



7	<b>Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków</b>	58	Zaopatrzenie ludności w wodę	119	<b>Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami</b>	153	<b>Zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne wizyty Jego Świątobliwości Papieża Franciszka w Polsce oraz obchodów XXXI Światowych Dni Młodzieży</b>
8	Zakres nadzoru sanitarnego	64	Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	120	Wprowadzenie	157	<b>Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w 2016 r.</b>
8	Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia	67	Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia	120	Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	158	Suplementy diety
10	Stan sanitarny środków transportu żywności	67	Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia	122	Choroby zawodowe	159	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego
11	Jakość zdrowotna środków spożywczych	69	Analiza przekroczeń wybranych parametrów z załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia	123	Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy	163	<b>Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zmniejszania zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez środki zastępcze w 2016 r.</b>
13	Znakowanie środków spożywczych	70	Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	124	Podsumowanie	164	Wprowadzenie
13	Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	71	Badanie ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju Legionella sp.	127	<b>Higiena radiacyjna</b>	164	Nowe przepisy
14	Zatrucia grzybami	72	Podsumowanie	128	Informacje ogólne	165	Sytuacja epidemiologiczna
17	Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)	75	<b>Pływalnie</b>	128	Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich	167	Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych
17	System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF	76	Wstęp	129	Ochrona radiologiczna pacjenta	169	Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne
21	Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	76	Nadzór na jakości wody na pływalniach	129	Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	171	Podsumowanie
22	Ocena sposobu żywienia	78	Stan sanitarny pływalni	130	Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych	173	<b>Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w zakresie zabezpieczania sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2016 roku</b>
23	Kontrole bloków żywienia w szpitalach	80	Obowiązki zarządzającego pływalnią	130	Podsumowanie	174	Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej
24	Podsumowanie	83	<b>Kąpieliska</b>	133	<b>Ocena stanu sanitarnego placówek dla dzieci i młodzieży w 2016 roku</b>	174	Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną
27	<b>Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi</b>	84	Wstęp	134	Informacje ogólne	174	Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych
28	Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych	85	Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie kąpielisk	134	Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży	175	Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2016 roku
28	Odra	86	Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie miejsc wykorzystywanych do kąpielii	134	Stan sanitarny budynków, w których funkcjonują placówki dla dzieci i młodzieży	176	Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega
29	Różyczka	87	Stan sanitarny kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpielii w 2016 r.	134	Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej	176	Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej
30	Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)	91	Nadzór nad jakością wody	135	Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży	177	Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ))
31	Gruźlica	92	Terminy otwarcia kąpielisk	136	Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne	178	Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia
32	Grypa	92	Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach	136	Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	180	Spis tabel, wykresów i rysunków
35	Zakażenie przenoszone drogą krwi. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	95	Serwis kąpieliskowy	136	Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole		
38	Choroby przenoszone drogą pokarmową	99	Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk	137	Żywnienie w szkołach		
41	Choroby odzwierzęce	100	Terminarz organizacji kąpielisk	137	Zabezpieczenie piaskownic przed dostępem zwierząt		
43	Inwazyjna choroba meningokokowa	103	<b>Zapobiegawczy nadzór sanitarny</b>	137	Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży		
44	Inwazyjna choroba pneumokokowa	104	Zapobiegawczy nadzór sanitarny	138	Żłobki		
45	Krzusiec	106	Podsumowanie	139	Postępowanie administracyjne		
46	Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji ogólnej	109	<b>Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej</b>	139	Podsumowanie i porównanie z rokiem poprzednim		
48	Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach - ogniska epidemiczne	110	Informacje ogólne	141	<b>Oświata zdrowotna i promocja zdrowia</b>		
53	Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych	110	Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów	142	Profilaktyka palenia tytoniu		
54	Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz promocji szczepień ochronnych	115	<b>Odpady medyczne</b>	146	Profilaktyka nadwagi i otyłości		
54	Kierunki zmian Programu Szczepień Ochronnych			147	Profilaktyka uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych		
57	<b>Jakość wody przeznaczonej do spożycia</b>			148	Profilaktyka chorób zakaźnych		
58	Wstęp			150	Profilaktyka wad postawy		

Stanowi Państwo,

mam przyjemność przekazać wszystkim zainteresowanym raport „Stan sanitarny kraju w roku 2016”. Dokument ten jest przygotowywany corocznie przez Główny Inspektorat Sanitarny na podstawie informacji przesłanych przez państwowych wojewódzkich, powiatowych i granicznych inspektorów sanitarnych.

Niniejszy raport zawiera wiele ciekawych i dotychczas niepublikowanych danych statystycznych wraz z omówieniem najistotniejszych zagadnień z zakresu działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Naszym celem jest dbanie o bezpieczeństwo we wszelkich aspektach życia, pracy i wypoczynku człowieka. Nie do przecenienia jest rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zapobieganiu czy ograniczaniu występowania chorób zakaźnych, w tym zmniejszaniu liczby zatruc i zakażeń pokarmowych, a także troski o zapewnienie właściwych warunków sanitarno-higienicznych w obiektach użyteczności publicznej. Nie można jednak zapominać o zaangażowaniu pracowników Inspekcji w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki chorób, czy promocji zdrowia. Społeczeństwo aktywnie dbające o swoje zdrowie poprzez zdrowy styl życia, bezpieczne środowisko w miejscu zamieszkania i pracy, zdrowe odżywianie, eliminację innych czynników ryzyka może prowadzić długie życie wolne od chorób i związanych z nimi ograniczeń. Nie sposób omówić wszystkich istotnych informacji zawartych w przedstawionym dokumencie. 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 infrastrukturą stanowią podstawowy instrument nadzoru. Zebrane 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



Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2016 r.





profilaktyka  
kontrola  
bezpieczeństwo  
edukacja  
nadzór  
higiena  
żywność  
wirusy  
woda  
granice  
szkoty  
zdrowie  
kapieliska  
higiena  
praca  
zakaźne  
choroby  
żywność  
szkoty  
profilaktyka  
szkoty  
woda  
higiena  
granice  
edukacja  
bezpieczeństwo  
wirusy  
żywność  
higiena  
nadzór  
kapieliska  
granice  
zdrowie  
kapieliska  
zakaźne  
choroby  
żywność  
profilaktyka  
szkoty

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

## Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2016 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 468 146 obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków, w tym:

- 81 013 zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 5 228 piekarni, 3 228 ciastkarni,
- 254 350 obiektów obrotu żywnością, w tym m.in.: 141 540 sklepów spożywczych, 15 875 kiosków spożywczych, 31 505 środków transportu żywności,
- 80 113 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 41 497 zakładów małej gastronomii,
- 43 767 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 1 024 bloki żywienia w szpitalach, 139 kuchni niemowlęcych, 1 833 stołówki w żłobkach i domach małego dziecka, 11 698 stołówek szkolnych, 12 307 stołówek w przedszkolach, 1 133 zakłady usług cateringowych oraz 4 182 innych zakładów żywienia,

- 5 255 wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością,

- 3 648 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W nadzorowanych zakładach żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przeprowadzono 287 393 kontrole sanitarnych, w tym 24 929 kontrole interwencyjne. Wydano 35 997 decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 641 decyzji przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań sanitarnych ukarano 22 479 mandatami, na łączną kwotę 4 743 490 PLN.

Natomiast w nadzorowanych zakładach produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami przeprowadzono 1 934 kontrole, wydano 45 decyzji administracyjnych, w tym 2 decyzje nakazujące wstrzymanie lub ograniczenie działalności, a winnych zaniedbań sanitarnych ukarano 16 mandatami, na łączną kwotę 4 650 PLN.

Tabela 1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2007 – 2016

Lata	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Odsetek obiektów o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami	2,3	2,3	2,2	2,1	2	1,7	1,7	1,7	1,9	1,9

Źródło: opracowanie własne (GIS)

## 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%). W 2016 r. nie zmienił się w porównaniu z rokiem 2015 i wynosił 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 Sanitarnej jest bardzo zróżnicowany. Działają zarówno obiekty nowoczesne, jak i stare (zwłaszcza w dużych miastach o zwartej zabudowie) oraz obiekty małe (sklepy w rejonach wiejskich) i bardzo duże (typu super i hipermarkety).

Porównanie stanu sanitarnego obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2015 – 2016 przedstawia Tabela 2.



Tabela 2. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2015 – 2016

Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
	2015	2016	
Wytwórnie lodów	0,6	0,6	bz
Automaty do lodów	0,9	1,2	0,3
Wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	-	-
Piekarnie	3,2	3,2	bz
Ciastkarnie	1,8	1,8	bz
Przetwórnie owocowo-warzywne i grzybowe	0,6	0,5	-0,1
Browary i słodownie	-	1,3	1,3
Wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	1,2	-	-1,2
Wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	1	-	-1
Zakłady garnażeryjne	2,1	1,4	-0,7
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	4,5	4,8	0,3
Wytwórnie makaronów	-	-	-
Wytwórnie wyrobów cukierniczych	0,7	0,8	0,1
Wytwórnie koncentratów spożywczych	-	-	-
Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	-	4,2	4,2
Wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek	-	-	-
Wytwórnie suplementów diety	-	1,0	1,0
Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
Wytwórnie substancji dodatkowych	-	-	-
Cukrownie	-	-	-
Inne wytwórnie żywności	0,4	0,7	0,3
Sklepy spożywcze	2,6	2,6	bz
Kioski spożywcze	1,1	1,1	bz
Magazyny hurtowe	0,8	1,2	0,4
Obiekty ruchome i tymczasowe	1,2	1,8	0,6
Środki transportu	0,1	0,1	bz
Inne obiekty obrotu żywnością	0,5	1,4	0,9
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2,2	2,2	bz
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,4	0,4	bz
Razem (obiekty żywności i żywienia)	1,9	1,9	bz
Wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	-	0,3	0,3
Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	-	-
Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	1	4,4	3,4
<b>OGÓŁEM</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>	<b>bz</b>

Objaśnienia: - brak przypadków, bz - bez zmian

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 2 pozytywnie odnotować należy poprawę w stosunku do roku 2015 stanu sanitarnego obiektów z grup:

- wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa – o 1,2% (w tych wytwórniach nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym),
- wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych - o 1% (w tych wytwórniach również nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym),
- zakłady garmazeryjne (o 0,7%),
- przetwórnictwo owocowo-warzywne i grzybowe (o 0,1%).

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

- tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi,
- napojów bezalkoholowych i rozlewniach piwa,
- naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych,
- makaronów,
- koncentratów spożywczych,
- chrupek, chipsów i prażynek,
- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- substancji dodatkowych

oraz w grupach:

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

W porównaniu do roku 2015 pogorszenie stanu sanitarnego stwierdzono w grupach: wytwórnie octu, majonezu i musztardy – o 4,2% (niezgodny z wymaganiami stan sanitarny stwierdzono w 1 obiekcie); obiekty produkcji,

konfekcjonowania i obrotu kosmetykami – o 3,4%; browary i słodownie – o 1,3% (nieprawidłowy stan sanitarny stwierdzono w 1 obiekcie); wytwórnie suplementów diety – o 1%; inne obiekty obrotu żywnością – o 0,9%; obiekty ruchome i tymczasowe – o 0,6%; magazyny hurtowe – o 0,4%; automaty do lodów – o 0,3%; zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego – o 0,3%; inne wytwórnie żywności – o 0,3%; wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością – o 0,3%. Ponadto minimalne pogorszenie o 0,1% nastąpiło w wytwórniach wyrobów cukierniczych.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętych skontrolowano 28 012 obiektów. Stan sanitarny tych zakładów nie uległ zmianie w stosunku do roku poprzedniego. Niezgodny z wymaganiami stan sanitarny stwierdzono w 112 zakładach, co stanowi 0,4% obiektów skontrolowanych. Na 7 777 stołówek szkolnych - 24 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,31% (w 2015 r. – 0,37%). Natomiast ze skontrolowanych 7 482 stołówek w przedszkolach – 18 nie spełniało obowiązujących wymagań, co stanowi 0,24% (w 2015 r. – 0,19%).

Należy również zauważyć, że stan sklepów spożywczych, które stanowią najliczniejszą grupę obiektów nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie uległ zmianie w stosunku do roku poprzedniego.

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 349 857 zakładów. Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji. Natomiast system HACCP wprowadziło 217 620 nadzorowanych obiektów. Korzystając z ułatwień przewidzianych przez Komisję Europejską we wdrażaniu procedur HACCP w małych przedsiębiorstwach, w części zakładów spożywczych przestrzegano 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.

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.

## Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 7 477 środków transportu żywności, spośród których tylko 1 nie spełniał wymagań higieniczno-sanitarnych.

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

## Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do roku poprzedniego, w 2016 r. jakość zdrowotna środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa niewielkiemu pogorszeniu.

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2010 – 2016 przedstawia Tabela 3.

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 2016 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 4.

Tabela 3. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	krajowe		importowane		UE	
			Próbki zbadane importowane	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

Źródło: opracowanie własne (GIS)

W 2016 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 80 369 próbek środków spożywczych, z których 2,87% nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2015 r. – 2,7%). Na ogólne niewielkie pogorszenie o 0,17% jakości zbadanej żywności wpływ miało zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek żywności wyprodukowanej w Unii Europejskiej o 0,79% oraz importowanej o 0,46%. Natomiast odsetek zdyskwalifikowanych próbek krajowych wzrósł tylko o 0,05%.



Tabela 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2016 r.

Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
	Ogółem		w tym:					
			krajowych		UE		z importu	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Mięso, podroby i przetwory mięsne	3,38	2,45	3,39	2,53	4,08	-	-	-
Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	4,05	3,79	4,21	3,88	-	-	-	-
Ryby, owoce morza i ich przetwory	2,13	2,05	2,1	2,3	2,29	1,17	2,3	0,65
Mleko i przetwory mleczne	6,52	7,44	6,68	7,59	1,99	0,87	-	-
Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,54	1,79	2,4	1,8	4,85	2,43	1,76	1,0
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,48	1,48	1,46	1,41	2,31	4,88	2	-
Cukier i inne	5,26	8,33	5,5	9,09	-	-	-	-
Miód i produkty pszczelarskie	1,59	3,45	-	4,44	-	-	7,7	-
Orzechy, w tym arachidy	0,94	0,67	3,92	3,57	-	-	0,81	0,28
Warzywa, w tym strączkowe	1,58	0,83	1,74	0,87	1,08	0,56	-	0,61
Owoce	1,35	0,65	0,83	0,49	2,4	0,95	1,98	0,98
Grzyby	2,62	4,49	2,75	4,93	-	nb	-	-
Drożdże	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Napoje alkoholowe	0,57	1,18	0,27	1,85	2,04	-	-	-
Ocet	3,6	1,85	4,04	2,13	-	-	-	nb
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	3,91	2,63	3,87	2,46	-	12,0	-	-
(6 na 50 zbadanych)	50	-	-	-	-	-	-	-
(2 na 4 zbadane)	-	-	-	-	-	-	-	-
Tłuszcze roślinne	1,35	1,51	1,27	1,19	2,07	3,52	-	-
Ziarna roślin oleistych	0,37	0,17	-	-	3,57	-	0,26	0,2
Koncentraty spożywcze	0,36	1,44	0,38	0,7	-	-	-	14,7
(5 na 34 zbadane)	-	-	-	-	-	-	-	-
Majonezy, musztardy, sosy	1,03	0,79	0,54	0,36	6,66	-	-	3,03
Zioła, przyprawy	1,31	1,28	1,48	1,03	0,29	-	1,4	2,16
Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	0,84	0,36	1,36	0,56	1,14	0,48	0,5	-
Wyroby garmażeryjne i kulinarne	2,05	2,83	2,07	2,88	-	-	-	nb
Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	2,05	2,24	2,22	1,99	1,1	2,87	8,2	6,52
Nowa żywność	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Suplementy diety	4,66	8,05	3,42	6,14	6,64	11,44	14,86	15,17
Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	-	1,32	-	-	-	5,71	-	1,16
Sól spożywcza i jej zamienniki	5,6	5,17	5,69	5,26	-	-	-	-
Inne środki spożywcze	4,21	4,04	4,94	3,66	-	33,3 (1 na 3 zbadane)	-	-
Razem środki spożywcze	2,7	2,87						
Środki spożywcze krajowe			2,88	2,93				
Środki spożywcze UE					2,19	2,98		
Środki spożywcze z importu							1,6	2,08

Objaśnienia: nb – nie badano, - brak przypadków  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

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,
- ryby, owoce morza i ich przetwory,
- ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne,
- orzechy, w tym arachidy,
- warzywa, w tym strączkowe,
- owoce,
- ocet,
- wody mineralne i napoje bezalkoholowe,
- ziarna roślin oleistych,

- majonezy, musztardy, sosy,
- zioła, przyprawy,
- kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe,
- sól spożywcza i jej zamienniki,
- inne środki spożywcze.

Niestety w niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: mleko i przetwory mleczne; cukier i inne; miód i produkty pszczelarskie; grzyby; napoje alkoholowe; tłuszcze roślinne; koncentraty spożywcze; wyroby garmażeryjne i kulinarne; środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego; suplementy diety; substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu.

## Znakowanie środków spożywczych

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

pieczonego stosowania żywności. Dlatego próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2016 r. na 40 184 ocenione próbki - zakwestionowano 912, co stanowi 2,27% (w 2015 r. – 2,35%).

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

W roku 2016 kontynuowano nadzór nad obrotem grzybami zarówno świeżymi i suszonymi, jak i przetworami grzybowymi. Nadzór odbywał się na bieżąco, jednak podobnie jak w latach poprzednich prace w tym zakresie wzmocniono w okresie letnio-jesiennym oraz zimowym, tj. przedświątecznym. Podczas kontroli sprawdzano punkty handlowe – sklepy ogólnospożywcze, warzywnicze i hurtownie. Szczególnym nadzorem objęto również targowiska, na których prowadzono 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 (nadzorem objęto zakłady zajmujące się zarówno przetwórstwem, jak i suszeniem grzybów).

Podczas kontroli zwracano uwagę na takie aspekty jak: właściwości organoleptyczne grzybów, sprzedaż w opakowaniach jednostkowych oraz oznakowanie towaru umożliwiające identyfikację produktu i producenta. Sprawdzano również, 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, w zależności od asortymentu. Tylko w nielicznych przypadkach stwierdzono brak atestów na grzyby świeże (w celu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości wydano odpowiednie polecenia). W ramach sprawowanego nadzoru informowano zarządców

targowisk o wymaganiach dotyczących grzybów suszonych i świeżych oraz nie dopuszczano do handlu grzybami świeżymi i suszonymi bez właściwego atestu. 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. Kontrole były także efektem złożonych zażaleń na sprzedaż grzybów bez atestu. Po stwierdzeniu tego faktu zakazywano 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 przypadki, że grzyby świeże oferowane do sprzedaży były umieszczone w foliowych woreczkach. Wówczas pouczano o prawidłowym przechowywaniu grzybów i zakazywano sprzedaży tak pakowanej partii grzybów. Kontrole wykazały, iż sprzedawcy nie zawsze posiadali atesty na grzyby świeże, dokumenty te były też w nielicznych przypadkach 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 oraz niewypełnione egzemplarze atestów w posiadaniu sprzedawców, którzy nie posiadali odpowiednich kwalifikacji w przedmiotowym zakresie). Osobom, u których stwierdzono nieprawidłowości zalecano zapoznanie

się z przepisami rozporządzenia 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 obiektów 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 były osoby z odpowiednimi kwalifikacjami – grzyboznawcy.

W ramach nadzoru pobierano próbki grzybów i przetworów z ich udziałem. Próbki grzybów i ich przetworów pobranych do badań laboratoryjnych badano m.in. w kierunku zawartości metali ciężkich. Nieprawidłowości stwierdzone w pobranych próbkach to obecność pleśni oraz przekroczenia zawartość plastrów pierwotnie zaczerwionych i obecność innych gatunków w próbce podgrzybka brunatnego suszonego. W tym przypadku sprawę przekazano Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu

nadzorującego producenta oraz producentowi i podmiotowi, u którego pobrano próbkę. W ramach urzędowej kontroli badaniu poddano również przetwory grzybowe – pieczarki marynowane w occie (producent krajowy) – pobrano do badań w kierunku zawartości substancji dodatkowych – substancji konserwującej. Próbkę została zakwestionowana ze względu na nieprawidłowości w oznakowaniu, które nie odpowiadało wymaganiom określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności (...). Do badań laboratoryjnych w ramach monitoringu pobrano także próbkę krajową grzybów świeżych, która została zbadana w kierunku skażenia promieniotwórczego; w przetworach oznaczano substancje dodatkowe, w grzybach suszonych oznaczono także metale (pod tym kątem próbki nie zostały zakwestionowane).

## Zatrucia grzybami

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

W 2016 r. zatruciu grzybami uległo aż 46 osób (wszystkie hospitalizowano). W województwie lubelskim zanotowano 1 zgon – po spożyciu muchomora sromotnikowego. Należy

podkreślić wyraźny wzrost liczby zatruc – w porównaniu do lat poprzednich (w roku 2014 – 19 przypadków, natomiast w roku 2015 w całym kraju stwierdzono 9 zatruc grzybami).

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2016 r. wg gatunków przedstawia Tabela 5.

Tabela 5. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2016 r.

GATUNEK GRZYBA	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	OGNISK	ZACHOROWANIA	HOSPITALIZACJA	ZGONY
<b>1. ZATRUCIA CYTOTROPOWE</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Muchomor sromotnikowy	-	-	-	-	-	-	4	9	-	-	-	-	7	13	13	1
Muchomor jadowity	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	1	4	4	-
Piesterzenica kasztanowata	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-
Zasłonak	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	2	3	3	-
<b>2. ZATRUCIA NEUROTROPOWE</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krowiak podwinięty	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	-
Strzępiak	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	2	2	-
<b>3. ZATRUCIA NIESWOISTE</b>	-	-	-	-	-	-	-	5	-	2	-	1	8	8	8	-
<b>4. ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI</b>	1	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	10	11	11	-
<b>RAZEM ZACHOROWAŃ:</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8</b>	<b>29</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>1</b>

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwie lubelskim (19 zachorowań) oraz zachodniopomorskim (10 zachorowań). W województwie lubelskim od kilku lat obserwuje się wysoką liczbę przypadków zatruc grzybami. W 2016 r. w woj. lubelskim odnotowano 5 przypadków spożycia muchomora sromotnikowego, jak również 8 zatruc grzybami o nieustalonej przynależności gatunkowej. Zanotowano także 4 zatrucia spowodowane spożyciem muchomora jadowitego (woj. zachodniopomorskie). Pozostałe przypadki to zatrucia

nieswoiste oraz zatrucia spowodowane spożyciem takich grzybów, jak zasłonaki, strzępiaki, piesterzenica kasztanowata, czy też krowiak podwinięty. Odnotowano także 2 zatrucia u dzieci w przedziale wiekowym 0 – 7 lat (w 2015 r. w tej grupie było 1 zatrucie).

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2016 r. wg województw przedstawia Tabela 6.





Tabela 6. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2016 r. wg województw

Województwo	zachorowania	hospitalizowanych	zgon	muchomor stromotnikowy	muchomor jadowity	krowiak podwinięty	strzępiak	piestrzenica kasztanowata	zasłonak	zatrucia nieswoiste	gatunki grzybów o nieustalonej przynależności
kujawsko-pomorskie	3	3	-	1	-	-	-	-	2	-	-
lubelskie	19	19	1	5	-	1	-	2	-	3	8
małopolskie	6	6	-	5	-	-	-	-	-	1	-
podkarpackie	4	4	-	-	-	-	2	-	1	-	1
świętokrzyskie	4	4	-	-	-	-	-	2	-	1	1
zachodnio-pomorskie	10	10	-	2	4	-	-	-	-	3	1
lubuskie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
łódzkie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
dolnośląskie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
mazowieckie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
opolskie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
podlaskie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
pomorskie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
śląskie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
warmińsko-mazurskie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
wielkopolskie	Nie zanotowano			-	-	-	-	-	-	-	-
Razem	46	46	1	13	4	1	2	4	3	8	11

Źródło: opracowanie własne (GIS)

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.

W centralnej ewidencji grzyboznawców na koniec 2016 r. w całym kraju były 1 953 osoby posiadające uprawnienia grzyboznawcy. Zestawienie liczby osób posiadających uprawnienia grzyboznawcy w poszczególnych województwach przedstawia Tabela 7.



Tabela 7. Liczba grzyboznawców w poszczególnych województwach kraju

Województwo	Grzyboznawcy	
	ogółem	w tym w PIS
dolnośląskie	118	80
kujawsko-pomorskie	126	43
lubelskie	94	61
lubuskie	180	42
łódzkie	142	44
małopolskie	107	41
mazowieckie	162	60
opolskie	37	20
podkarpackie	60	31
podlaskie	120	22
pomorskie	118	39
śląskie	117	51
świętokrzyskie	49	25
warmińsko-mazurskie	58	24
wielkopolskie	350	102
zachodnio-pomorskie	115	35
Razem:	1 953	720

Źródło: opracowanie własne (GIS)

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

W 2016 r. w ramach realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” zbadano 669 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 9, w tym:

- 5 próbek wafli,
- 3 próbki galanterii ciastkarskiej (2 próbki kruchych ciastek z kremem czekoladowym oraz 1 próbkę produktu pn. wachlarz zdobiony),
- 1 próbkę ziarna soi.

Powyższe produkty zakwestionowano ze względu na oznakowanie niezgodne z wymaganiami rozporządzenia (WE) nr 1829/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy. Wykryto autoryzowane genetyczne modyfikacje soi w ilościach przekraczających 0,9%, w związku z powyższym produkty zdyskwalifikowano z uwagi na brak prawidłowego oznakowania.

Do badań pobierano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, jednakże nieoznakowane 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 zostały pobrane: 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 ww. 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.

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

System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (ang. Rapid Alert System for Food and Feed, w skrócie RASFF) służący 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 Unii Europejskiej, kraje członkowskie EFTA (Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajcaria).

W sytuacji gdy wykryte zostaje zagrożenie związane z żywnością, paszą lub wyrobem/materiałem do kontaktu z żywnością krajowy punkt kontaktowy danego członka sieci ma za zadanie przygotować tzw. powiadomienie na specjalnie dla tego celu stworzonym formularzu powiadomienia i przekazać je bezzwłocznie do punktu kontaktowego Komisji Europejskiej. Powiadomienia zgłaszane do RASFF dzielą się na alarmowe, informacyjne oraz powiadomienia o odrzuceniu na granicy.

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

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

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 przedstawione 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:

[http://ec.europa.eu/food/safety/rasff/implementing\\_regulation\\_guidance/docs/rasff\\_sops\\_1-4\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/food/safety/rasff/implementing_regulation_guidance/docs/rasff_sops_1-4_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 reprezentuje Polskę jako członka sieci RASFF,

zgodnie z definicją zawartą w art. 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 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 01.01.2016 do 31.12.2016 Krajowy Punkt Kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (KPK RASFF w GIS) zgłosił 74 powiadomienia do systemu RASFF:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	10
informacyjne w celu podjęcia działań	25
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	5
o odrzuceniu na granicy	34
<b>Suma końcowa</b>	<b>74</b>

Z całkowitej liczby 74 powiadomień zgłoszonych do RASFF przez Polskę 68 powiadomień dotyczyło żywności, 4 powiadomienia dotyczyły wyrobów do kontaktu z żywnością, a 2 – paszy.

Najczęstszą przyczyną zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2016 r. było stwierdzanie składników żywności, które nie posiadały tzw. historii spożycia w UE, tzn. nie przedstawiono dowodów potwierdzających, że składniki te były stosowane do celów żywienia człowieka w państwach członkowskich Unii Europejskiej przed dniem 15 maja 1997 r. w związku z powyższym substancje te są traktowane jako nowa żywność (nowe składniki żywności) i wprowadzenie do obrotu na terytorium UE żywności z ich udziałem wymaga przeprowadzenia procedury autoryzacyjnej, w tym oceny ich bezpieczeństwa zdrowotnego, zgodnie z art. 4 rozporządzenia (WE) nr 258/97 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 1997 r. dotyczącego nowej żywności i nowych składników żywności (Dz. U. WE L43 z 14.02.1997. s. 1, z późn. zm.). W 2016 r. Polska zgłosiła do RASFF 18 powiadomień dotyczących nieautoryzowanych nowych składników żywności zidentyfikowanych w suplementach diety. Najczęściej stwierdzane składniki nieautoryzowane to siarczan agmatyny, azotan kreatyny oraz *Accacia rigidula*.

Pozostałe zagrożenia najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2016 r. to:

- aflatoksyny wykrywane w orzechach ziemnych

(7 powiadomień), pistacjach (1 powiadomienie) i orzechach laskowych (1 powiadomienie),

- pozostałości pestycydów w owocach i warzywach (5 powiadomień) i czarnej herbacie (3 powiadomienia),
- przekroczenie dopuszczalnych poziomów substancji dodatkowych (4 powiadomienia) lub zastosowanie substancji dodatkowych, które nie są dozwolone w danej kategorii żywności (2 powiadomienia),
- ochratoksyna A wykrywana w rodzynekach (2 powiadomienia), kawie rozpuszczalnej (2 powiadomienia), czerwonej papryce w proszku (1 powiadomienie),

Zagrożenie	Suma
nowa żywność	18
aflatoksyny	9
pozostałości pestycydów	8
ochratoksyna A	5
substancje dodatkowe - przekroczenie	4
WWA	4
ciało obce	3
migracja kadmu i ołowiu z obrzeża	3
niepatogenne mikroorganizmy	3
Salmonella spp.	3
dokumentacja	2
niezatwierdzony podmiot	2
pleśń	2
pozostałość leków weterynaryjnych	2
Clostridium	1
migracja globalna	1
rtęć	1
substancje dodatkowe - niedozwolona obecność	1
substancje dodatkowe - niedozwolony barwnik	1
zafałszowanie	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>74</b>

- wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA) w czekoladzie mlecznej oraz czekoladzie gorzkiej (2 powiadomienia), wędzonych szprotkach w oleju (1 powiadomienie) oraz w sproszkowanej spirulinie (1 powiadomienie).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2016 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Kategorie produktów	Suma
żywność dietetyczna, wzbogaćana, suplementy diety	20
owoce i warzywa	14
orzechy, produkty pochodne, nasiona	13
kakao, kawa, herbata	7
wyroby do kontaktu z żywnością	4
mięso drobiowe i produkty pochodne	3
ryby i produkty pochodne	3
substancje dodatkowe i aromaty	3
materiały paszowe	2
mięso inne niż drobiowe	2
zioła i przyprawy	2
naturalna woda mineralna	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>74</b>

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2016 r. pochodziło spoza Unii Europejskiej, w tym przede wszystkim ze Stanów Zjednoczonych, Chin i Indii. Wśród produktów pochodzących z UE najwięcej produktów zgłoszonych przez Polskę do RASFF w zeszłym roku pochodziło z Polski.

