnych oraz posty w social media. Państwowa Inspekcja Sanitarna włączyła się w dystrybucję materiałów informacyjno-edukacyjnych, a także upowszechniała informacje o wydarzeniach i działaniach w zakresie kampanii na stronach internetowych urzędu oraz poprzez social media.

Ponadto wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach realizacji celów Programu prowadziły działalność informacyjno-edukacyjną wraz z upowszechnianiem bezpłatnych materiałów wydawanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Wśród publikacji udostępnianych w 2017 roku znajdowały się takie pozycje jak:

- „To warto wiedzieć o HIV i AIDS” zawierającą informacje na temat, czym jest zakażenie HIV i choroba AIDS, jak

przenosi się wirus i jak zapobiec zakażeniu oraz w jaki sposób wykonać test w kierunku HIV;

- „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie” publikacja stanowiąca cenne źródło informacji na temat najczęściej występujących chorób przenoszonych drogą płciową należących do grupy najlepiej udokumentowanych czynników ryzyka zakażenia HIV;
- „Postępowanie po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV)”, zawierającą informacje, kiedy może dojść do zakażenia i jak należy postępować przy podejrzeniu zakażenia HBV, HCV i HIV podczas ekspozycji zawodowej.

Wzmocnieniem realizacji zadań programowych były coroczne obchody Światowego Dnia Walki z AIDS. W ramach

wydarzenia podejmowano różnego rodzaju aktywności np.: upowszechniano informacje w mediach, inicjowano i wspierano działania w placówkach oświatowo-wychowawczych, jak również organizowano konferencje, happeningi oraz punkty informacyjno-edukacyjne z materiałami edukacyjnymi o tematyce HIV/AIDS. Ponadto pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mieli możliwość wzięcia udziału w XXIV Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” organizowanej przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS. Celem konferencji było podsumowanie efektów pracy i omówienie nowych wyzwań w obszarze zapobiegania zakażeniom HIV/AIDS.



## 5. Działania z obszaru promocji zdrowia realizowane przez jednostki PIS

Oprócz działań o charakterze ogólnopolskich programów edukacyjnych Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje szereg inicjatyw z zakresu promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej czy profilaktyki chorób, które lokalnie odpowiadają na potrzeby mieszkańców, m.in.:

- **Wystawa Grzybów Poznaj Grzyby** – Unikniesz Zatrucia, organizowana przez WSSE w Warszawie, we współpracy z Lasami Państwowymi. W ramach wystawy odbywały się lekcje edukacyjne skierowane są do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz dla indywidualnych zwiedzających. Celem działania było przekazanie wiedzy identyfikującej grzyby jadalne, niejadalne i trujące oraz uświadamianie zagrożeń wynikających ze spożycia źle rozpoznawanych grzybów.
- **Program edukacyjny zdrowia jamy ustnej i zapobiegania próchnicy „Zdrowe zęby mamy, marchewkę zajadamy”**, którego podstawowym założeniem było kreowanie postaw prozdrowotnych wśród dzieci uczęszczających do żłobków i przedszkoli na terenie województwa zachodniopomorskiego oraz ich rodziców, nauczycieli, kobiet w ciąży i przyszłych rodziców. Celami szczegó-

lowymi działania było m.in. kształtowanie właściwych nawyków higienicznych oraz dietetycznych w zakresie zdrowia jamy ustnej u najmłodszych dzieci, zwiększenie świadomości zdrowotnej przyszłych rodziców, zwłaszcza kobiet w ciąży oraz zwiększenie wiedzy w zakresie zdrowia jamy ustnej wśród opiekunów i nauczycieli w żłobkach, przedszkolnych oraz rodziców dzieci uczęszczających do przedszkoli.

- **Cykl 24 programów telewizyjnych „Nasze Zdrowie” i „Na widelcu” realizowanych z inicjatywy WSSE w Olsztynie**, emitowanych na antenie TVP3 Olsztyn. Program „Nasze Zdrowie” poświęcony był profilaktyce zdrowia zarówno dzieci, młodzieży, jak i dorosłych. W każdym odcinku omawiane były przez specjalistów problemy zdrowotne, którym można zapobiegać dzięki odpowiedniemu zachowaniu. Tematem odcinków były między innymi: dopalacze, grypa i choroby górnych dróg oddechowych, przeciwdziałanie wirusowemu zapaleniu mózgu i boreliozy, zapobieganie zatruciom grzybami czy zasady właściwego odżywiania się. Program „Na widelcu” dotyczył racjonalnego żywienia, edukacji konsumenckiej oraz propagowania aktywności fizycznej.



- **Przegląd małych form teatralnych „Porozmawiajmy o uzależnieniach” organizowany na terenie województwa podkarpackiego**. Spektakle prezentowane podczas wydarzenia stanowiły swoistą „rozmowę” o ważnych dla młodych ludzi sprawach językiem teatru. Działanie miało charakter prozdrowotny, w którym przedstawienia poza przeglądem pełniły funkcję narzędzi profilaktycznych wykorzystywanych w szkołach oraz w środowisku lokalnym.
- **„Proces” zorganizowany z okazji obchodów Dnia bez Tytoniu**. Działanie polegające na inscenizacji przebiegu procesu sądowego odegrane przez uczniów gorzowskich szkół ponadgimnazjalnych w WSSE w Gorzowie Wielkopolskim. Celem inicjatywy było ukazanie zagrożeń związanych z paleniem tytoniu, zachęcenie młodzieży do podejmowania odpowiedzialnych wyborów – życia bez nałogu, kształtowanie postaw asertywnych wobec palenia tytoniu.
- **Konferencja „Szczepienia ochronne – ważny element profilaktyki chorób zakaźnych”**, której organizatorem był Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Łodzi. Nadrzędnym celem wydarzenia było podjęcie tematu szczepień m.in.: zjawiska odmawiania szczepień ochronnych u dzieci, niepożądanych reakcji poszczepiennych, immunologicznych aspektów szczepień, aspektów prawnych oraz psychologicznych narzędzi pracy z opiekunami pacjentów.
- **Konferencja „Lokalne programy profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia w środowisku nauczania, jako praktyczne formy realizacji Narodowego Programu Zdrowia na Pomorzu”**, zorganizowana przez Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Podczas konferencji przedstawiono role zdrowotnych programów nauczania, omówiono proces organizacji i zarządzania programami profilaktycznymi, zwrócono również uwagę na współpracę międzysektorową oraz budowanie koalicji. Podczas konferencji uczestnicy mogli wymienić doświadczenia w realizacji programów i kampanii zdrowotnych oraz zabrać głos w dyskusji dotyczącej roli szkół w procesie edukacji zdrowotnej.
- **Cykl konferencji profilaktycznych „Dopalacze nowa twarz problemu społecznego”**, których celem było przedstawienie zagrożeń dla zdrowia publicznego stwarzanych przez nowe narkotyki i leki OTC oraz podkreślenie, że system nadzoru powinien być powiązany z działaniami edukacyjnymi prowadzonymi wspólnie z profesjonalistami. Organizatorami cyklu byli WSSE w Kielcach, PSSE w Końskich, PCPR w Końskich, PSSE w Starachowicach, PSSE w Jędrzejowie. Uczestnikami konferencji byli dyrektorzy placówek nauczania i wychowania, nauczyciele, pracownicy placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz przedstawiciele władz samorządowych i służb.
- **Jubileuszowa X edycja wojewódzkiego konkursu fotograficznego „Sam nie palę i innym odradzam” zorganizowana przez WSSE w Opolu i MDK w Opolu**. Celem konkursu była edukacja młodzieży w zakresie zysków płynących z niepalenia i zagrożeń wynikających z czynnego

i biernego palenia oraz kreowanie wizerunku młodego człowieka, który nie pali papierosów. Uczestnikami konkursu byli uczniowie gimnazjów.

- **Konkurs dla młodzieży gimnazjalnej oraz ponadgimnazjalnej z Małopolski** na klip muzyczny (tekst + wykonanie) zrealizowany w ramach wojewódzkiej kampanii „Dopal dopalaczom. Wolni od narkotyków kreatywni w życiu”, we współpracy z Fundacją Drużyna Mistrzów. Zadaniem utworów, które powstawały w ramach konkursu była promocja zdrowego stylu życia wolnego od nałogów i używek, przede wszystkim dopalaczy. Nagrodą dla zwycięzcy było nagranie klipu muzycznego z muzykiem Romanem Lachowolskim oraz warsztaty motywacyjno-sportowe dla szkoły, do której uczęszczał zwycięzca.
- **Program „Szkoła w profilaktyce onkologicznej”** realizowany na terenie woj. kujawsko-pomorskiego na mocy porozumienia zawartego pomiędzy WSSE, Centrum Onkologii oraz Kuratorium Oświaty w Bydgoszczy. Założeniem programu było upowszechnianie Europejskiego Kodeksu Walki z Rakim wśród młodzieży różnego typu szkół.
- **Cykl konferencji „Dopalaczom STOP – wybieram życie”** zrealizowany przez WSSE we Wrocławiu oraz PSSE w Miliczu. Konferencje zostały przygotowane dla młodzieży, nauczycieli, pedagogów oraz pracowników organów samorządowych z obszaru powiatu milickiego. Wśród prelegentów znaleźli się: Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny we Wrocławiu, przedstawiciel Wydziału Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji we Wrocławiu, przedstawiciel Milickiego Centrum Medycznego, przedstawiciel Komendy Powiatowej Policji w Miliczu, przedstawiciel Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, przedstawiciel Dziennego Ośrodka Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu, przedstawiciel Oddziału Toksykologii i Chorób Wewnętrznych Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. Tadeusza Marciniaka we Wrocławiu
- **Projekt „Zdrowe dziecko – zdrowy dorosły – zdrowa rodzina”** realizowany w woj. śląskim, którego nadrzędnym celem była szeroko rozumiana promocja zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży będąca najsukcesowniejszą inwestycją w poprawę zdrowotności mieszkańców województwa śląskiego. Projekt posiadał formę interdyscyplinarną, łączącą w sobie realizację zadań ogólnopolskich programów wraz z autorskimi interwencjami powstałymi w WSSE w Katowicach i dawał możliwości sukcesywnego włączania nowych treści.
- **Olimpiada Wiedzy o HIV/AIDS realizowana przez WSSE w Białymstoku**. Celem olimpiady było poszerzenie wiedzy młodzieży na temat zapobiegania zakażeniom HIV, chorobom przenoszonym drogą płciową oraz kształtowanie pozytywnych postaw wobec ludzi żyjących z HIV i chorych na AIDS. Konkurs skierowany był do uczniów gimnazjów województwa podlaskiego. Uczestnicy olimpiady musieli wykazać się wiedzą na temat medycznych i psychospołecznych aspektów HIV/AIDS.

**Projekt „Młodzieżowi Liderzy Zdrowia – kontra HIV”** w województwie wielkopolskim. Celem projektu było przekazanie aktualnej, rzetelnej wiedzy na temat HIV/AIDS i STD, wykształcenie umiejętności dokonywania świadomych decyzji zmniejszających ryzyko zakażenia HIV, ukształtowanie właściwych postaw wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także wzbudzenie zainteresowania własnym zdrowiem i odpowiedzialności za zdrowie partnera oraz wskazanie miejsc, gdzie można uzyskać pomoc, poradnictwo i opiekę medyczną. Uczest-

nicy projektu wypełniali ankiety oceniające poziom wiedzy o HIV/AIDS przed i po szkoleniu.

**Konkursie fotograficznym „Grzyby, skarby natury” zorganizowany przez WSSE w Lublinie**, którego celem było kształtowanie postawy szacunku i podziwu dla przyrody. Podczas otwarcia uroczystej wystawy makiet grzybów, spośród 98 nadesłanych zdjęć wybrano 3 laureatów i 10 wyróżnień. Wystawa była również okazją do podsumowania pracy pracowników PSSE w sezonie grzybowym oraz wymiany doświadczeń grzyboznawców.

## 6. Działania informacyjno-edukacyjne z zakresu promocji zdrowia

### 6.1. Profilaktyka wad postawy

Tornister stanowi nieodzowny atrybut każdego ucznia. Jego waga, odpowiednie dopasowanie oraz właściwe użytkowanie odgrywają ogromną rolę w utrzymaniu prawidłowej postawy oraz zapobieganiu skrzywienia kręgosłupa. Zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego waga plecaka nie powinna przekraczać 10-15% masy ciała ucznia. Zbyt ciężki plecak może powodować niekorzystne, bolesne napięcia w mięśniach i stawach, oraz bóle bioder i kolan. Noszenie nieodpowiedniego plecaka wymusza nieprawidłową postawę – pochylanie sylwetki do przodu, a także bóle w okolicach karku.

W 2017 r. Główny Inspektorat Sanitarny w następstwie przeprowadzonego w 2016 r. w szkołach podstawowych oraz gimnazjach, ogólnopolskiego badania obciążenia uczniów ciężarem tornistrów, włączył się w realizację projektu „Lekki Tornister”.

Projekt zakładał diagnozowanie problemu w formie badań oraz wsparcie dla szkół podstawowych poprzez wdrożenie programu edukacyjnego z zakresu profilaktyki pierwszorzędowych wad postawy, motywowanie uczniów do prawidłowego i zdrowego trybu życia, jak również zwrócenie uwagi dzieciom, ich rodzicom, opiekunom i nauczycielom na problem przeciążonych plecaków będących przyczyną wad postawy. Celem V edycji projektu było także przekazanie i usystematyzowanie wiedzy, zarówno dzieci, jak i dorosłych, na temat wyboru właściwego tornistra, jego prawidłowego pakowania, użytkowania oraz kształtowania nawyków prawidłowej postawy ciała.

Adresatami projektu byli nauczyciele, rodzice i opiekunowie, dzieci w wieku 6-10 lat (klasy 0-3 szkół podstawowych). Do udziału w programie zgłosiły się 722 szkoły podstawowe z całej Polski. Działaniami na rzecz profilaktyki wad postawy zostało objętych 77 656 uczniów oraz 4 149 nauczycieli. Przeprowadzona została również akcja ważenia tornistrów uczniów w placówkach uczestniczących w projekcie, która potwierdziła, że skuteczna edukacja przyczynia się do zmniejszenia skali problemu przeciążonych plecaków.

### 6.2. Profilaktyka antysmogowa

W mroźne, bezwietrzne dni, w wielu polskich miastach utrzymuje się smog. Statystyki są alarmujące ze względu na zawartość pyłów, która przekracza poziom uznawany przez WHO za bezpieczny dla zdrowia. Pod tym względem Polska zajmuje drugie miejsce w Unii Europejskiej, po Bułgarii. Związki chemiczne zawarte w smogu (np. benzopiren) i pyły (PM10 i PM 2,5), są szkodliwe dla naszego zdrowia. Mogą one m.in. wywoływać alergie, przyczyniać się do rozwoju chorób płuc, czy też nowotworów.