W 2016 r. wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 136 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	52
informacyjne w celu podjęcia działań	34
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	49
news	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>136</b>

Z całkowitej liczby 136 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 118 powiadomień dotyczyło żywności (86,8%), 18 powiadomień dotyczyło pasz (13,2%).

Najczęściej identyfikowanym zagrożeniem w roku 2016, będącym przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski było występowanie niebezpiecznych dla zdrowia bakterii Salmonella, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (44 powiadomienia), w materiałach paszowych (12 powiadomień), w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (8 powiadomień) oraz w jajach (8 powiadomień).

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2016 r. to:

Zagrożenie	Suma
Salmonella	75
pozostałości pestycydów	11
Listeria monocytogenes	7
ciało obce	7
nowa żywność	4
WWA	4
niedeklarowane w składzie - soja	3
ochratoksyna A	3
Escherichia coli	2
Campylobacter jejuni	2
nieuprawniony zakład	2
pozostałość leków weterynaryjnych	2
alkaloidy tropanowe	1
ambrozja	1
Clostridium	1
Clostridium botulinum typ E	1
Enterobacteriaceae	1
niedeklarowane w składzie - białko mleka	1
niedeklarowane w składzie - gluten	1
niedeklarowane w składzie - siarczyny	1
niewłaściwy proces	1
norowirus	1
ołów	1
substancje dodatkowe – niedozwolone zastosowanie	1
substancje dodatkowe – przekroczenie	1
zanieczyszczenie bakteryjne	1
Suma końcowa	136

- pozostałości pestycydów w owocach (w jabłkach – 5 powiadomień) oraz w warzywach (mrożone brokuly – 2 powiadomienia, pomidory – 2 powiadomienia),
- Listeria monocytogenes w wędzonym łosiosiu (6 powiadomień) oraz w smalcu (1 powiadomienie),
- organiczne i nieorganiczne ciała obce w różnych produktach spożywczych (7 powiadomień),
- obecność alergenów niedeklarowanych w składzie produktów: soi – 3 powiadomienia, białka mleka, glutenu, siarczyny – po 1 powiadomieniu.

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2016 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	53
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	17
owoce i warzywa	15
materiały paszowe	15
ryby i produkty pochodne	9
jaja i produkty jajeczne	8
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	5
kakao, kawa, herbata	4
karma dla zwierząt	3
zboża i produkty piekarnicze	3
zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
tłuszcze i oleje	1
naturalna woda mineralna	1
napoje bezalkoholowe	1
Suma końcowa	136

W 2016 r. najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Czechy (22) oraz Polskę (18) i Włochy (15). Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie RASFF przekazując do systemu odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach. Znaczna część powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski została zgłoszona przez Chorwację, Danię, Francję, Niemcy, Słowację i Szwecję. Poniższy wykres obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie. Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za kontrolę żywności i pasz w Unii Europejskiej, wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r. i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF.

Ponadto KPK RASFF w GIS zgłosił do systemu w analizowanym okresie 411 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.

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

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

W 2016 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 1,87% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2015 r. – 2,38%), w tym produkcji krajowej – 1,19% (w 2015 r. – 0,7%), wyprodukowanych w UE – 1,44% (w 2015 r. – 2,35%) oraz z importu – 2,33% (w 2015 r. – 3,18%).

Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wynosił 0,41% (w 2015 r. – 1,66%), w tym produkcji krajowej – 0,56% (w 2015 r. – 1,96%), wyprodukowanych w UE – nie kwestionowano (w 2015 r. – 0,56%) oraz z importu – nie kwestionowano (w 2015 r. – nie kwestionowano).

W zakresie produktów kosmetycznych w 2016 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 naruszeniem przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot.

produktów kosmetycznych – w zakresie wprowadzania do obrotu wyrobów do wybielania zębów.

W roku 2016 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzeżenia o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie otrzymały powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów, mogących znajdować się w obrocie na terenie Polski.

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w roku 2016 przedstawia Tabela 8.



Tabela 8. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2016 r.

Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
	Ogółem		w tym:					
			krajowych		UE		z importu	
2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	
Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	-	1,61	-	0,82	-	11,11*	-	1,69
Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	2,68	1,92	0,86	1,31	2,48	0,78	3,49	2,43
Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	2,38	1,87	0,7	1,19	2,35	1,44	3,18	2,33
Kosmetyki	1,66	0,41	1,96	0,56	0,56	-	-	-

\* zdyskwalifikowano 1 na 9 zbadanych próbek  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Ocena sposobu żywienia

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 2016 r. została przeprowadzona łącznie w 9 472 zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego – w szpitalach, domach opieki społecznej, żłobkach i domach małego dziecka, stołówkach szkolnych, bursach i internatach, stołówkach na koloniach, półkoloniach lub obozach, przedszkolach, domach dziecka, zakładach specjalnych i wychowawczych oraz innych zakładach żywienia. Przedstawiciele organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonali teoretycznej oceny sposobu żywienia na podstawie 9 312 jadłospisów oraz 1 435 zestawień dekadowych, analizowanych pod kątem wartości energetycznej i odżywczej posiłków.

Ocena teoretyczna jadłospisów dekadowych obejmowała:

- jakość jadłospisów dekadowych/okresowych,
- regularność, częstotliwość oraz pory spożywania posiłków,
- 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.

W 2016 r. żywienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty regulowane było przepisami: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 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 (w okresie 01.01. - 31.08.2016 r.), a od dnia 1 września 2016 r. – 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. rozporządzeniami Minister Zdrowia określił grupy środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży oraz wymagania jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, czyli w przedszkolach, szkołach (z wyłączeniem szkół dla dorosłych), a także w bursach i internatach oraz w zakładach specjalnych i wychowawczych.

W 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ocenę sposobu żywienia w 6 700 obiektach systemu oświaty (2 979 stołówkach szkolnych, 177 stołówkach w bursach i internatach, 3 328 stołówkach w przedszkolach oraz 216 stołówkach w zakładach specjalnych i wychowawczych), w których oceniono 6 552 jadłospisy i 1 033 zestawienia dekadowe.

Nieprawidłowości stwierdzone w żywieniu dzieci i młodzieży dotyczyły:

- braku warzyw i owoców w posiłku,
- braku mleka lub przetworów mlecznych,
- stosowania cukru i substancji słodzących do słodzenia napojów,
- braku weryfikacji ilości używanej soli oraz cukru do potraw i napojów,
- zbyt rzadkiego podawania ryb,
- serwowania więcej niż raz w tygodniu potraw smażonych,

- 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

## Kontrole bloków żywienia w szpitalach

W pierwszej połowie 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wraz z organami Inspekcji Handlowej przeprowadziły skoordynowane działania kontrolne w podmiotach leczniczych, pod kątem warunków sanitarnych oraz jakości żywienia. W ww. okresie w Polsce 359 szpitali prowadziło żywienie zbiorowe we własnym zakresie, a 657 szpitali w żywieniu pacjentów korzystało z firm cateringowych. W ramach ww. skoordynowanych działań, organy Państwowej

Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły urzędowe kontrole bloków żywienia w 284 szpitalach, które zapewniają żywienie pacjentów we własnym zakresie. Podczas kontroli organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały spełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych w blokach żywienia, oceniły jadłospisy i żywienie pacjentów oraz dostęp pacjentów do informacji dotyczących żywności. Na 284 szpitale skontrolowane w ramach tej akcji nieprawidłowości stwierdzono łącznie w 197 placówkach, w tym w 84 – stwierdzono niespełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 173 szpitalach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie żywienia pacjentów.

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

- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny pomieszczeń bloku żywienia, wyposażenia oraz urządzeń,
- niedostosowanie dokumentacji z zakresu GHP/GMP do stanu faktycznego lub nieprzestrzeganie zapisów instrukcji GHP/GMP,
- przechowywanie żywności po terminie przydatności do spożycia,
- brak segregacji produktów w urządzeniach chłodniczych, nieprawidłowe przechowywanie żywności,

Sanitarnej udzielali wyjaśnień na temat wymagań obowiązującego rozporządzenia osobom odpowiedzialnym za organizację żywienia zbiorowego.

- nieprawidłowy transport oraz wydawanie posiłków pacjentom.

Do najczęściej powtarzających się nieprawidłowości w zakresie żywienia pacjentów należały:

- nieprawidłowo skomponowane jadłospisy (mało urozmaicone śniadania i kolacje – w większości bez dodatku warzyw/owoców; mały udział produktów będących źródłem pełnowartościowego białka zwierzęcego; zbyt wysoka podaż produktów o niskiej wartości odżywczej i wysokiej zawartości tłuszczu – np. parówki, salceson, mortadela, wątrobianka, pasztety, sery topione; niewielki udział ryb; zbyt mała podaż mleka i produktów mlecznych oraz kasz i pieczywa razowego),
- zbyt niska temperatura potraw serwowanych na gorąco,
- brak dostępnych informacji dla pacjentów o składzie produktów i o substancjach lub produktach powodujących nietolerancje lub reakcje alergiczne,
- nieprawidłowości dotyczące całodziennych racji żywieniowych stwierdzone na podstawie badań laboratoryjnych (np. zaniżona wartość energetyczna, nieprawidłowy rozkład energii na poszczególne posiłki, zawyżona zawartość soli).

W wyniku kontroli stwierdzono również, że w większości szpitali osoby opracowujące jadłospisy mają odpowiednie wykształcenie z zakresu dietetyki i żywienia człowieka a pacjenci mają możliwość wypowiedzenia się na temat żywienia przez wypełnienie anonimowej „ankiety satysfakcji pacjenta”. W większości szpitali opracowane jadłospisy są wywieszane do wiadomości pacjentów na tablicach informacyjnych, a w niektórych – podejmowane są działania w celu informowania pacjentów o założeniach stosowanej przez nich diety (broszury, konsultacje). Uwagi zamieszczone w ankietach są w miarę możliwości uwzględniane w prowadzonym żywieniu. Każdorazowo po skończonej kontroli protokoły z kontroli sanitarnych były przekazywane dyrektorom szpitali. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących warunków sanitarno-higienicznych, w których przygotowywano i wydawano posiłki, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały zalecenia pokontrolne oraz decyzje administracyjne obligujące do podjęcia działań naprawczych. W związku z tymi nieprawidłowościami wydano 45 decyzji nakazujących usunięcie ww. uchybień oraz nałożono 8 grzywien w drodze mandatów karnych.



W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie żywienia pacjentów, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kierowały do dyrektorów szpitali pisma z uwagami oraz zaleceniami dotyczącymi stosowania zasad racjonalnego żywienia, właściwego doboru produktów do przygotowywania posiłków oraz wyeliminowania błędów żywieniowych.

W trakcie kontroli kierujący placówkami niejednokrotnie podkreślali, że problemy z jakością posiłków to efekt niskiej stawki żywieniowej i niewystarczających nakładów finansowych na wyżywienie. Należy zauważyć, że poprawa jakości żywienia w szpitalach poprzez realizację zaleceń pokontrolnych ma charakter dobrowolny, gdyż obszar ten nie jest uregulowany prawnie.

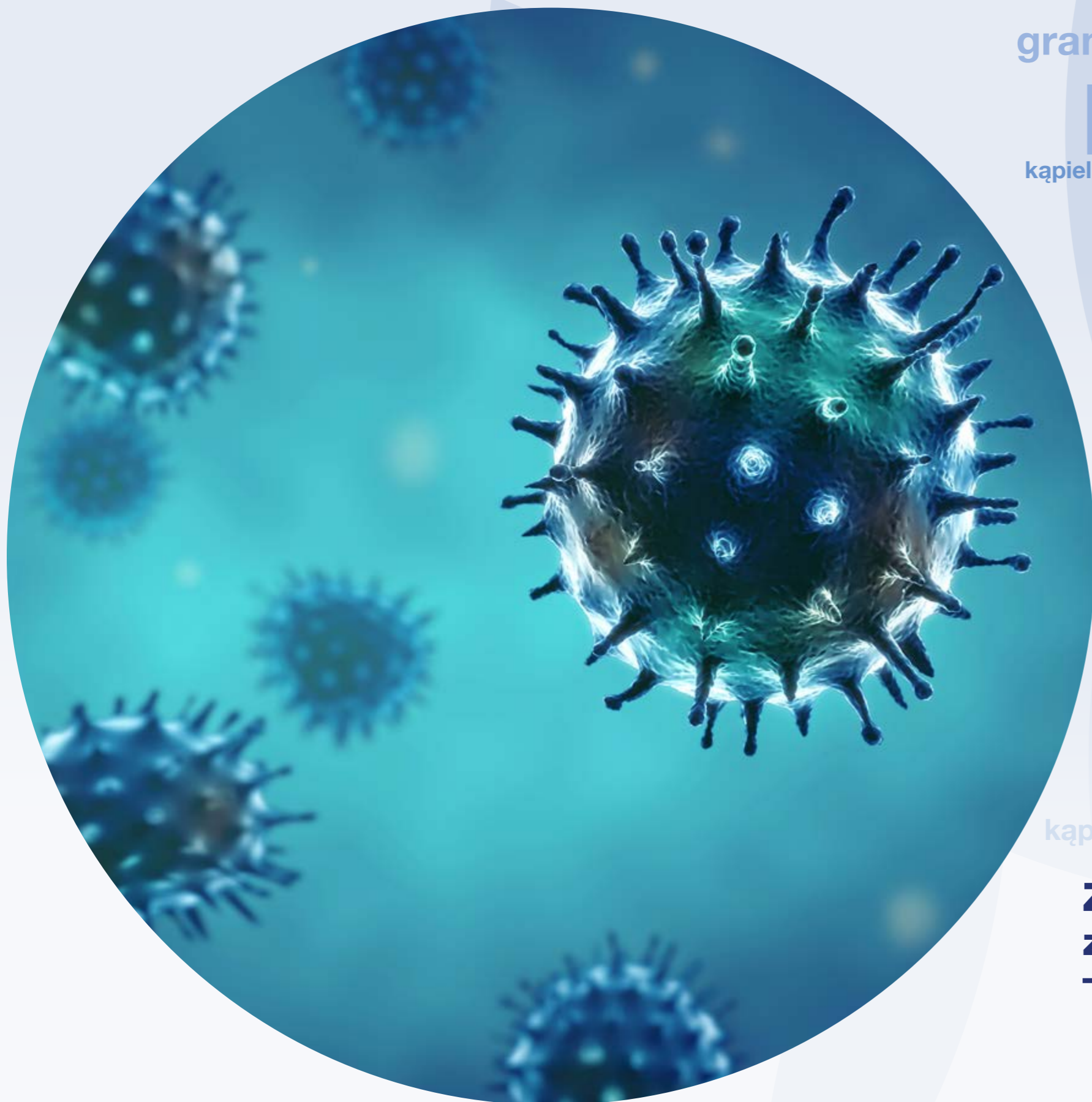
## Podsumowanie

Stan sanitarny zakładów żywności i żywienia w porównaniu do 2015 r. nie zmienił się. W związku z powyższym należy dążyć do wzrostu świadomości przedsiębiorców w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej lub wprowadzanej do obrotu żywności. Bardzo ważną 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:

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





profilaktyka  
kontrola  
bezpieczeństwo  
edukacja  
nadzór  
higiena  
żywność  
wirusy  
woda  
granice  
szczenia  
zdrowie  
kapieliska  
higiena  
praca  
szkoły  
nadzór  
żywność  
profilaktyka  
szczenia  
granice  
woda  
higiena  
edukacja  
bezpieczeństwo  
wirusy  
żywność  
kontrola  
higiena  
zdrowie  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
wirusy  
żywność  
szczenia  
granice  
woda  
higiena  
edukacja  
bezpieczeństwo  
wirusy  
żywność  
zdrowie  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
wirusy  
żywność  
profilaktyka  
szczenia  
szkoły

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

---

W 2016 roku 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.

## Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

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

### Odra

W roku 2016 liczba przypadków odry wyniosła 133 przypadki w porównaniu do 48 przypadków w roku 2015. Zarejestrowany wzrost liczby przypadków związany był m.in. z wystąpieniem ognisk zachorowań na tę chorobę wśród osób przebywających w ośrodkach dla cudzoziemców, gdzie ogniska zachorowań notowane były od czerwca 2016 r. Dzięki intensywnym działaniom zapobiegawczym polegającym przede wszystkim na prowadzeniu akcji szczepień przeciw odrze

zakażeń na terenie kraju przy możliwych zawle-  
czeniach z zagranicy), a następnie eradykacja choroby tzn. jej całkowite wyeliminowanie na świecie. Obecnie Polska uczestniczy w koordynowanych przez WHO globalnych programach eliminacji i eradykacji odry i różyczki oraz poliomyelitis (nagminnego porażenia dziecięcego).

zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych, ogniska zostały wygaszone. Należy podkreślić, iż zachorowania na odrę w Polsce występują sporadycznie i są związane przede wszystkim z zawlekaniami choroby z zagranicy – pojedyncze przypadki u osób podróżujących, w tym cudzoziemców. Liczbę odnotowanych przypadków zachorowań na odrę w Polsce przedstawia wykres 1.



Wykres 1. Liczba przypadków odry w Polsce  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Zachorowania o charakterze i rozmiarach ognisk epidemicznych mogą wystąpić jedynie wśród społeczności lokalnych lub 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%.

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.

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

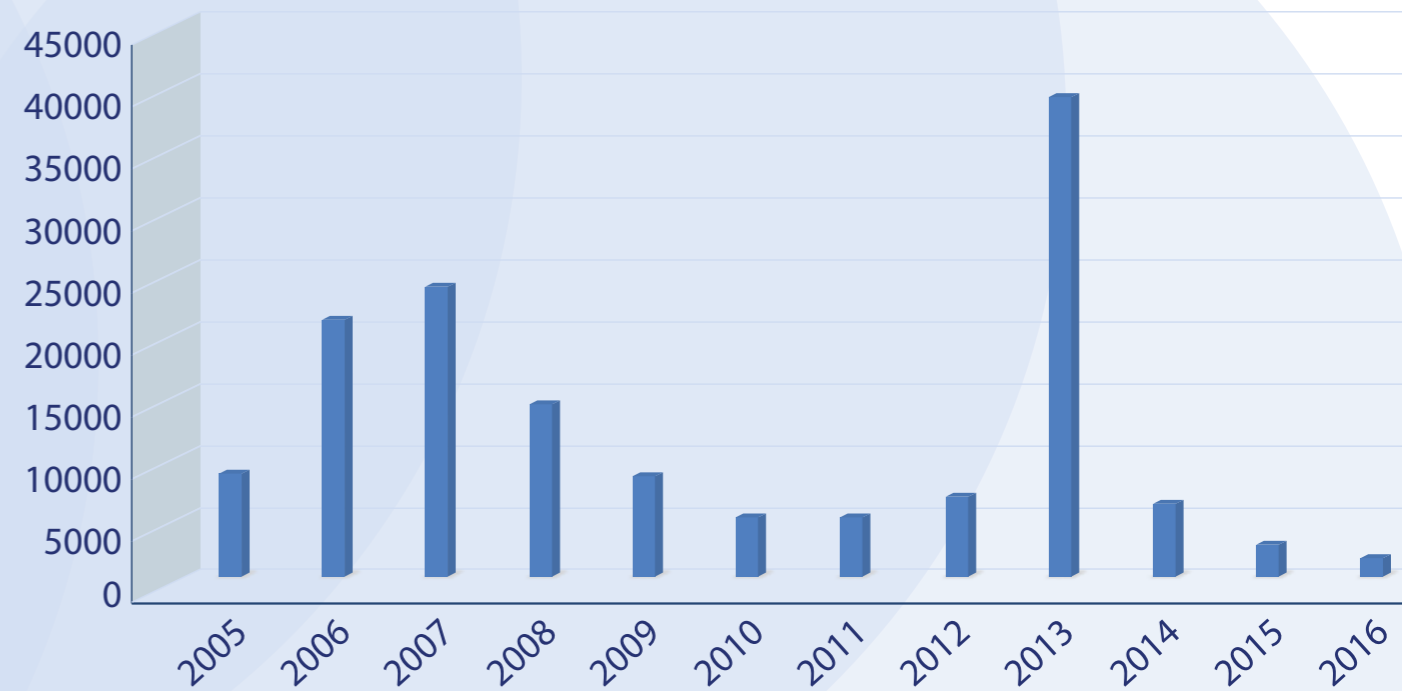
### Różyczka

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.

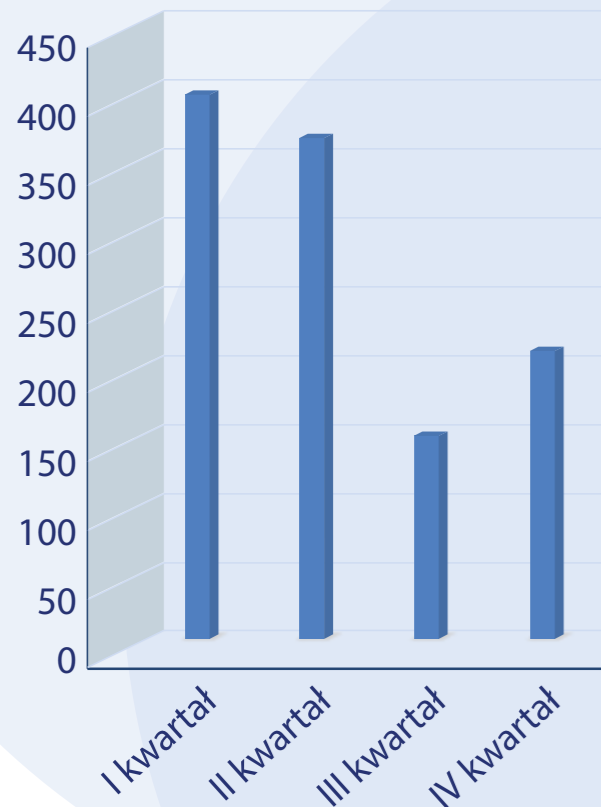
Po okresie wystąpienia wzrostu zachorowań na różyczkę wywołanych epidemią wyrównawczą głównie wśród młodych mężczyzn, którzy nie byli objęci obowiązkowymi szczepieniami w latach 90. XX wieku, w roku 2016 odnotowano spadek zachorowań – zgłoszono 1 105 przypadków, podczas gdy w 2015 r. było ich 2 027. Zapadalność w 2016 r. w skali

Polski wyniosła 2,9 na 100 000 mieszkańców. Liczbę odnotowanych zachorowań na różyczkę w poszczególnych latach przedstawiono na wykresach nr 2 i 3.

W związku z liczbą przypadków Polska uznawana jest za kraj, w którym różyczka występuje endemicznie. Biorąc pod uwagę, iż obecnie w Polsce prowadzone są powszechne szczepienia przeciwko różyczce w 1 i 10 r.ż. (stopień zaszczepienia w skali kraju sięga powyżej 95%) w kolejnych latach spodziewany jest dalszy spadek liczby zachorowań.



Wykres 2. Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2005 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 3. Liczba zachorowań na różyczkę w Polsce w poszczególnych kwartałach roku 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)

W odniesieniu do poliomyelitis, zarówno Polska, jak i cały Region Europejski są oficjalnie wolne od tej choroby od 2002 r. Ostatni przypadek poliomyelitis spowodowany dzikim wirusem polio odnotowano w Polsce w 1984 r.

Mimo to groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa do Polski pozostanie realna, aż do momentu wyeradykowania tej choroby na świecie. W tym celu konieczne jest między innymi utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażenia wiotkich, które są poddawane diagnostyce wirusologicznej dla celów nadzoru epidemiologicznego w celu wykluczenia wirusa polio jak 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 bardzo wysokim poziomie. Stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia w poszczególnych województwach wynosi 99,0 – 99,9%. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), do czasu całkowitej eradykacji poliomyelitis na świecie, osoby wyjeżdżające na tereny endemiczne poliomyelitis powinny posiadać kompletne szczepienie (uodpornienie) przeciwko tej chorobie. Szczepienie można uzupełnić podając jedną dawkę szczepionki inaktywowanej IPV.



## 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.

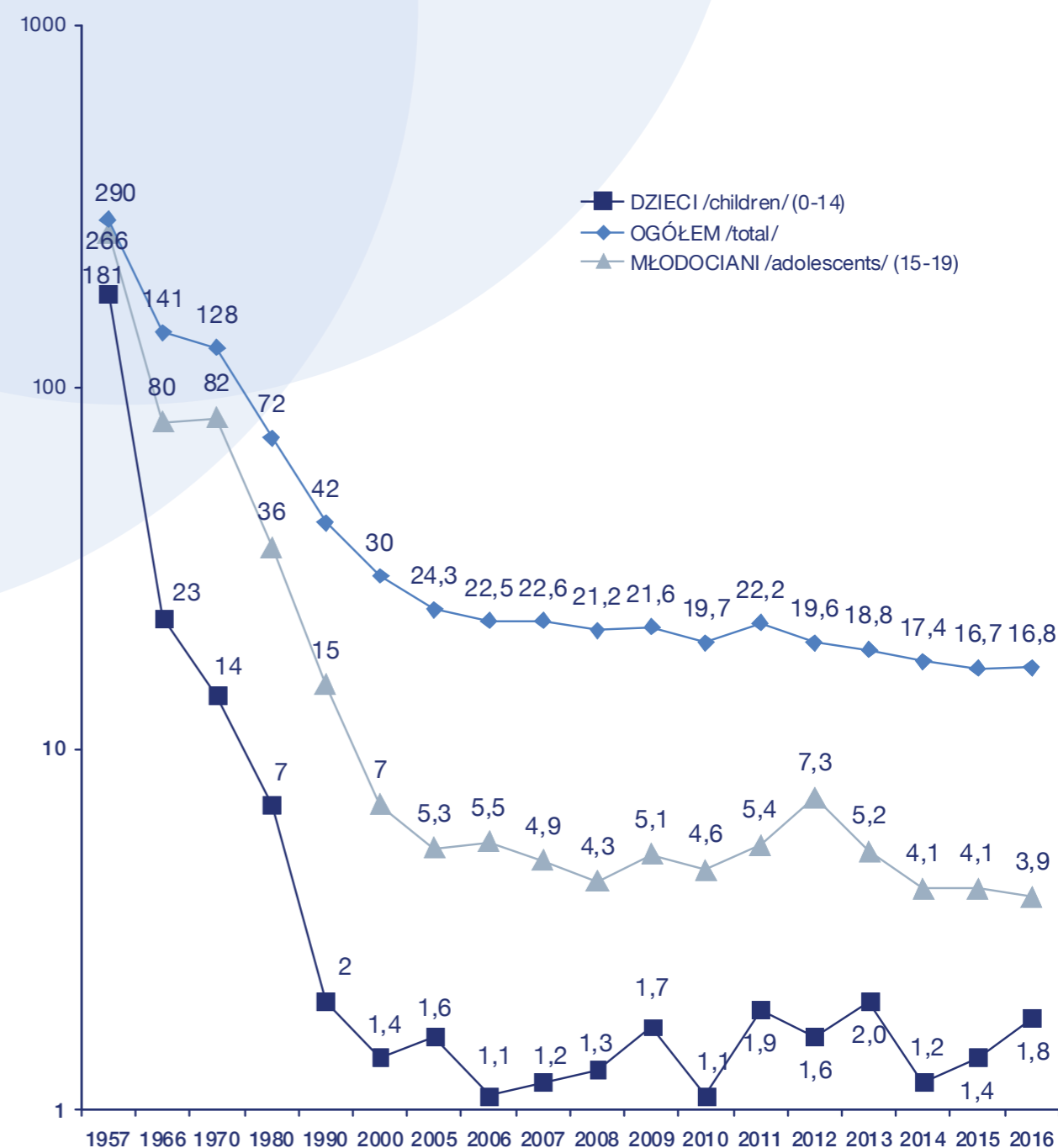
Gruźlica jest objęta przez WHO celem eliminacyjnym, jakim jest osiągnięcie do roku 2050 liczby zachorowań nieprzekraczającej 1 przypadku na milion mieszkańców.

W 2016 roku w Polsce zarejestrowano 6 410 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 16,7), w 2015 r. – 6 390 (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 16,7). Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwprątkowy stwierdzono u 261 osób. Gruźlicę

wielolekooporną stwierdzono u 46 osób.

W stosunku do początku obecnego dziesięciolecia zapadalność na gruźlicę zmniejszyła się o 26,1%. 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.

U dzieci do 14 roku życia w 2016 r. zarejestrowano 103 zachorowania (zapadalność u 1,8/100 tys.). Zmiany w zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957 – 2016 przedstawia wykres 4.



Wykres 4. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957 – 2016.  
Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2016 r.

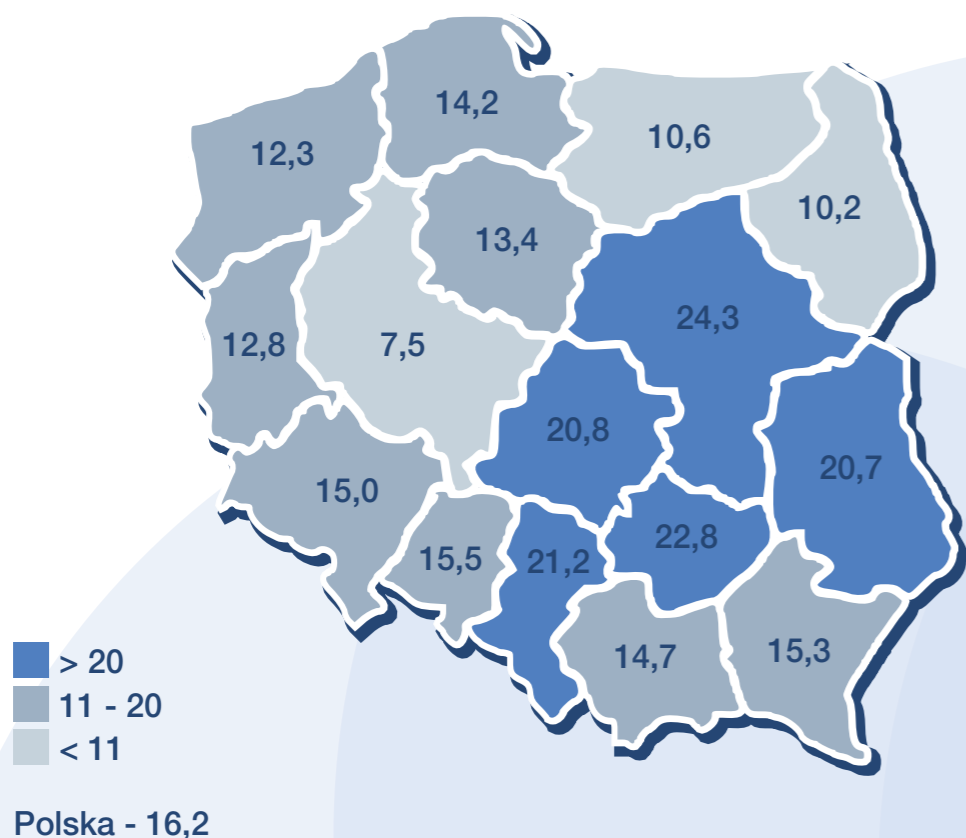


Przyczynami historyczno-społecznymi należy zapewne również tłumaczyć utrzymujące się wciąż różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. Gruźlica jest bowiem chorobą, która może ulec aktywacji po wielu latach od zakażenia pierwotnego, jak również reaktywacji w wiele lat po przebytych leczeniu. Współczesna sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest w znacznej mierze echem sytuacji epidemiologicznej sprzed wielu dziesięcioleci. W 2016 roku najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w województwach: mazowieckim, świętokrzyskim i śląskim, najniższą w województwach: wielkopolskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim. Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano w województwach: mazowieckim – wzrost o 63,1%, warmińsko-mazurskim – wzrost o 15,2%, lubuskim – wzrost o 13,3%. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2016 roku wg województw przedstawia wykres 5.

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

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

zapadalność



Wykres 5. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2016 roku wg województw. Współczynniki na 100.000 ludności.

Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2016 r.

W 2016 roku wśród postaci klinicznych najczęściej występowała gruźlica płuc – 6 080 zachorowań. Przypadki gruźlicy płuc stanowiły 94,9% wszystkich zachorowań. Chorzy na gruźlicę pozapłucną stanowili 5,1% ogółu zarejestrowanych w 2016 r. przypadków zachorowań.

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

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).

## Grypa

Grypa to ostre zakażenie górnych dróg oddechowych, wywołane przez wirusy grypy. Przyczyną corocznych, sezonowych wzrostów zachorowań na grypę w okresie je-

sienno-zimowym są wirusy grypy typu A i B. Zachorowania mogą przybierać postać sezonową, epidemiczną lub pandemiczną. Grypa powoduje zachorowania w każdej

grupie wiekowej. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że rocznie dotyczyć może 5% – 10% dorosłych i 20% – 30% dzieci.

W Polsce nadzór epidemiologiczny nad grypą prowadzony jest w ciągu całego roku, ze szczególnym wzmoczeniem 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

4 316 823 przypadki grypy i podejrzenia zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 11 233,9/100 000), w tym 16 648 osób skierowano do szpitala. Zgłoszono 140 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.

Tabela 9. Liczba zachorowań, podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w przeciągu ostatnich 5 lat

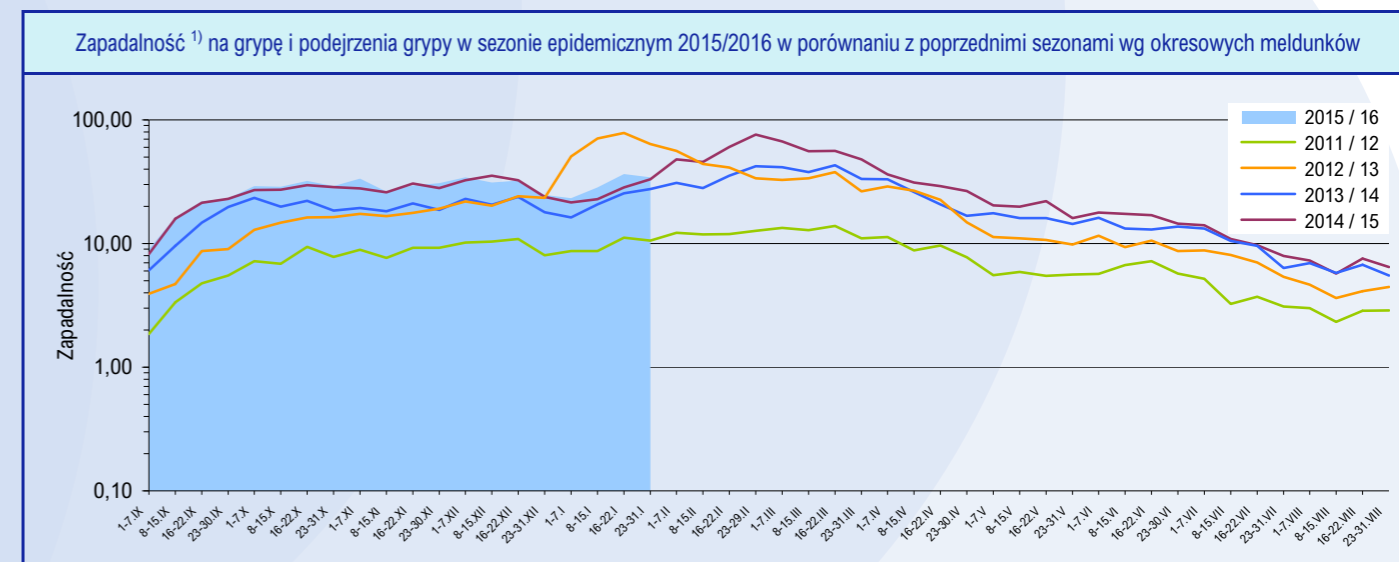
Rok	Liczba przypadków (w tym dzieci do 0-14 lat)	Zapadalność (na 100 tys.)		Liczba osób skierowana do szpitala	
		Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat	Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat
2016	4 316 823 (2 038 966)	11 233,9	35 399,9	16 648	9 428
2015	3 843 438 (1 784 680)	9 994,7	30 995,9	12 197	7 447
2014	3 137 056 (1 530 240)	8 151,6	26 543,6	10 118	6 437
2013	3 164 405 (1 400 947)	8 218,7	24 229,3	14 376	7 079
2012	1 460 037 (702 584)	3 789,0	12 096,2	4 887	3 292

Źródło: opracowanie własne (GIS)

tysięcy do kilku milionów zachorowań na grypę i choroby grypopodobne. W Polsce jako przypadki zachorowań i podejrzeń zachorowań 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 zarejestrowano ogółem

Zgodnie z danymi (tabela powyżej) opracowanymi na podstawie zachorowań zgłaszanych przez lekarzy, w latach 2016 i 2015 liczba chorujących na grypę zwiększyła się do około 4 mln osób. Zapadalność w grupie dzieci w wieku 0 – 14 lat w 2016 roku wynosiła 35 399,9/100 000 i od wielu lat zwiększa się, przekraczając liczbę 2 mln zachorowań w 2016 roku, w tym 9 428 dzieci skierowano do szpitala. Średnia dzienna zapadalność (na 100 000 ludności) na grypę i podejrzenia grypy w sezonie epidemicznym 2015/2016 w porównaniu z poprzednimi sezonami, przedstawia wykres 6.



Wykres 6. Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2015/2016 w porównaniu z poprzednimi sezonami

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Tabela 10. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2014/2015 i 2015/2016

Miesiąc/Rok	Liczba przypadków, sezon 2014/2015	Liczba przypadków, sezon 2015/2016
Wrzesień	198 675	204 620
Październik	331 576	354 640
Listopad	321 606	345 330
Grudzień	363 806	360 604
Styczeń	314 591	367 319
Luty	590 853	764 054
Marzec	663 571	673 515
Kwiecień	359 358	370 638
RAZEM	3 144 036	3 440 720

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Liczbę zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2014/2015 i 2015/2016 przedstawia tabela 10.

Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w sezonie grypowym 2015/2016 przypadł na okres od października 2015 roku do marca 2016 roku, a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 16 do 22 lutego 2016 roku, w którym zachorowało 212 660 osób (zapadalność wynosiła 78,95/100 000). Dla porównania w sezonie 2014/2015 szczyt zachorowań przypadł na okres od 1 do 7 marca 2015 roku, w którym zachorowało 178 988 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. Uczestniczyli w nim wybrani lekarze świadczący podstawową opiekę zdrowotną, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH, pełniący rolę koordynatora. W ramach nadzoru typu sentinel nad 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 2016 roku diagnozowane laboratoryjnie, w 3 927 przypadkach potwierdzono obecność wirusa grypy. Próbkami do badań laboratoryjnych w kierunku potwierdzenia zakażenia wirusami grypy pochodziły 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(H1N1)pdm09 były dominującymi podtypami wirusa grypy występującymi w Europie, które wchodziły w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych w sezonie 2015/2016.

W Polsce w roku 2016, 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 infor-

macyjnej skierowanej do wielu grup ludności, zaszczepiło się jedynie 3,4% populacji. W 2015 roku liczba zgłoszonych szczepień przeciwko grypie, w grupie wiekowej 0-4 wynosiła 9 050, w grupie 5-14 wynosiła 33 263, w grupie 15-64 odpowiednio 366 339 oraz w grupie seniorów 65+ osiągnęła liczbę 415 828 zaszczepionych. Podsumowując, w Polsce w 2015 roku zaszczepiono przeciwko grypie 824 480 osób.

W procesie podnoszenia wyszczepialności przeciwko grypie w Polsce i tym samym w ramach ograniczenia szerzenia się grypy Główny Inspektor Sanitarny wraz z ekspertami Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia zorganizował akcję bezpłatnych szczepień przeciw grypie dla pracowników Urzędu. Zapobieganie grypie poprzez promowanie zdrowego stylu życia i szczepień ochronnych to jedno z zadań realizowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny i podległą mu Państwową Inspekcję Sanitarną. W ramach wspólnej akcji ze szczepień skorzystało blisko 100 osób – obok Głównego Inspektora Sanitarnego, Marka Posobkiewicza, jego zastępców oraz pracowników Głównego Inspektoratu Sanitarnego przeciw grypie zaszczepili się także członkowie Rady Sanitarno-Epidemiologicznej na czele z prof. Andrzejem Wojtczakiem.

„Cieszę się, że tak wielu pracowników Głównego Inspektoratu Sanitarnego poddało się zalecanemu szczepieniu

ochronnemu przeciw grypie. Warto, aby każdy obywatel corocznie korzystał z profilaktyki grypy, jaką jest szczepienie ochronne. Są jednak grupy zawodowe, które szczególnie powinny zadbać o swoją kondycję, ponieważ ich zdrowie przekłada się na zdrowie innych. Należą do nich np. pracownicy służby zdrowia, służb mundurowych oraz pozostałe osoby, których praca polega na bezpośrednim kontakcie z drugim człowiekiem. Odporni na grypę i zdrowi pracownicy służb publicznych to gwarancja gotowości niesienia pomocy w każdym momencie zagrożenia oraz sytuacji kryzysowych” – powiedział Główny Inspektor Sanitarny, Marek Posobkiewicz.

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

Wcześniej określane jako zapalenie wątroby typu „nie-A, nie-B” – ten typ wirusowego zapalenia wątroby został rozpoznany dopiero w 1989 r. Dziś 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, której głównym celem jest eliminacja wszystkich typów wzw do roku 2030. Cel ten ma zostać osiągnięty poprzez ograniczenie przeno-

szenia 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.

Według Światowej Organizacji Zdrowia globalnie zakażonych wirusem HCV jest ok. 130 – 150 mln osób, co odpowiada 2 – 3% populacji. Jest to ponad pięć razy więcej niż osób zakażonych wirusem HIV. W 28 krajach Unii Europejskiej w okresie 2006 – 2014 odnotowano wzrost liczby rejestrowanych zachorowań na wzw C o ok. 29% w stosunku do lat ubiegłych, przy czym najintensywniej po roku 2010.

W Polsce, jak podaje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, przeciwciała anti-HCV występują u ok. 1% populacji, a liczba osób aktywnie zakażonych (z obecnością we krwi materiału genetycznego wirusa HCV-RNA) wynosi w przybliżeniu 200 tys. (0,5%). 80% tych osób nie jest świadomych, że ma wirusa HCV we krwi.

Według aktualnych międzynarodowych zaleceń z profilaktyki przeciwgrypowej powinny skorzystać wszystkie osoby chętne, a przede wszystkim osoby z grup ryzyka np. chorzy przewlekle, kobiety w ciąży, dzieci i osoby starsze. W roku 2016 Główny Inspektor Sanitarny rozszerzył zalecenia odnośnie grup osób, które powinny się zaszczepić 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.

W 2016 r. w Polsce zgłoszono 4 256 przypadków wzw C (dane wstępne). Dla porównania w 2015 r. było to 4 261 zachorowań, a w 2014 r. odnotowano 3 551 zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Z kolei w 2013 r. zarejestrowano 2 706 zakażeń HCV. W latach 2009 – 2012 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 jedynie 25 na 1 000 zakażeń w populacji naszego kraju.

Badanie epidemiologiczne przeprowadzone w okresie 2012 – 2016 na grupie 23 tys. losowo wybranych osób na terenie całego kraju w ramach Projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” wykazało, że zakażenia HCV w Polsce występują we wszystkich grupach wieku, jednak mniej ich jest w grupie wiekowej 18 – 24 lata, więcej zaś w grupie wiekowej 25 – 44 lata, zwłaszcza wśród mężczyzn. Nie ma natomiast znaczącej różnicy w rozpowszechnieniu zakażeń HCV wśród mieszkańców miast i wsi. Natomiast rozpowszechnienie wzw C w grupie osób przyjmujących narkotyki jest wielokrotnie wyższe niż w przypadku ogółu populacji. Nierzadko osoby te są zakażone równocześnie także wirusem HIV lub wirusem zapalenia wątroby typu B (wzw B).

Zgodnie z wynikami ww. badania epidemiologicznego do najczęstszych, indywidualnych czynników ryzyka zakażenia HCV w populacji ogólnej w Polsce należą:

- transfuzje przed 1992 r. (kiedy brak było jeszcze dostępnych testów diagnostycznych, a donatorzy krwi nie byli badani w kierunku obecności HCV),
- przyjęcie, przynajmniej jednokrotne, narkotyku w iniekcji,
- posiadanie partnera zakażonego HCV (choć droga seksualna nie jest zaliczana do podstawowych dróg szerzenia się HCV, to jednak niektóre praktyki seksualne uznaje się za bardziej ryzykowne),
- co najmniej dwa cesarskie cięcia u kobiet,
- biopsje i posiadanie tatuażu u mężczyzn.

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, cążek 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.

Obserwowany od kilku lat wzrost zapadalności na wzv C w Polsce, a zwłaszcza szczególnie istotny skok w liczbie rejestrowanych przypadków w 2014 r. i 2015 r., jest być może konsekwencją wynikającą ze zmian legislacyjnych poprawy zgłaszalności rozpoznania zakażeń HCV do Państwowej Inspekcji Sanitarnej przez lekarzy, jak też kierowników medycznych laboratoriów diagnostycznych. Z pewnością jest to też efekt większej dostępności badań diagnostycznych, jako że od 2011 r. są sukcesywnie wdrażane standardy opieki nad kobietami w ciąży, które są objęte rutynowymi badaniami w kierunku HCV. W ostatnich latach uległy intensyfikacji także działania informacyjne i edukacyjne z zakresu profilaktyki HCV, którym towarzyszyły bezpłatne badania diagnostyczne w tym kierunku. Rosnąca liczba rozpoznanych wzv C w naszym kraju może świadczyć także o zwiększającym się obciążeniu odległymi skutkami nierozpoznanych lub nieleczonych długo trwających zakażeń HCV (np. tych od lat 80. kiedy jeszcze nie znano HCV). Jednocześnie poprawie uległa sytuacja w zakresie leczenia wzv C w Polsce. Od 2015 r. schematy terapii zakażeń HCV z wykorzystaniem leków nowej generacji zostały objęte programami terapeutycznymi Ministra Zdrowia. Wspomniany już wcześniej poziom rocznie wykrywanych 25 zakażeń na 1000 zakażeń już istniejących w populacji oraz narastanie obciążenia odległymi następstwami wzv C wskazuje na potrzebę wdrożenia wczesnej i powszechnej rozpoznawalności zakażeń HCV oraz większej dostępności do nowoczesnej terapii dla większej liczby osób niż dotychczas.

Brak szczepionki przeciwko HCV powoduje, że szerzeniu się zachorowań na wzv C można zapobiec jedynie w drodze działań nieswoistych, polegających na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz zabiegów o charakterze niemedyceinowym przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek, jak również poprzez działania o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym mające na celu podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa w zakresie wzv typu C i wykształcenie postaw oraz zachowań z zakresu 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. Do czasu wydania podobnych uregulowań prawnych, których adresatami będą podmioty prowadzące działalność gospodarczą z zakresu fryzjerstwa, kosmologii, tatuażu i innych zabiegów upiększających ciało, w stosunku do właścicieli i personelu tych zakładów Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działania nadzorująco-edukacyjne.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, we współpracy z Polską Grupą Ekspertów HCV, w latach 2005 – 2006 przeprowadziła pierwszy Pilotażowy Program „HCV można pokonać”, który podjęto na terenie 5 województw, a adresatami szkoleń był personel medyczny. Podobna współpraca miała miejsce w okresie 2010 – 2011, kiedy na terenie całego kraju zrealizowano Pilotażowy Program Profilaktyki HCV pn. „STOP!HCV”. Grupę docelową programu stanowili: młodzież klas I lub II szkół ponadgimnazjalnych, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, personel medyczny i zarządzający w szpitalach wielospecjalistycznych.

Po 5 latach, 31 grudnia 2016 r. zakończono rzeczową realizację Projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia. Projekt był wdrażany przez Lidera – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, wraz z trzema partnerami (Głównym Inspektoratem Sanitarnym, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie oraz Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie). Strona w całości dedykowana programowi „Zapobieganie zakażeniom HCV” jest dostępna pod adresem: <http://www.hcv.pzh.gov.pl/>

W ramach działania 5 „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”, Główny Inspektorat Sanitarny wraz z NIZP-PZH we współpracy z Państwowymi Inspektoratami Sanitarnymi zrealizowali na terenie 11 województw cykl szkoleń dotyczących zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym (HCV, HBV, HIV). W 2014 i 2015 r., na terenie województw: zachodniopomorskiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, lubuskiego, podlaskiego, łódzkiego, dolnośląskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, lubelskiego oraz podkarpackiego, przeprowadzono łącznie 77 szkoleń (22 dla pracowników podmiotów świadczących usługi medyczne oraz 55 dla pracowników sektora usług pozamedycznych) oraz prze-

szkolono łącznie 4 327 osób, w tym 3 436 pracowników sektora pozamedycznego. Jednocześnie rozdano blisko 90 tys. ulotek i broszur informujących nt. HCV oraz rozdysponowano blisko 8 tys. płyt CD zawierających filmy edukacyjne nt. wzv C. z kolei od sierpnia do listopada 2016 r.

na terenie całego kraju, ze szczególnym jednak uwzględnieniem 5 województw które nie brały udziału w I turze szkoleń (mazowieckie, wielkopolskie, opolskie, małopolskie, kujawsko-pomorskie), przeprowadzono 57 szkoleń stacjonarnych, w tym 31 dedykowanych personelowi medycznemu a 26 – pracownikom zawodów niemedyceinowych. Efekt to przeszkolona liczba łącznie ok. 2 tys. osób, w tym 2/3 poddanych interwencji osób stanowił personel sektora usług upiększających. Szkolenia stacjonarne prowadzone były przez zespoły specjalistów tj. przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, lekarzy specjalistów chorób zakaźnych oraz specjalistów pielęgniarstwa epidemiologicznego. Działania edukacyjne miały na celu przekazanie wiedzy nt. zakażeń wirusami przenoszonymi drogą krwi, omówienie kwestii diagnostyki i leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C, a także przekazanie informacji nt. zasad przeciwdziałania szerzeniu się zakażeń krwiopochodnych w związku z prowadzonymi zabiegami oraz zapewnienia pacjentom i klientom bezpieczeństwa poprzez prawidłowe prowadzenie sterylizacji sprzętu oraz dezynfekcji pomieszczeń i urządzeń.

Edukację wybranych grup prowadzono dwutorowo – oprócz szkoleń stacjonarnych dodatkowym zapleczem dydaktycznym i niezależnym miejscem kształcenia była platforma e-learningowa, z której skorzystało wypełniając test i otrzymując certyfikat łącznie blisko 7 tys. osób. Jednocześnie platformę, jako źródło materiałów edukacyjnych i informacyjnych, także w postaci prezentacji i filmów oraz spotów, odwiedziło blisko 10 tys. osób. <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/platforma-e-learningowa-1>

Wśród działań, które zostały zrealizowane także w 2016 r. w ramach projektu 5 należy wymienić:

1. Opracowanie Map ryzyka zakażeń krwiopochodnych w salonach usługowych, które są dostępne pod linkiem: <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/projekt-5-1/mapa>

Materiał ten powstał w oparciu o wyniki ankiet zebranych przez pracowników powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych na terenie całego kraju. Celem tego pionierskiego badania była ocena wiedzy pracowni-

ków sektora usług pozamedycznych w zakresie transmisji zakażeń krwiopochodnych i sposobów ich zapobiegania oraz dokonanie rozeznania w zakresie stosowanych przez podmioty sektora usług pozamedycznych procedur zapewniających bezpieczeństwo epidemiologiczne świadczonych usług.

2. Badanie opinii ekspertów epidemiologii i praktyków oraz ekspertów zdrowia publicznego w zakresie zakażeń krwiopochodnych – wyniki tego działania stanowią element analizy w obszarze zdrowia publicznego i są także propozycją do założeń do dokumentu „Strategii Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń HCV w Polsce”.

3. Współpraca Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy tworzeniu i realizacji przez Lidera kampanii społecznej „HCV Jestem Świadom” poprzez m.in.:

- wsparcie merytoryczne strony internetowej dedykowanej kampanii tzw. landing page <http://www.jestemswiadom.org/>
- współtworzenie materiałów filmowych dot. HCV (filmy skierowane do środowiska pozamedycznego „Twarz Kampanii HCV”, 12 odcinków filmów edukacyjno-promocyjnych, nagrania zaproszonych Youtuberów),
- udział w „Lecie z kampanią społeczną HCV Jestem Świadom” w 10 miastach na trasie koncertowej Lata z Radiem (Legionowo, Solec Kujawski, Inowrocław, Rabka Zdrój, Kalisz, Stegna, Stalowa Wola, Augustów, Kutno, Otwock),
- udział w Wielkim Teście o Zdrowiu, który został wyemitowany antenie TVP1 12 września 2016 r. i poruszył tematykę zakażeń HCV przy pomocy ze strony ekspertów oraz gwiazd ekranu.

Zainicjowany w 2012 r. Projekt „Zapobieganie zakażeniom HCV” miał na celu edukację i budowanie świadomości społecznej w zakresie HCV. Jego rolą było także wesprzeć utworzenie założeń do „Strategii Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń HCV w Polsce” – zgodnego z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 dokumentu, zawierającego propozycje działań dla Ministra Zdrowia, które w sposób długofalowy i kompleksowy będą prowadziły do rozwiązania problemu zakażeń HCV w Polsce i pozwolą przybliżyć nasz kraj do celu określonego w globalnej strategii WHO.

## Choroby przenoszone drogą pokarmową

Do chorób przenoszonych drogą pokarmową zalicza się zarówno choroby odzwierzęce przenoszone poprzez żywność, które są najpowszechniejszą przyczyną zakażeń w tej grupie chorób, jak również choroby które występują wyłącznie u człowieka takie jak zakażenia rotawirusowe, norowirusowe, a także wirusowe zapalenie wątroby typu A (wzw typu A) oraz dur brzuszny, przy czym rozpowszechnienie dwóch ostatnich chorób jest w Polsce niewielkie i wiąże się najczęściej z powrotem z wyjazdów do krajów ich endemicznego występowania. W przypadku grupy chorób bakteryjnych zapobieganie przed zachorowaniami polega na przestrzeganiu zasad przygotowania w żywności, natomiast przed wzw typu A oraz dudem brzuszny można zaś skutecznie chronić się poprzez szczepienia w ramach medycyny podróży.

### Zakażenia bakteryjne

W Polsce wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi Salmonella. W 2015 r. potwierdzono 8 652 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 8 420 zatruc pokarmowych). Jest to więcej niż w roku poprzednim, w którym liczba ta wyniosła 10 016 przypadków (w tym 9 687 zatruc pokarmowych). Zakażenia Salmonella powszechnie występują u zwierząt hodowlanych.

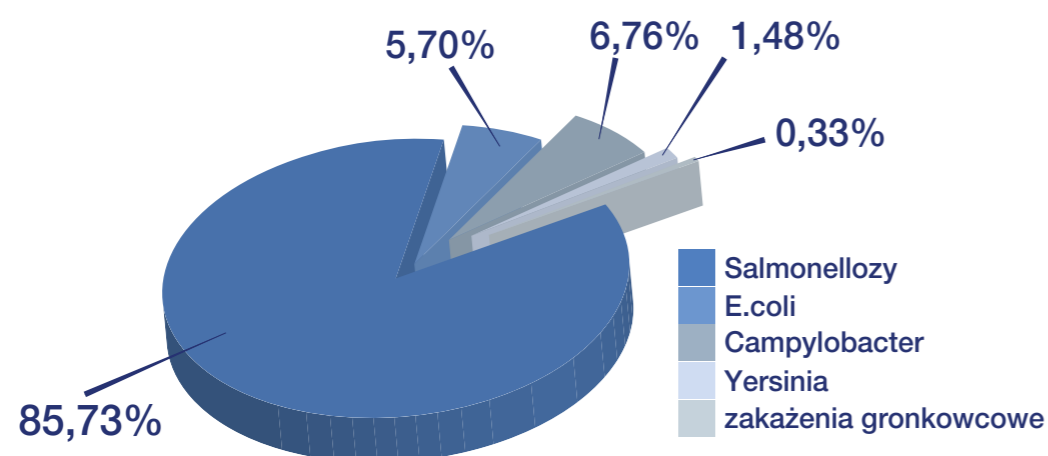
Najczęstszym źródłem ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych są mleko i inne produkty nabiałowe, gotowe dania (gotowe potrawy/gotowe posiłki), jaja oraz produkty je zawierające, mięso wieprzowe i drobiowe, owoce morza oraz żywność pochodzenia roślinnego. Głównym powodem występowania chorobotwórczych 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 2016 r. w Polsce zarejestrowano 787 zachorowań wywołanych przez bakterie z rodzaju Campylobacter sp. Dla porównania w 2015 r. odnotowano 653 przypadki zakażenia jelitowego wywołanego przez ten drobnoustrój, w 2014 r. –

652 przypadki kamylobakteriozy, a w 2013 r. – 552. Głównym nośnikiem chorobotwórczych dla człowieka bakterii Campylobacter są: surowy (niedogotowany/niedopieczony) drób lub inne mięso, niepasteryzowane mleko krowie i kozie oraz ich przetwory. W ostatnich latach wahaniami podlega liczba zachorowań wywołanych odzwierzęcymi serotypami pałeczek Salmonella. Obecnie ich liczba jest nadal znaczna. W 2016 r. w Polsce odnotowano 10 025 salmoneloz, w tym 9 698 przebiegło pod postacią zatrucia pokarmowego. Dla porównania w 2015 r. wystąpiły łącznie 8 652 salmoneloz, w tym 8 420 to zakażenia drogą pokarmową. Z kolei w 2014 r. wystąpiły łącznie 8 392 salmoneloz, w tym 8 197 to zakażenia drogą pokarmową. Głównym źródłem zakażeń pokarmowych spowodowanych odzwierzęcymi pałeczkami Salmonella są mięso drobiowe oraz wołowe, jak również jaja i produkty je zawierające.

Pewnym problemem są również zakażenia wywołane przez bakterię Listeria monocytogenes. Warunki chłodnicze, krótka pasteryzacja czy mrożenie nie chronią żywności przed namnożeniem się tej bakterii, która nie powinna być obecna w żywności. Do zakażenia człowieka dochodzi poprzez spożycie żywności zanieczyszczonej tym drobnoustrojem, głównie: wieprzowiny, drobiu, serów z niepasteryzowanego mleka krowiego. Wysokim ryzykiem odznaczają się także produkty RTE (Ready to Eat) tzw. do bezpośredniego spożycia. Najbardziej narażone na zakażenie pałeczkami Listerii są osoby z obniżoną odpornością tj. dzieci, kobiety w ciąży, chorzy przyjmujący leki immunosupresyjne. Zachorowanie kobiety w ciąży może spowodować poronienie, martwe urodzenie lub zespół chorobowy u noworodka. W Polsce w 2016 r. zarejestrowano ogółem 101 przypadków listeriozy, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej. Dla porównania w 2015 r. odnotowano ogółem 70 przypadków listeriozy, w tym 1 przypadek listeriozy wrodzonej, a w 2014 r. – 86 zakażeń pokarmowych wywołanych przez Listeria monocytogenes, w tym 4 przypadki listeriozy wrodzonej.

Udział wybranych bakteryjnych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i zatrucia pokarmowe przedstawia wykres 7.