Osobami szczególnie wrażliwymi na zanieczyszczenie powietrza są: dzieci i młodzież poniżej 25 roku życia, kobiety w ciąży, osoby starsze i w podeszłym wieku, osoby z zaburzeniami funkcjonowania układu oddechowego, chorzy na astmę, choroby alergiczne skóry i oczu, osoby z zaburzeniami funkcjonowania układu krwionośnego, osoby zawodowo narażone na działanie pyłów i innych zanieczyszczeń oraz osoby palące papierosy. W związku z powyższym, Główny Inspektorat Sanitarny publikował na portalu Facebook grafiki dotyczące ochrony przed smogiem.

### 6.3. Zrealizowane akcje wynikające z sytuacji epidemiologicznej, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz priorytetów zdrowia publicznego

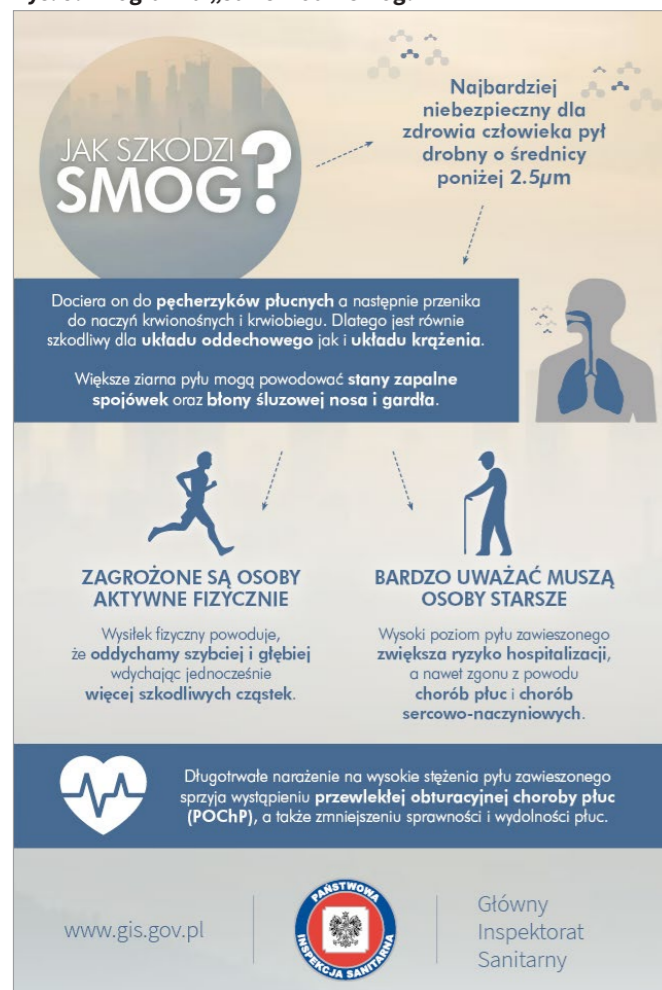
Główny Inspektorat Sanitarny jako urząd prowadzi swoje strony i kanały w mediach społecznościach. Głównym celem profilu prowadzonego w serwisie społecznościowym Facebook jest informowanie społeczeństwa o najważniejszych uwarunkowaniach stanu zdrowia, zagrożeniach, zasadach i metodach zapobiegania oraz efektach przedsięwzięć prowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Jest to bardzo ważna misja urzędu.

W 2017 r. Departament Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz, zajmujący się prowadzeniem stron i kanałów w mediach społecznościach, opierając się o kalendarz zdrowia publicznego oraz o sytuację epidemiologiczną, potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz priorytety zdrowia, publikował treści kierowane do ogółu społeczeństwa:

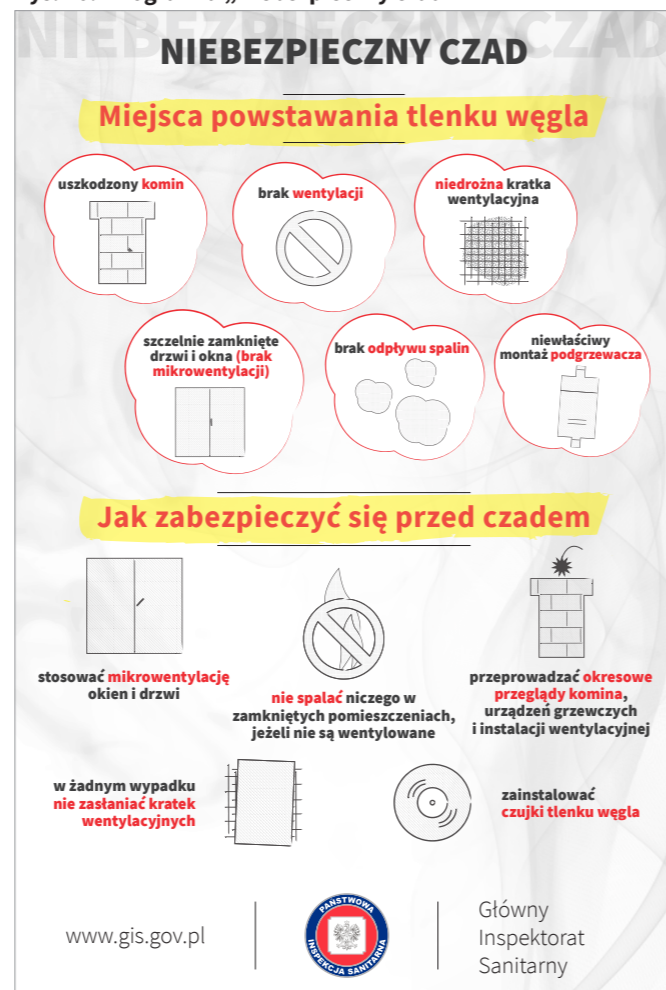


- 1) **Profilaktyka zachorowań na grype** – od września rozpoczęto kampanię w mediach społecznościach poprzez publikację infografik, filmików edukacyjnych. Kampania trwała przez cały okres sezonu grypowego, zakończyła się w marcu 2018 r. Do końca 2017 r. opublikowano łącznie 7 postów, wszystkie treści dotarły do łącznej liczby 67 668 odbiorców.
- 2) **Tydzień Wiedzy o Antybiotykach** – w listopadzie 2017 r., we współpracy z Światową Organizacją Zdrowia, przeprowadzono kampanię w mediach społecznościach z okazji Tygodnia Wiedzy o Antybiotykach. Kampania miała na celu nakreślenie problemu jakim jest niewłaściwe stosowanie antybiotyków, które stwarza ryzyko dla wszystkich użytkowników wpływając na antybiotykoodporność bakterii. Łącznie opublikowano 8 infografik i gifów autorstwa WHO oraz EFSA, które swoim zasięgiem dotarły do łącznej liczby 116 634 odbiorców.
- 3) **Profilaktyka wad postawy** – z okazji pierwszego dnia powrotu do szkół po okresie wakacyjnym przeprowadzono akcję edukacyjną dotyczącą wad postawy uczniów, akcja objęła zasięgiem ponad 10 tys. osób.
- 4) **Higiena jamy ustnej u dzieci, pierwsza pomoc, zdrowie w pracy** – przeprowadzone zostały akcje dotyczące ww. tematów, które dotarły do ponad 30 tys. odbiorców.
- 5) Publikowano treści dotyczące **świąt z zakresu zdrowia publicznego**, podkreślające ich tematykę. Łącznie opublikowano posty dotarły do 60 300 osób.
- 6) **Bezpieczeństwo społeczeństwa** – opublikowano informacje związane z bezpieczeństwem społeczeństwa, np. z instrukcjami jak chronić się przed czadem, jakie są sposoby ochrony przed smogiem, jak chronić się przed chorobami przenoszonymi przez nieodpowiednią higienę rąk, które dotarły łącznie do 79 991 odbiorców.
- 7) Niejednokrotnie poruszono tematykę **profilaktyki chorób chronicznych**, inaczej zwanych przewlekłymi. Pośród chorób przewlekłych w roku 2017 poruszane zostały takie dolegliwości jak: reumatoidalne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, choroby układu krążenia, HIV/AIDS oraz wybrane nowotwory złośliwe. Łącznie opublikowanych zostało 9 postów, które objęły swoim zasięgiem 101 237 odbiorców.
- 8) **Profilaktyka chorób zakaźnych** – opublikowano informacje dotyczące m.in. wścieklizny, WZW typu C czy chorób przenoszonych przez nieodpowiednią higienę rąk. Łącznie przeprowadzono trzy akcje edukacyjne, które objęły swoim zasięgiem 28 134 odbiorców.
- 9) Przeprowadzono akcje **promujące aktywny styl życia**, zachęcające do uprawiania sportu i aktywnego spędzania wolnego czasu, w tym opublikowano informacje

Rys. 9. Infografika „Jak szkodzi smog?”



Rys. 10. Infografika „Niebezpieczny czad”



- o programie edukacyjnym „Trzymaj Formę!”. Łącznie opublikowane treści dotarły do 51 935 osób.
- 10) Poruszano także **promocję zdrowia psychicznego**, a infografika dotycząca dotarła, aż do 16 946 osób, a także tematykę **uzależnień kobiet w ciąży**, która dotarła do 10 027 osób.
  - 11) Opublikowano również treści, które zobaczyło 31 438 użytkowników poruszające tematykę **profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i środków psychoaktywnych młodzieży**, w tym informację o programie „ARS, czyli jak dbać o mitosć?”.
  - 12) A także treści edukacyjne dotyczące profilaktyki palenia tytoniu, które zobaczyło 38 420 osób.
  - 13) Departament Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz informował społeczeństwo poprzez publikowanie **ostrzeżeń publicznych dotyczących żywności**, dopalaczy oraz suplementów diety, nie tylko na stronie internetowej urzędu, ale również w mediach społecznościach. W 2017 r. łącznie opublikowano 4 ostrzeżenia publiczne w mediach społecznościowych, które dotarły do 133 766 osób.
  - 14) Publikowanych było również wiele informacji o **działaniach Państwowej Inspekcji Sanitarnej**, związanych z działalnością organów, jak również istotne dane z Stanu Sanitarnego Kraju za 2016 r., które łącznie objęły swoim zasięgiem odbiorców w liczbie 164 681.

Rys. 11. Infografika „5 kroków do bezpiecznej żywności”



- 15) W 2017 r. przypomniano kampanię z 2016 r. „Uważaj na kleszcze!”, która dotarła do 244 501 odbiorców poprzez Facebook (łączna liczba odston 79 972 na Facebooku i 50 151 na YouTube).

Od września 2017 r. działalność edukacyjna związana z różnymi obszarami zdrowia publicznego została zintensyfikowana głównie na profilu Głównego Inspektoratu Sanitarnego w serwisie Facebook. W ciągu 4 miesięcy przekaz dotarł do niespełna miliona osób. Idąc w ślad za ideą lidera zdrowia publicznego Państwowa Inspekcja Sanitarna zaplanowała jeszcze większą ilość tego typu działań na rok 2018.

Rys. 12. Infografika „Czy wiesz, że?”



Rys. 13. Infografika „Czy wiesz, że?”



## 7. Projekt KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy

W okresie 1.07.2012-31.03.2017 r. Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie realizował Projekt KIK/68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowany w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Głównym celem pięcioletniego Projektu było ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. Ww. cel został osiągnięty dzięki edukacji społeczeństwa w zakresie negatywnych skutków używania alkoholu, papierosów, narkotyków i innych środków psychoaktywnych oraz promowania zachowań prozdrowotnych, co m.in. potwierdzają poniższe działania i badania.

### 7.1. Badania zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży

Badanie ankietowe, przeprowadzono na terenie całej Polski na przełomie lutego i marca 2017 r. Celem badania było zdiagnozowanie poziomu ryzykownych zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w Polsce oraz ich wpływu na zdrowie potomstwa.

W badaniu wzięło udział 3451 kobiet z terenu całej Polski. Grupę badawczą stanowiły kobiety w wieku od 16 do 47 lat (średnia wieku wyniosła 29,94 lat). Największą grupę położnic (ponad 50%) stanowiły pacjentki mające od 21 do 30 lat. Wśród badanych kobiet dominują mieszkanki miast (58,78%). 41,22% respondentek to mieszkanki wsi.

W porównaniu do I edycji badania zauważany jest spadek liczby szkodliwych dla zdrowia matki i dziecka zachowań takich jak picie alkoholu i palenie papierosów. Wyraźnie zmniejszyła się także liczba kobiet narażonych na bierne palenie w domu i pracy. Pierwsza edycja badania została przeprowadzona przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dniach 22-26 października 2012 r. w 380 szpitalach, w 381 oddziałach położniczo-ginekologicznych. Łącznie przebadano 2913 położnic.

Wyniki pierwszej edycji posłużyły określeniu skali zjawiska dotyczącego używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży oraz skutków zdrowotnych wynikających z ich używania dla potomstwa, a także opracowaniu programów edukacyjnych do szkół i zakładów pracy oraz realizacji kampanii społecznej. Powyższe działania miały na celu zmniejszenie zachowań ryzykownych dla zdrowia podejmowanych przez kobiety w wieku prokreacyjnym.



### 7.2. Badania wśród młodzieży dotyczące motywacji i przekonań w stosunku do substancji psychoaktywnych tzw. „dopalaczy”

Badaniem objęto pełnoletnich uczniów i uczennice szkół ponadgimnazjalnych (zasadniczych szkół zawodowych, liceów ogólnokształcących i techników). Celem badania było określenie jaką wiedzę posiada młodzież, jak jest oceniane zażywanie substancji psychoaktywnych (w tym dopalaczy), jakie emocje towarzyszą młodzieży w związku z zażywaniem tego rodzaju środków i jakie wiąże z ich stosowaniem ryzyka. Spotkania zorganizowano w grupach homogenicznych płciowo, oddzielnie z osobami, które nigdy nie miały osobistej styczności z dopalaczami, przyznają się do incydentu zastosowania tego rodzaju środków, stosując dopalacze. Badania pozwoliły na przybliżenie opinii jakie mają młodzi ludzie na temat tak samych dopalaczy jak i osób, które po nie sięgają.