Wykres 7. Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2016 r.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

### Zakażenia wirusowe

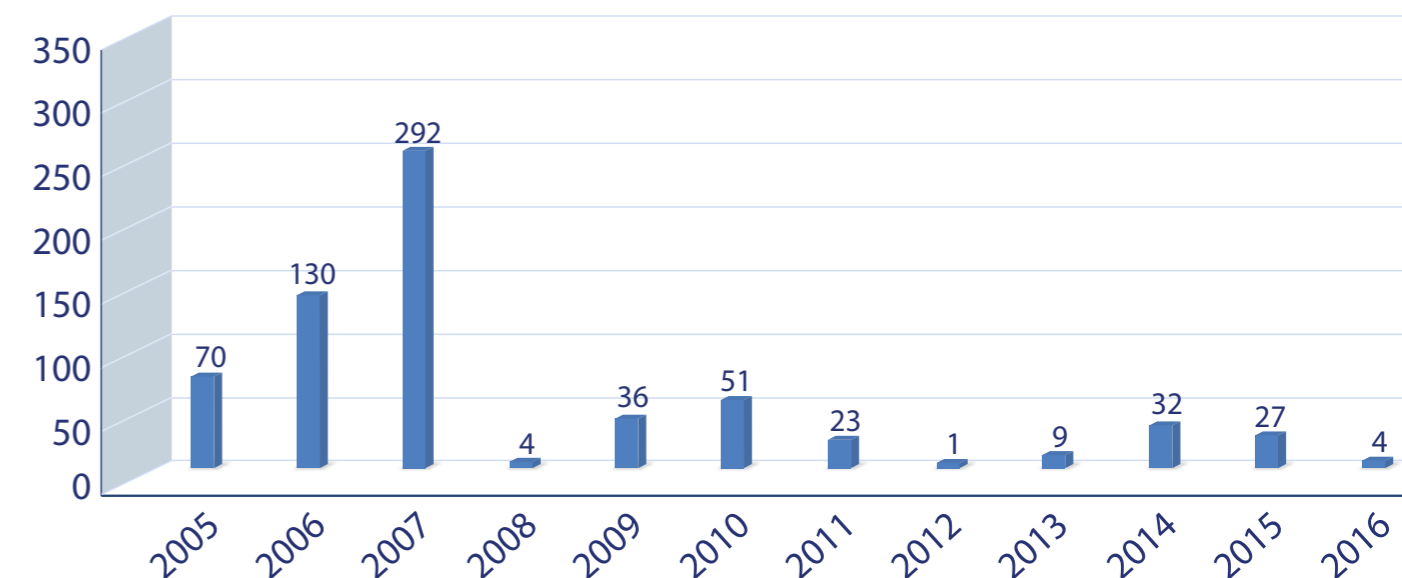
W 2016 r. zgłoszono 44 830 wirusowych zakażeń pokarmowych (55 729 przypadków zgłoszono w 2015 r.), w większości wywołanych przez rotawirusy.

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

Wśród osób dorosłych najczęstszą przyczyną zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej stanowi zakażenie norowirusowe.

Aby 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 spożyciem 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.



Wykres 8. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

### Włośnica

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi także wzmożone działania w zakresie ochrony zdrowia przed włośnicą, jako czynnikiem chorobotwórczym stanowiącym wciąż istotne oraz realne zagrożenie dla zdrowia ludzi. Wzrost liczby zachorowań na włośnicę na przestrzeni lat ma 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 2016 r. odnotowano jedynie 4 przypadki tej choroby, ale w roku poprzedzającym (2015 r.) zarejestrowano 27 przypadków włośnicy u ludzi. Łączna liczba przypadków zachorowań na włośnicę w Polsce odnotowana w poszczególnych latach została przedstawiona na wykresie 8. Analiza ognisk zbiorowych zachorowań na włośnicę pozwala stwierdzić, że zachorowanie te 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 w kierunku tego pasożyta lub badanie przeprowadzone niewłaściwą metodą. Badanie w kierunku obecności larw włośnia w mięsie określonych gatunków zwierząt przeprowadzają laboratoria Inspekcji Weterynaryjnej.



## Zatrucia

### Zatrucie jadem kielbasianym (botulizm)

W Polsce co roku rejestruje się kilkadziesiąt przypadków zatrucia jadem kielbasianym (botulizm). Jednocześnie w innych państwach UE nie odnotowuje się już od dawna zatrucia jadem kielbasianym na drodze pokarmowej. Występowanie w Polsce zachorowań na botulizm tłumaczy się przede wszystkim wciąż żywą tradycją konserwowania pokarmów metodami domowymi (sporządzanie weków). Przeprowadzone w sposób nieprawidłowy procesy konserwowania prowadzą do produkcji toksyny przez namnażające się w tej żywności bakterie *Clostridium botulinum*. Z drugiej strony zachorowalność i zapadalność na tą jednostkę chorobową na poziomie kilkudziesięciu przypadków rocznie jest wynikiem przestrzegania przez firmy produkujące żywność systemu HACCP, zasad GHP (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.

Liczbę przypadków zatrucia jadem kielbasianym w Polsce przedstawiono na wykresie 9. Do zatrucia jadem kielbasianym u ludzi dochodzi w wyniku spożycia zanieczyszczonych toksyną botulinową pokarmów niewłaściwie konserwowanych czy pasteryzowanych. W Polsce są to najczęściej przypadki spożycia zepsutych przetworów mięsnych (kielbasy, peklowanego mięsa), konserw oraz innych typów weków przygotowywanych w warunkach domowych. Źródłem zakażenia mogą być również poddane złej obróbce termicznej weki z warzyw o małej kwasowości takich jak: zielony groszek, kukurydza, oliwki, grzyby, szpinak, buraki, a także mięso ryb np.: tuńczyka, wędzonych i solonych ryb oraz owoców morza i mięsa ssaków morskich. Dla małych dzieci istotnym źródłem przetrwalników laseczki *Clostridium botulinum* jest miód pszczeli. W przypadku botulizmu przyrannego dochodzi do zanieczyszczenia ran ziemią zawierającą bakterie *Clostridium botulinum*. Ze względu na beztlenowe warunki panujące w brudnej ranie, jest ona doskonałym miejscem rozwoju bakterii i produkcji toksyny. Do zakażeń przyrannych dochodzi najczęściej w przypadku: głębokich urazów, rankluty, otwartych złamań, drogą iniekcji



Wykres 9. Liczba zatruc jadem kielbasianym w Polsce w latach 2005 – 2016

Źródło: NIZP-PZH(www.pzh.gov.pl)

### Inne przyczyny chorób pokarmowych

Botulizm występuje u ludzi oraz zwierząt. Rozpoznanych jest 7 typów toksyny botulinowej (typy A-G). Typy A, B, E i rzadziej F – są przyczyną zatrucia u ludzi. Toksyna jadu kielbasianego jest najsilniejszą ze znanych trucizn. Śmiertelna dawka dla człowieka wynosi 0,12 mikrograma. Efektem jej chorobotwórczego działania jest wiotkie porażenie mięśni szkieletowych ciała. Naturalnym i powszechnym miejscem bytowania *Clostridium botulinum* oraz jej przetrwalników są: gleba, osady wodne oraz zwierzęta (przewód pokarmowy wielu ssaków i ryb). Wraz z odchodami zwierząt laseczki jadu kielbasianego oraz ich przetrwalniki są wydalane do środowiska, gdzie szczególnie te ostatnie mogą długo pozostawać ze względu na swoją znaczną odporność na działanie czynników zewnętrznych.

Toksyny *Clostridium botulinum* są wrażliwe na ogrzewanie i ulegają zniszczeniu w czasie gotowania, jednak zarodniki są odporne na wysoką temperaturę (np. w temp. 100 stopni Celsjusza potrafią przetrwać godzinę), w związku z czym wymagają bardzo wysokich temperatur i odpowiedniego czasu do ich zniszczenia.

u osób uzależnionych od narkotyków. Istnieją również doniesienia o szkodliwym działaniu czystej, rozcieńczonej toksyny botulinowej typu a (tzw. botoks) stosowanej bezpośrednio u pacjentów w trakcie zabiegów kosmetycznych czy medycznych.

## Choroby odzwierzęce

Rozprzestrzenianiu czynników chorobotwórczych ze zwierząt na ludzi sprzyja wciąż niewystarczająca wiedza Polaków co do sposobów przenoszenia zakażeń.

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.

Od wielu lat większość zoonoz jest związana ze spożyciem pokarmów pochodzenia zwierzęcego, które mogą być zanieczyszczone chorobotwórczymi dla ludzi bakteriami odzwierzęcymi. Sytuację epidemiologiczną tych chorób opisano w punkcie poświęconym chorobom przenoszonym drogą pokarmową, natomiast w niniejszym punkcie opisano przede wszystkim choroby przenoszone głównie przez wektory (stawonogi).

W Polsce sytuację epidemiologiczną ww. chorób odzwierzęcych w 2016 r. należy uznać za stabilną. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzanych przypadków zoonoz są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

Należy zwrócić uwagę, iż na niektóre zoonozy (np. borelioza, kleszczowe zapalenie mózgu, zakażenia hantawirusowe) narażone są szczególnie pewne grupy zawodowe, jak leśnicy i rolnicy. Nie można również zapominać o występujących w innych strefach klimatycznych chorobach zakaźnych, które niejednokrotnie posiadają swój rezerwuar wśród zwierząt, a z pomocą wektorów np. komarów, kleszczy, są przenoszone także na człowieka (np. gorączka Zachodniego Nilu, Chikungunya, żółta gorączka, Zika, malaria). Obecnie bowiem w związku ze wzmożonym ruchem turystycznym i globalizacją handlu oraz zmianami klimatycznymi choroby te dotyczą także podróżujących po świecie obywateli Europy, także turystów z Polski.

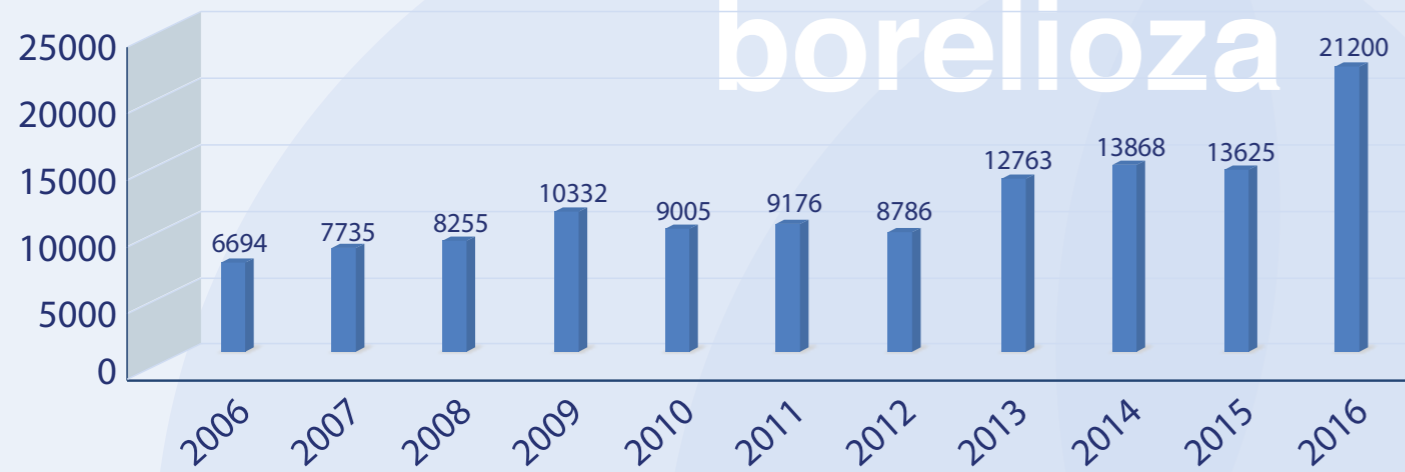
Borelioza z Lyme jest najczęściej występującą chorobą odkleszczową w Polsce i Europie, wywołaną przez krętki (bakterie) z rodzaju *Borrelia burgdorferi*. Choroba ta jest przenoszona przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*, a rezerwuarem dla tego drobnoustroju są dzikie i domowe zwierzęta – przede wszystkim 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.

Zgodnie z wstępnymi danymi, w 2016 r. zanotowano w Polsce 21 200 przypadków boreliozy, przy zapadalności 55,2/100 tys. mieszkańców. 12,4% chorych poddano hospitalizacji. Dla porównania w 2015 r. odnotowano na terenie naszego kraju 13 625 przypadków boreliozy, przy zapadalności 35,4/100 tys. mieszkańców, a 14% chorych hospitalizowano. Z kolei w 2014 r. zanotowano w Polsce 13 868 przypadków, przy zapadalności 36/100 tys. mieszkańców. Także w 2013 r. liczba zgłoszonych zachorowań na boreliozę była wysoka (niespełna 13 tys. nowych zachorowań przy zapadalności 33,12/100 tys. mieszkańców). W latach wcześniejszych liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 tys. rocznie. Wykres 10 przedstawia liczbę przypadków zachorowań na boreliozę w poszczególnych latach. W 2016 r. podobnie jak w 2015 r. największą zachorowalność odnotowano w województwach: śląskim, małopolskim, mazowieckim, lubelskim, podlaskim oraz warmińsko-mazurskim.

Przyczyn wzrostu zachorowalności na boreliozę jest wiele. Przede wszystkim wzrost liczby kleszczy, zarówno w lasach jak i w miejskich terenach zielonych np. parkach, oraz wydłużenie okresów ich żerowania. Wynika to ze zmian środowiskowych, które doprowadziły do zwiększenia się liczby zwierząt stanowiących rezerwuar drobnoustroju. Istotne znaczenie mają także zmiany społeczno-ekonomiczne, w wyniku których nastąpiła popularyzacja aktywnych form spędzania wolnego czasu przez człowieka czy zbieranie owoców runa leśnego w celach zarobkowych. Wzrost rejestracji przypadków boreliozy należy wiązać także z poprawą efektywności diagnostyki oraz rozpoznawania i zgłaszania tej choroby 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.

# borelioza



Wykres 10. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2016  
Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Zakażenia wywołane przez hantawirusy (gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym – HFRS oraz nefropatia epidemiczna – NE) występują na wszystkich kontynentach i rozpoznawane są we wszystkich krajach Europy. Duże ogniska zakażeń hantawirusami występują w Skandynawii oraz Chorwacji. Rezerwuarem drobnoustrojów są dziko żyjące gryzonie. Do zakażenia człowieka dochodzi w drodze inhalacji powietrza skażonego drobinami kurzu zawierającego wirusy pochodzące z wydzielin i wydaliny gryzoni. Za główne czynniki narażenia na zakażenie hantawirusami uważa się: pracę w ogrodzie, polu, lesie, w obejściu domu, który jest usytuowany do 100 metrów od pól, lasu; sprzątanie piwnic, strychów, pomieszczeń gospodarczych, remonty drewnianych domów. Te miejsca są siedliskiem gryzoni bądź są przez nie często odwiedzane. W Polsce na terenie województwa podkarpackiego stwierdza się endemiczne występowanie hantawirusów z grup Puumala virus oraz Dobrava-Belgrade virus oraz odnotowuje się wywołane przez nie zakażenia ludzi. W 2016 r. odnotowano 8 zakażeń hantawirusami, w 2015 r. – 6, w 2014 r. – 54, zaś w 2013 r. potwierdzono 8 zakażeń hantawirusami. Sprawdzoną i akredytowaną diagnostyką w kierunku zakażeń hantawirusami z materiału pobranego od ludzi dysponuje Laboratorium Diagnostyki Medycznej WSSE w Rzeszowie. Laboratorium to przyjmuje do badań próbki ze zleceń jednostek z terenu całej Polski.

Za istotny problem należy uznać także bąblowicę. Jest to zoonoza powodowana przez larwy tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*. Liczba stwierdzanych przypadków tej choroby wydaje się być zaniżona, z uwagi na trudną wykrywalność choroby (przewlekły rozwój 5–10 lat, brak objawów w pierwszej kilkuletniej fazie), a z drugiej strony powszechne skażenie środowiska jajami tych tasiemców, wydalanych wraz z kałem przez zakażone lisy. Szczegółowe dane liczbowe na temat zarejestrowanej liczby przypadków zachorowań na bąblowicę obrazuje wykres 11. W warunkach polskich także pies może być rezerwuarem tasiemców bąblowcowych. Jaja tasiemców dostają się

do organizmu człowieka zarówno przez bliski kontakt z tymi zwierzętami (np. głaskanie), przeniesienie jaj do ust za pomocą brudnych rąk, jak i spożycie skażonej jajami tasiemca żywności lub wody. Nabycie bąblowicy jest obecnie realne w wielu regionach naszego kraju, ze względu na pogłębiające się zjawisko ich coraz powszechniejszego występowania na terenach podmiejskich i miejskich (tzw. urbanizacja lisów). Problem dotyczy zarówno mieszkańców wsi jak i miast oraz turystów. W zakresie zapobiegania zachorowaniu na bąblowicę najistotniejsze jest upowszechnianie wiedzy nt. zasad higieny podczas i po pracy w polu/ogrodzie/lesie, ochrona posesji przed lisami poprzez ogradzanie domostw i zabezpieczanie śmietników, które jako źródło resztek jedzenia wabią dzikie zwierzęta, a także prowadzenie regularnych zabiegów odrobaczania zwierząt domowych preparatami działającymi także na tasiemce.



# bąblowica



Wykres 11. Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2016  
Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Nie można również zapominać o wściekłości, której przypadki wśród dzikich jak i udomowionych zwierząt na terenie naszego kraju wciąż występują (Stan Zakaźnych Chorób Zwierzęcych według danych Głównego Inspektoratu Weterynarii) i choć jest ich z roku na roku coraz mniej, to jednak nie wpływa to na zmniejszenie liczby osób narażonych na pokąsanie lub oślinienie przez zwierzęta podejrzane o zakażenie wirusem wścieklizny i liczby podejmowanych wobec tych osób szczepień przeciw wścieklicznie. Art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2004 nr 69, poz. 625, z późn. zm.) stanowi, że „posiadacze psów są obowiązani zaszczepić psy przeciwko wścieklicznie 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 niski koszt szczepienia, a duży wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, rekomenduje się także właścicielom kotów regularne szczepienie tych zwierząt przeciwko wścieklicznie.

W trosce o zdrowie własne i swoich najbliższych posiadacze zwierząt towarzyszących powinni pamiętać o ciężących na nich obowiązkach związanych z dbałością o zwierzęta.

Toksokaroza oraz toksoplazmoza, świerzby – do zakażenia tymi chorobami może dojść w drodze bezpośredniego kontaktu ze zwierzętami towarzyszącymi, 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).

## Inwazyjna choroba meningokokowa

*Neisseria meningitidis* (meningokok) 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 amputacji tkanek martwiczych. Przemijające nosicielstwo bakterii *Neisseria meningitidis* jest powszechne. Przejściowa, bezobjawowa kolonizacja nosogardzieli występuje u ok. 5–10% populacji. W nielicznych przypadkach szczególnej wrażliwości osobniczej (mniej niż u 1% zakażonych) może wystąpić inwazyjna forma zakażenia, która w ciągu kilkunastu godzin prowadzi do wystąpienia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (55%) lub posocznicy (15%), a w konsekwencji nawet do zgonu.

W Polsce 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 inwazyjną chorobę meningokokową) należy wdrożyć antybiotykoprofilaktykę poekspozycyjną. Zachorowania o charakterze epidemicznym występują najczęściej w sytuacji pojawienia

się w populacji szczepu o zwiększonej inwazyjności i wirulencji. W latach 2006–2009 odnotowano w Polsce 7 ognisk epidemicznych wywołanych przez szczepy typu C z kompleksem klonalnym ST-11. W sytuacjach, gdy zachodzi ryzyko wystąpienia ognisk zachorowań może być wdrożona akcja masowych szczepień w grupach wiekowych lub wyodrębnionych populacjach najbardziej narażonych na zachorowania.

W Polsce w 2016 roku zgłoszono 164 przypadki zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (zapadalność 0,43/100 000), w 2015 r. – 220 zachorowań (zapadalność 0,57/100 000). Nie zanotowano zachorowań o skali epidemicznej. Największą zapadalność obserwowano w grupach wiekowych, na które typowo przypada szczyt zachorowań tj. u dzieci <1 roku życia, a także w grupie <5 roku życia. Drugi szczyt zachorowań występuje u młodzieży i młodych dorosłych między 11 a 24 rokiem życia. Ryzyko wystąpienia choroby meningokokowej dotyczy jednak wszystkich grup wiekowych. Dane dotyczące liczby zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową 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 <1. roku życia, natomiast u młodzieży i młodych dorosłych dominują zakażenia wywołane przez meningokoki serogrupy C.

Tabela 11. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. oraz w porównywalnym okresie 2015 r. (NIZP-PZH)

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01-31.12.2016 r.*		1.01-31.12.2015 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Choroba meningokokowa inwazyjna	Ogółem	164	0,43	220	0,57
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	87	0,23	121	0,31
	Posocznica	115	0,30	139	0,36
	inna określona i nieokreślona	3	0,01	4	0,01

\* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Inwazyjna choroba pneumokokowa

Zakażenia wywołane przez bakterię *Streptococcus pneumoniae* są przyczyną m.in. zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub posocznicy. 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.

W Polsce w 2016 roku zgłoszono 955 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową (zapadalność 2,49/100 000). W roku 2015 zgłoszono 978 zachorowań (zapadalność 2,54/100 000). 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.



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 gr. A zalecane jest szczepienie szczepionką skojarzoną.

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

Tabela 12. Zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. oraz w porównywalnym okresie 2015 r. (NIZP-PZH)

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01-31.12.2016 r.*		1.01-31.12.2015 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Choroba pneumokokowa inwazyjna	Ogółem	955	2,49	978	2,54
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	168	0,44	197	0,51
	Posocznica	637	1,66	647	1,68
	inna określona i nieokreślona	373	0,97	360	0,94

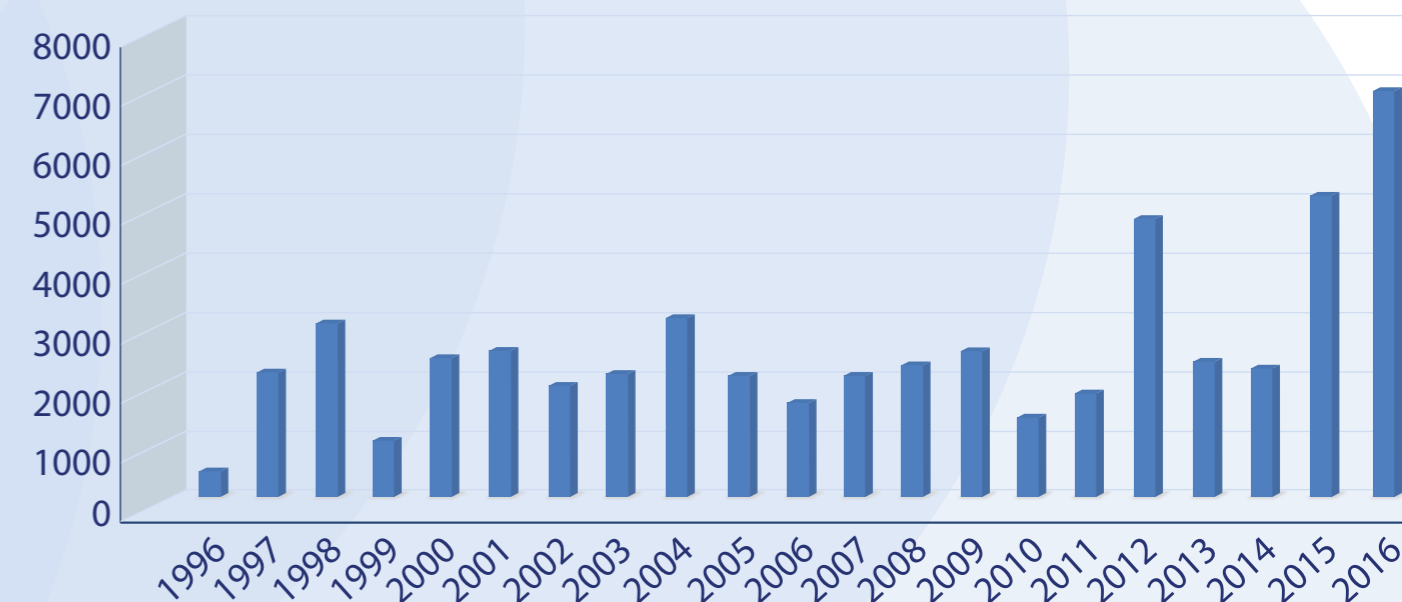
\* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Krztusiec

Krztusiec jest bakteryjną chorobą zakaźną wywołaną przez pałeczkę krztuśca *Bordetella pertussis*. Choroba przenosi się drogą oddechową i jest bardzo zaraźliwa – w wyniku kontaktu z chorą osobą zakażeniu ulega do 90% nieuodpornionych osób. W przypadku osób dorosłych zachorowanie ma niecharakterystyczną postać przewlekłego, utrzymującego się powyżej 2 tygodni kaszlu. U dzieci występują natomiast objawy, od których krztusiec wziął swoją nazwę: napadowy, duszący kaszel kończący się z 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 krztuścowi rozpoczyna się w 2 miesiącu

życia dziecka. Ponadto kobietom w ciąży zalecane jest szczepienie przypominające, które pozwala chronić dziecko w okresie przed jego pierwszym szczepieniem.

W roku 2016 nastąpił dalszy wzrost liczby przypadków zachorowań na krztusiec – 6 855 przypadków, w porównaniu do 2015 r. roku w którym odnotowano 4 956 przypadków krztuśca. Powyższe dane mogą wskazywać na dalsze trwanie szczytu epidemii wyrównawczej, czyli okresu wystąpienia największej liczby zachorowań. Poprzednia epidemia wyrównawcza krztuśca wystąpiła w 2012 r., wówczas odnotowano 4 684 przypadki zachorowań. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996 – 2016 obrazuje wykres 12.



Wykres 12. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Epidemie wyrównawcze chorób zakaźnych to cykliczne występowanie wzrostów liczby zachorowań. Cykliczność występowania zachorowań krztuśca wynosi od 3 do 5 lat w zależności od stosowanej szczepionki oraz innych czynników (grup wiekowych objętych powszechnymi szczepieniami).

Najistotniejszym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się krztuśca w populacji jest występowanie zjawiska naturalnego (fizjologicznego) zanikania odporności na tę chorobę zarówno w przypadku osób, które nabyły ją w wyniku szcze-

pienia, jak również tych które nabyły ją w wyniku przechorowania. Spadek odporności nabytej w wyniku przechorowania krztuśca jest wolniejszy niż po podaniu szczepionki. Istnieją również różnice w okresie ochrony zapewnianej przez szczepionki w zależności od ich rodzaju. Odporność naturalna po przechorowaniu krztuśca utrzymuje się przez ok. 10 – 15 lat. Odporność po podaniu szczepionek komórkowych (celularnych) utrzymuje się ok. 3 – 10 lat (najczęściej 5 – 7 lat).

## Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji ogólnej

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2016 roku należy uznać za ogólnie dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich.

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

Tabela 13. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005 – 2016 (dane za 2016 rok są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie)

Jednostka Chorobowa	ROK											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
AIDS	157	167	173	190	142	157	241	190	191	151	137	117
Zakażenia HIV (nowowykryte)	310	587	699	958	689	765	1188	1135	1159	1107	1386	1435
Dur brzuszny	3	3	2	5	4	0	2	2	2	3	4	2
Dury rzekome A,B,C	3	1	3	2	5	6	2	5	5	1	5	2
Salmonelozy - ogółem	16007	13364	11702	9605	8964	9732	8813	8444	7578	8392	8656	10025
Czerwonka bakteryjna	80	35	64	32	30	30	17	13	19	44	18	15
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem:	5058	6303	6620	7451	6741	6388	6539	7046	9624	11332	13283	13007
W tym: kamylobakteriozy	47	154	193	270	360	375	354	431	552	652	650	787
Jersiniozy	b.d.	b.d.	b.d.	213	288	206	234	201	199	215	173	172
Wirusowe zakażenia jelitowe	12533	20671	21748	32535	32660	32723	44906	39462	42699	51561	55729	44845
W tym rotawirusowe	9996	15702	15187	23646	22045	20902	30769	23692	23529	33789	33944	21259
Biegunki u dzieci do 2 lat	17284	21310	22706	29188	313220	30144	38205	34458	38101	41572	43502	35114
Krztusiec	1925	1525	1985	2167	2391	1266	1669	4684	2183	2101	4956	6855
Tęžec	15	22	19	14	19	16	14	19	14	13	12	12
Odra	13	120	36	97	114	13	38	70	84	110	48	133
Różyczka	7946	20668	22886	13145	7586	4196	4290	6263	38548	5891	2027	1105
Ospa wietrzna	147751	141218	160161	129545	140115	183446	172885	208276	178501	221628	187624	160708
Nagminne zapalenie przyusznicy (świnka)	71999	15114	4147	3273	2954	2754	2582	2779	2436	2508	2208	1978
Nagminne porażenia dziecięce - poszczepienne	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1075	1578	1201	708	737	1184	1069	1285	1077	1823	891	951
Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	387	608	510	406	538	183	201	187	172	157	137	152
Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	174	316	233	200	344	294	221	189	227	195	150	283
Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	208	234	392	369	306	229	296	241	251	188	220	165
W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - meningokokowe	126	137	213	214	192	146	193	165	163	122	121	90
Inwazyjna choroba wywołana przez Haemophilus influenzae (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	72	54	46	29	20	26	31	36	25	41	66	67
W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - Haemophilus influenzae	56	39	37	20	14	11	11	11	9	11	14	8
Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	175	211	273	268	275	364	430	436	54	704	987	960
W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - pneumokokowe	110	117	162	148	163	18	192	145	195	199	196	175
Zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - inne bakteryjne lub o nieustalonej etiologii	954	1087	1104	953	917	1263	1142	1210	1417	1310	800	980
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	54	109	42	209	652	155	65	71	48	76	49	35
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1724	1751	1523	1375	1515	1671	1613	1583	1541	2763	3518	3811
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2993 <sup>1</sup>	3025 <sup>1</sup>	2811 <sup>1</sup>	2391 <sup>1</sup>	(1979) <sup>1</sup> 1891 <sup>2</sup>	2178 <sup>2</sup>	2189 <sup>2</sup>	2359	2664	3551	4284	4277
Włośnica	62	135	292	4	36	51	23	1	9	32	27	4
Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem:	20065	17264	15241	12215	10817	11464	10847	10231	9053	9731	9864	10733
W tym: salmonelozowe	15621	13216	11566	9473	8847	9549	8652	8444	7407	8392	8656	9698
Gronkowcowe	658	417	407	202	146	217	283	147	128	68	98	37
Jadem kielbasianym	28	50	48	46	31	32	35	22	24	29	30	26
Clostridium perfringens	4	5	4	3	1	8	24	5	18	16	109	2
Borelioza (choroba z Lyme)	4406	6679	7731	8248	10333	9005	9170	8786	12759	13868	13625	21200
Grypa (i podejrzenia grypy) - ogółem	733234	251815	374042	227346	1081975	551054	1156357	1460037	3164405	3137056	3843438	4316823
Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę - profilaktyka wścieklizny	7711	751	7092	6887	6874	7524	7842	7999	7844	8661	8139	7981
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	10	10	11	11	17	18	21	17	23	24	22	26

<sup>1</sup> Liczba zgłoszonych zachorowań zgodnie z definicją przypadku z 2005 r.

- brak przypadków

<sup>2</sup> Liczba zgłoszonych zachorowań zgodnie z nową, obowiązującą od 2009 r., definicją przypadku

b.d. brak danych

Źródło: opracowanie własne (GIS)



## Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne

W 2016 r. w związku z niekorzystną sytuacją epidemiologiczną związaną z narastaniem liczby przypadków osób objętych ogniskami zakażeń wywołanych szczepem *Klebsiella pneumoniae* NDM w Polsce, w porozumieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, Ministerstwo Zdrowia oraz Główny Inspektor Sanitarny podejmowały działania profilaktyczne. Wśród działań mających na celu zwiększenie ostrożności personelu medycznego wobec drobnoustrojów opornych na kluczowe w leczeniu antybiotyki wymienić można m.in. warsztaty szkoleniowe dedykowane członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, przedstawicielom szpitali, a także Państwowej Inspekcji Sanitarnej z terenu całego kraju, podczas których szczegółowo omówiono metody diagnostyczne i procedury wygaszania tzw. ognisk epidemicznych, ale też sposoby ograniczania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i opornością na antybiotyki.

Główny Inspektor Sanitarny w 2016 r. przekazał do Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych zalecenia Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów oraz procedurę wykrywania pałeczek Gram-ujemnych wytwarzających nabyte karbapenemazy.

Istotną część Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Kierowników Oddziałów Epidemiologii i Laboratoriów Mikrobiologii WSSE pt. „Wybrane kierunki działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi” poświęcono tematyce związanej z zapobieganiem rozprzestrzeniania się szczepów *Klebsiella pneumoniae* NDM w podmiotach leczniczych oraz działań podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

Główny Inspektorat Sanitarny przygotował projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie metod zapobiegania zakażeniom spowodowanym wybranymi biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi o szczególnej zjadliwości lub oporności. Ponadto odbywała się ścisła współpraca Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze szpitalami w województwach, gdzie występowały ogniskowe zakażenia.

W roku 2015 zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 9 ognisk epidemicznych, w których czynnikiem zakaźnym była *Klebsiella pneumoniae* NDM. Ogniska te zarejestrowano w podmiotach leczniczych w województwie: dolnośląskim, lubuskim i mazowieckim. Zakażeniu w tych ogniskach uległo 25 osób, natomiast u 36 osób, u których wykonano badanie przesiewowe, stwierdzono kolonizację/nosicielstwo bezobjawowe.

W 2016 roku zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 35 ognisk epidemicznych wywołanych *Klebsiella pneumoniae* NDM. Ponadto w województwie mazowieckim zarejestrowano 31 przypadków transmisji bezobjawowego nosicielstwa. Ogniska epidemiczne zarejestrowano w podmiotach leczniczych w województwie: mazowieckim (19), podlaskim (9), zachodniopomorskim (2) kujawsko-pomorskim (1), łódzkim (1), śląskim (1), warmińsko-mazurskim (1) i wielkopolskim (1). Zakażeniu

w tych ogniskach uległo 120 osób, natomiast u 323 osób, u których wykonano badania, stwierdzono nosicielstwo/kolonizację. Powyższe ogniska epidemiczne odnotowano w szpitalach: klinicznych, specjalistycznych, wojewódzkich oraz powiatowych. Wśród hospitalizowanych pacjentów *Klebsiella pneumoniae* NDM występowała najczęściej w postaci bezobjawowego nosicielstwa, zaś w przypadku zakażenia inwazyjnego, stwierdzana była przede wszystkim u osób z obniżoną odpornością. Na podstawie otrzymanych raportów stwierdzono, iż zakażenia dotyczyły w szczególności układu moczowego, układu oddechowego (zapalenie płuc), zakażenia ran i zakażenia krwi.

Wzrost zarejestrowanych przypadków ognisk epidemicznych nastąpił po wzmożeniu nadzoru epidemiologicznego w 2016 roku. Świadczy to m.in. o skuteczności rejestracji zakażeń, a w przypadku *Klebsiella pneumoniae* NDM (także bezobjawowego nosicielstwa) oraz podjętych i realizowanych działań zapobiegawczych zarówno przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i szpitale.

Szpitale zostały zobligowane do przeprowadzania badań przesiewowych u pacjentów przy przyjęciu do szpitala, przestrzegania zasad izolacji pacjentów, zwiększenia natężenia kontroli wewnętrznych oraz bieżącego zgłaszania do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nawet pojedynczych przypadków *Klebsiella pneumoniae* NDM.

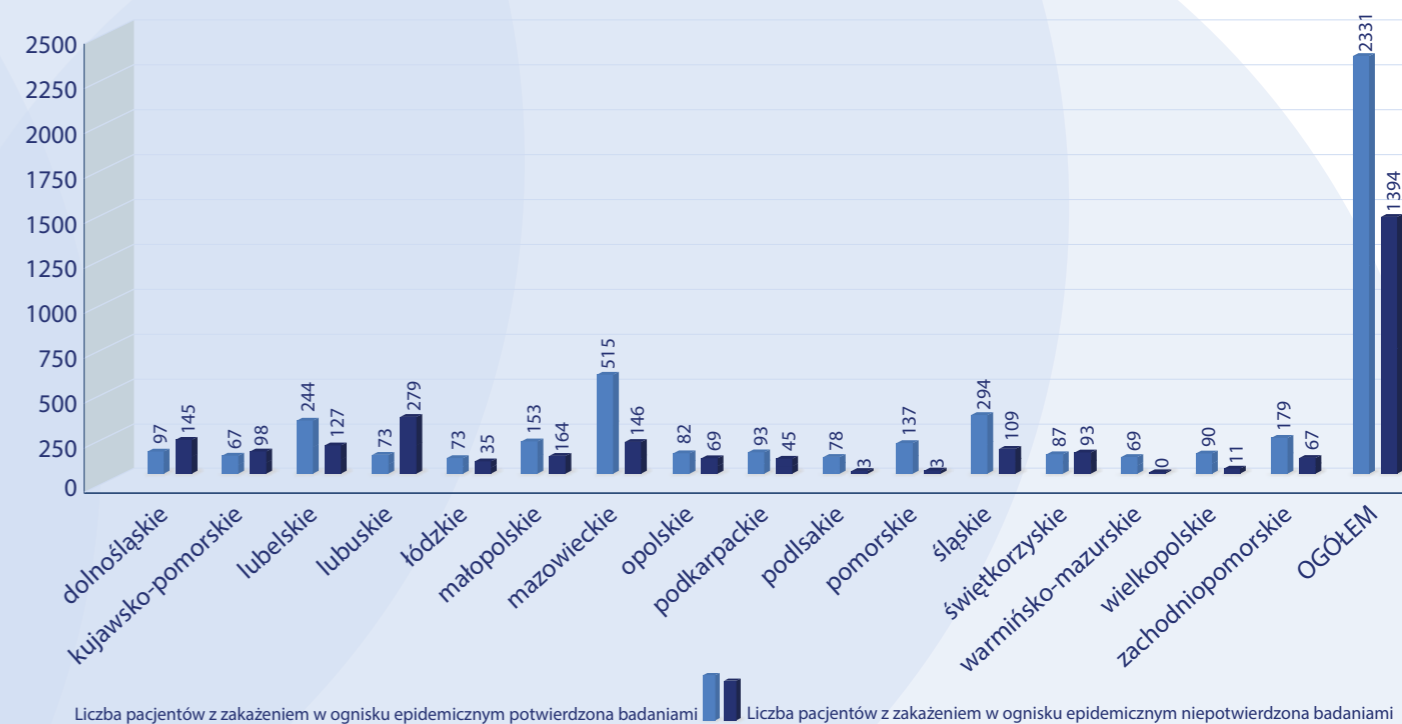
Realizacja na wielką skalę obowiązku badań przesiewowych u pacjentów przyjmowanych do szpitali w województwie mazowieckim i podlaskim pozwoliła wychwycić zarówno objawowe zakażenia wywołane tą bakterią, jak i przypadki bezobjawowych kolonizacji. W ramach działań zmierzających do ograniczenia skali zjawiska na Mazowszu od ponad roku działa Zespół ds. ograniczenia rozprzestrzeniania się w woj. mazowieckim szczepów *Klebsiella pneumoniae* wytwarzających karbapenemazy, pod kierunkiem naukowego Konsultanta Krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, składający się z: przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych, organów administracji publicznej, konsultantów wojewódzkich ds. epidemiologii, chorób zakaźnych, mikrobiologii, pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz ekspertów ds. epidemiologii i mikrobiologii szpitalnej.

W 2016 r. powołano także w województwie podlaskim Zespół ds. ograniczenia rozprzestrzeniania się szczepów *Klebsiella pneumoniae* wytwarzających karbapenemazy typu NDM, któremu przewodniczy Podlaski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Białymstoku. Do współpracy powołano konsultantów wojewódzkich w dziedzinie epidemiologii, chorób zakaźnych, pielęgniarstwa epidemiologicznego, mikrobiologii lekarskiej oraz przedstawicieli szpitali.

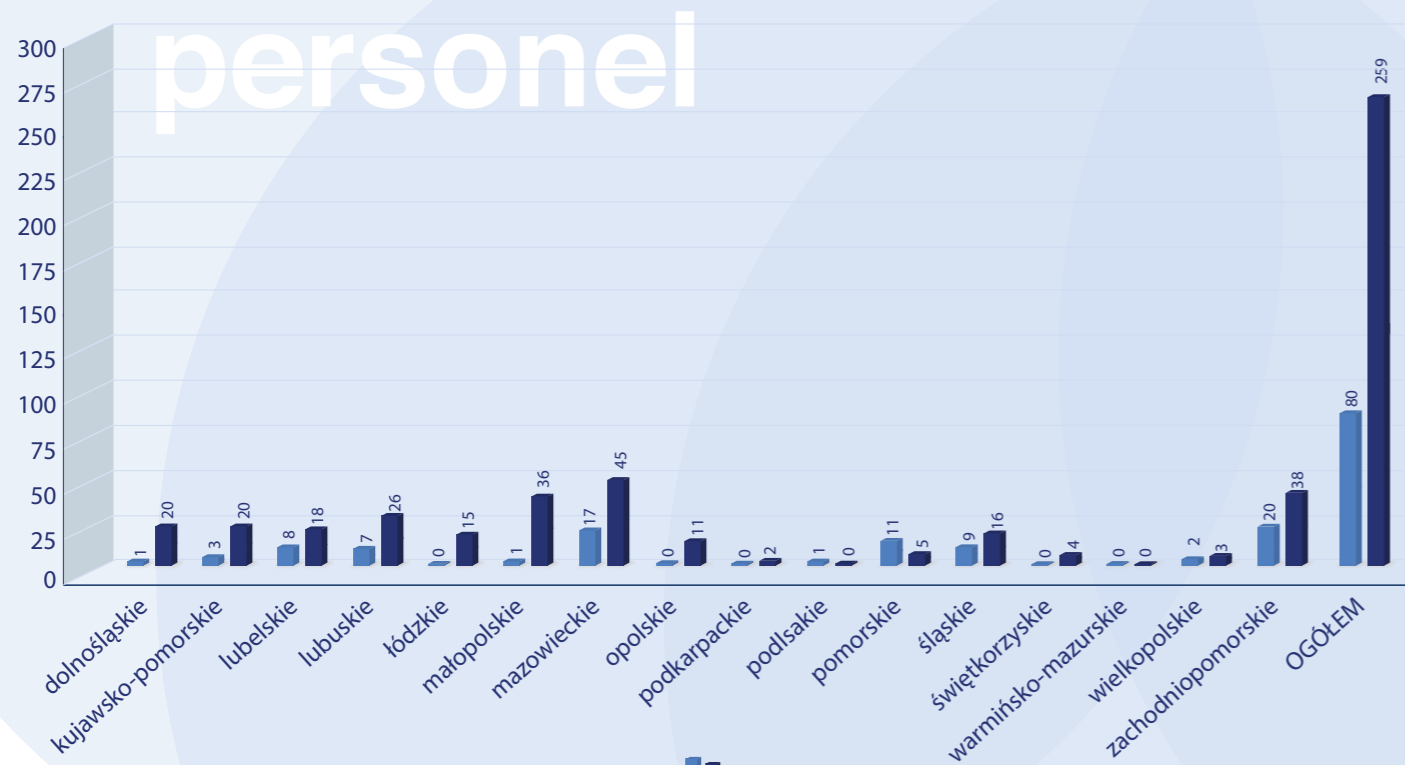
W roku 2016 odbywały się cykliczne spotkania Zespołów, przeprowadzono nieodpłatne szkolenia specjalistyczne dla personelu medycznego, odbyło się kilkanaście konferencji i szkoleń poświęconych tej tematyce. Podjęto także intensywne działania kontrolne podmiotów leczniczych.

Wzmoczone kontrole organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w szpitalach województwa mazowieckiego i podlaskiego w roku 2016 przyczyniły się do weryfikacji wdrożonych i stosowanych przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych aktualnych zaleceń i wytycznych. Jednym z najczęściej wydawanych zaleceń było wprowadzenie ścisłego nadzoru nad procedurami higieny rąk i prowadzenie analiz zużycia preparatów dezynfekcyjnych do rąk, a także izolacji pacjentów.

W Polsce w 2016 roku zgłoszono do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych 532 ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych, to jest o 11,5% więcej niż w roku 2015, w którym liczba ta wynosiła 477. Ogniska epidemiczne w 2016 roku zgłoszono z 267 szpitali, co stanowi 28,6% ogółu szpitali, zaś w 2015 z 233 szpitali, co stanowiło 24,7% ogółu szpitali. W ogniskach zachorowało 3 725 pacjentów oraz 339 pracowników medycznych łącznie – 4 064 osób, co zostało przedstawione na wykresach 13 i 14.



Wykres 13. Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



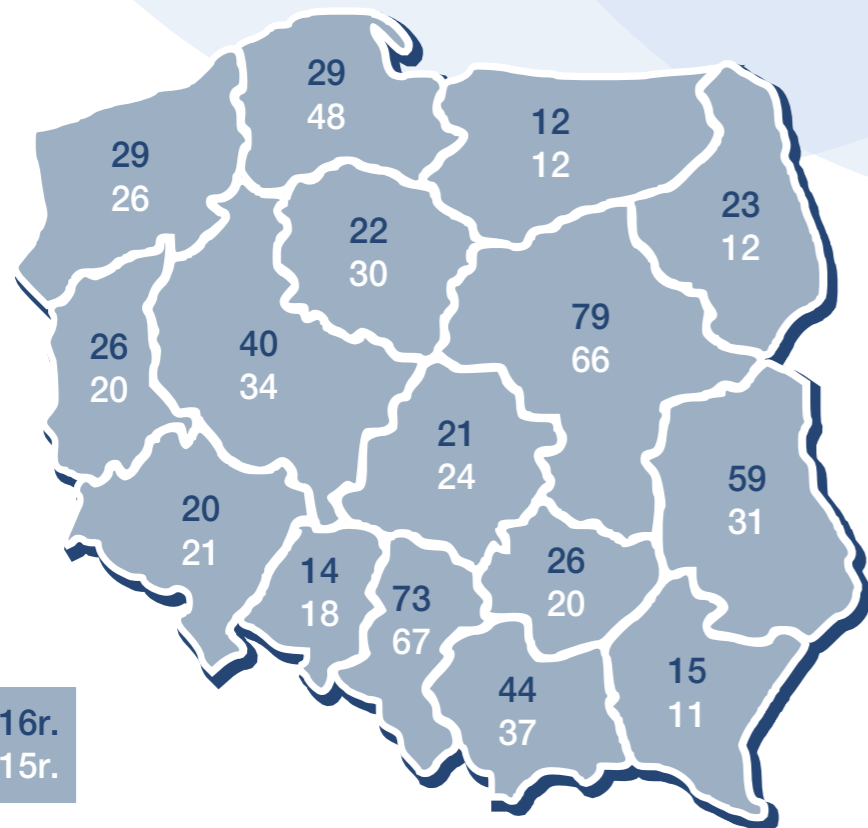
Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym potwierdzona badaniami | Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym niepotwierdzona badaniami

Wykres 14. Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym zależy m.in. od czynnika etiologicznego wywołującego zakażenie, przestrzegania obowiązujących w szpitalu procedur, w szczególności dotyczących higieny rąk, zapewnienia możliwości izolacji pacjentów. Głównymi czynnikami etiologicznymi, które wywołały zakażenia wśród personelu

były: wirusy grypy AH1N1, norowirusy, świerzbowiec, rotawirusy.

Sytuację epidemiologiczną w zakresie występowania ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych w latach 2015 – 2016 w Polsce przedstawia rysunek 1.

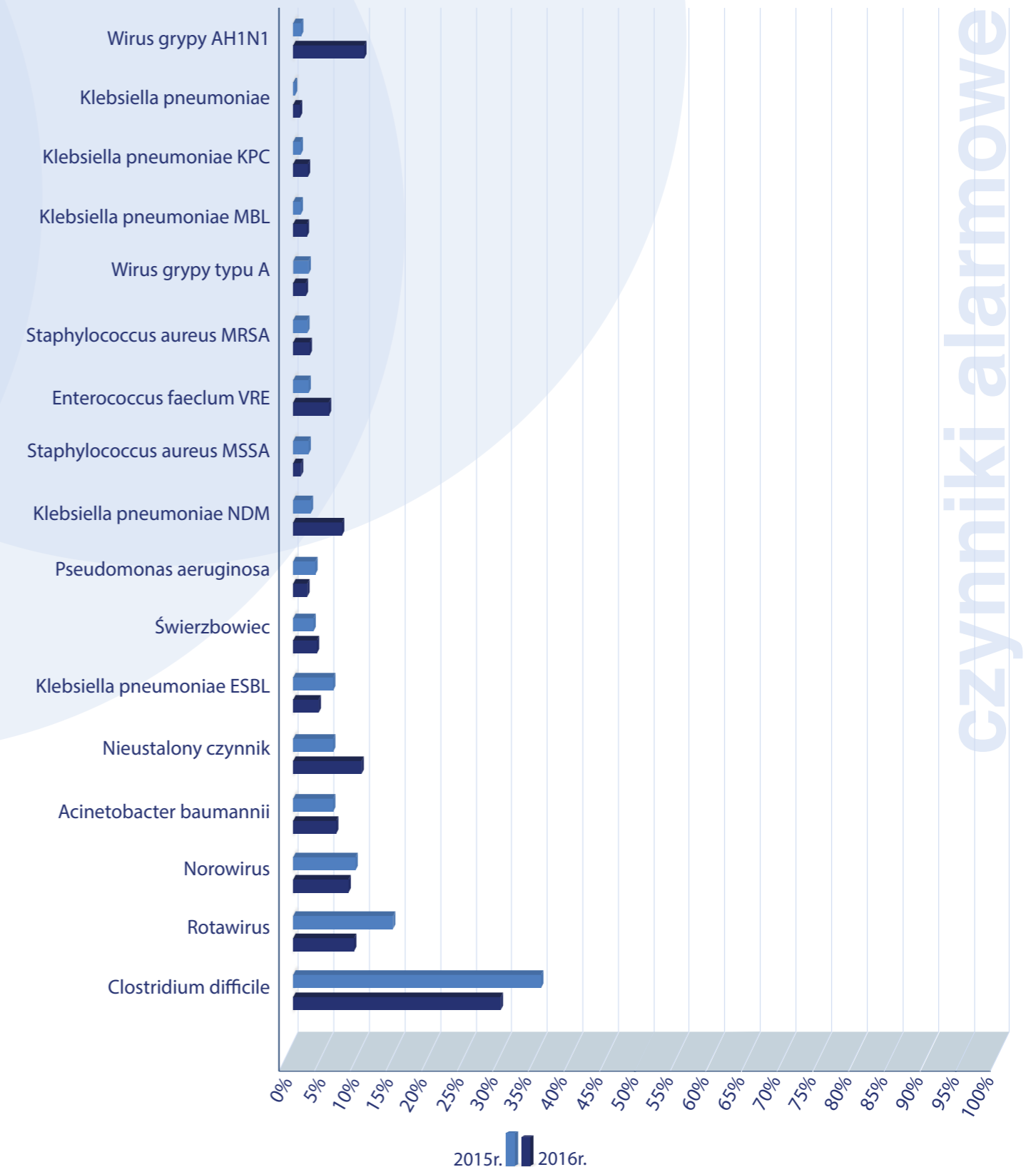


Rysunek 1. Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2015 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Z analizy danych z raportów rocznych wynika, iż wyraźny wzrost liczby ognisk epidemicznych spowodowanych *Klebsiella pneumoniae* NDM odnotowano w województwach: mazowieckim i podlaskim. W województwach: śląskim, małopolskim, podkarpackim, lubuskim, lubelskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim i świętokrzyskim odnotowano nieznaczny wzrost liczby ognisk epidemicznych, natomiast zmniejszyła się liczba ognisk epidemicznych zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w woje-

wództwach: łódzkim, pomorskim, kujawsko-pomorskim, dolnośląskim i opolskim. W województwie warmińsko-mazurskim zarejestrowano w roku 2016 tyle samo ognisk, co w roku ubiegłym.

Najczęstsze czynniki alarmowe, które wywoływały ogniska epidemiczne w szpitalach w latach 2015 – 2016, przedstawia wykres 15.



Wykres 15. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w latach 2015 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

czynniki alarmowe

Podobnie jak w poprzednich latach, w roku 2016 dominowały zakażenia żołądkowo-jelitowe wywołane przez *Clostridium difficile*, jednak ich udział w łącznej liczbie zgłoszonych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zmniejszył się z 34,4% w roku 2015 do 28,3% w 2016 r.

Zmniejszył się także odsetek ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych wywoływanych przez rotawirusy z 8,3% w 2015 roku do 7,9% w 2016 roku oraz zakażeń wywołanych przez norowirusy z 13,8% w 2015 roku do 7,3% w 2016 roku. Ponadto w 2016 r. zarejestrowano 2 ogniska wywołane *Salmonellą infantis* i 2 ogniska wywołane *Salmonellą enteritidis*, co stanowi 0,8% ogółu zgłoszonych ognisk.

W przypadku 9,0% z ogólnej liczby zgłoszonych ognisk, które były zarejestrowane przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych jako ostre wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe, nie ustalono etiologii zakażeń.

W porównaniu z rokiem 2015, w roku 2016 odnotowano zmiany w zakresie występowania czynników wywołujących ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych, i tak nastąpił:

1. znaczny wzrost liczby ognisk epidemicznych wywołanych:

- wirusem grypy A/H1N1 z 0,6% w 2015 r. do 9,8% w roku 2016,
- Enterococcus faecium* VRE z 1,7% w 2015 r. do 4,3% w roku 2016,
- Klebsiella pneumoniae* NDM z 1,9% w 2015 r. do 6,6% w roku 2016,
- Świerzbowiec z 2,3% w 2015 r. do 3,2% w roku 2016,
- Klebsiella pneumoniae* MBL z 0,6% w 2015 r. do 0,9% w roku 2016;
- Klebsiella pneumoniae* KPC z 0,6% w 2015 r. do 1,1% w roku 2016 ogółem zgłoszonych ognisk,

2. nieznaczny wzrost liczby ognisk epidemicznych wywołanych:

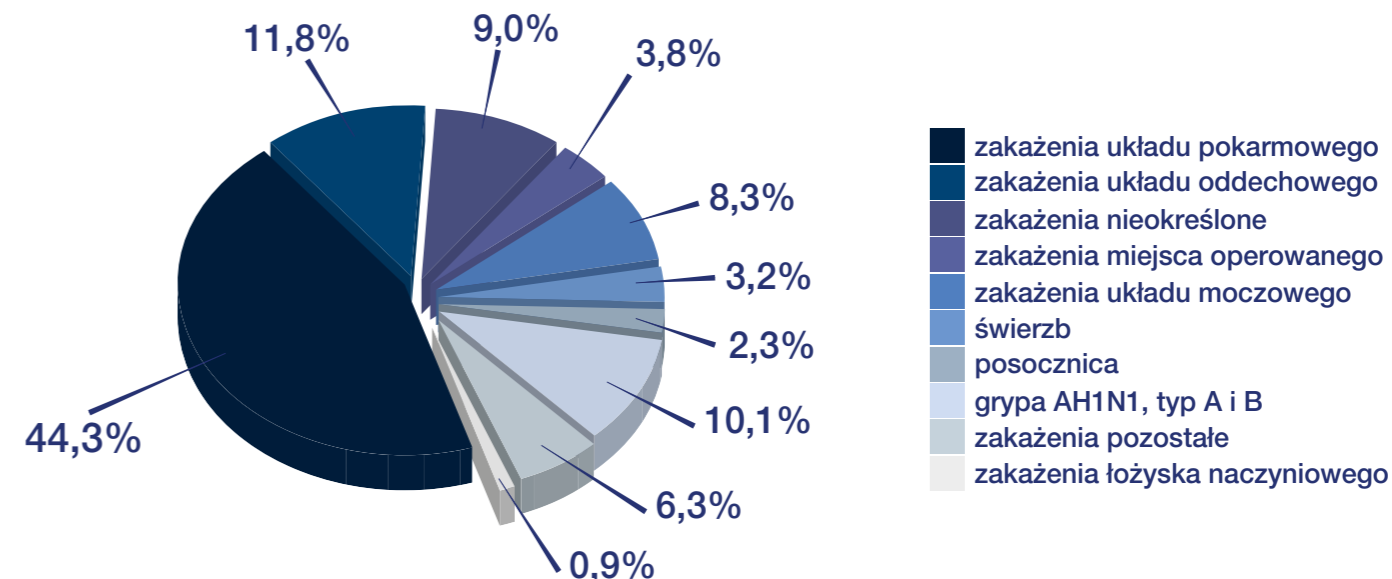
- Staphylococcus aureus* MRSA z 1,5% w roku 2015 do 1,7% w 2016 roku,
- Acinetobacter baumannii* z 5,4% w 2015 r. do 5,5% w 2016 roku,
- Acinetobacter baumannii* oporny na karbapenemy w 2016 r. – 0,9%,

3. odnotowano spadek liczby ognisk wywołanych przez:

- Klebsiella pneumoniae* ESBL z 5,2% w roku 2015 do 3,4% w 2016 roku,
- Pseudomonas aeruginosa* z 2,5% w roku 2015 do 1,7% w roku 2016.

Pod względem postaci klinicznych zakażeń w ogniskach epidemicznych sytuacja epidemiologiczna w 2016 r. kształtowała się jak pokazano na wykresie 16.:

- zakażenia przewodu pokarmowego w 2015 r. stanowiły 56,6% ogółu zgłoszonych ognisk, natomiast w 2016 r. wskaźnik ten zmniejszył się do 44,3% (w związku ze zmniejszeniem się liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez norowirusy, rotawirusy i *Clostridium difficile*),
- zakażenia układu oddechowego stanowiły w 2015 r. 12,1%, zaś w 2016 r. 21,9% ogółu zakażeń, w tym 10,1% zakażeń wywołanych zostało wirusem grypy. Głównymi czynnikami wywołującymi zakażenia układu oddechowego były: *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* ESBL, wirus grypy A/H1N1, wirus grypy typu B i A,



Wykres 16. Ogniska epidemiczne wg postaci klinicznej zakażenia w 2016 r. Źródło: opracowanie własne (GIS)

- zakażenia miejsca operowanego stanowiły w 2015 r. 1,8% zaś w 2016 r. 3,8% ogółu zakażeń. Czynniki alarmowymi najczęściej wywołującymi zakażenia miejsca operowanego w 2016 r. były: *Enterococcus faecium* VRE, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus* MRSA, *Klebsiella pneumoniae* MBL,
- zakażenia układu moczowego w 2015 roku stanowiły 3,1% w 2016 r. 8,3%, główne czynniki wywołujące zakażenie to *Klebsiella pneumoniae* NDM, *Klebsiella pneumoniae* ESBL,
- posocznica stanowiła w 2015 roku 3,3% zaś w 2016 roku 2,3% ogółu zgłoszonych ognisk. Głównymi czynnikami wywołującymi zakażenie były: *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*

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

## Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych

Szczepienia ochronne są najskuteczniejszym sposobem w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi zagrażającymi zdrowiu i życiu. Są skuteczną i powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania tym zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób (zwykle odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu co najmniej ok. 95%), co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne nie tylko wśród osób uodpornionych w drodze szczepienia, ale również osób, które ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogą być przeciw nim szczepione lub osób,

które pomimo prawidłowo przeprowadzonego szczepienia nie wykształciły odporności immunologicznej. Obowiązkowe szczepienia ochronne prowadzą do wykorzenienia w przyszłości wybranych chorób zakaźnych.

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

Podobnie jak inne kraje, Polska od wielu lat realizuje program powszechnych szczepień ochronnych.

## Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz promocji 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, pediatrzy, położne, pielęgniarki środowiskowe. Akcja informacyjna jest realizowana poprzez stronę internetową. Na portalu zamieszczane są informacje na temat szczepień ochronnych wsparte opiniami ekspertów z dziedziny wakcynologii.