Badania potwierdziły, że mimo intensywnych działań służb publicznych dopalacze wciąż są dostępne. Najpopularniejszą drogą zakupu jest nabycie dopalaczy on-line lub od dealera. Niemniej należy odnotować, że znacząco mniejsza, niż jeszcze kilka lat temu, ilość sklepów stacjonarnych przynajmniej częściowo ograniczyła do nich dostęp i utrudniła zakup najmłodszym konsumentom (niekiedy nawet 11, 12 letnim). Pociągającym jest także fakt, że przynajmniej wśród starszej młodzieży jest widoczna świadomość szkodliwości dopalaczy i ryzyka związanego z ich stosowaniem. Swoistą zasługę w uświadamianiu efektów ma Internet, a w szczególności dostępne w sieci internetowej filmy ilustrujące niekiedy nieobliczalne lub ośmieszające zachowanie osób pod wpływem dopalaczy. Dla młodych osób dla których opinia otoczenia jest niezwykle istotnym elementem budowania samooceny ryzyko podjęcia działań ośmieszających ich w grupie rówieśniczej stanowi istotną barierę w sięgnięciu po substancję o trudnym do przewidzenia oddziaływaniu. Według badanych główne ryzyko związane ze stosowaniem dopalaczy wynika właśnie z braku znajomości ich składu.

### 7.3. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”

W roku szkolnym 2016/2017 została zrealizowana IV edycja programu edukacyjnego pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?” opracowanego przez dr Krzysztofa Wojcieszka, w ramach Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?” dotyczy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki, dopalacze), adresowany jest do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. IV edycja została objęta honorowym patronatem Ministra Zdrowia oraz Ministra Edukacji Narodowej. W ramach ww. Projektu, była to ostatnia edycja programu.

IV edycja programu została zrealizowana w 2732 szkołach ponadgimnazjalnych w Polsce (48,9%), z czego znaczący udział stanowiły następujące typy szkół: zasadnicze szkoły zawodowe (21,9%), licea ogólnokształcące, profilowane i uzupełniające (38,6%), technika i technika uzupełniająca (38,6%) oraz inne szkoły ponadgimnazjalne (1,9%). W ciągu czterech edycji, program został zrealizowany w 3545 szkołach ponadgimnazjalnych (ok. 60%), a działaniami edukacyjnymi zostało objętych 493 869 (98,8%) uczniów.

Działaniami programowymi w IV edycji objęto ogółem 121 843 uczniów klas I-IV szkół ponadgimnazjalnych, co stanowiło ok. 24,4% uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce (w stosunku do zaplanowanego wskaźnika 500 000 uczniów po wszystkich edycjach). W IV edycji programu udział wzięło 33 792 rodziców.

### 7.4. Kampania „Melanz. Oczekiwania vs. Rzeczywistość”

„Melanz. Oczekiwania vs. Rzeczywistość” to ogólnopolska kampania zrealizowana przez Główny Inspektorat Sanitarny w I kwartale 2017 r. Jej głównym celem było zwrócenie uwagi młodzieży na negatywne skutki korzystania z używek. Poprzez przyjętą taktykę pokazano młodzieży, że wyobrażenia związane z oddziaływaniem używek na organizm i wizerunek towarzyski, w zderzeniu z rzeczywistością bywają bardzo rozczarowujące i groźne.

Na potrzeby kampanii powstało 10 filmów (spotów) przeznaczonych do social mediów i na specjalnie przygotowaną stronę internetową [www.melanz.tv](http://www.melanz.tv). Składa się ona głównie z quizów wiedzy-rozrywkowych. Zadania z quizów zawierają ważne informacje o działaniu substancji psychoaktywnych, o natogach, a także o możliwości życia bez uzależnień. Ponadto, na stronie internetowej [www.melanz.tv](http://www.melanz.tv) zamieszczono materiały merytoryczne dotyczące tytoniu, alkoholu i substancji psychoaktywnych (tj. dopalacze i narkotyki) oraz kontakty do organizacji zajmujących się profilaktyką uzależnień.

W ciągu 4 miesięcy trwania kampanii filmy zamieszczone na portalu YouTube miały ponad 2,5 mln wyświetleń. Ponadto, w mediach opublikowano 1 435 artykułów poruszających tematykę kampanii. Wartość ekwiwalentu reklamowego wygenerowanych publikacji osiągnęło wynik 2 033 180 zł. Stronę internetową kampanii [www.melanz.tv](http://www.melanz.tv) odwiedziło 1 300 000 użytkowników, a quiz z poradami dla „melanzowiczów” rozwiązano ok. 300 000 razy.

Ponadto, w ramach kampanii nawiązano współpracę z influencerami, którzy publikowali informacje na swoich profilach w mediach społecznościowych, co dodatkowo zwiększyło siłę kampanii, nawet po jej zakończeniu. Dzięki zamieszczaniu informacji na YouTube oraz na profilach społecznościowych informacje pozostały w obiegu internetu i nadal są odtwarzane.



## **Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety i żywności dla określonych<sup>1</sup> grup w 2017 r.**

1) w niniejszym raporcie pojęcie „żywność dla określonych grup” obejmuje środki spożywcze objęte rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 z dnia 12 czerwca 2013 r. w sprawie żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i środków spożywczych zastępujących całodzienną dietę, do kontroli masy ciała (...) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które mogły pozostawać w obrocie ze względu na okres przejściowy, określony w art. 21 ww. rozporządzenia 609/2013

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

W ramach współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną, inspektorzy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili szereg kontroli obiektów znajdujących się pod

wspólnym nadzorem (hurtownie farmaceutyczne, apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz sklepy zielarsko-medyczne). Zakres tematyczny kontroli obejmował najczęściej zagadnienia dotyczące poprawności prezentacji i reklamy oferowanych do sprzedaży produktów spożywczych (tj. suplementy diety, żywności dla określonych grup). Sprawdzano czy prezentacja i/lub reklama umożliwia odróżnienie ww. kategorii żywności od produktów leczniczych. Kontrolowano również sposób reklamy preparatów przeznaczonych do początkowego żywienia niemowląt oraz monitorowano pozostawianie w obrocie produktów spełniających jednocześnie kryteria produktów leczniczych oraz produktów z grupy suplementów diety lub żywności dla określonych grup lub produktów zafałszowanych substancjami niedozwolonymi do stosowania w żywności.



## 1. Suplementy diety

### 1.1. Zakres nadzoru sanitarnego

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje 202 wytwórni oraz 676 hurtowni suplementów diety. Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) miało 184 wytwórni suplementów diety oraz 479 hurtowni. System HACCP (Analiza zagrożeń i krytycznych punktów kontroli) wdrożono w 175 zakładach produkcyjnych oraz 283 hurtowniach suplementów diety.

W 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- 159 obiektów, tj. 78,71% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju,
- 279 obiektów obrotu hurtowego, tj. 41,27% ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

Kontrolowane obiekty oceniono również na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego.

Wśród wytwórców dokonano oceny w 95 obiektach kontrolowanych (47,03% obiektów ogółem), natomiast w przypadku hurtowni ocenie kompleksowej poddano 89 obiekty

(13,16% obiektów hurtowych ogółem). Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny wykazały funkcjonowanie 1 wytwórni suplementów diety oraz 2 hurtowni niezgodnych z ustalonymi wymaganiami sanitarno-higienicznymi. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w 2017 r. we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety sięgnęła liczby 1 032, z czego 223 kontrole stanowiły interwencyjne.

W następstwie przeprowadzonych kontroli, właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 178 decyzji administracyjnych, z czego 47 decyzji skierowano do wytwórców suplementów diety, a 131 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 38 decyzji zakazujących wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

### 1.2. Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2017 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 4 280 suplementów diety, w tym 470 produktów z importu spoza UE, 662 z krajów członkowskich UE oraz 3148 produkcji krajowej. Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia tabela 26.

Tab. 26. Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2017 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	695	25	55	615
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	433	47	53	333
3	Mikotoksyny	34	2	6	26
4	Substancje dodatkowe dozwolone	311	1	34	276
5	Znakowanie	3196	357	518	2321
6	Organoleptycznie	2273	260	317	1696
7	Zanieczyszczenia biologiczne	7	0	0	7
8	Zanieczyszczenia fizyczne	5	0	2	3
9	Inne parametry	2257	336	395	1526

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (79,03%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 211 przypadkach badanych próbek (42 spoza UE, 70 z krajów UE, 99

produktów krajowych). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 27.



Tab. 27. Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane

Rok	Suplementy diety		W tym					
			krajowe		Importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano
2017	4280	6,24%	3148	3,75%	470	13,20%	662	13,14%

## 2. Żywność dla określonych grup

### 2.1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2017 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 13 wytwórni żywności dla określonych grup. Liczba tego rodzaju obiektów objętych rejestrem przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. to 16 obiektów. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego zostało ocenionych 12 spośród skontrolowanych wytwórni, w żadnej z nich nie wykazano niezgodności.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej stwierdzono w 15 wytwórniach, nato-

miast wdrożony system HACCP stwierdzono w 14 wytwórniach żywności dla określonych grup.

Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 65, w tym 11 kontroli interwencyjnych.

W roku 2017 w odniesieniu do wytwórni żywności dla określonych grup wydano 11 decyzji administracyjnych, wśród których nie było żadnej zakazującej wprowadzenia produktu do obrotu. Ponadto z ww. wytwórni pobrano 242 próbki środków spożywczych, wśród których nie było żadnej, która została zdyskwalifikowana.

Tab. 28. Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2017 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3611	60	843	2698
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	550	14	186	350
3	Pozostałości pestycydów	72	0	10	62
4	Mikotoksyny	674	23	118	533
5	Zanieczyszczenia azotanami	348	3	45	300
6	Substancje dodatkowe dozwolone	150	6	45	99
7	Obecność GMO	38	0	12	26
8	Znakowanie	4607	114	1164	3329
9	Organoleptycznie	3889	111	903	2875
6	Zanieczyszczenia biologiczne	12	0	5	7
7	Zanieczyszczenia fizyczne	12	0	6	6
8	Inne parametry	847	28	164	655

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.

### 2.2. Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup

W 2017 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 6 825 próbek żywności dla określonych grup. Kierunki badań oraz liczba próbek żywności dla określonych grup zostały przedstawione w tabeli 28.

Spośród wszystkich 6 825 przebadanych próbek żywności dla określonych grup największy odsetek (73,2%) stanowiły próbki produktów krajowych – 4 996 próbek. Zbadano 1 661

próbek produktów z Unii Europejskiej (co stanowiło 24,3% wszystkich badanych próbek) oraz 168 próbek produktów z importu spoza UE (2,5% wszystkich zbadanych próbek).

Ogółem zdyskwalifikowano 138 próbek produktów, co stanowi 2% wszystkich zbadanych próbek żywności dla określonych grup.

Wśród zdyskwalifikowanych próbek, 6 z nich pochodziło z importu, 93 było próbkami produktów krajowych natomiast 39 pochodziło z UE. Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 29.

Najwięcej – 130 próbek produktów – co stanowi 94,2% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek, zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie, 4 próbki zdyskwalifikowano ze względu na „inne parametry”, 2 próbki ze względu na zanieczyszczenia biologiczne i po jednej próbce ze względu na substancje dodatkowe dozwolone oraz cechy organoleptyczne.

Tab. 29. Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane

Rok	żywność dla określonych grup		W tym					
			krajowe		Importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano
2017	6825	2%	4996	1,9%	168	3,6%	1661	2,3%





**Działania Państwowej  
Inspekcji Sanitarnej w zakresie  
zmniejszania zagrożeń zdrowia  
publicznego stwarzanych przez środki  
zastępcze w 2017 r.**

## 1. Wprowadzenie

Państwowa Inspekcja Sanitarna w celu ograniczenia zagrożeń zdrowia publicznego z zakresu przeciwdziałania narkomanii, na podstawie art. 4 ust.1 pkt 9a *ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985 roku* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, 2111, z 2018 r. poz. 138 i 650), w *rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz. U. z 2017 r. poz. 783, 1458 i 2439), egzekwuje przestrzeganie przepisów dotyczących zakazu wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, które wiążą się z realizacją zadań, ujętych w celu operacyjnym nr 2 *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* (Dz. U. poz. 1492), łącząc profesjonalny system nadzoru w obszarze tzw. „dopalaczy” z działaniami edukacyjnymi, profilaktycznymi i szeroko rozumianą promocją zdrowia.

W 2017 r. główne inicjatywy dotyczyły ograniczenia podaży i popytu tzw. „dopalaczy”. Wyzwania te, Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała we współpracy m.in. z Policją, mając na względzie *Porozumienie z dnia 26 października 2011 r. pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Szefem Służby Celnej (Szefem Krajowej Administracji Skarbowej), Komentantem Głównym Policji i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym o współpracy w zakresie przeciwdziałania wprowadzaniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych*.

Zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych obowiązuje od dnia 27 listopada 2010 r., natomiast od 1 lipca 2015 r. zakazem tym objęte zostały również nowe substancje psychoaktywne oraz ich przywóz na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Źródłem zakazu staje się decyzja administracyjna, w której zakwestionowane produkty są wskazane z nazwy w odniesieniu do zidentyfikowanych w ich składzie substancji psychoaktywnych. Kwestia odpowiedzialności związanej z tzw. „dopalaczami” jest przeniesiona na dwa poziomy: administracyjny, co daje instrumenty zwalczania ich podaży bez stosowania represji karnej wobec użytkowników oraz karny w przypadku zaistnienia zagrożenia życia lub zdrowia wielu osób. W 2017 r. państwowi inspektorzy sanitarni złożyli 59 zawiadomień do organów ścigania.

W stosunku do lat ubiegłych, w 2017 r. więcej spraw dotyczących produkcji oraz wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych zostało przekazanych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, m.in. przez Policję i prokuraturę, stąd w 2017 r. zostało wydanych 1 435 decyzji, podczas gdy w 2016 r. takich decyzji było 496.

Informacje o zidentyfikowanych w tzw. „dopalaczach” substancjach psychoaktywnych i o zagrożeniu jakie one stwarzają, zamieszczane są m.in. w Raportach Głównego Inspektora

Sanitarnego oraz na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego i są przesyłane w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania (SWO) do Centrum Informacji o Narkomanii i Narkotykach (CINN) w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. CINN, dane te przesyła do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkomanii i Narkotyków (EMCDDA) w Lizbonie oraz pośredniczy w przepływie informacji o groźnych substancjach pojawiających się w innych państwach.