Od początku realizacji strony akcji „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” odwiedziło około 140 000 osób.

Efektom 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 nacelowany na promocję szczepień ochronnych. Mając na względzie konieczność dostępu do rzetelnych informacji z zakresu szczepień ochronnych dla 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”.

## 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 oczekiwania, 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, wprowadzano 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 przysusznicy (świnka). W przypadku dzieci uczęszczających do żłobków obowiązkowe są ponadto szczepienia przeciw ospie wietrznej. Obowiązkowe są również szczepienia poksepicyjne przeciw tężcowi, wściekliźnie i błonicy. W odniesieniu do każdej z tych chorób określono osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania 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 wskazuje 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 Pediatricznej 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 wprowadzony nowelizacją w 2016 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych. Wśród kolejnych priorytetów zmian PSO wskazanych do realizacji na kolejne lata rekomendowane jest m. in. wprowadzenie szczepionek wysoko skojarzonych przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi z komponentą bezkomórkową, 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. Opublikowany w Komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 marca 2016 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 35) PSO na rok 2017 został zaktualizowany w związku z nowelizacją rozporządze-

nia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych w zakresie szczepień przeciw pneumokokom u dzieci urodzonych po 31 grudnia 2016 r.

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,
- 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 główne źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce.

SZCZEPIONO





## Wstęp

Woda jest niezbędna do utrzymania życia i musi być dostępna w zadowalającej ilości dla wszystkich konsumentów, dlatego też należy zawsze podejmować działania, aby uzyskiwać i utrzymywać najwyższą jej jakość.

Podstawowym kryterium, jakie powinna spełniać woda do spożycia jest to, aby była ona bezpieczna dla zdrowia, a woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego, jeżeli jest wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów w liczbie stanowiącej potencjalne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego, wszelkich substancji w stężeniach stanowiących potencjalne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego oraz nie wskazuje agresywnych właściwości korozyjnych.

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 z późn. zm.) jak również na podstawie:

- ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2017 r. poz. 328),
- 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 w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Zakres badań obejmuje zarówno badania mikrobiologiczne, fizykochemiczne, organoleptyczne oraz badania stężeń promieniotwórczości w wodzie. Badania jakości wody do spożycia wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udookumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stosownie

## Zaopatrzenie ludności w wodę

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 2015 r. w 71,7% pochodziła z ujęć podziemnych i w 28,3% 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 r. – 71,1% i 28,9%, a w 2014 r. – 71,2% i 28,8%. W latach 2009 – 2014 obserwuje się nieznaczną, lecz stałą tendencję wzrostową do wykorzystywania wody z ujęć podziemnych, która w 2015 r. kształtuje się na podobnym poziomie w porównaniu do roku ubiegłego. Z ujęć powierzchniowych najczęściej wodę pobierają duże wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Należy w tym miejscu zauważyć, że ogólny pobór wody

do ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków.

Podstawą zapewnienia konsumentom bezpiecznej wody do spożycia stanowią zarówno badania realizowane w ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i badania wykonywane przez producentów wody w ramach kontroli wewnętrznej. Producenci wody przeprowadzali badania jakości wody w ramach kontroli wewnętrznej na podstawie uzgodnionych z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej harmonogramów pobierania próbek wody, zgodnie z częstotliwością i zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Sprawozdania z powyższych badań były na bieżąco przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Natomiast organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej weryfikowały terminowość ich przekazywania, analizowały wyniki badań jakości wody, w wyniku których określały przydatność wody do spożycia, oraz w sytuacji gdy woda nie odpowiadała wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia, monitorowały wywiązywanie się producentów wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych.

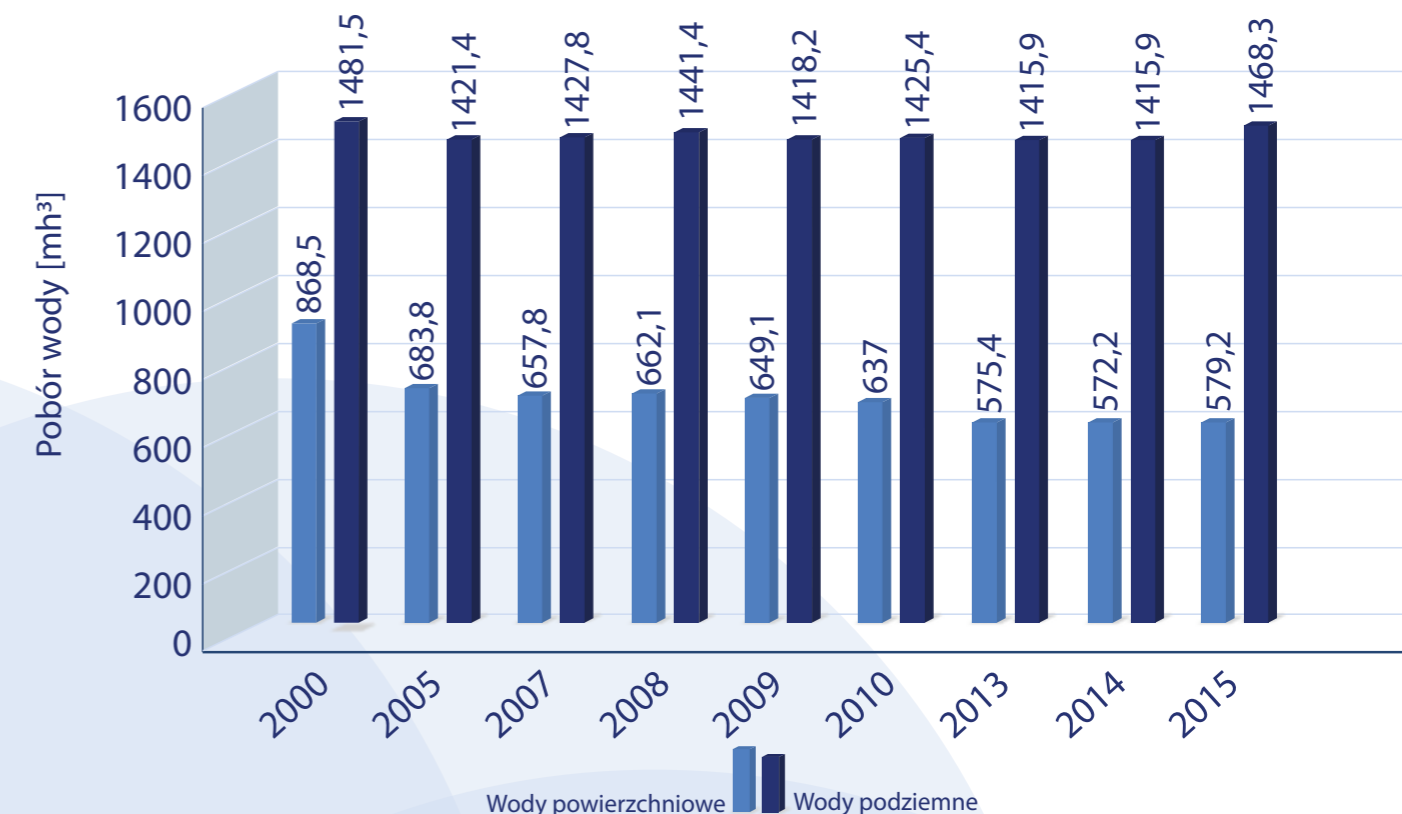
W przypadku przekroczeń dopuszczalnych parametrów mikrobiologicznych lub fizykochemicznych producenci wody mieli obowiązek podjęcia działań naprawczych w celu poprawy jakości wody. Każdorazowo po stwierdzeniu że jakość uległa zmianie i odbiega od wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, formułowane były komunikaty o jakości wody o zasadach użytkowania wody do spożycia. Komunikaty przekazywane były właściwym samorządom odpowiedzialnym za zbiorowe zaopatrzenie w wodę do spożycia w celu podania ich do publicznej wiadomości konsumentów, a także umieszczane są na stronach internetowych właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce w kolejnych latach stopniowo malał: w 2008 r. wynosił 2 103,5 hm<sup>3</sup>, w 2009 r. – 2 067,3 hm<sup>3</sup>, w 2010 r. – 2 062,4 hm<sup>3</sup>, w 2011 r. spadł do 2 033,0 hm<sup>3</sup>, w 2012 r. wynosił 2 036,1 hm<sup>3</sup>, w 2013 r. wynosił 1 991,3 hm<sup>3</sup>, w 2014 r. odnotowano pobór w ilości 1 988,1 hm<sup>3</sup>, natomiast w 2015 r. pobór wody na cele eksploatacji sieci wodociągowej nieznacznie wzrósł do poziomu 2 047,4 hm<sup>3</sup>. Od roku 2000 pobór wody na cele zbiorowego zaopatrzenia ludności w Polsce zmniejszył się o 302,6 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 stałego zmniejszania poboru wody do celów zbiorowego zaopatrzenia.

Tabela 14. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w hektometrach sześciennych [hm<sup>3</sup>]

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

Źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016<sup>1</sup>



Wykres 17. Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2015  
Źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016<sup>1</sup>



Wykres 18. Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2015  
Źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016; <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/srodowisko-energia/srodowisko/ochrona-srodowiska-2016,1,17.html>

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, woda jest w pełni bezpieczna dla zdrowia jeśli spełnia określone w nim wymagania. Przekroczenie parametrów określonych w 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

Struktura wodociągów w 2016 r. została przedstawiona w tabeli nr 15.

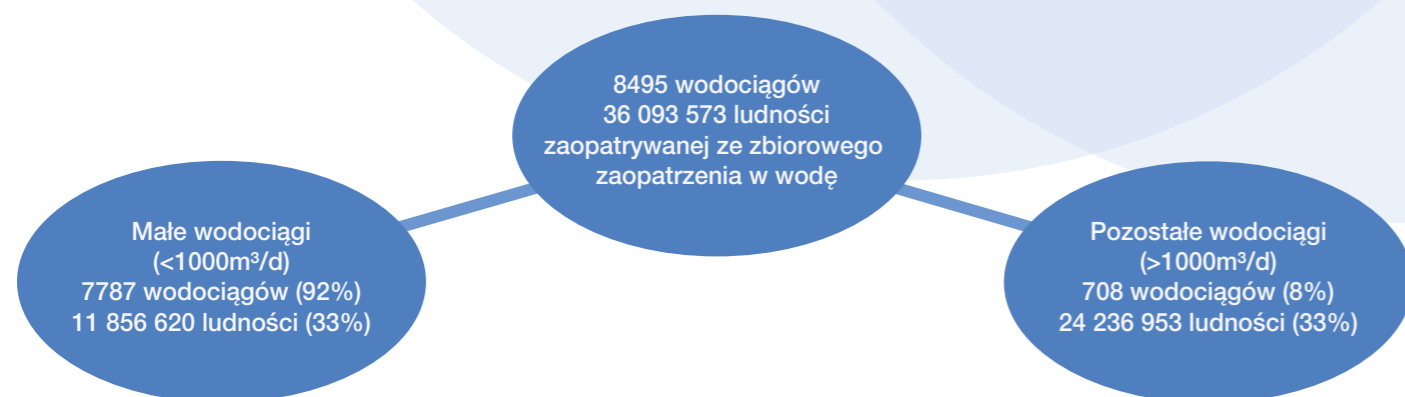
W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8 472 wodociągi co stanowi 99,7% wszystkich wodociągów. W roku 2016 funkcjonowało 8 495 wodociągów zaopatrujących w wodę około 36 mln konsumentów. Liczba wodociągów zmniejszyła się nieznacznie – w 2015 r. w ewidencji znajdowały się 8 502 wodociągi, tj. o 7 więcej niż w 2016 r. w porównaniu do roku sprawozdawczego 2015, liczba wodociągów o najmniejszej dobowej produkcji poniżej 100 m<sup>3</sup>/d zmalała o 77 obiektów, na rzecz wodociągów o produkcji powyżej 101 m<sup>3</sup>/d. Liczba wodociągów o produkcji

Tabela 15. Struktura wodociągów w 2016 r.

Wodociągi o produkcji [m <sup>3</sup> /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej	
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom <sup>2</sup>	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	3 560	3 464	1 671,463	1 648,770
101 – 1 000	4 227	4 179	10 185,157	10 099,709
1 001 – 10 000	646	638	11 952,772	11 822,962
10 001 – 100 000	58	58	8 966,181	8 966,181
>100000	4	4	3 318,000	3 318,000
SUMA	8 495	8 343	36 093,573	35 855,629

Źródło: opracowanie własne (GIS)

<sup>2</sup> Liczba obiektów, które odpowiadają (w tym warunkowo odpowiadają) 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.

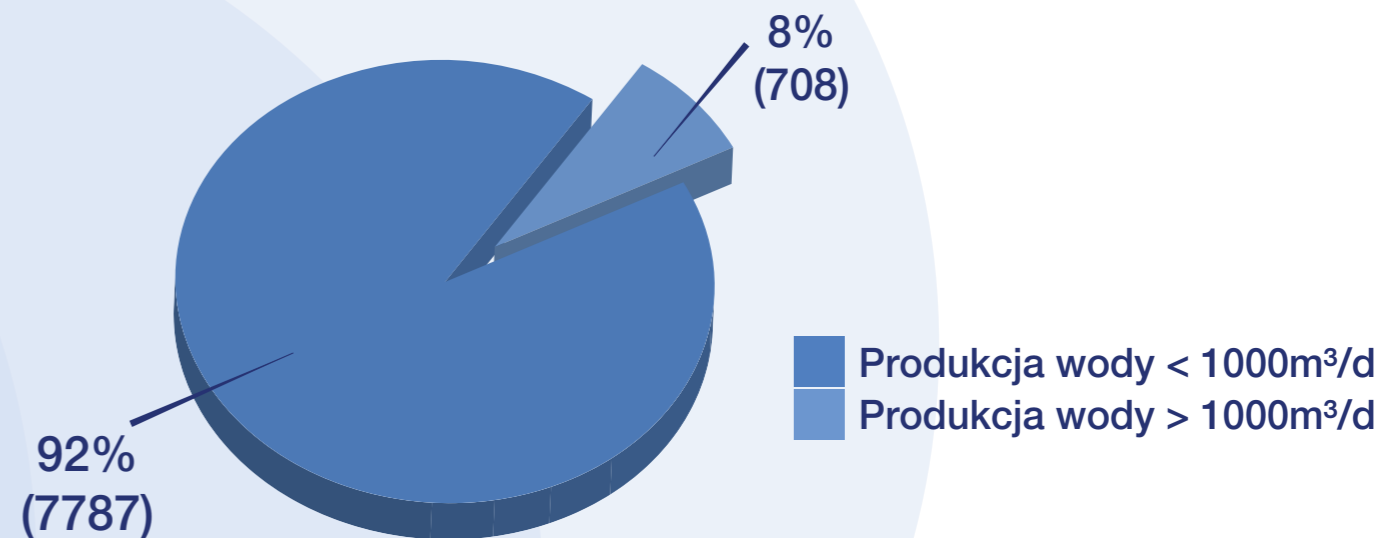


Rysunek 2. Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2016 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

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 2016 r. poz. 446, z późn. zm.), zgodnie z którym zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy, doprecyzowując jednocześnie, iż obejmuje kwestie dotyczące wodociągów i 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.

101-1 000 m<sup>3</sup>/d zwiększyła się o 70 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 zmniejszyła się o 3 wodociągi. 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 przedsiębiorstw. Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1 000 m<sup>3</sup>/d wody na dobę stanowią 92% wszystkich przedsiębiorstw i zaopatrują około 11,8 mln ludności, co stanowi 33% całej zaopatrywanej w wodę ludności. Zależności te przedstawiono na rysunku nr 2.



Wykres 19. Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia w zależności od produkcji wody w 2016 r. dla wodociągów  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

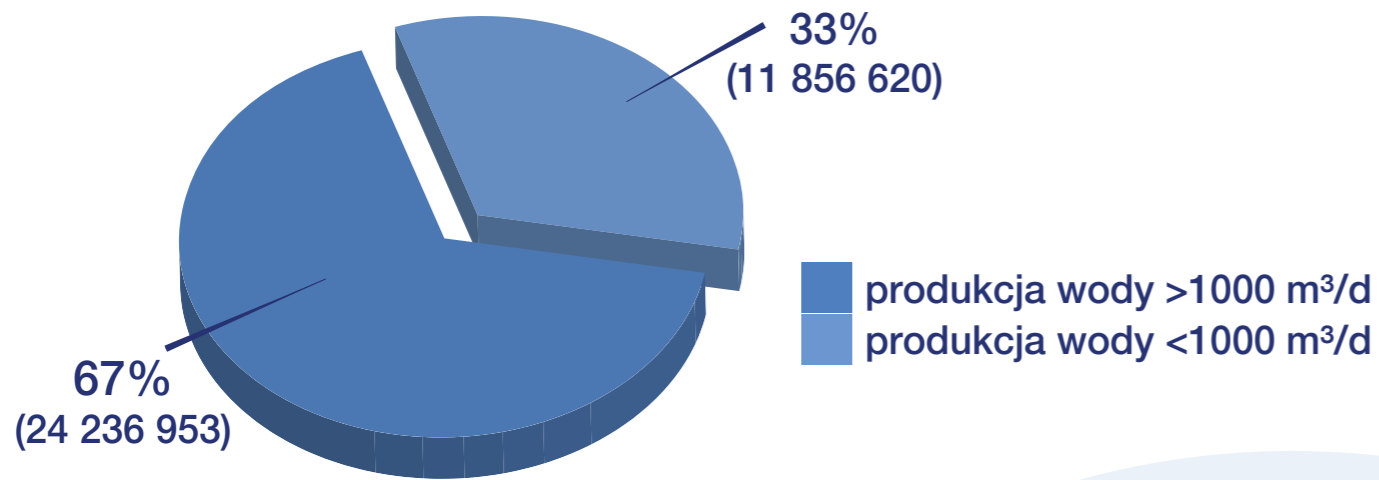
W związku z koniecznością wypełnienia zaleceń Komisji Europejskiej dotyczących zwrócenia szczególnej uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne wody w małych wodociągach, istotnym jest rozważenie zasadności podążania w kierunku ich konsolidacji, tak aby mogły one podolać wymaganiom europejskim w zakresie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

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

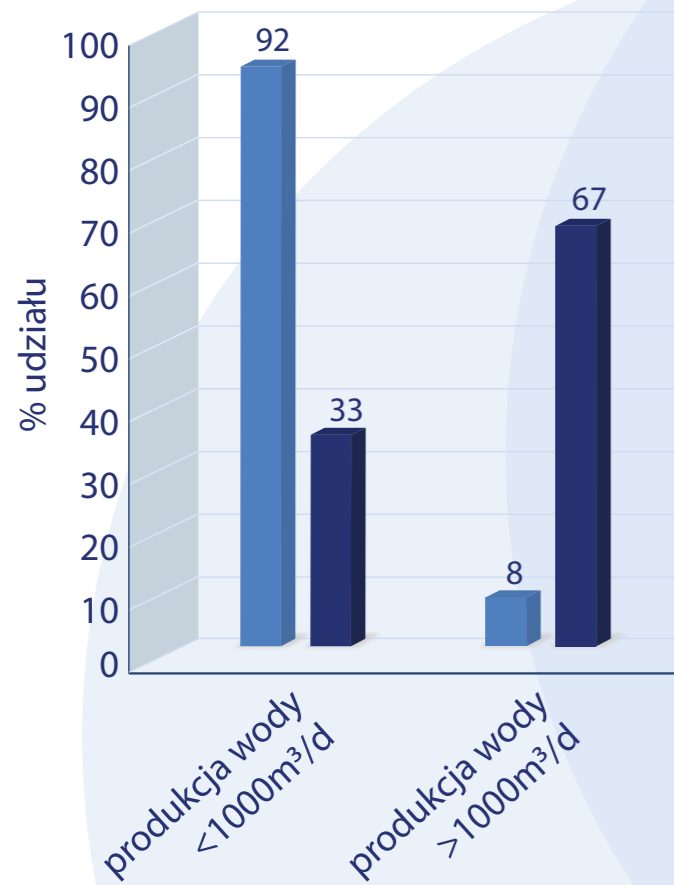
Oprócz przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, czyli podmiotów obejmujących zakresem swojej działalności zbiorowe zaopatrzenie w wodę, istnieją również inne podmioty, jak np. szpitale, szkoły i domy pomocy społecznej posiadające własne ujęcia, które produkują wodę na potrzeby własne. W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2016 znajdowało się 2 851 tego typu podmiotów. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. skontrolowały 2 540, co oznacza, że około 89% obiektów zostało skontrolowanych. Dla porównania: w 2015 r. w ewidencji znajdowało się 2 650 obiektów posiadających własne ujęcia, w 2014 r. – 2 788, w 2013 r. – 2 718, w 2012 r. – 2 675, w 2011 r. – 2 590, a w 2010 r. – 2 858 podmiotów.

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.



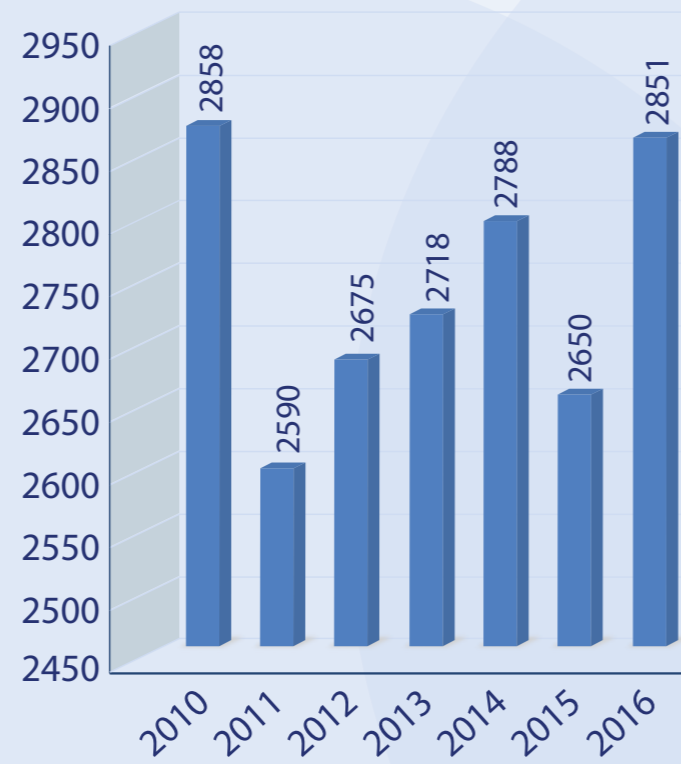


Wykres 20. Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2016 r. (opracowanie własne)  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



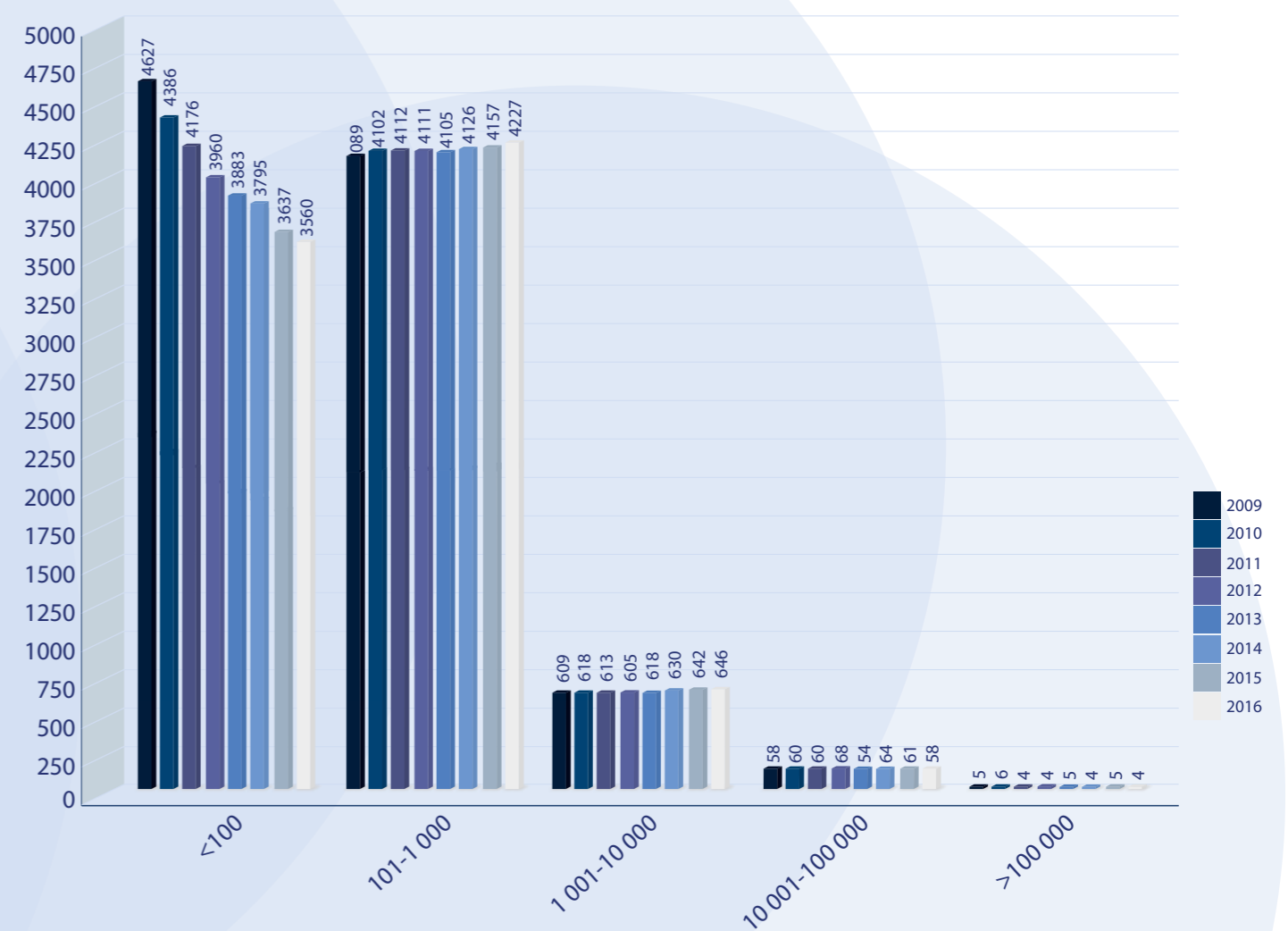
Wodociągi w 2016r. Liczba ludności w 2016r.

Wykres 21. Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia i zaopatrywanej ludności w wodę w zależności od produkcji wody w 2016 r.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Liczba podmiotów

Wykres 22. Liczba podmiotów posiadających własne ujęcia w latach 2010 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 23. Liczba urządzeń produkujących wodę w latach 2009 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

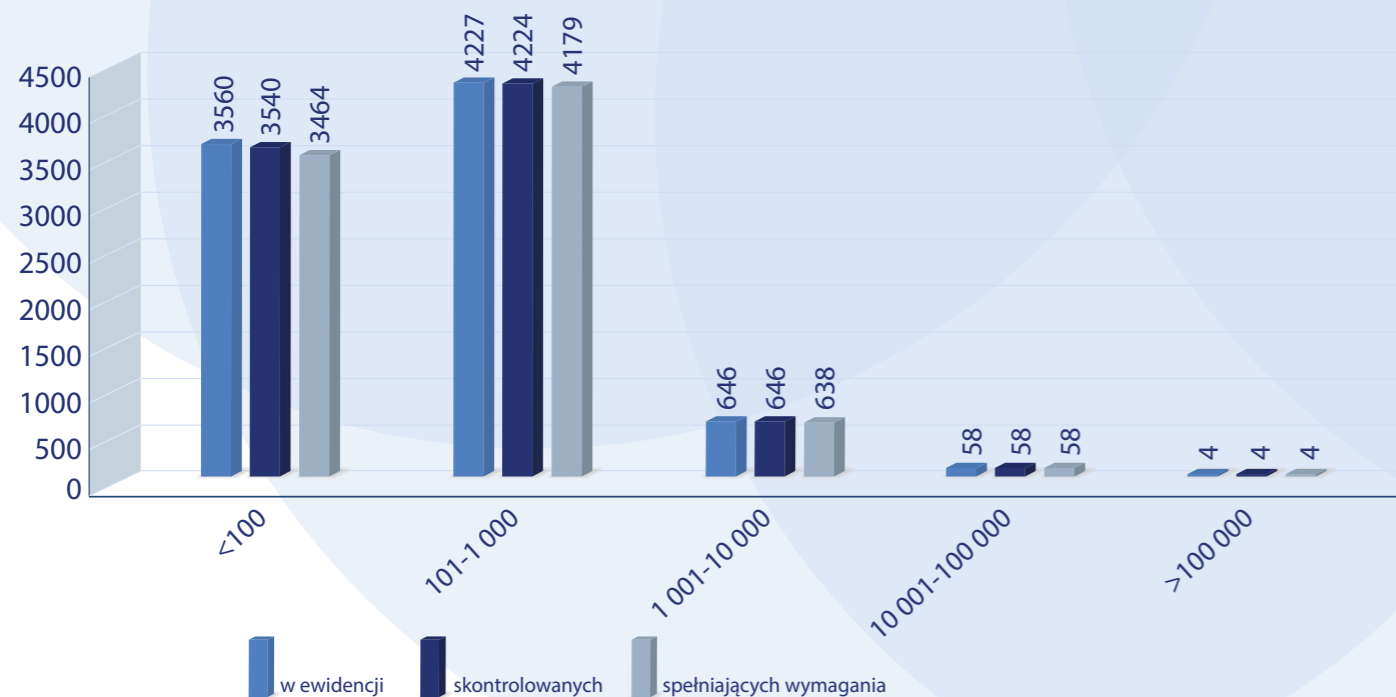


W 2016 r. około 99% ludności miało dostęp do wody pochodzącej z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Pozostałe 1% miało dostęp do wody warunkowo dopuszczalnej do spożycia lub 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 3 560 (w tym skontrolowanych – 3 540, co stanowi 99,4%). Wśród nich 3 464 dostarczało wodę zgodną z wymaganiami, co stanowi 97,8% wszystkich skontrolowanych. Wodociągów produ-

Natomiast 4 największe wodociągi, produkujące powyżej 100 000 m<sup>3</sup>/dobę dostarczały wodę do spożycia w 100% zgodną z wymaganiami. Dane dotyczące ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom przedstawiono w tabeli 15 i na wykresie 24.