Główny Inspektor Sanitarny w wydawanych ostrzeżeniach zwraca szczególną uwagę na opioidy (fentanyl), których użycie może doprowadzić do zgonu z powodu nagłego zatrzymania oddechu, mając na względzie, iż na europejskich rynkach narkotykowych, w tym w Polsce, wzrasta zagrożenie z powodu fentanylu i jego pochodnych, gdyż w latach 2012-2016 pojawiły się już 24 nowe typy substancji na bazie fentanylu.

Z kolei z raportu Europolu 2017 r. wyływa bardzo ważna konkluzja dotycząca gwałtownej rozbudowy rynku nowych substancji psychoaktywnych, w nadchodzących latach substancje te będą stanowić jedno z największych wyzwań dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Substancje takie jak syntetyczne kanabinoidy, a także benzodiazepiny coraz częściej wchodzi do oferty przestępców związanych dotychczas z rynkiem narkotyków. Od 2005 r. rozpoznanych zostało ponad 620 typów nowych substancji psychoaktywnych, dotychczas niespotykanych w państwach UE. Wraz ze wzrostem popularności tego rodzaju substancji, rośnie ich przemysłowa produkcja, ze szczególnym uwzględnieniem laboratoriów w Chinach oraz Indiach.

Głównym źródłem substancji psychoaktywnych wchodzących w skład tzw. „dopalaczy” pozostaje przemysł z Chin, ale odnotowywane były również przypadki produkcji w państwach europejskich, np. w lipcu 2017 r. funkcjonariusze Centralnego Biura Śledczego Policji (CBŚP), we współpracy z Państwową Inspekcją Sanitarną, zlikwidowali w północnej Polsce nielegalne laboratorium produkujące 4-chlorometkatynon (4-CMC), będący składnikiem tzw. „dopalaczy”. Zabiezione wówczas łącznie 128 kg substancji w różnych fazach produkcji, w tym ponad 56 kg gotowego produktu.

Należy podkreślić, że substancje stosowane w nielegalnych laboratoriach stanowią zagrożenie nie tylko dla tych, którzy wytwarzają „dopalacze”, ale także dla wszystkich osób zamieszkujących w sąsiedztwie, oddziałów ratunkowych, analityków, pracowników ekip sprzątających, a nawet przyszłych mieszkańców.

Należy również wskazać, że używanie tzw. „dopalaczy” iniekcyjnie to wciąż główny czynnik ryzyka zakażeń przenoszonych drogą krwionośną, w tym HIV, HBV i HCV, a także gruźlicy, bakteryjnych zakażeń skóry i tkanek miękkich oraz zakażeń rozsianych.

## 2. Nowe przepisy

Ograniczanie zagrożeń stwarzanych przez tzw. „dopalacze” stanowi poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego jak również bezpieczeństwa publicznego, dlatego szczególną uwagę zwraca się na ocenę ryzyka, biorąc również pod uwagę, że w składzie tzw. „dopalaczy” stwierdzana jest coraz częściej obecność substancji o ostrej toksyczności.

Na podstawie *ustawy z 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw* Minister Zdrowia powołał *Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych*, któremu przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny. Zespół dokonuje szczegółowych ocen ryzyka i kwalifikacji substancji psychoaktywnych zidentyfikowanych w tzw. „dopalaczach”, rekomendując je do objęcia ustawą w celu kryminalizacji lub wnioskując o umieszczenie ich w wykazie rozporządzenia Ministra Zdrowia. W 2017 r. odbyły się cztery spotkania Zespołu. Dotychczas Zespół ocenił i zarekomendował umieszczenie 36 substancji w wykazie rozporządzenia oraz 14 substancji w załącznikach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Główny Inspektorat Sanitarny, na podstawie art. 44c ust. 11 *ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii*,

proceedzi system zawiadamiania Zespołu, o wynikach badania składu chemicznego tzw. „dopalacza”, który składa się z sieci instytucji, takich jak jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Policji, laboratoria zakładów medycyny sądowej, czy Instytut Ekspertyz Sądowych.

Główny Inspektor Sanitarny na podstawie upoważnienia Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2015 r. spowodował opracowanie i wydanie nowego *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2017 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych* (Dz. U. poz. 1582). Wykaz substancji zawarty ww. rozporządzeniu obejmuje substancje po uprzednim przeprowadzeniu oceny ich właściwości fizyko-chemicznych, potencjału uzależniającego, toksyczności i mogących wyknąć zagrożeń dla życia lub zdrowia ludzi oraz powodowania szkód społecznych. Wykaz ten m.in. umożliwia organowi nadzoru, jakim jest państwowy inspektor sanitarny, wydanie stosownej decyzji bez konieczności dodatkowego udowodnienia, że stwierdzona w produkcie substancja psychoaktywna ma groźne dla człowieka działanie. Reasumując, jeżeli substancja jest określona w wykazie rozporządzenia, to wówczas sprawa jest szybciej rozpatrywana, ponieważ państwowy inspektor sanitarny, nie musi dodatkowo uzasadniać w decyzji jej szkodliwości dla zdrowia.



W 2017 r. w zakresie identyfikacji najważniejszych zjawisk, którym należy przeciwdziałać w najbliższym czasie, należą nowe narkotyki, które stanowią aktualnie, jak również w nadchodzących latach, jedno z największych wyzwań dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. W celu zapewnienia skutecznej reakcji na charakter zagrożenia Główny Inspektorat Sanitarny w 2017 r. uczestniczył w pracach powołanego przez Ministra Zdrowia międzyresortowego Zespołu do spraw opracowania nowych rozwiązań legislacyjnych mających na celu przeciwdziałanie używaniu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.

Główny Inspektorat Sanitarny jako wiodący z ramienia Ministerstwa Zdrowia kontynuował także współpracę międzyresortową w opracowaniu pakietu projektów Unii Europejskiej, to jest Rozporządzenia w sprawie przepisów dotyczących nowych substancji psychoaktywnych oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady, zmieniającej decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiającą minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami w odniesieniu do definicji narkotyków.

Przepisy te zostały wydane listopadzie 2017 r. w celu m. in. wzmocnienia Europejskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania (Early Warning System- EWS) oraz usprawnienia procesu oceny ryzyka. Nowe regulacje zachowują obecną trzypięciową procedurę reagowania wobec nowych substancji psychoaktywnych, na którą składają się wczesne ostrzeżenie, ocena ryzyka oraz działania kontrolne. Komisja w oparciu o ocenę ryzyka może zaproponować podjęcie formalnej decyzji o objęciu substancji kontrolą. Następnie Rada Unii Europejskiej oraz Parlament Europejski będą mieć dwa miesiące na to, by przychylić się lub nie do propozycji Komisji. Od wejścia w życie decyzji, władze krajowe będą miały 6 miesięcy, a nie jak dotychczas 12, na objęcie substancji kontrolą.

Państwa członkowskie są zobowiązane wprowadzić w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wykonania Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2103 z dnia 15 listopada 2017 r. zmieniającej decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW w celu włączenia nowych substancji psychoaktywnych do definicji narkotyku i uchylająca decyzję Rady 2005/387/WSiSW, w terminie do dnia 23 listopada 2018 r. i niezwłocznie o tym powiadomić Komisję. Decyzja 2005/387/WSiSW traci moc ze skutkiem od dnia 23 listopada 2018 r.

### 3. Sytuacja epidemiologiczna

Jednym z ważnych zadań w obszarze nowych narkotyków realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, w tym Główny Inspektorat Sanitarny, jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zatrucień i podejrzeń zatrucień tzw. „dopalaczami”. Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne przesyłają do Głównego Inspektoratu Sanitarnego zagregowane meldunki dotyczące zatrucień w trybie tygodniowym lub dwutygodniowym. Ponadto Główny Inspektor Sanitarny współpracuje z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Toksykologii Klinicznej - Ośrodkiem Kontroli Zatrucień

Z kolei Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2101 z dnia 15 listopada 2017 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1920/2006 w zakresie wymiany informacji, systemu wczesnego ostrzegania oraz procedury oceny zagrożeń w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych, będzie obowiązywało od dnia 23 listopada 2018 r., wiąże w całości i będzie bezpośrednio stosowane we wszystkich państwach członkowskich.

W sytuacji pozbawionego granic rynku wewnętrznego oraz możliwości przemieszczania się szkodliwych substancji z jednego państwa członkowskiego do drugiego, działania ograniczające dostępność nowych substancji psychoaktywnych na poziomie Unii Europejskiej są konieczne. Nowy mechanizm UE pozwoli skuteczniej i sprawniej reagować na nowe substancje psychoaktywne, skracając czas potrzebny do przeprowadzenia oceny i podjęcia ewentualnej decyzji w sprawie ogólnounijnego zakazu. Nowe narkotyki, które naśladują działanie substancji umieszczonych w wykazach załączonych do konwencji ONZ, pojawiają się często i szybko rozprzestrzeniają się w Unii. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2101 zapewnia ramy wymiany informacji o nowych substancjach psychoaktywnych oraz ramy procedury oceny zagrożeń w celu ustalenia, czy dana nowa substancja psychoaktywna stwarza poważne zagrożenia społeczne oraz dla zdrowia publicznego. Aby skutecznie zmniejszyć dostępność nowych substancji psychoaktywnych stwarzających poważne zagrożenia dla zdrowia publicznego oraz, w stosownych przypadkach, poważne zagrożenia społeczne oraz aby powstrzymać handel tymi substancjami w całej Unii, a także zniechęcać do działania organizacji przestępczych, substancje te powinny zostać objęte wspólnymi przepisami prawa karnego, jako substancje włączone do definicji narkotyku zgodnie z przepisami omawianej dyrektywy. W ostatniej dekadzie nastąpił gwałtowny wzrost liczby nowych substancji psychoaktywnych na świecie i nie ma żadnych oznak spowolnienia tego trendu. W 2015 r. 100 nowych substancji zostało zgłoszonych po raz pierwszy do EWS, co dało łączną liczbę monitorowanych nowych substancji przekraczającą 560, przy czym aż 380 z nich (70%) wykryto w ciągu ostatnich pięciu lat, w 2017 r. w EWS jest już 620 substancji natomiast do Systemu Wczesnego Ostrzeżenia UNODC (EWA) do grudnia 2017 r. zostało zgłoszonych ponad 800 substancji.

logiczne przesyłają do Głównego Inspektoratu Sanitarnego zagregowane meldunki dotyczące zatrucień w trybie tygodniowym lub dwutygodniowym. Ponadto Główny Inspektor Sanitarny współpracuje z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Toksykologii Klinicznej - Ośrodkiem Kontroli Zatrucień

(OKZ) w Warszawie oraz na bieżąco informuje Ministra Zdrowia o sytuacji epidemiologicznej.

Wzrost liczby zgłoszonych przypadków może być spowodowany również faktem zwiększenia „używalności” tych substancji w związku ze zwiększającą się każdego roku obecnością na rynku nowych, zidentyfikowanych i jeszcze nie zidentyfikowanych substancji psychoaktywnych. W okresie ostatnich dwóch lat odnotowano dynamiczną zmianę na rynkach europejskich dotyczącą nowych narkotyków – tygodniowo pojawiały się 2 substancje. Rynek ten pozostaje najbardziej dynamicznym rynkiem przestępczym, na którym najnowszą tendencją jest rozprzestrzenianie się nowych narkotyków, często o ostrej toksyczności.

Główny Inspektor Sanitarny informuje o zagrożeniach zdrowia publicznego stwarzanych przez nowe narkotyki ze szczególnym zwróceniem uwagi w ostrzeżeniach na opioidy (fentanyle), których użycie może doprowadzić do zgonu z powodu nagłego zatrzymania oddechu. W 2017 r. zarejestrowanych zostało 26 przypadków zgonów mogących mieć związek z ostrym zatruciem substancjami psychoaktywnymi, w tym 8 przypadków zostało potwierdzonych. 5 przypadków zgłoszonych było z województwa małopolskiego, po 2 przypadki z województw: śląskiego, pomorskiego, wielkopolskiego i mazowieckiego, po 1 przypadku z województw: warmińsko-mazurskiego, zachodnio-pomorskiego, lubuskiego, kujawsko-pomorskiego, łódzkiego, świętokrzyskiego, lubelskiego. W 6 przypadkach nie udało się ustalić województwa.

W przypadku zgonów mogących mieć związek z użyciem środków zastępczych, korzystano także z informacji o wy-

nikach badań toksykologiczno-sądowych, otrzymywanych z prokuratur.

W latach 2013-2017 zgłoszonych zostało łącznie 60 zgonów, w tym w 16 przypadkach uzyskano potwierdzenie badaniami toksykologiczno-sądowymi, dotyczyły one następujących substancji:

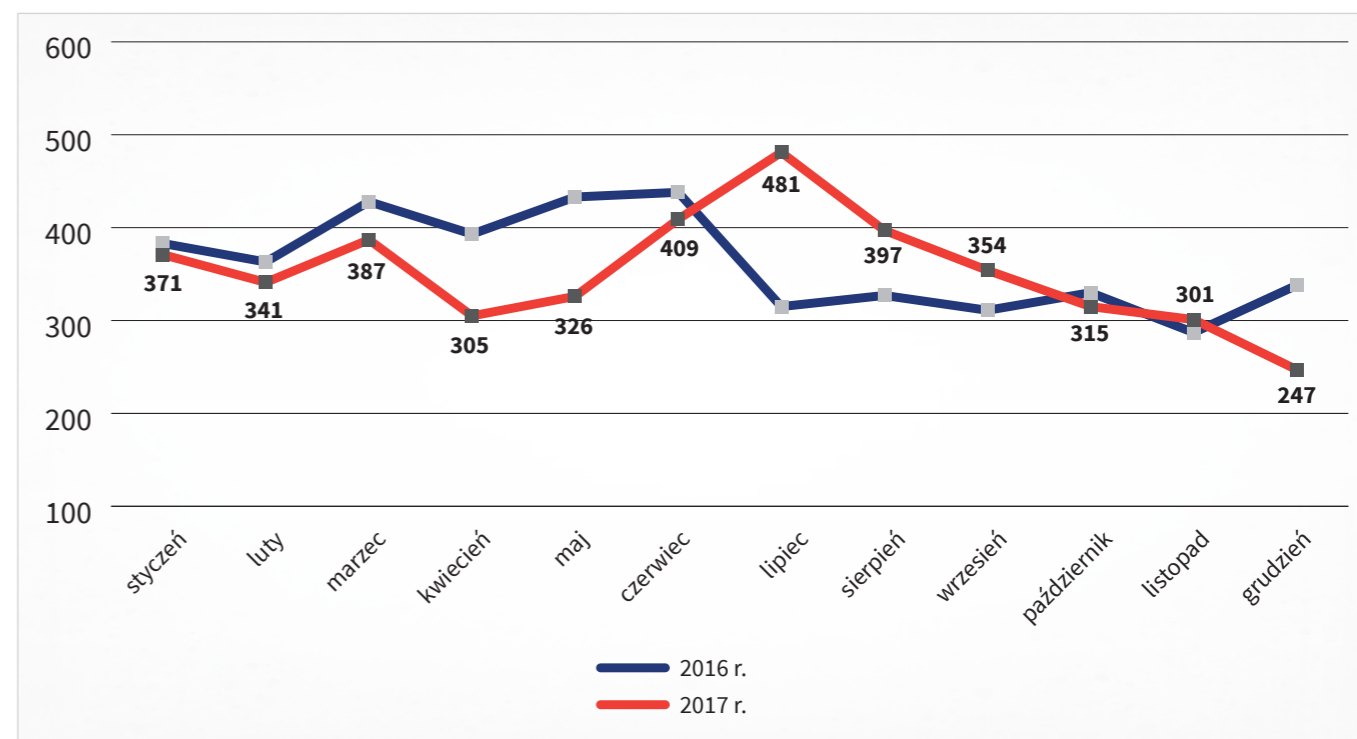
- 2013 r. – 25 I-NBOMe, pentedron + UR-144 (w produkcji Pomarańczowy płomień),
- 2014 r. – 5-MAPB, NBOMeB + 25 I – NBOMe,
- 2015 r. – 3-MMC, AB-CHMINACA,
- 2016 r. – brak potwierdzeń,
- 2017 r. – U 47700 + chloroetkatynon, 4 F-MPH + U 47700, alfa-PHP + U 47700, U 47700.

Z danych przekazanych przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie Toksykologii Klinicznej wynika, że w 2017 r. zgłoszono 4 230 podejrzeń zatrucień środkami zastępczymi. Jest to nieznaczny spadek w stosunku do 2016 r. Najwięcej przypadków zatrucień zgłosiły województwa: śląskie (1262), łódzkie (956), wielkopolskie (375), mazowieckie (267) i małopolskie (261).

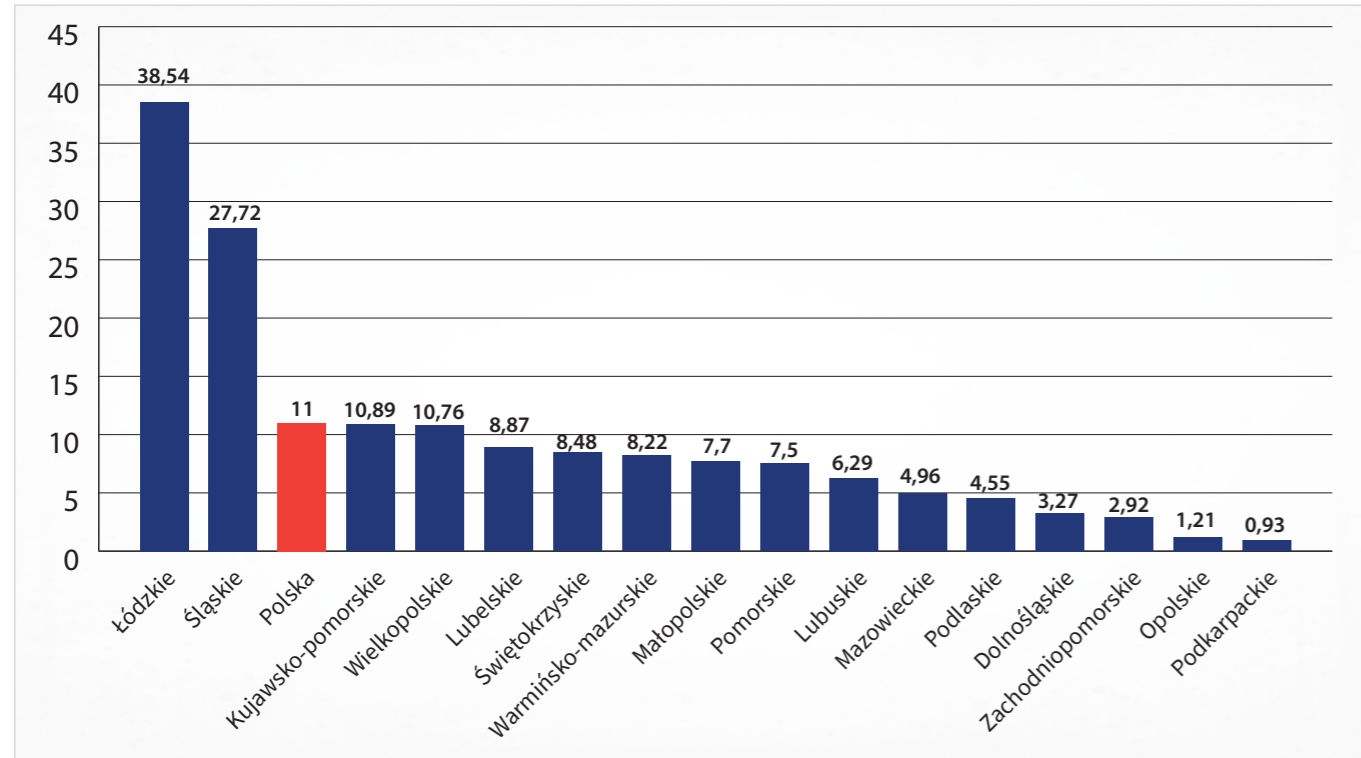
Uwzględniając dane dotyczące zatrucień w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców wskaźnik dla całej Polski w 2017 r. wyniósł 11 przypadków, został przekroczony kilkakrotnie w województwach łódzkim oraz śląskim.

Podkreślenia wymaga, że rozpoznanie zatrucia w większości przypadków opiera się na objawach i ewentualnie uzyskanej podczas wywiadu z pacjentem informacji o nazwie produktu tzw. „dopalaczowego” lub o nazwie substancji psychoaktywnej.

Wykres 49. Liczba podejrzeń zatrucień środkami zastępczymi w latach 2016 – 2017.

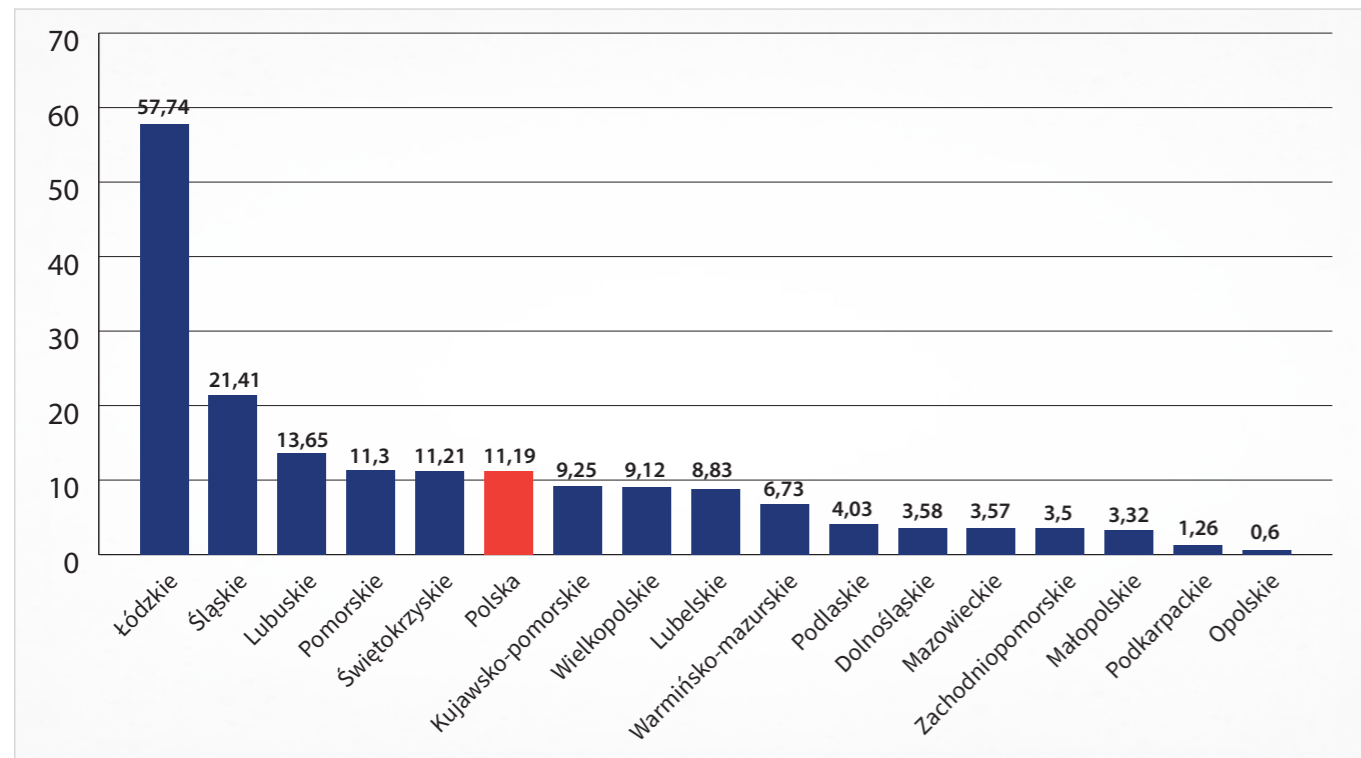


Wykres 50. Przypadki podejrzeń zatruc na 100 tys. mieszkańców w 2017 r.



Uwzględniając dane dotyczące zatruc w przeliczeniu na 100 000. mieszkańców wskaźnik dla całej Polski w 2017 r. wynosił 11 przypadków, został przekroczony kilkakrotnie w województwach łódzkim oraz śląskim.

Wykres 51. Przypadki podejrzeń zatruc środkami zastępczymi w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców - dane Krajowego Konsultanta w dziedzinie Toksykologii Klinicznej



#### 4. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych

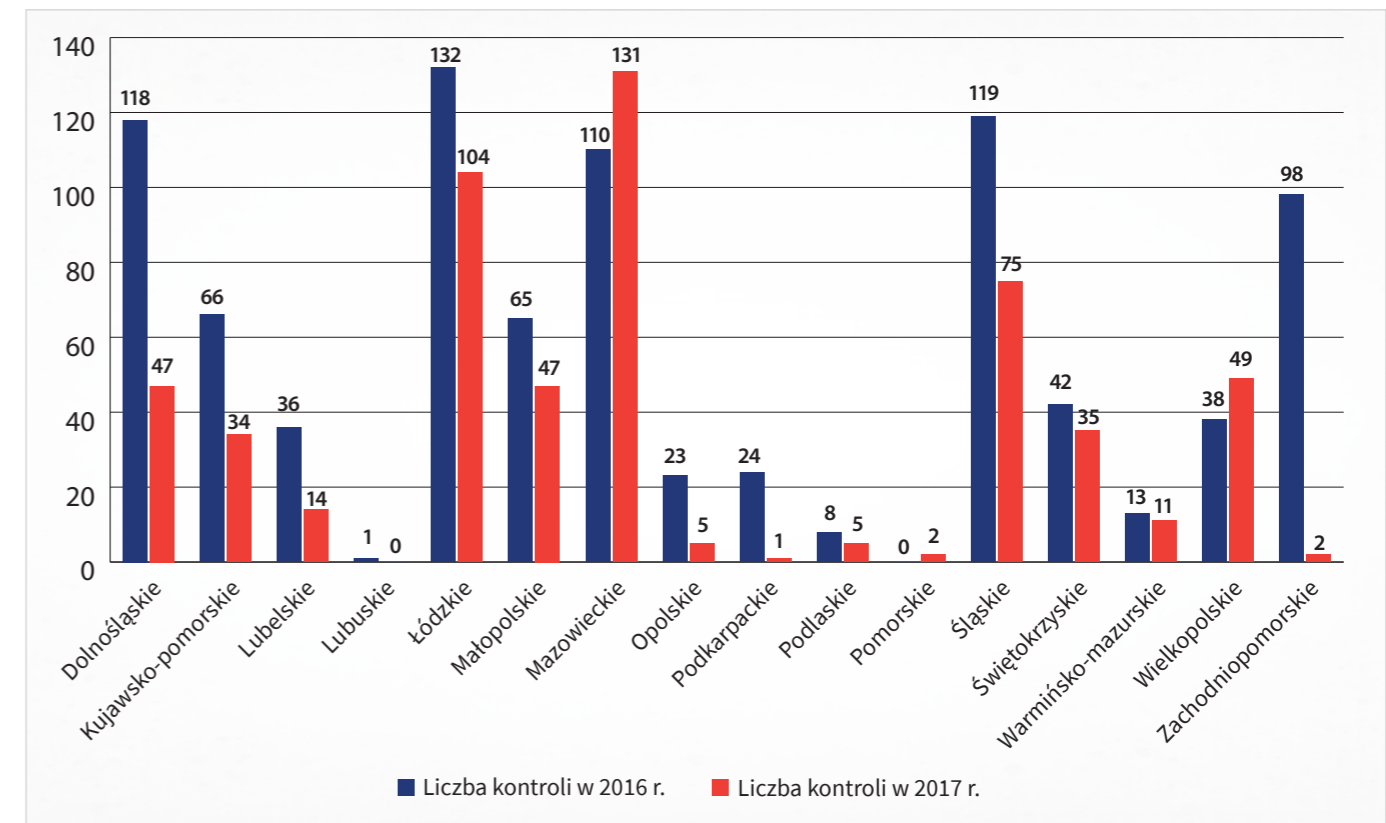
W 2017 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła 562 kontrole, w przypadkach, których zachodziło podejrzenie produkcji lub wprowadzania do obrotu nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych. W stosunku do lat ubiegłych, w 2017 r. więcej spraw dotyczących produkcji oraz wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych przekazanych zostało do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, m.in. przez Policję i prokuraturę, stąd w sprawach tych w 2017 r. zostało wydanych 1 435 decyzji, podczas gdy w 2016 r. takich decyzji było 496. W 2017 r. państwowi inspektorzy sanitarni złożyli 59 zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstw związanych z procederem „dopalaczowym”.