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



Wykres 24. Struktura wodociągów w 2016 r. z podziałem na wodociągi w ewidencji, skontrolowane przez organy PIS i spełniające wymagania dotyczące jakości wody do spożycia  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

kujących od 101 do 1 000 m<sup>3</sup> wody/dobę zarejestrowano 4 227 (w tym skontrolowanych – 4 224; 99,9%). Wśród tej grupy 4 179 (98,9%) dostarczało wodę spełniającą wymagania określone w ww. rozporządzeniu. Wodociągów produkujących od 1 001 do 10 000 m<sup>3</sup> wody/dobę było 646 (skontrolowanych 100%). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 98,7% (638 wodociągów). Wodociągów produkujących od 10 001 do 100 000 m<sup>3</sup> wody/dobę było 58 (skontrolowanych 100%). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 100%.

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.

## 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 mogą wykonywać 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 muszą posiadać aktualne zatwierdzenie do badania wody dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w minimalnym zakresie określonym w § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie wymagań jakim powinna odpowiadać woda przeznaczona do

spożycia przez ludzi. Przepis stanowi, iż zatwierdzenie systemu jakości prowadzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego powiatowego lub właściwego granicznego inspektora sanitarnego w ramach prowadzenia nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody, na podstawie wniosku zawierającego:

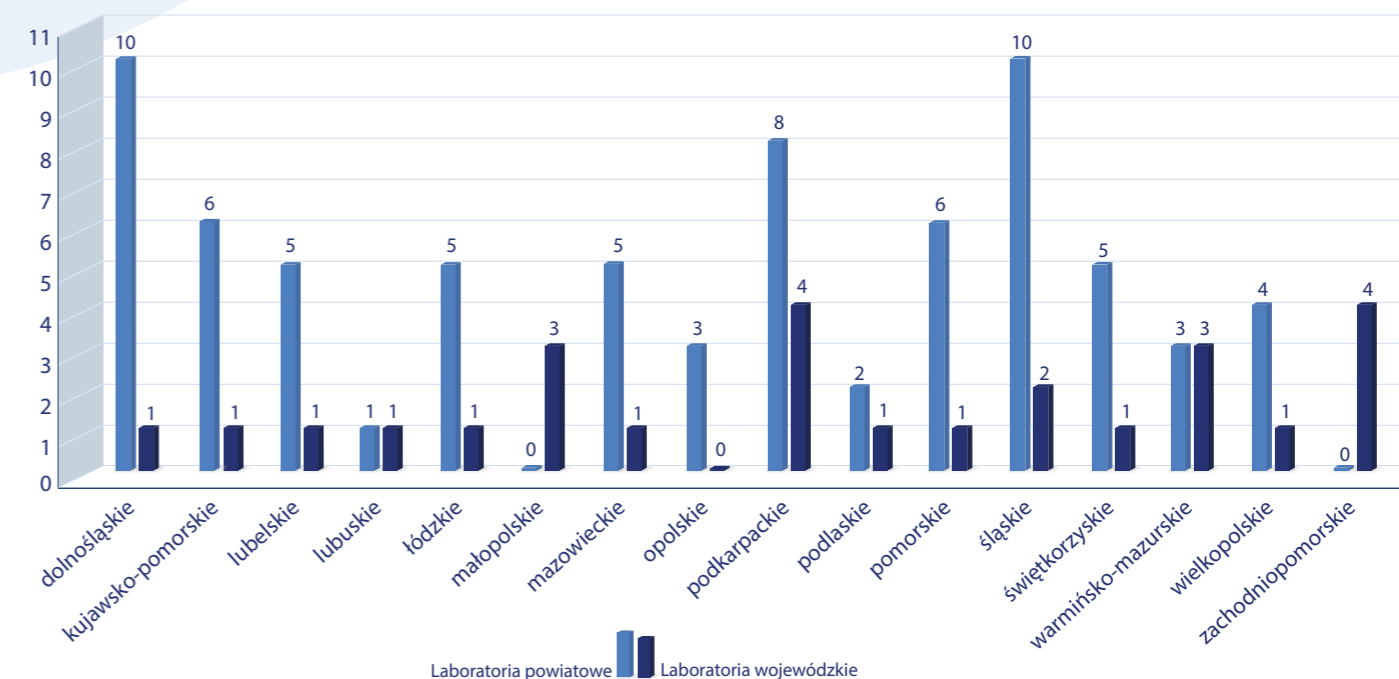
- zaświadczenia potwierdzające przeszkolenie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej osób pobierających próbki wody do badań albo certyfikat laboratorium w zakresie pobierania próbek wody,

- 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.

Tabela 16. Liczba czynnych w 2016 r. powiatowych i wojewódzkich laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

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>

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 25. Liczba powiatowych i wojewódzkich laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania wody do spożycia w 2016 r.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

W ramach kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2016 wykonano ponad 43 tys. badań wody.

Tabela 17. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r.

Województwo	Liczba badań
dolnośląskie	2215
kujawsko-pomorskie	2629
lubelskie	2297
lubuskie	1931
łódzkie	3586
małopolskie	3156
mazowieckie	4929
opolskie	1641
podkarpackie	1923
podlaskie	1133
pomorskie	1700
śląskie	3916
świętokrzyskie	1399
warmińsko-mazurskie	2850
wielkopolskie	5375
zachodniopomorskie	3218
<b>POLSKA</b>	<b>43898</b>



Rysunek 3. Lokalizacja laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 26. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2016 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia

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

Pogorszenia jakości wody w zakresie mikrobiologicznym były spowodowane głównie awariami urządzeń, przeciekami na sieci, brakiem właściwej dezynfekcji po dokonanej

konserwacji, złym stanem technicznym instalacji wewnętrznej, małym rozbiorem wody, brakiem regularnego płukania sieci, co mogło być skutkiem wtórnego zanieczyszczenia w związku z odkładaniem się w przewodach związków żelaza i manganu. W niektórych przypadkach nie udało się ustalić bezpośredniej przyczyny niewłaściwej jakości bakteriologicznej wody w systemie dystrybucji.

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

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

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

Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi szczegółowo określa dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W przypadku gdy woda nie spełnia wymagań określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia, z wyłączeniem wymagań określonych dla bromianów i ołowiu, i nie jest możliwe przywrócenie jej jakości do stanu wymaganego przepisami rozporządzenia 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 stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Wniosek o zgodę na odstępstwo składany do właściwego państwowego inspektora sanitarnego zawiera szereg niezbędnych do oceny zasadności wydania zgody danych, tj. wskazanie przyczyn występowania w wodzie dopuszczalnych przekroczeń parametrów, określenie działań podejmowanych przez przedsiębiorstwo wodociągowo-kanalizacyjne w celu uzyskania poprawy jakości wody, określenie obszaru zaopatrzenia w wodę i liczby ludności zaopatrywanej w wodę, określenie harmonogramu działań naprawczych oraz działań sprawdzających efektywność procesów naprawczych. Wszystko to ma na celu umożliwienie podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Naczelnym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed potencjalnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, które mogłyby wystąpić wskutek spożywania wody o nieodpowiedniej jakości.



Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku i zależy od:

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

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.

W roku 2016 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, na podstawie § 21 i § 25 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, udzieliły jednego odstępstwa od dopuszczalnego stężenia boru w wodzie do spożycia dla wodociągu z woj. zachodniopomorskiego.

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 mogły 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 Członkow-

skich, 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:

- przypadku utworzenia nowej strefy zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia,
- stref zaopatrzenia, które na dzień przystąpienia do Unii Europejskiej wykazywały zgodność parametrów jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi;
- 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.

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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi wskazuje w załączniku nr 3 do rozporządzenia dodatkowe wymagania mikrobiologiczne, organoleptyczne, fizykochemiczne oraz radiologiczne, jakim powinna odpowiadać woda przeznaczona do spożycia przez ludzi.

Ryzyko zdrowotne spowodowane związkami chemicznymi zawartymi w wodzie do spożycia różni się od zagrożenia spowodowanego zanieczyszczeniami mikrobiologicznymi, głównie z uwagi na fakt, że zanieczyszczenia chemiczne na ogół nie wywołują natychmiastowych skutków. Ponadto, istnieje niewiele składników chemicznych wód, które mogą prowadzić do wystąpienia problemów zdrowotnych. Woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego jeżeli jest wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów oraz wszelkich substancji w stężeniach stanowiących potencjalne zagrożenia dla zdrowia ludzkiego. Z tego określenia nie wynika, że woda ma być czysta w znaczeniu chemicznym czy organoleptycznym. Istotne jest aby była wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych czy też substancji mogących wpływać bezpośrednio na zdrowie ludzi (parametry z załącznika nr 1 i nr 2 ww. rozporządzenia).

Parametry mikrobiologiczne z załącznika nr 1 nie mogą być obecne w wodzie dopuszczalnej do spożycia. W przypadku ich przekroczenia właściwy państwowy powiatowy lub graniczny inspektor sanitarny stwierdza brak przydatności wody do spożycia.

W przypadku przekroczeń parametrów (związków chemicznych) z załącznika nr 2 mogących mieć bezpośredni wpływ na zdrowie, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielają czasowych odstępstw od wartości określonych w rozporządzeniu. Natomiast, w sytuacji przekroczenia parametrów z załącznika nr 3B rozporządzenia Ministra Zdrowia organy PIS mają możliwość wydania warunkowego dopuszczenia wody do spożycia 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 spożycia wody.

Najczęstsze przekroczenia wartości parametrów jakości wody do spożycia dostarczanej w ramach zbiorowego zaopatrzenia występują dla parametrów 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 oraz w ww. innych podmiotach. 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 PIS mogą przyznać warunkową przydatność wody do spożycia w zakresie wymagają jakości wody w odniesieniu do parametrów organoleptycznych i fizykochemicznych z załącznika 3B rozporządzenia Ministra Zdrowia 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 spożycia 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.

W chwili obecnej stwierdzenie przez organy PIS przekroczeń dopuszczalnych wartości parametrów mikrobiologicznych z załącznika 3A rozporządzenia Ministra Zdrowia popartych sprawozdaniami z badań wody, a także utrzymywanie się przekroczeń parametrów fizykochemicznych i organoleptycznych w wodzie ponad 30 dni, jest podstawą do stwierdzenia braku jej przydatności do spożycia oraz uruchomienia procedury zapewnienia przez podmiot dostarczający wodę konsumentom wody dobrej jakości z innego, zastępczego źródła (woda butelkowana, cysterny, przełączenie na zasilenie z innego ujęcia wody), jak również zastosowania przepisu § 1 ust. 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r., zgodnie z którym istnieje możliwość wykorzystania kwestionowanej wody do celów innych niż do picia (np. woda nadaje się do celów sanitarnych (tj. WC)), jeśli właściwy państwowy inspektor sanitarny po przeprowadzeniu analizy ryzyka stwierdzi, że jej jakość nie ma wpływu na zdrowie konsumentów.

Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych wartości określonych dla 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 wodociągowej 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.

## Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczanej 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 przeznaczanej do spożycia przez ludzi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi (Dz. U. poz. 1989).

Zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczanej 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.

W celu określenia rozmiaru i charakteru prawdopodobnego narażenia na substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczanej do spożycia przez ludzi producenci wody wykonują wstępny monitoring substancji promieniotwórczych nie później niż do 28 listopada 2017 r. W 2016 r. zostały wykonane przez producentów wody pierwsze badania poziomu stężenia substancji promieniotwórczych.

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

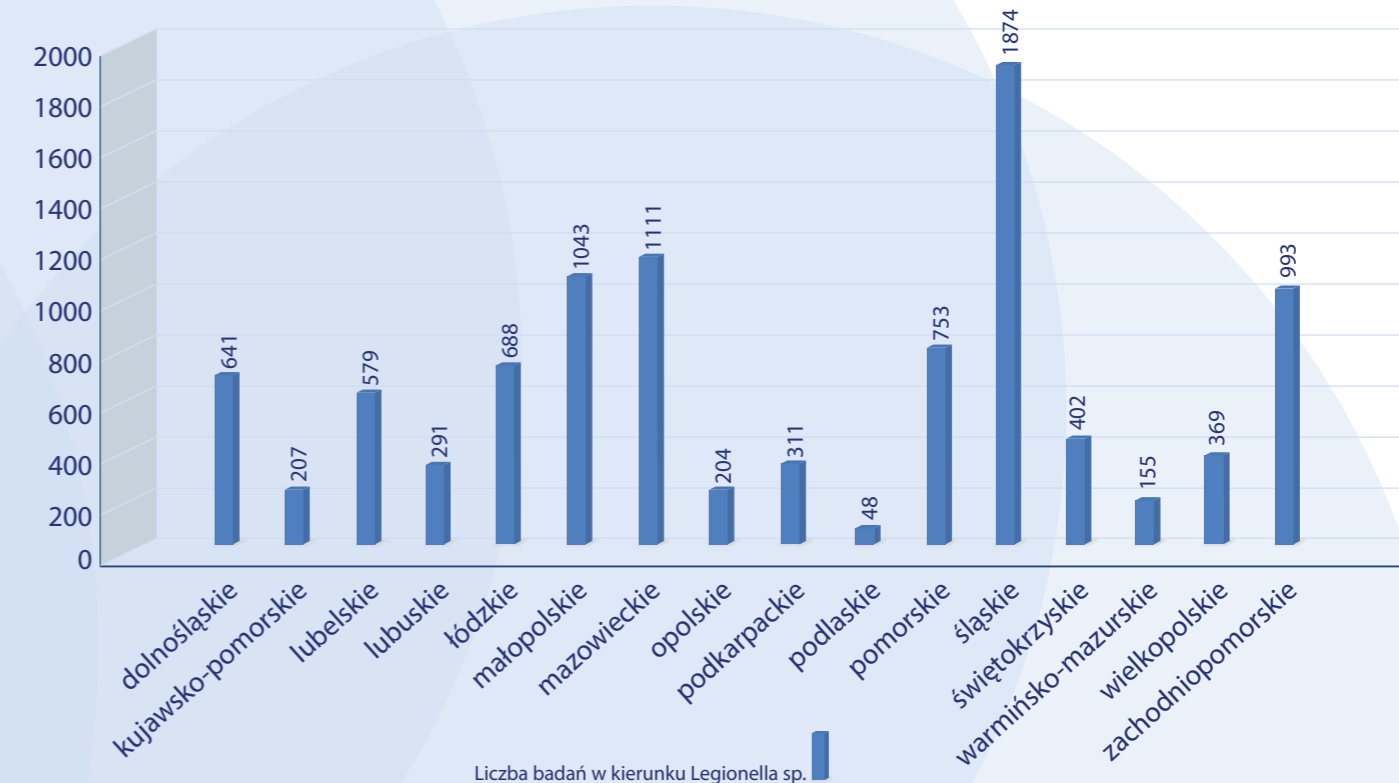
W związku z zagrożeniami, jakie niesie za sobą występowanie bakterii z rodzaju Legionella w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi, obowiązujące do dnia 28.11.2015 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi w załączniku nr 1D, wprowadzało obowiązek badania „ciepłej” wody w kierunku występowania bakterii z rodzaju Legionella sp. w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. W uwadze zawartej w ww. załączniku wskazane były szczególne wymagania dla wytypowanych oddziałów zakładów opieki zdrowotnej zamkniętej, w których przebywają pacjenci o obniżonej odporności, w tym objęci leczeniem immunosupresyjnym, dla których wprowadzono przepis, iż pałeczki Legionella sp. powinny być nieobecne w próbce wody o objętości 1000 ml. Uwaga sugeruje podział oddziałów w zakładach opieki zdrowotnej m.in. na oddziały, w których przebywają pacjenci o obniżonej odporności (osoby z osłabionym układem odpornościowym w wyniku chorób tj. rak, cukrzyca oraz osoby przyjmujące leki upośledzające układ odpornościowy – po zabiegu transplantacji lub chemioterapii).

Wraz z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi doprecyzowano, iż badania

mikrobiologiczne w kierunku wykrywania Legionelli w ciepłej wodzie należy wykonywać w budynkach zamieszkania zbiorowego i przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

W 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały około 9 tys. badań ciepłej wody na obecność bakterii z rodzaju Legionella sp. Badania wykonywane były zarówno we wszystkich przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne jak również w budynkach zamieszkania zbiorowego tj. np.: domy pomocy społecznej, obiekty hotelarskie oraz całodobowych placówek oświatowo-wychowawczych.

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 27. Liczba badań w 2016 r. w zakresie Legionella sp. dla poszczególnych województw  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



## Podsumowanie

W roku 2016, 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. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. udzieliły 1 odstępstwa na bor.

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

Przeprowadzona przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej analiza wyników kontroli oraz przyczyn zanieczyszczenia wody do spożycia wskazuje, 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 produkujących poniżej 1 000 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:

1. sprawowanie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzoru nad wszelkiego rodzaju wodami w zakresie objętym dyrektywą 98/83/WE,
2. objęcie skuteczną kontrolą wewnętrzną wszystkich ujęć wody do spożycia, także indywidualnych, w celu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym i minimalizowania ich skutków,
3. 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,
4. zapewnienie właściwego funkcjonowania instalacji wewnętrznych w budynkach tak, aby nie były przyczyną wtórnego zanieczyszczenia i pogorszenia jakości wody oraz nałożenie na właścicieli instalacji obowiązku okresowej kontroli jakości rozprowadzanej wody,
5. 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,

6. 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 przyczynią 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.





# Wstęp

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

- ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 z późn. zm.),
- ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 656),
- 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 kąpiel, posiadający co najmniej jedną nieckę basenową, z trwałym brzegiem i dnem, wyposażony w urządzenia sanitarne, szatnie i natryski”. Szczegółowe uregulowania dla 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 i jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która prowadzi działalność w tym zakresie oraz właściwy miejscowo wójt (burmistrz, prezydent miasta), zwani „zarządzającym obszarem wodnym”.

Niecki basenowe pływalni mogą być zaopatrywane w wodę z sieci wodociągowej lub mogą wykorzystywać wodę z własnych ujęć.

## Nadzór na jakością wody na pływalniach

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały w 2016 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 zawartości 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.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim użytkownikom pływalni i wodnych urządzeń rekreacyjnych, konieczne jest prowadzenie kompleksowej kontroli jakości wody i stanu sanitarno-higienicznego obiektu, wykonywane zgodnie z regulacjami nowego rozporządzenia przez właściciela obiektu w ramach kontroli wewnętrznej oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach kontroli zewnętrznej. 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 się do podmiotów zarządzających pływalniami oraz niezależnych organów nadzorczych, czuwających nad ich bezpieczeństwem.

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

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:

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

Określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zakres badania i częstotliwość stanowi minimum badań koniecznych do zapewnienia bezpieczeń-

stwa zdrowotnego osób kąpiących się oraz kontroli prawidłowości prowadzenia procesów uzdatniania i dezynfekcji wody. Należy podkreślić, iż zakres tych badań pozwala w bezpiecznym stopniu zapewnić dobrą jakość wody na pływalni. Stanowi również podstawę do dokonania przez właściwego państwowego wojewódzkiego, państwowego powiatowego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego zbiorczej rocznej oceny jakości wody

na pływalni, która uwzględni m.in. wyniki badania wody na pływalni wykonane przez państwowego inspektora sanitarnego. W związku z wprowadzonym w grudniu 2015 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zbiorcza roczna ocena jakości wody na pływalni po raz pierwszy będzie przeprowadzona do końca czerwca 2017 r.

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 kąpiel wnoszą do wody przede wszystkim drobnoustroje bytujące w przewodzie pokarmowym, w górnych drogach oddechowych, błonach śluzowych i na skórze. Oprócz drobnoustrojów wchodzących w skład normalnej mikroflory, stanowiących normalną stałą lub przejściową mikroflorę ciała mogą to być również organizmy chorobotwórcze, będące przyczyną infekcji. Występowanie patogenów w wodzie basenowej tj. Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa w istotny sposób może zwiększać ryzyko zakażenia użytkowników pływalni. Niebezpieczeństwo to wynika z czasu ekspozycji na zagrożenie mikrobiologiczne, zanim zostanie wykryte, dlatego tak istotna jest kontrola jakości wody basenowej oraz właściwe prowadzenie procesów uzdatniania i dezynfekcji wody.

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.

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 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 powodowała negatywnych reakcji zdrowotnych) na rzecz zwiększenia częstotliwości wykonywanych badań Escherichia coli oraz włączono konieczność 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 dla kąpiących się, gdyż 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., od czerwca 2016 r. właściciele i administratorzy pływalni prowadzili badania wody w ramach kontroli wewnętrznej, zgodnie z harmonogramami ustalonymi 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 systemu cyrkulacji dużym problemem okazało się osiągnięcie normatywu dla chloru związanego. Ponadto badania mikrobiologiczne wody z pływalni wykazywały niedotrzymywanie normatywu odnoszącego się do ogólnej liczby mikroorganizmów w 36±2°C po 48 h, czy Pseudomonas aeruginosa.

Ze względu na zwiększone ryzyko zakażeń związane z korzystaniem z pływalni właściwi 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. Przyczyny 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.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach podejmowanych działań profilaktyczno-prewencyjnych i nadzorczych zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa osób kąpiących się w 2016 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 wykonywały badania wody z częstotliwością i zakresem ustalonym w harmonogramach pobierania próbek wody. Ilość 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 obiekty tj. 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. Badania w kierunku Legionelli wykonywane były w związku z tym zarówno przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak również przez zarządców pływalni. Przekroczenia w odniesieniu do

wody ciepłej pobieranej z pryszniców pływalni w kierunku oznaczania bakterii 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.

## Stan sanitarny pływalni

W 2016 r. w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się łącznie 1 849 pływalni. W porównaniu do roku 2015 liczba wszystkich pływalni w Polsce zmniejszyła się o 82 obiekty. Najliczniejszą grupę obiektów basenowych stanowiły pływalnie kryte (w tym parki wodne), których ogółem jest 1 420, co stanowi ok. 77% wszystkich obiektów. Pływalnie odkryte zewidencjonowano 366 (ok. 20%), zaś pływalnie mieszane (kryto-odkryte) stanowiły najmniej liczną grupę – 63 (ok. 3%).

W 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały stan sanitarny 1 673 obiektów oraz wykonały łącznie 13 566 badań jakości wody na pływalniach w Polsce. W ramach nadzoru kontrolowano stan sanitarny pływalni oraz jakość wody do kąpielii i jakość wody ciepłej z natrysków.

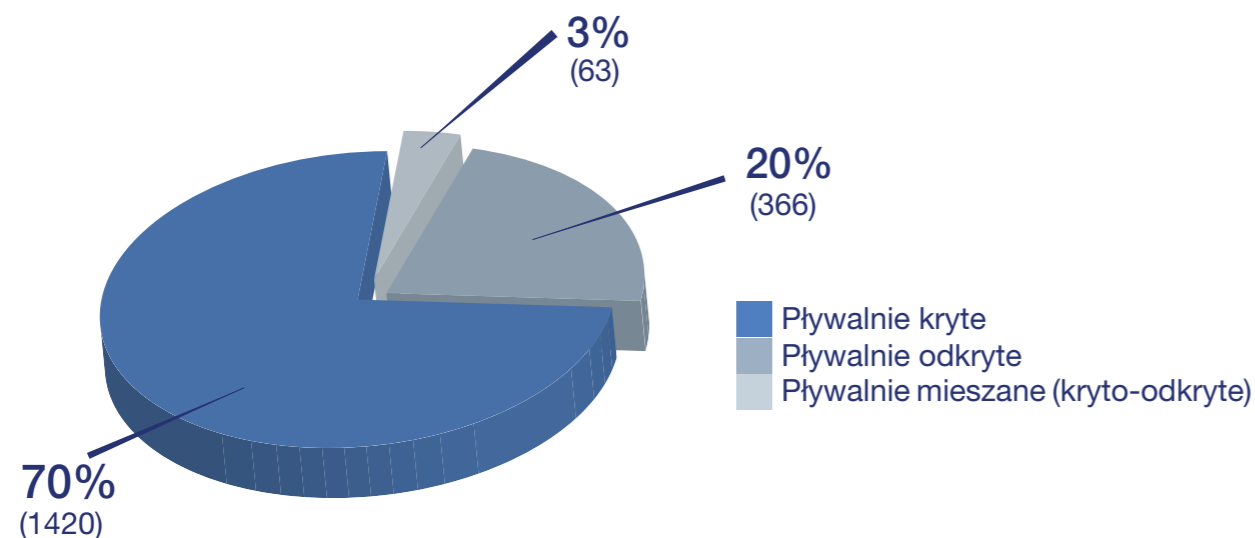
Liczbę obiektów znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz liczbę pływalni skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. przedstawiono w tabeli 18.

W ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością wody na pływalniach wydano 12 501 ocen o przydatności wody do kąpielii oraz 1 065 o jej nieprzydatności. Każdorazowo w przypadku wydania oceny o nieprzydatności wody do kąpielii organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobowiązywały zarządzającego pływalnią do podjęcia działań naprawczych mających na celu poprawę jakości wody i zabezpieczenia użytkowników pływalni przed narażeniem na zanieczyszczenie.

Tabela 18. Stan sanitarny pływalni w 2016 r.

Wyszczególnienie	Liczba urzędzeń i obiektów				
	według ewidencji na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Pływalnie kryte - ogółem	1420	1305	21	28	44
w tym parki wodne	82	78	4	1	1
Pływalnie odkryte	366	307	2	12	7
Pływalnie mieszane (kryto-odkryte)	63	61	2	0	0
Suma	1849	1673	25	40	51

Źródło: opracowanie własne (GIS)



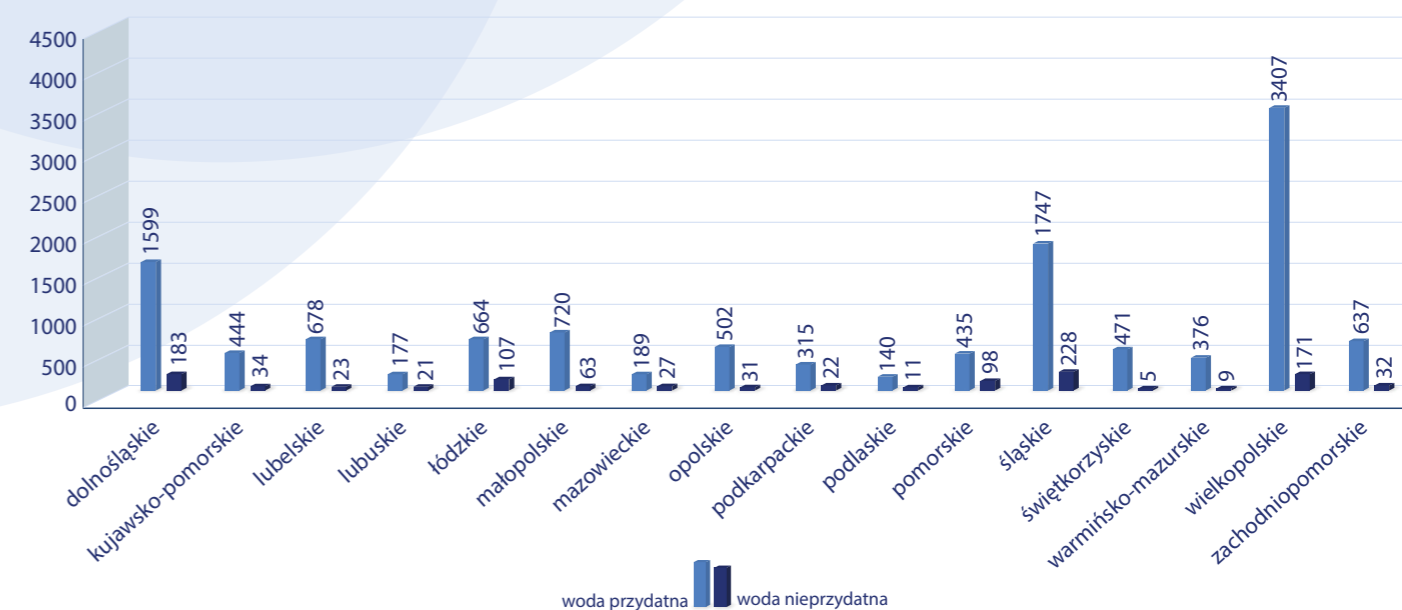
Wykres 28. Liczba pływalni w 2016 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Tabela 19. Liczba badań wykonanych przez organy PIS na pływalniach z podziałem na ocenę o przydatności wody w 2016 r.

Województwo	Liczba badań w sumie	Ocena wody	
		przydatna	nieprzydatna
dolnośląskie	1782	1599	183
kujawsko-pomorskie	478	444	34
lubelskie	701	678	23
lubuskie	198	177	21
łódzkie	771	664	107
małopolskie	783	720	63
mazowieckie	216	189	27
opolskie	533	502	31
podkarpackie	337	315	22
podlaskie	151	140	11
pomorskie	533	435	98
śląskie	1975	1747	228
świętokrzyskie	476	471	5
warmińsko-mazurskie	385	376	9
wielkopolskie	3578	3407	171
zachodniopomorskie	669	637	32
POLSKA	13566	12501	1065

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 29. Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2016 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Odsetek skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pływalni w roku 2016 wyniósł 90%. Stan sanitarny pływalni nie odpowiadał wymaganiom higieniczno-sanitarnym i technicznym w przypadku 1,5% pływalni w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów, zaś w przypadku stanu higieniczno-sanitarnego aż 2,4% pływalni. Najczęstszymi przyczynami był zły stan sanitarny pomieszczeń, brak urządzenia do dezynfekcji stóp i brak ciepłej wody w umywalkach, nieprawidłowości w utrzymaniu czystości bieżącej tj. brudne niecki basenowe, zabrudzone rynny przelewowe wokół niecki basenowej, zabrudzone kratki rynien przelewowych. Z kolei 3% negatywnych ocen pływalni spowodowanych było złym stanem technicznym

obiektu tj. brak wydzielonej i prawidłowo urządzonej szatni, brak opracowanego regulaminu korzystania z pływalni, zły stan techniczny pomieszczeń, ubytki w płytkach podłogowych w szatni, prysznicach, w nieckach basenowych i w jej otoczeniu, brak wentylacji mechanicznej lub grawitacyjnej w kontrolowanych pomieszczeniach, niewłaściwy stan brzegów niecek i dna niecki. Liczba obiektów ze złym stanem higieniczno-sanitarnym wzrosła w porównaniu do roku 2015 o 32 obiekty, natomiast liczba obiektów ze stanem odpowiadającym wymaganiom technicznym oraz higieniczno-sanitarnym i technicznym pozostała na podobnym poziomie co w roku ubiegłym.