W następstwie kontroli, na podstawie art. 44c ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wydano 358 decyzji nakazujących czasowe wycofanie produktów z obrotu, zabez-

pieczono 36 786 opakowań o łącznej wadze 176 741 g. Do badań laboratoryjnych pobrano 1 711 próbek. W ramach prowadzonych postępowań, nałożono kary pieniężne w łącznej wysokości 13 922 870 zł na podmioty wytwarzające lub wprowadzające do obrotu środki zastępcze. W wyniku postępowań prowadzonych przez państwowych inspektorów sanitarnych wyegzekwowano 435 227,79 zł, pozostałe kwoty w ramach postępowania egzekucyjnego zostały skierowane do organów skarbowych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Policją monitorowała rynek substancji psychoaktywnych oraz prowadziła wspólnie działania rozpoznawcze i czynności kontrolne, np. z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego, w dniu 23 lipca 2017 r. w kontroli przeprowadzonej w skali kraju, uczestniczyło 239 funkcjonariuszy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz 279 Policjantów, zabezpieczono wówczas 3 087 tzw. „dopalaczy”.

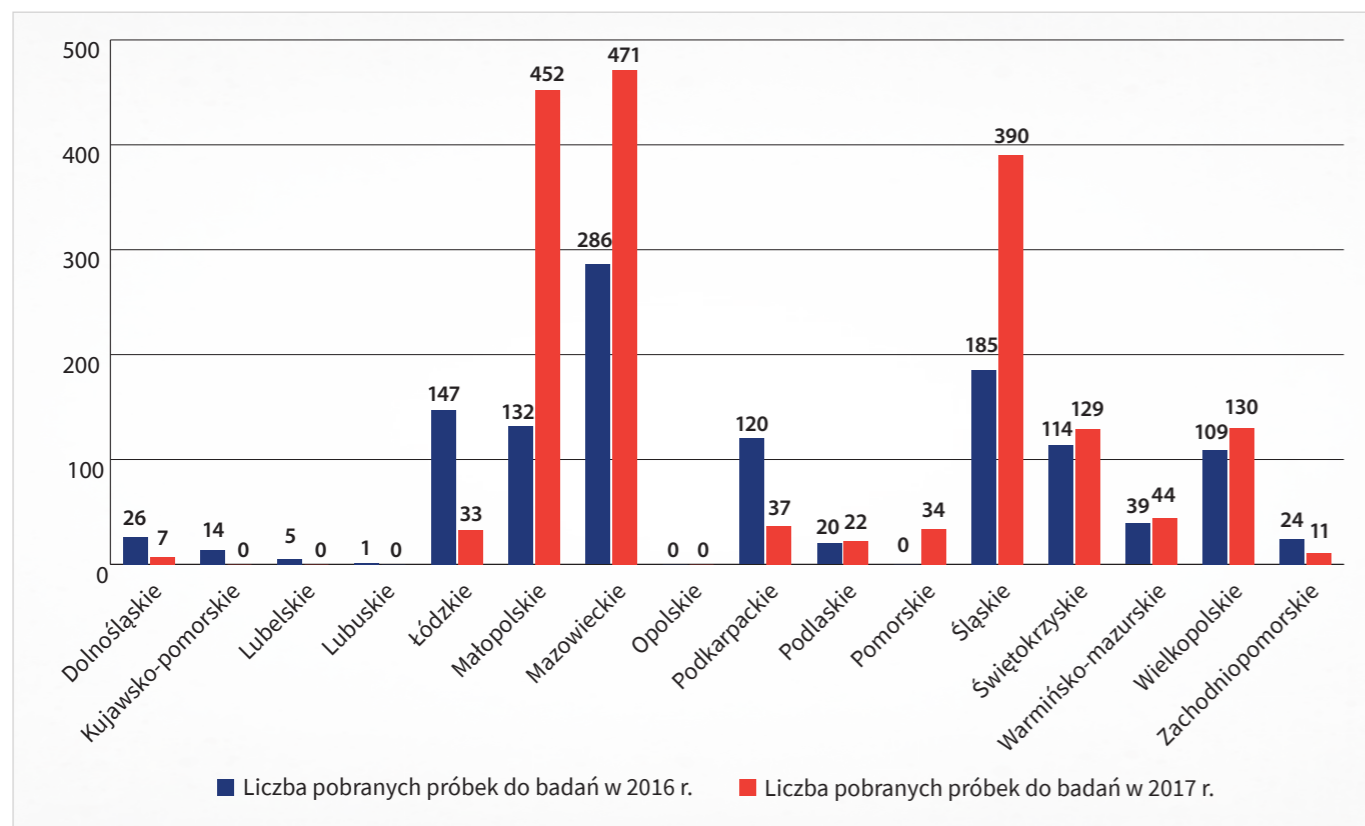
Wykres 52. Liczba przeprowadzonych kontroli w 2016 r. oraz 2017 r.



W 2017 r. w porównaniu do 2016 r. większą liczbę kontroli przeprowadzono w województwach: mazowieckim, pomorskim oraz wielkopolskim, natomiast w pozostałych woje-

wództwach w związku z częściową likwidacją stacjonarnych punktów sprzedaży spadła liczba kontroli.

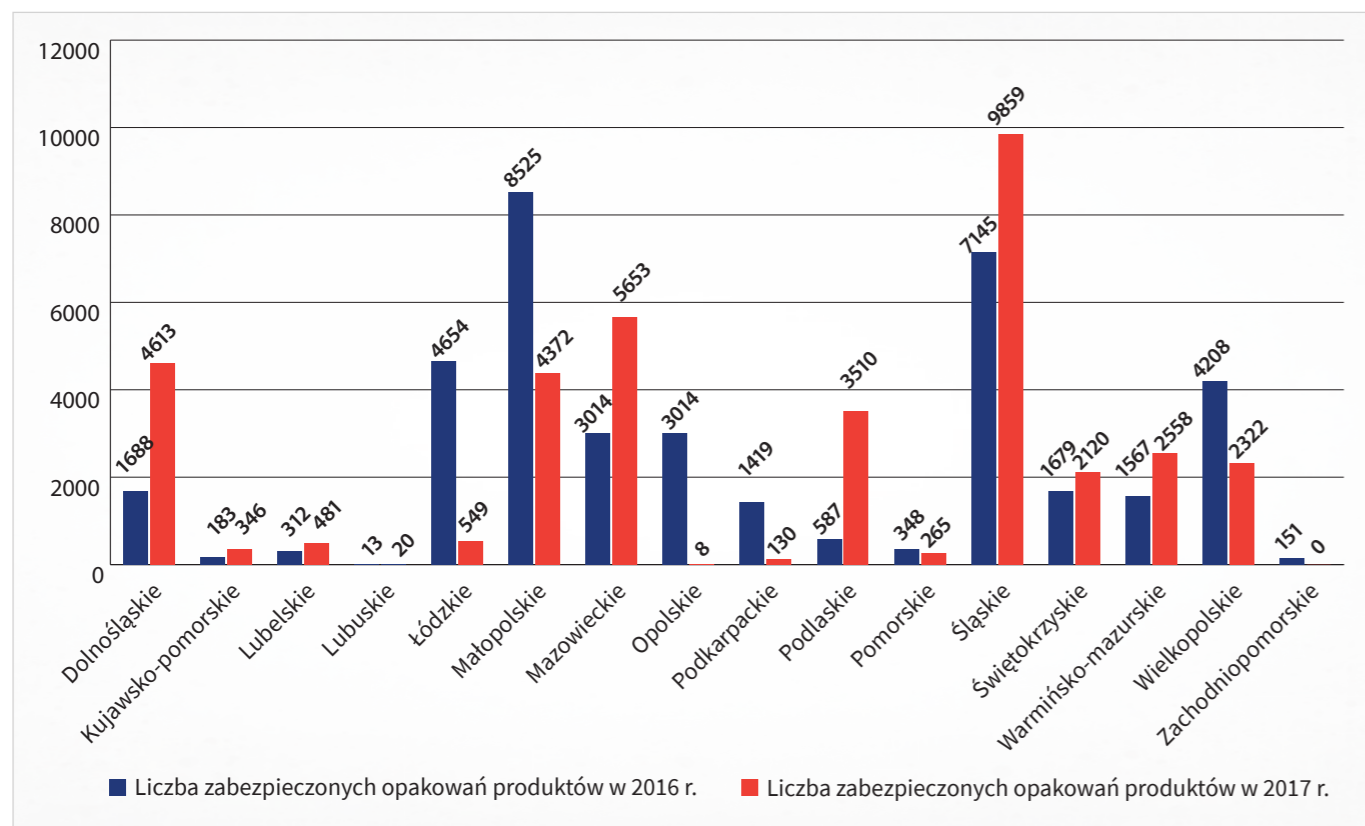
Wykres 53. Liczba pobranych próbek do badań laboratoryjnych w 2016 r. oraz 2017 r.



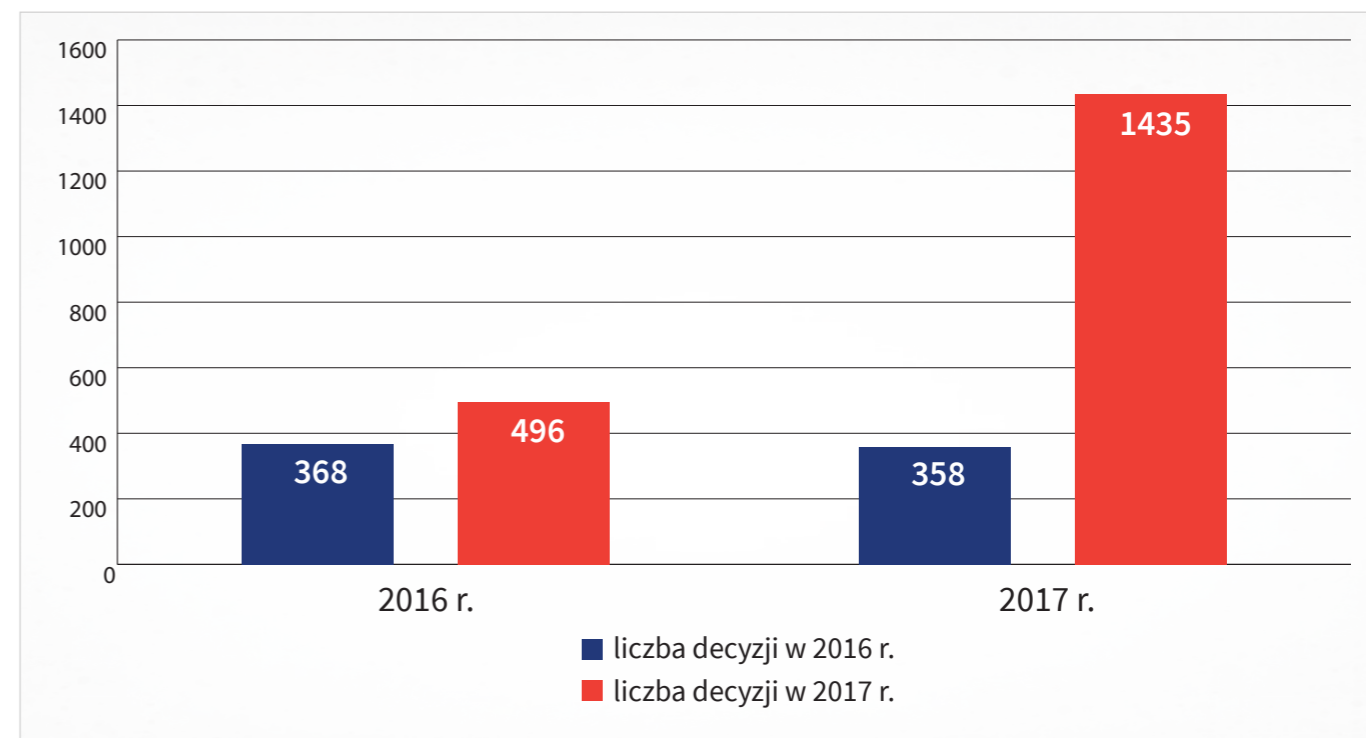
W 2017 r. zostało pobranych 1 711 próbek do badań laboratoryjnych co oznacza wzrost ogólnej liczby w stosunku do roku ubiegłego, w którym o pobrano 1 222 próbki. Naj-

więcej próbek pobrano w województwach małopolskim, mazowieckim i śląskim.

Wykres 54. Liczba zabezpieczonych opakowań produktów w 2016 i 2017 r.



Wykres 55. Liczba decyzji wydanych na podstawie art. 44c ust.1 oraz ust.4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2016 r. oraz 2017 r.



Wskutek postępujących zmian na rynku środków zastępczych, zmienił się charakter działań prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 2017 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna w następstwie przekazywania spraw przez Policję czy prokuraturę, była bardziej

obciążona prowadzonymi postępowaniami, niż w latach ubiegłych. Należy prognozować, że trend ten utrzyma się również w przyszłości, ponieważ tzw. „dopalacze” coraz częściej wchodzi do oferty przestępców związanych dotychczas z rynkiem narkotyków.



## 5. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2017 r.

Substancje psychoaktywne, które w 2017 r. były zidentyfikowane w próbkach produktów zatrzymanych i wycofanych z obrotu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nale-

żały do następujących grup: syntetycznych kannabinoidów, katynonów, tryptamin i innych. Produkty te występowały w różnej postaci, np. suszu roślinnego, proszku oraz kapsulek.

Tab. 30. Wykaz najczęściej wykrywanych substancji psychoaktywnych w badaniach przeprowadzonych w 2017 r.

Lp	Substancje psychoaktywne wykryte w „dopalaczach” w 2017 r.	Lp	Substancje psychoaktywne wykryte w „dopalaczach” w 2017 r.
<b>SYNTEZYCZNE KANNABINOIDY</b>		<b>FENYLOETYLOAMINY</b>	
1	<b>MDMB-CHMICA</b> (MMB-CHMINACA)	1	<b>DOC</b> (4-chloro-2,5-dimetoksylamfetamina / 4-Cl-2,5-DMA)
2	<b>5F-ADB</b> (5F-MDMB-PINACA)	2	<b>25B-NBOMe</b>
3	<b>AB-CHMINACA</b>	<b>PIPERYDINY I PIROLIDYNY</b>	
4	<b>NM-2201</b>	1	<b>METYLOFENIDAT</b>
5	<b>FUB-AMB</b> (AMB-FUBINACA / MMB-FUBINACA)	<b>PIPERAZYNY</b>	
<b>POCHODNE KATYNONU</b>		1	<b>pFPP</b> (4-fluorofenylpiperazyna)
1	<b>3-CMC</b> (3-chlorometkatynon)	<b>TRYPTAMINY</b>	
2	<b>HEX-EN</b> (N-etyloheksedron, alfa-etyloaminoheksanofenon)	1	<b>5-MeO-MiPT</b> (5-metoksy-N-metylo-N-izopropylotryptamina)
3	<b>4-CEC</b> (4-chloroetkatynon)	2	<b>4-HO-MiPT</b>
4	<b>4-CMC</b> (4-chlorometkatynon)	<b>BENZODIAZEPINY</b>	
5	<b>MDMA</b> (3,4-metylenodioksymetamfetamina)	1	<b>KLONAZOLAM</b>
<b>SYNTEZYCZNE OPIOIDY</b>		2	<b>FLUBROMAZOLAM</b>
1	<b>FU-F</b> (furanylfentanyl)	3	<b>3-hydroksyfenazepam</b>
2	<b>U-47700</b>	<b>INNE SUBSTANCJE</b>	
<b>ARYLOALKILOAMINY</b>		1	<b>SIARCZAN AMFETAMINY</b>
1	<b>bk-MPA</b> (MTPA, tiotynon)	2	<b>ZIELE KONOPI INNYCH NIŻ WŁÓKNISTE</b>
<b>ARYLOCYKLOHEKSYLOAMINY</b>		3	<b>METANDROSTENOLON</b>
1	<b>3-MeO-PCP</b> (3-metoksyfencyklidyn)	4	<b>KOFEINA</b>
		5	<b>SUSZ ROŚLIN KONOPI</b>

## 6. Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania, które zostały ujęte w celu operacyjnym nr 2 *Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* (Dz. U. poz. 1492), łącząc profesjonalny system nadzoru w obszarze tzw. „dopalaczy” z działaniami edukacyjnymi, profilaktycznymi i szeroko rozumianą promocją zdrowia. Współpraca z Policją to nie tylko wspólne kontrole – ale także uczestniczenie w organizowanych działaniach profilaktycznych.

Na poziomie centralnym Główny Inspektor Sanitarny realizuje część polityki „anty-dopalaczowej”. W celu poszerzenia wiedzy o uzależnieniach od „dopalaczy”, przyczynach i następstwach zachowań, z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego przeprowadzono 20 szkoleń na temat „Dopala-

cze – czym są i jak działają” dla 16 WSSE i PSSE oraz dwie narady szkoleniowe dla Koordynatorów Zespołów Nadzoru nad Środkami Zastępczymi z udziałem m.in. Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji, Administracji Skarbowo-Celnej, Policji, Instytutu Ekspertyz Sądowych.

Główny Inspektorat Sanitarny administruje funkcjonowanie całodobowej infolinii będącej w dyspozycji stacji sanitarno-epidemiologicznych, tym samym umożliwia uzyskanie informacji na temat negatywnych skutków zażywania dopalaczy oraz o możliwości leczenia, w tym również informacji dla rodziców, którzy mają wątpliwości, czy ich dzieci zażywają dopalacze. Infolinia może także ułatwiać innym służbom dotarcie do osób handlujących tzw. „dopalaczami”.

Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze tzw. „dopalaczy” wpisały się również w realizację programu „Razem bezpiecznej im. Władysława Stasiaka” na lata 2016–2017, w ukierunkowaniu m.in. na poprawę bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Wspólne działania edukacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Policji w 2017 r. odbywały się w całym kraju, np. w Sochaczewie, w dniu 20 grudnia 2017 r. przeprowadzono szkolenie dla grona pedagogicznego z sochaczewskich szkół zorganizowane przez Komendanta Powiatowej Policji, Burmistrza Miasta, w którym uczestniczyli przedstawiciele Głównego Inspektora Sanitarnego, mając na względzie, że przekazana wiedza przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa dzieci i młodzieży.

Podkreślenia wymaga, że wyniki badań Flash Eurobarometer 401 „Young people and drugs” (czerwiec 2014), Flash Eurobarometer 330 „Youth attitudes on drugs” oraz CBOS 2016 i ESPAD, wykazują, że Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy,

m.in. z Policją, prowadzi wyjątkowo skuteczne działania edukacyjne na co wskazuje wysoka świadomość niebezpieczeństwa używania tzw. „dopalaczy” przez młodych Polaków.

W trosce o zdrowie publiczne, Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmowała w 2017 r. szereg inicjatyw o charakterze informacyjno – edukacyjnym, mających na celu przekazywanie wiedzy o zagrożeniach dla życia lub zdrowia ludzi spowodowanych używaniem tzw. „dopalaczy” oraz o aspektach prawnych związanych z produkcją i wprowadzaniem do obrotu środków zastępczych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w skali całego kraju prowadzi setki działań w obszarze zdrowia publicznego, w tym profilaktyki narkomanii, m.in. poprzez uczestnictwo w mediach, opracowywanie i kolportowanie materiałów szkoleniowych i edukacyjnych, wszelkiego rodzaju inicjatywy wspólne samorządami i innymi służbami, skierowane głównie do młodzieży.

## 7. Podsumowanie

Środki zastępcze, są to produkty nielegalne, objęte zakazem przywozu, wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Identyfikacja substancji psychoaktywnych, będących środkami zastępczymi następuje w wyniku działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Struktury Państwowej Inspekcji Sanitarnej zlokalizowane na obszarze każdego powiatu pozwalają na bieżącą interwencję w zakresie pojawiania się zagrożenia w postaci wytwarzania lub wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna łącząc profesjonalny system nadzoru w obszarze tzw. „dopalaczy” z działaniami edukacyjnymi, profilaktycznymi i szeroko rozumianą promocją zdrowia współpracowała, m.in. z Policją, Krajową Administracją Skarbową z instytutami badawczymi oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie Toksykologii Klinicznej.

W celu ograniczania zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez tzw. „dopalacze”, 2017 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała zadania określone w Narodowym Programie Zdrowia, w tym ujawniła 81 punktów sprzedaży „dopalaczy”, zakwestionowała 36 786 produktów. Główny Inspektor Sanitarny informował opinię publiczną o zakwestionowanych produktach.

Informacje dotyczące zagrożenia tzw. dopalaczami, ukazują się w kolejnych Raportach Głównego Inspektora Sanitarnego, mianowicie: *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – trzy lata (2010 – 2012) zwalczania dopalaczy w Polsce, Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom (2013–2014)*, oraz opracowanym i opublikowa-

nym w 2017 r. *Raporcie Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych – stop dopalaczom 2015–2016*.

Raporty Głównego Inspektora Sanitarnego, na podstawie wielu tysięcy badań przeprowadzonych w laboratoriach, wskazują na znaczenie monitoringu pojawiających się na rynku nowych narkotyków oraz dynamiki modyfikacji chemicznych tych substancji.

Zidentyfikowane w badaniach środki zastępcze są wskazywane do rozpatrzenia, przez utworzony przy Ministrze Zdrowia, *Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych*, któremu przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny. Na podstawie przyjętych przez Ministra Zdrowia rekomendacji Zespołu opracowano i wydano *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2017 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych* (Dz. U. poz. 1582).

Uwzględniając dane dotyczące zatruc w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wskaźnik dla całej Polski w 2017 r. wyniósł 11 przypadków, został przekroczony kilkukrotnie w województwach łódzkim oraz śląskim.

Dane o sytuacji epidemiologicznej dokumentowane przez Główny Inspektorat Sanitarny stanowią niezwykle istotne informacje o zagrożeniu, dlatego w 2017 r. podjęto współpracę z Zakładem Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Instytutem Ekspertyz Sądowych w Krakowie w zakresie opracowania przepisów dotyczących zgłaszalności zgonów z powodu użycia nowych narkotyków.



**Działalność Państwowych  
Granicznych Inspektorów  
Sanitarnych w zakresie  
zabezpieczania sanitarno-  
epidemiologicznego granic  
Rzeczypospolitej Polskiej i Unii  
Europejskiej w 2017 roku**



W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, północno-wschodnie granice Polski stały się granicami Unii Europejskiej i od tej chwili graniczne stacje strzegą również granic wspólnotowych.

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

## 1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej

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

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

## 2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną

W ramach realizacji ustawowych zadań, państwowi graniczni inspektorzy sanitarni monitorują zagrożenia i oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawlečeniami do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych, wysoce zakaźnych i przed skutkami ataku bioterrorystycznego.

drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych. Realizację ww. zadań, wykonuje 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych zlokalizowanych głównie na granicy północno-wschodniej tj.: w Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemyśle, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu, Warszawie.

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

## 3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Głównymi zadaniami realizowanymi przez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych są:

1. Ochrona sanitarno-epidemiologiczna granicy państwa i Unii Europejskiej przed zawlečeniami wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych.
2. Sprawowanie granicznej kontroli sanitarnej nad towarami zgodnie z ustawodawstwem krajowym, unijnym, a także wynikającym z międzynarodowych konwencji.
3. Wspieranie Krajowego Punktu Kontaktowego we wspólnotowym systemie RASFF oraz współdziałanie w tym zakresie z Komisją Europejską.
4. Monitoring suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wzbogacanych środków spożywczych wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Zwiększony nadzór nad nowymi produktami wprowadzonymi do obrotu, a mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.
6. Aktualizacja zapisów z nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi, w zakresie rejestra-

cji zgłoszeń, prowadzenia analiz epidemiologicznych i przedstawianych raportów statystycznych.

7. Nadzór nad bezpieczeństwem wody przeznaczonej do zaopatrywania statków powietrznych.
8. Nadzór sanitarny nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy.
9. Sprawowanie nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, produktami biobójczymi, detergentami i prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 w oparciu o obowiązujące przepisy.
10. Działania zapobiegawcze oraz kontrolne w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego i niezwłoczne przekazywanie informacji w tym zakresie do organów wyższego stopnia.
11. Nadzór sanitarny nad warunkami przewozu osób w ruchu międzynarodowym.

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

## 4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2017 r.

W 2017 r., w ramach urzędowej kontroli żywności, obejmującej graniczną kontrolę żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, na przejściach granicznych w całym kraju, przeprowadzono ogółem **46 104 kontroli**, co oznacza wzrost liczby kontroli w porównaniu z poprzednim rokiem

o 13,9%. W związku z przeprowadzonymi kontrolami, w stosunku do niewielkiej części partii produktów tj. 158 – wydano decyzję o zakazie wprowadzenia importowanych partii środków spożywczych do obrotu w Unii Europejskiej, co stanowi spadek o 9,1% w stosunku do roku ubiegłego.

Od 2013 r. obserwuje się trend spadkowy dotyczący liczby decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE żywności

pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Należy mieć na uwadze, że ww. liczba partii produktów odrzucanych na granicy ze względu na jakość zdrowotną nie odpowiadającą obowiązującym przepisom, stanowi zaledwie 0,34% partii towarów, dla których, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały świadectwa stwierdzające spełnienie wymagań zdrowotnych.

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

Tab. 31. Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2017.

Nazwa stacji sanitarno-epidemiologicznej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba wydanych świadectw jakości zdrowotnej/CED*	Liczba decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE lub zmiana przeznaczenia
GSSE Dorohusk	2 444	2 399/35*	9
GSSE Elbląg	141	141	0
GSSE Gdynia	15 944	13 285	52
GSSE Hrebennie	4 997	4 912/74*	83
GSSE Koroszczyn	2 996	2 898/137*	5
GSSE Przemyśl	6 701	6 683	8
GSSE Suwałki	1 111	1 092/31*	0
GSSE Szczecin	486	479/7*	0
GSSE Świnoujście	197	239	0
GSSE Warszawa	11 087	11 035/36*	1
<b>SUMA</b>	<b>46 104</b>	<b>41 163/320*</b>	<b>158</b>

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

## 5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega

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

- kontrolę dokumentacji, w szczególności certyfikatów zdrowotnych i deklaracji producenta potwierdzających zgodność produktu z wymaganiami zawartymi w obowiązujących przepisach prawnych;
- oględziny partii towaru, czyli ocenę stanu opakowań jednostkowych i transportowych, ocenę etykietowania, ocenę organoleptyczną (barwa, zapach, konsystencja, zawil-

gocenie, oznaki zepsucia), ocenę w kierunku widocznych zanieczyszczeń biologicznych i innych, kontrolę temperatury oraz pobieranie próbek do analizy i badania laboratoryjne, a także wszelkie inne kontrole niezbędne do sprawdzenia zgodności z prawem żywnościowym.

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

Środki spożywcze pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, przywożone z państw trzecich i wprowadzane w Polsce do obrotu podlegają granicznej kontroli sanitarnej.

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

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

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

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



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

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

### 1. Urzędami Celno-Skarbowymi:

- współpraca polega na wzajemnym udzielaniu pomocy w zakresie prawidłowej identyfikacji towarów zgłoszonych i podlegających granicznej kontroli sanitarnej, a także informowaniu o zauważonych nieprawidłowościach, stwierdzonych w związku z kontrolą celną lub sanitarną przy wprowadzaniu na obszar celny Wspólnoty, wyprowadzeniem z tego obszaru i przemieszczeniu towaru w ramach procedury tranzytu przez obszar Wspólnoty,
- podejmowaniu przez organy celne działań przewidzianych przepisami prawa celnego w odniesieniu do towarów niespełniających wymagań zdrowotnych, przy wprowadzaniu towarów na obszar Unii Europejskiej,
- uzgadnianiu trybu postępowania podczas prowadzenia działalności przeciwepidemicznej oraz wprowadzeniu i stosowaniu procedur postępowania przeciwepidemicznego,
- udostępnianiu wzajemnym materiałów w celu prowadzenia oświaty zdrowotnej,

- współdziałaniu w zakresie profilaktyki zagrożeniom bioterroryzmem.

### 2. Strażą Graniczną:

- współpraca polega na powiadamianiu o występowaniu objawów chorobowych lub podejrzeniu wystąpienia zachorowania na chorobę zakaźną wśród osób przekraczających granicę UE,
- pomocy w podejmowaniu działań mających na celu określenie osób mających kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie,
- współpracy we wprowadzaniu do stosowania procedur postępowania przeciwepidemicznego oraz ich późniejszej realizacji,
- natychmiastowym powiadamianiu PGIS o podejrzeniu ataku bioterrorystycznego.

Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny współpracuje także z Granicznym Lekarzem Weterynarii, Państwowym Wojewódzkim/Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, Państwowym Inspektorem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wojewódzkimi/powiatowymi centrami zarządzania kryzysowego oraz podmiotami działalności leczniczej.

## 7. Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych)

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (rewizja 2005, z ang. International Health Regulations - IHR) (zwane dalej: „MPZ”) stanowią zbiór wytycznych, praw i obowiązków nałożonych zarówno na państwa-strony jak i na Światową Organizację Zdrowia. Dużo uwagi poświęca się w nich punktom wejścia, czyli takim miejscom, gdzie następuje międzynarodowa wymiana ludzi i towarów. Punktami wejścia zgodnie z MPZ (2005) są miejsca, przez które możliwe jest wejście na teren danego państwa lub wyjście z niego podróżnego, bagażu, towarów, przesyłek pocztowych i środków transportu.

Punktami wejścia w przypadku międzynarodowych portów lotniczych są: *Port Lotniczy im. F. Chopina Warszawa – Okęcie, Port Lotniczy im. Jana Pawła II Kraków – Balice, Port Lotniczy im. NSZZ Solidarność Szczecin – Goleniów, Port Lotniczy S.A. Wrocław im. Mikołaja Kopernika, Port Lotniczy Łódź im. W. Reymonta Sp. z o.o., Port Lotniczy im. Lecha Wałęsy Gdańsk, Port Lotniczy im. H. Wieniawskiego Poznań – Ławica.*

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

- nadzoru sanitarnego nad jednostkami pływającymi zawijającymi do podległych portów, w ramach którego wydawane są certyfikaty Kontroli Statku i Zwolnienia z Zabiegów Sanitarnych (Ship Sanitation Control Exemption Certificate) oraz Certyfikaty Medyczne (Medical Certificate). Łączna liczba wydanych w 2017 r. ww. certyfikatów to 261;
- nadzoru sanitarnego nad portami i przystaniami oraz nad jednostkami pływającymi (promy pasażerskie, holowniki, kutry rybackie, statki wycieczkowe);
- nadzoru nad wszelkimi zabiegami dezynfekcyjnymi, dezynsekcyjnymi i deratyzacyjnymi wykonywanymi na terenie obiektów portowych i na statkach;

- wykonywania obowiązków wynikających z międzynarodowych przepisów zdrowotnych i konwencji międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę, w tym wykonywanie szczepień ochronnych wymaganych w ruchu międzynarodowym – w Granicznej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Szczecinie prowadzony jest jeden z nielicznych w kraju, referencyjny punkt szczepień ochronnych z poradnią dla marynarzy oraz osób podróżujących do wszystkich krajów świata. Łączna liczba wykonanych szczepień przez GSSE w 2017 r. to 527;
- poradnictwa z zakresu medycyny podróży i szczepień obowiązkowych i zalecanych oraz profilaktyki chorób zakaźnych i pasożytniczych (w 2017 r. w ww. punkcie szczepień w GSSE Szczecin - udzielono 1206 porad);
- kontroli, zapobiegania i nadzoru nad przypadkami zachorowań na choroby zakaźne zawleczone drogą morską, przeprowadzanie wywiadów i dochodzeń epidemiologicznych;
- współdziałania przy organizowaniu i kierowaniu akcją sanitarną w przypadku zaistnienia stanów masowego zagrożenia i stanów awaryjnych na obszarze wód terytorialnych;

- nadzoru nad warunkami sanitarnymi transportu pasażerskiego na przejściach granicznych morskich;
- nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w środkach transportu morskiego (w 2017 r. pobrano 83 próbki wody pitnej ze zbiorników statków morskich oraz jednostek żeglugi śródlądowej do badań mikrobiologicznych);
- uczestniczenia w dopuszczeniu do użytku statków morskich;
- uzgadniania lub opiniowania dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczących budowy oraz zmiany sposobu użytkowania statków morskich.

W związku z faktem, że granica północno-wschodnia Polski jest równocześnie granicą zewnętrzną Unii Europejskiej, zostało nałożone na Polskę szczególnie odpowiedzialne zadanie zagwarantowania bezpieczeństwa wszystkich Państw Członkowskich przed zagrożeniami ze strony niepożądanych na terytorium Unii Europejskiej osób i towarów, przy jednoczesnym utrzymywaniu dobrosąsiedzkich kontaktów z państwami pozostającymi poza Unią Europejską.

## 8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia

W celu zwiększenia ochrony ludności Europy przed różnymi zagrożeniami dla zdrowia, Komisja Europejska podjęła działania, które odniosły skutek w postaci przyjęcia *Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającą decyzję nr 2119/98/WE*.

Decyzja ta jest odpowiedzią na ostatnie sytuacje kryzysowe, takie jak pandemia grypy H1N1 w 2009 r., chmura pyłu wulkanicznego w 2010 r. i epidemia bakterii E. coli (STEC) w 2011 r. Ma on na celu wzmocnienie środków ochrony ludności poprzez bardziej sprawne i skuteczne zwalczanie transgranicznych zagrożeń dla zdrowia. Proponuje lepsze przygotowanie i koordynację planów, które zostaną opracowane w porozumieniu z Komisją Europejską i państwami członkowskimi; opiera się na systemie wczesnego ostrzeżenia i reagowania ustanowionym dla zwalczania chorób zakaźnych, zapewniając lepsze zasoby, sieci i struktury, rozszerzając zakres oceny ryzyka i koordynacji w zakresie działań obejmujących wszystkie zagrożenia dla zdrowia oraz wzmacniając rolę Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia.

Do roku 2014 w Głównym Inspektoracie Sanitarnym funkcjonował Krajowy Punkt Kontaktowy Systemu Wczesnego Ostrzeżenia i Reagowania (EWRS) jedynie w zakresie cho-

rób zakaźnych. Sytuacja ta uległa zmianie w roku 2014, kiedy to na podstawie ww. decyzji nr 1082/2013/UE rozszerzono zakres transgranicznych zagrożeń zdrowia publicznego o następujące:

- zagrożenia o pochodzeniu chemicznym,
- zagrożenia o pochodzeniu środowiskowym,
- zagrożenia o pochodzeniu nieznanym,
- oraz zdarzenia o charakterze nadzwyczajnym w dziedzinie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym

Prowadzeniem punktu kontaktowego w zakresie ww. zagrożeń transgranicznych (z wyjątkiem chorób zakaźnych) zajmuje się Departament Współpracy Międzynarodowej i Ochrony Sanitarnej Granic.

Działalność w zakresie ostrzeżenia i reagowania na zagrożenia zdrowia publicznego o charakterze transgranicznym polega na ciągłej współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, Komisją Europejską Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Żywności, a na poziomie krajowym z m.in. Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych, Ministerstwem Obrony Narodowej, Rządowym Centrum Bezpieczeństwa oraz krajowymi ekspertami z poszczególnych dziedzin.



# I Spis tabel, wykresów i rysunków

## Tabele

Tab. 1.	Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2007-2017	10
Tab. 2.	Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2016-2017	11
Tab. 3.	Jakość zdrowotna środków spożywczych	13
Tab. 4.	Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2017 r.	14
Tab. 5.	Zestawienie zatruć grzybami w Polsce wg gatunków w 2017 r.	17
Tab. 6.	Zestawienie zatruć grzybami w Polsce w 2017 r wg województw.	18
Tab. 7.	Liczba grzyboznawców w poszczególnych województwach kraju	19
Tab. 8.	Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2017 r.	26
Tab. 9.	Liczba zachorowań podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w przeciągu ostatnich 6 lat	40
Tab. 10.	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2015/2016 i 2016/2017	41
Tab. 11.	Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. oraz w porównywalnym okresie 2016 r.	55
Tab. 12.	Zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. oraz w porównywalnym okresie 2016 r.	56
Tab. 13.	Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005-2017 (dane za 2017 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).	58
Tab. 14.	Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w hektometrach sześciennych [hm <sup>3</sup> ] (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)	67
Tab. 15.	Struktura wodociągów w 2017 r. (opracowanie własne)	67
Tab. 16.	Liczba czynnych w 2017 r. powiatowych i wojewódzkich laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne)	77
Tab. 18.	Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2017 r. (opracowanie własne)	92
Tab. 19.	Stan sanitarny pływalni w 2017 r. (opracowanie własne)	94
Tab. 20.	Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2014-2017 (opracowanie własne)	101
Tab. 21.	Liczba kąpielisk z podziałem na śródlądowe i morskie oraz miejsc wykorzystywanych do kąpieli w 2017 r. (opracowanie własne)	102
Tab. 22.	Klasyfikacja wody w kąpielisku – wymagania (opracowanie własne)	107
Tab. 23.	Klasyfikacja wody w kąpielisku – wyniki (opracowanie własne)	107
Tab. 24.	...	122
Tab. 25.	Dane porównawcze wyników kontroli obiektów w latach 2013 – 2017 r.*	131
Tab. 26.	Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2017 r.	175
Tab. 27.	Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane	176
Tab. 28.	Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2017 r.	177
Tab. 29.	Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane	177
Tab. 30.	Wykaz najczęściej wykrywanych substancji psychoaktywnych w badaniach przeprowadzonych w 2017 r.	188
Tab. 31.	Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2017.	193

## Wykresy

Wykres 1.	Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2017 r.	22
Wykres 2.	Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015 - 2017	23
Wykres 3.	Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów poch. z PL (2017 r.)	25
Wykres 4.	Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2005-2017	34
Wykres 5.	Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2005-2017	35
Wykres 6.	Liczba zachorowań na różyczkę w Polsce w poszczególnych kwartałach roku 2017	36
Wykres 7.	Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2017	37
Wykres 8.	Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2017 roku wg województw [współczynniki na 100 000 osób]	38
Wykres 9.	Zapadalność na grypę i podejrzania grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2016/2017 w porównaniu z poprzednimi sezonami	40
Wykres 10.	Liczba zachorowań na salmonellozy w latach 2000-2017 r.	44
Wykres 11.	Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2017 r.	47
Wykres 12.	Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006 -2017	48
Wykres 13.	Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2017	49
Wykres 14.	Liczba zatruć jadem kietbasianym w Polsce w latach 2005-2017	49
Wykres 15.	Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2017	52

Wykres 16.	Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanyymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom poekspozycyjnym przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2017	53
Wykres 17.	Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2017	54
Wykres 18.	Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996-2017	57
Wykres 19.	Liczby ognisk epidemicznych w Polsce w roku 2016 i 2017	60
Wykres 20.	Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym	60
Wykres 21.	Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym	61
Wykres 22.	Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2017 r.	62
Wykres 23.	Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia w zależności od produkcji wody w 2017 r. dla wodociągów (opracowanie własne)	68
Wykres 24.	Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2017 r. (opracowanie własne)	68
Wykres 25.	Liczba wodociągów o produkcji poniżej 100 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji i skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)	70
Wykres 26.	Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 101-1000 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji i skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)	70
Wykres 27.	Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 1001-10000 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji i skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)	71
Wykres 28.	Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 10001-100000 m <sup>3</sup> oraz powyżej 100000 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji i skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. (opracowanie własne)	71
Wykres 29.	Liczba wodociągów o produkcji poniżej 100 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)	72
Wykres 30.	Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 101-1000 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)	72
Wykres 31.	Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 1001-10000 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)	73
Wykres 32.	Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 10001-100000 m <sup>3</sup> oraz powyżej 100000 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)	73
Wykres 33.	Liczba podmiotów posiadających własne ujęcia w latach 2010-2017 (opracowanie własne)	75
Wykres 34.	Struktura wodociągów w 2017 r. z podziałem na wodociągi w ewidencji, skontrolowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i spełniające wymagania dotyczące jakości wody do spożycia (opracowanie własne)	76
Wykres 35.	Liczba powiatowych i wojewódzkich laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania wody do spożycia w 2017 r. (opracowanie własne)	77
Wykres 36.	Liczba wodociągów o produkcji pomiędzy 10001-100000 m <sup>3</sup> oraz powyżej 100000 m <sup>3</sup> wody na dobę będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. i 2017 r. (opracowanie własne)	83
Wykres 37.	Liczba badań w 2017 r. w zakresie Legionella sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne)	84
Wykres 38.	Liczba pływalni w poszczególnych województwach, dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne)	91
Wykres 39.	Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2017 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)	92
Wykres 40.	Liczba badań na obecność bakterii z rodzaju Legionella sp. w 2017 r. w poszczególnych województwach (opracowanie własne)	93
Wykres 41.	Liczba pływalni w 2017 r. (opracowanie własne)	94
Wykres 42.	Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpieli w sezonie kąpielowym 2017 r. (opracowanie własne)	103
Wykres 43.	Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli w latach 2015-2017 (opracowanie własne)	103
Wykres 44.	Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpieli w sezonie kąpielowym 2017 r. (opracowanie własne)	108
Wykres 45.	Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2015 – 2017 /wg liczby zatrudnionych pracowników/	134
Wykres 46.	Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w roku 2017 wg województw	137
Wykres 47.	Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w latach 2006-2017	137
Wykres 48.	Oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych w latach 2016 - 2017	138
Wykres 49.	Liczba podejrzeń zatruć środkami zastępczymi w latach 2016 – 2017	183
Wykres 50.	Przypadki podejrzeń zatruć na 100 tys. mieszkańców w 2017 r.	184
Wykres 51.	Przypadki podejrzeń zatruć środkami zastępczymi w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców - dane Krajowego Konsultanta w dziedzinie Toksykologii Klinicznej	184
Wykres 52.	Liczba przeprowadzonych kontroli w 2016 r. oraz 2017 r.	185
Wykres 53.	Liczba pobranych próbek do badań laboratoryjnych w 2016 r. oraz 2017 r.	186
Wykres 54.	Liczba zabezpieczonych opakowań produktów w 2016 i 2017 r.	186
Wykres 55.	Liczba decyzji wydanych na podstawie art. 44c ust.1 oraz ust.4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2016 r. oraz 2017 r.	187

**Rysunki**

Rys. 1.	Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2017 r. (opracowanie własne) .....	68
Rys. 2.	Lokalizacja laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne) .....	78
Rys. 3.	Lokalizacja kąpielisk uchwalonych i raportowanych do Komisji Europejskiej w 2017 r. ....	104
Rys. 4.	Strona główna Serwisu kąpieliskowego (źródło: sk.gis.gov.pl) .....	109
Rys. 5.	Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce (źródło: sk.gis.gov.pl) .....	109
Rys. 6.	Informacja z Serwisu kąpieliskowego o przydatności wody do kąpeli (źródło: sk.gis.gov.pl) .....	110
Rys. 7.	Informacja z Serwisu kąpieliskowego o nieprzydatności wody do kąpeli ze względu na parametry mikrobiologiczne (źródło: sk.gis.gov.pl) .....	110
Rys. 8.	Informacja z Serwisu kąpieliskowego o przydatności wody do kąpeli (źródło: sk.gis.gov.pl) .....	111
Rys. 9.	Infografika „Jak szkodzi smog?” .....	168
Rys. 10.	Infografika „Niebezpieczny czad” .....	168
Rys. 11.	Infografika „5 kroków do bezpiecznej żywności” .....	169
Rys. 12.	Infografika „Czy wiesz, że?” .....	169
Rys. 13.	Infografika „Czy wiesz, że?” .....	169