## Obowiązki zarządzającego pływalnią

Zgodnie z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zarządzający pływalniami w okresie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia ww. rozporządzenia, tj. od czerwca 2016 r. byli zobowiązani do dostosowania się do określonych w nim wymagań. Zarządzający pływalnią są zobowiązani do dokonywania oceny jakości wody na pływalni w zakresie spełniania wymagań mikrobiologicznych i fizykochemicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia 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 urzędów oraz rejestrowania wyników pomiaru jakości wody na pływalni. Zakresy badań jakości wody ustalane są zgodnie z zapisami zawartymi w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. (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 w okresie 15.08.2016 r. – 15.10.2016 r. ustalono, iż w 717 obiektach zarządcy realizowali obowiązek informowania, w 146 pływalniach nie było zamieszczanych komunikatów, natomiast dla 986 obiektów informacja nie została pozyskana. 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

kontrola  
bezpieczeństwo  
profilaktyka  
edukacja  
higiena  
woda  
żywność  
bezpłodzeniestwo  
wirusy  
granice  
zdrowie  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
praca  
szkoły  
szczenia  
kapieliska  
granice  
żywnośc  
szczenia  
granice  
szkoły  
woda  
higiena  
edukacja  
żywnośc  
bezpłodzeniestwo  
wirusy  
higiena  
zdrowie  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
praca  
szkoły  
kapieliska  
granice  
żywnośc  
szczenia  
szkoły  
woda  
higiena  
edukacja  
żywnośc  
bezpłodzeniestwo  
wirusy  
zdrowie  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
praca  
szkoły  
kapieliska  
granice  
żywnośc  
szczenia  
szkoły

# Wstęp

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem oraz nadzorem nad jakością wody w kąpieliskach i miejscach wykorzystywanych do kąpieli w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody regulują następujące akty prawne:

- ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne (Dz. U. z 2015 r. poz. 469, 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 kąpieli (Dz. U. nr 86, poz. 478, z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli (Dz. U. nr 91, poz. 527, z późn. zm.),
- 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 kąpieli:

- 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. 261),
- 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. 108),
- 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),
- rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 282).

Woda w kąpieliskach 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. Polityka Wspólnoty Europejskiej poprzez swoje akty prawne dąży do ciągłej poprawy stanu środowiska, w tym również wód. Krajowe przepisy stawiają za cel ochronę środowiska i zdrowia publicznego poprzez zmniejszenie zanieczyszczenia wody w kąpieliskach oraz jej ochronę przed dalszym zanieczyszczeniem,

co stanowi realizację wspólnotowego zobowiązania do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach.

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 lepsze rozpoznawanie ryzyka zanieczyszczenia, co w szczególności wpływa na poprawę jakości wody. Zgodnie 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 kąpiących się,
- informowanie społeczeństwa, w tym aktywne rozpowszechnianie i niezwłoczne udostępnianie informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku i zakazie kąpieli przez oznakowanie kąpieliska,
- podejmowanie działań mających na celu zapobieganie narażeniu kąpiących 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, która pozwala na wykrycie zanieczyszczeń stanowiących niebezpieczeństwo dla osób kąpiących 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 jak stanowiące potencjalnie największe ryzyko zdrowotne dla osób kąpiących się. Prewencyjne działania podejmowane w odniesieniu do wód w kąpieliskach oparte są na realnej ocenie wody i natychmiastowej reakcji. Te środki prewencyjne to badanie mikrobiologiczne wody oraz wizualne nadzorowanie wody

w zakresie występowania zakwitów sinic, makroalg, fitoplanktonu morskiego oraz stałych zanieczyszczeń mogących wpływać na bezpieczeństwo osób kąpiących się.

## Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie kąpielisk

Kluczowe podmioty współodpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne funkcjonowania kąpielisk 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 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 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 w sprawach gospodarowania wodami informacje zawarte w prowadzonej przez niego ewidencji,
- rozpowszechnia informacje o wprowadzonym zakazie kąpieli 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.

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

- zorganizowanie kąpieliska i utrzymanie infrastruktury przy nim zlokalizowanej,
- wnioskuje o wyznaczenie kąpieliska uchwałą wójta, burmistrza, prezydenta miasta i umieszczenie w ewidencji kąpielisk na terenie gminy,
- aktualizuje dane, które zgodnie z ustawą zobowiązany jest dostarczyć właściwemu wójtowi, burmistrzowi, prezydentowi miasta,
- oznakowuje kąpielisko,
- sporządza profil wody w kąpielisku,
- 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,
- prowadzi systematyczne wizualne nadzorowanie kąpieliska,
- zleca badanie jakości wody laboratoriom upoważnionym ustawowo (laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria zatwierdzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej),

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2016 r. poz. 466 z późn. zm.)



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.

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 kąpiei,

przekazują organizatorom informacje dotyczące oceny jakości wody oraz klasyfikacji pochodzące z kontroli urzędowej,

przekazują informacje o liczbie kąpielisk i przyczynie

zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego,

• prowadzą kontrolę urzędową wody poprzez:

- ocenę bieżącą i sezonową jakości wody w kąpielisku,

- klasyfikację jakości wody w kąpielisku,

- wyznaczanie punktów pobrania próbek wody do badań,

- wykonywanie badań próbek wody przed sezonem kąpielowym oraz w przypadku zaistnienia sytuacji mogącej powodować pogorszenie jakości wody w kąpielisku,

- ocenę prowadzonej kontroli wewnętrznej,

- w przypadku stwierdzenia braku spełnienia wymagań jakości wody, zobowiązują organizatorów do ustalenia przyczyny zanieczyszczenia i podjęcia działań,

• wprowadzają zakaz kąpiei w przypadku stwierdzenia braku spełnienia wymagań jakości wody,

• sporządzają po sezonie kąpielowym sprawozdania o jakości wody,

• prowadzą i aktualizują internetowy serwis kąpieliskowy,

• udostępniają dane do profili wody w kąpieliskach.

## Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie miejsc wykorzystywanych do kąpiei

Zgodnie z definicją zawartą w art. 9 ust. 1 pkt 5c ustawy Prawo wodne przez miejsce wykorzystywane do kąpiei rozumie się wydzielony i oznakowany fragment wód powierzchniowych, niebędący kąpieliskiem i wykorzystywany do kąpiei. Organizowanie miejsc wykorzystywanych do kąpiei 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).

Podmioty współodpowiedzialne za funkcjonowanie miejsc wykorzystywanych do kąpiei to:

- organizator miejsca wykorzystywanego do kąpiei,
- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zadania dla wskazanych podmiotów w zakresie zarządzania nimi zostały wskazane w ustawie Prawo 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 miejsce wykorzystywane do kąpiei,
- niezwłocznie przekazuje właściwemu państwowemu inspektoratowi sanitarnemu wyniki badań wody.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- dokonują bieżących ocen jakości wody,

- przeprowadzają kontrole urzędowe w przypadku, gdy wyniki badań 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.

## Stan sanitarny kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpiei w 2016 r.

Zgodnie z art. 163c ust.2 ustawy 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 zarządzania oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej.

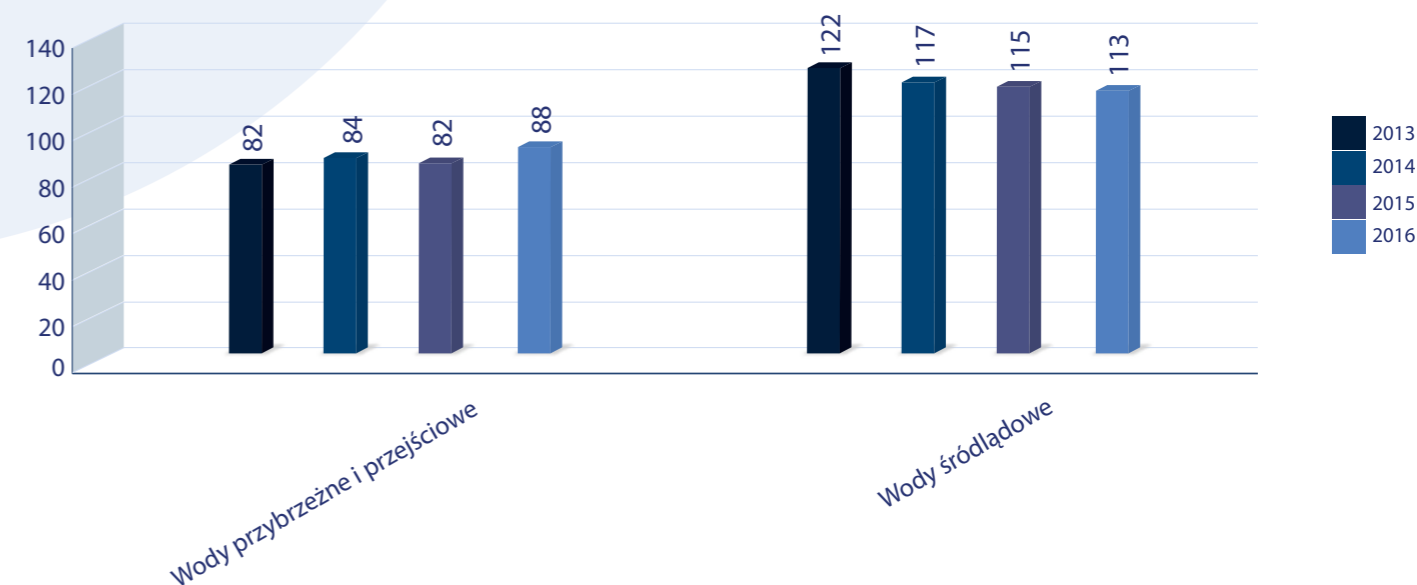
Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województw:

- pomorskiego (66),
- zachodniopomorskiego (48).

Tabela 20. Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2013-2016

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej			
	2013	2014	2015	2016
Wody przybrzeżne i przejściowe	82	84	82	88
Wody wewnętrzne	122	117	115	113
Razem	204	201	197	201

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 30. Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2013 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

W roku 2013 Polska raportowała do Komisji Europejskiej 204 kąpieliska, w 2014 r. odnotowała ich 201, w roku 2015 – 197 kąpielisk, natomiast w 2016 r. – 201. W porównaniu do roku 2015 liczba wszystkich kąpielisk w Polsce zwiększyła się o 4 kąpieliska.

Nadzorem sanitarnym w 2016 r. objęto 201 kąpielisk (100% obiektów ujętych w ewidencji).

Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach:

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

Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2016 r. liczyła 88 obiektów (stanowi to odpowiednio około 44% 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 53 kąpieliska morskie, (o trzy kąpieliska więcej niż w roku 2015) oraz na terenie województwa zachodniopomorskiego otwartych było 35 kąpielisk morskich (o trzy kąpieliska więcej niż w 2015 roku).

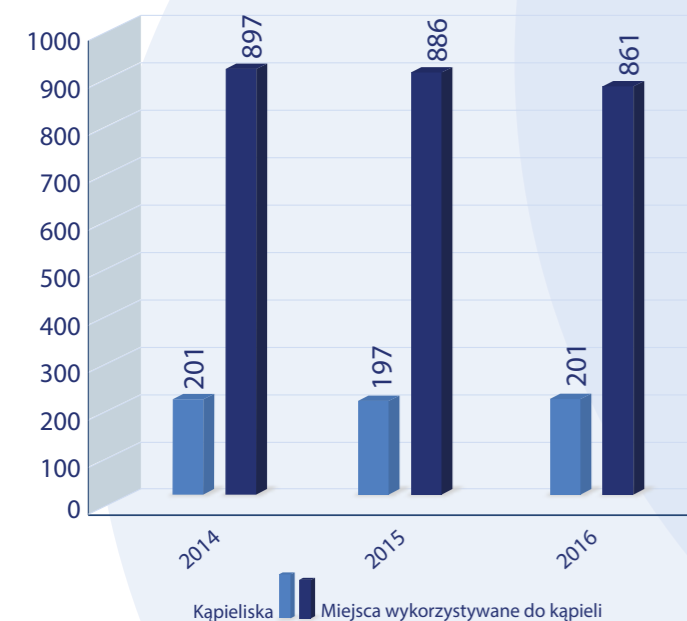
Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2016 r. w województwach:

- wielkopolskim (27),
- zachodniopomorskim (13),
- pomorskim (13),
- kujawsko-pomorskim (12),
- warmińsko-mazurskim (12).

Tabela 21. Liczba kąpielisk z podziałem na śródlądowe i morskie oraz miejsc wykorzystywanych do kąpeli w 2016 r.

Województwo	Kąpieliska			Miejsca wykorzystywane do kąpeli
	ogółem	śródlądowe	morskie	
dolnośląskie	3	3	0	29
kujawsko-pomorskie	12	12	0	65
lubelskie	2	2	0	52
lubuskie	6	6	0	63
łódzkie	4	4	0	24
małopolskie	1	1	0	19
mazowieckie	5	5	0	46
opolskie	2	2	0	19
podkarpackie	1	1	0	24
podlaskie	1	1	0	32
pomorskie	66	13	53	152
śląskie	5	5	0	24
świętokrzyskie	6	6	0	30
warmińsko-mazurskie	12	12	0	102
wielkopolskie	27	27	0	96
zachodniopomorskie	48	13	35	84
<b>POLSKA</b>	<b>201</b>	<b>113</b>	<b>88</b>	<b>861</b>

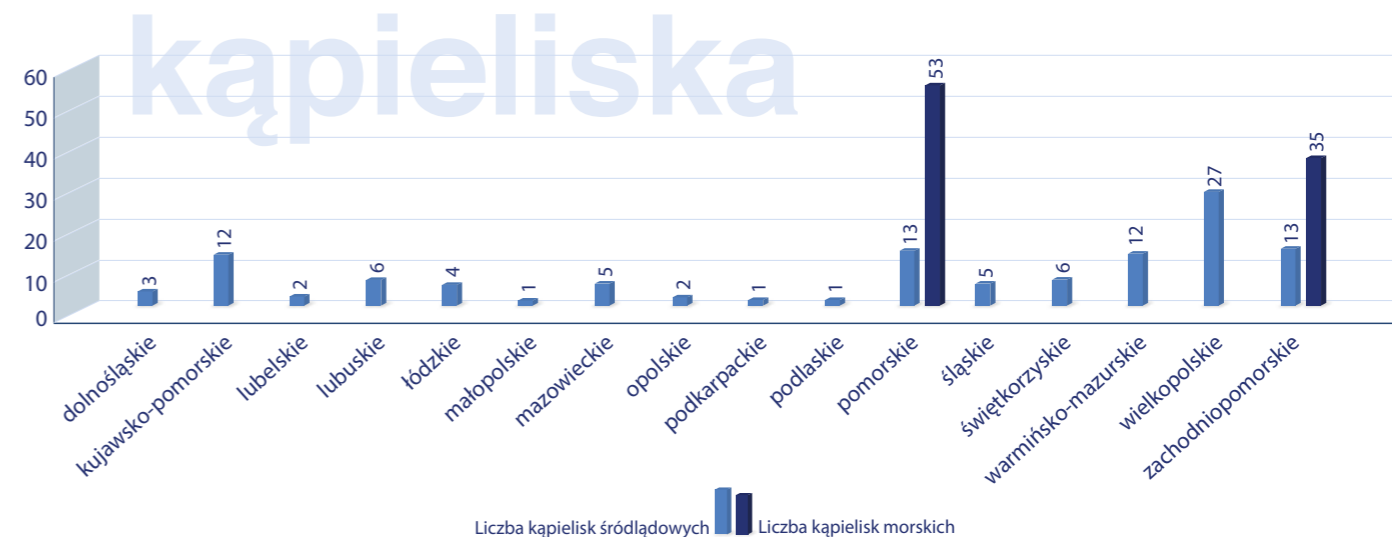
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 31. Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w latach 2014 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 32. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpeli w sezonie kąpielowym 2016 r.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

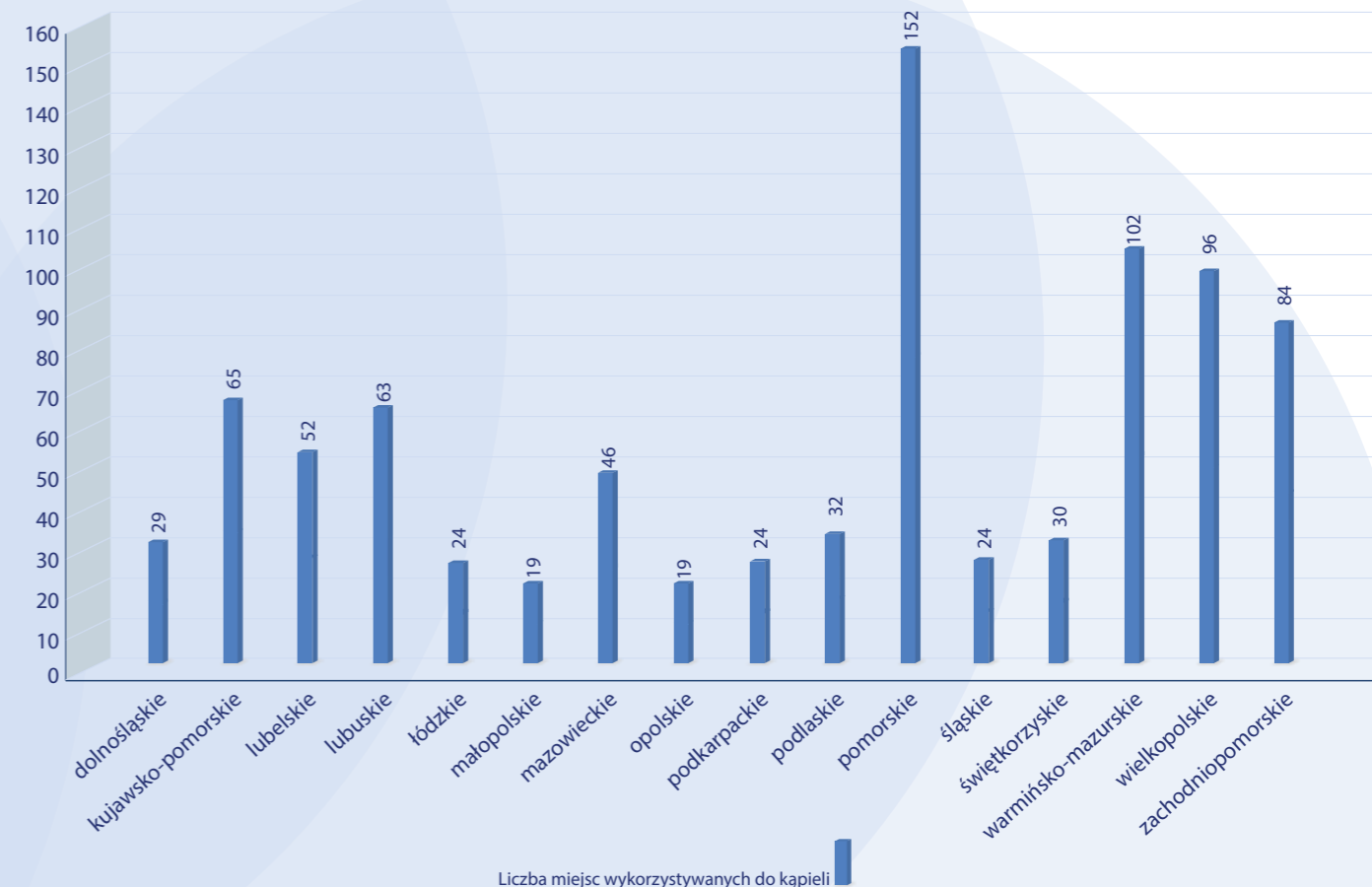


Wykres 33. Liczba kąpielisk z podziałem na województwa w 2016 r  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Biorąc pod uwagę fakt zmian przepisów w zakresie funkcjonowania kąpielisk oraz wprowadzenie nowego pojęcia miejsca wykorzystywanego do kąpeli, które zostało wprowadzone przepisami ustawy z dnia 4 marca 2010 r. o zmianie ustawy Prawo wodne (Dz. U. nr 44, poz. 253) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą również nadzór nad miejscami wykorzystywanymi do kąpeli. Ich liczba w 2014 r. wynosiła 897, w 2015 r. zmalała do 886, a w 2016 r. spadła do wartości 861 (poniżej podsumowujące zestawienia).

W sezonie letnim 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęły nadzorem wszystkie 861 miejsc wykorzystywanych do kąpeli. Wydały łącznie 1916 bieżących ocen jakości wody, w tym 61 ocen o okresowej nieprzydatności wody do kąpeli. 828 miejsc wykorzystywanych do kąpeli spełniało wymagania jakości wody, zaś w przypadku 33 miejsc wystąpiły przypadki czasowego braku ich spełnienia.

W sezonie kąpielowym w 2016 r. na stronach Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony był wykaz wszystkich miejsc wykorzystywanych do kąpeli nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.



Wykres 34. Liczba miejsc wykorzystywanych do kąpeli z podziałem na województwa w 2016 r.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Tabela 22. Liczba kąpielisk w latach 2014 – 2016

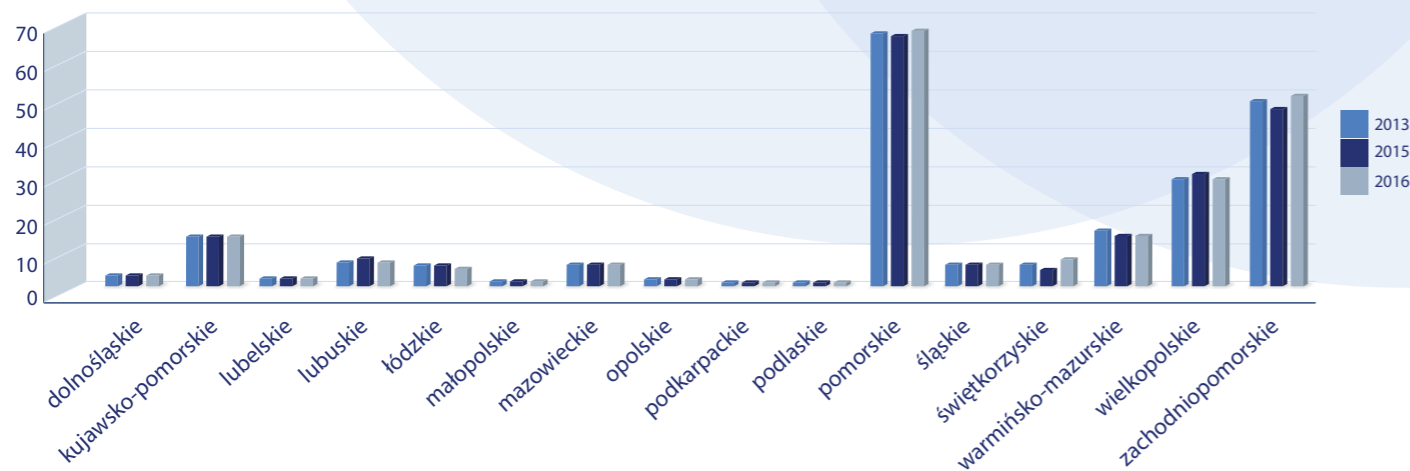
Województwo	2014	2015	2016
dolnośląskie	3	3	3
kujawsko-pomorskie	13	12	12
lubelskie	2	2	2
lubuskie	6	7	6
łódzkie	5	5	4
małopolskie	1	1	1
mazowieckie	5	5	5
opolskie	2	2	2
podkarpackie	1	1	1
podlaskie	1	1	1
pomorskie	65	64	66
śląskie	5	5	5
świętokrzyskie	5	4	6
warmińsko-mazurskie	13	12	12
wielkopolskie	27	28	27
zachodniopomorskie	47	45	48
<b>POLSKA</b>	<b>201</b>	<b>197</b>	<b>201</b>

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Rysunek 4. Lokalizacja kąpielisk uchwalonych i raportowanych do Komisji Europejskiej w 2016 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykres 35. Liczba kąpielisk z podziałem na województwa w latach 2014 – 2016

Źródło: opracowanie własne (GIS)

W 2016 r. spośród 201 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 części wód powierzchniowych

w obszarach ujść rzek, które są częściowo zasolone na skutek bliskości wód przybrzeżnych, ale które są pod znacznym wpływem dopływów wód słodkich. Wody przybrzeżne to wody powierzchniowe po stronie w kierunku lądu od linii, której najbliższy punkt linii brzegowej jest na odległości jednej mili morskiej po stronie w kierunku morza, od najbliższego punktu linii bazowej, od której mierzona jest szerokość wód terytorialnych, rozszerzając się tam gdzie to stosowane, aż do zewnętrznej granicy wód przejściowych<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> - Dyrektywa 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. ustanawiająca ramy wspólnotowego działania w polityce wodnej z Dz.U.L.327 z 22.12.2000)

## 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 powiatowi inspektorzy sanitarni dokonywali bieżącej oceny jakości wody. W przedmiotowej ocenie przydatności wody do kąpiel uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic.

W 2016 r. liczba kąpielisk, która spełniała wymagania jakości wody wynosiła 174, co stanowi 87% wszystkich kąpielisk. Dla 27 kąpielisk wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań jakości wody, co stanowi 13%

<sup>2</sup> Sinice, inaczej cyanobakterie występują we wszystkich zbiornikach wodnych, jednak problemem stają się, gdy wzrósł ich ilość. Pojawiają się w wodzie okresowo, szczególnie w okresie wysokich temperatur towarzyszących sezonowi letniemu. Stężenie toksyn sinicowych (w tym mikrocystyn) 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.

wszystkich skontrolowanych kąpielisk. Oceny o nieprzydatności wody do kąpiel były wydawane ze względu na przekroczenie parametrów mikrobiologicznych, jak również na zakwity sinic w kąpieliskach.

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

W ramach nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach, zarówno organizatorzy kąpielisk jak i organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczególną uwagę zwracały na zakwity sinic<sup>3</sup>.

Kontrola występowania sinic odbywa się na podstawie wizualnego nadzorowania 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 zakwitów sinic niebezpieczeństwo dla zdrowia osób korzystających z kąpielii stanowią produkowane przez nie toksyny. Monitorowanie nadmiernego zakwitów sinic pozwala na szybką reakcję w chwili powstania zagrożenia neurologicznego i hepatoksykacyjnego. Przy dużym nasłonecznieniu, stojącej wodzie i wysokiej temperaturze w wodach zbiorników 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. Należy pamiętać, aby nie korzystać z kąpielii 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 jak: materiały smoliste, szkło, tworzywa sztuczne, przedmioty pływające, jak również zwracały uwagę na wyposażenie kąpielisk. W sezonie kąpielowym 2016 odnotowano zanieczyszczenie dwóch kąpielisk substancjami smolistymi stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi oraz fauny i flory wody w kąpieliskach.



## 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 kąpielowy 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/>).

## Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne wprowadza definicję klasyfikacji, przez którą rozumie się przyporządkowanie wody w kąpielisku do odpowiedniej klasy ze względu na jej właściwości. w celu określenia klasyfikacji niezbędna

jest obserwacja jakości wody i jej ocena na przestrzeni dłuższego czasu. Zgodnie z przepisami ocena jakości wody ma być przeprowadzona na koniec każdego sezonu kąpielowego dla każdego kąpieliska.

Klasyfikacja realizowana jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpielii w wyniku oceny jakości wody w kąpielisku prowadzonej zgodnie z ww. ustawą.

Wodę w kąpielisku można klasyfikować jako:

- niedostateczną,
- dostateczną,
- dobrą,
- doskonałą.

Dla wód przybrzeżnych oraz przejściowych i dla wód powierzchniowych (wewnętrznych) normy najwyższych dopuszczalnych stężeń dla parametrów mikrobiologicznych są inne. Wody przybrzeżne oznaczają wody powierzchniowe od linii lądu, od której każdy punkt oddalony jest na odległość jednej mili morskiej w kierunku morza, od najbliższego punktu linii bazowej, od której mierzona jest szerokość wód terytorialnych, rozszerzając się, gdzie stosowne, aż do zewnętrznej granicy wód przejściowych. Wody przejściowe to

części wód powierzchniowych w obszarach ujść rzek, które są częściowo zasolone na skutek bliskości wód przybrzeżnych, ale które są pod znacznym wpływem dopływów wód słodkich.

Klasyfikacja w kąpielisku przeprowadzana jest na podstawie zestawu danych o jakości wody w kąpielisku, opracowanego w odniesieniu do danego sezonu kąpielowego oraz trzech poprzedzających sezonów kąpielowych, zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpielii. Wymagania przedstawiono w Tabeli 23.

Zgodnie z wymaganiami Komisji Europejskiej klasyfikacja wody w kąpielisku, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 5b ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne, ma być sporządzona po uzyskaniu pełnego zestawu danych o jakości wody, co ma nastąpić nie później niż do końca 2015 roku zgodnie z art. 2 ust.2 ustawy z dnia 4 marca 2010 r. o zmianie ustawy – Prawo wodne.

Wyniki klasyfikacji jakości wody w kąpieliskach raportowane do Komisji Europejskiej w 2016 r. przedstawione zostały w Tabeli 24:

Tabela 23. Klasyfikacja wody w kąpielisku – wymagania

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

\*oparte na ocenie 95-percentyla  
\*\*oparte na ocenie 90-percentyla

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Tabela 24. Klasyfikacja wody w kąpielisku – wyniki

Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym w 2016 r.	Klasyfikacja kąpielisk w 2016 r. oraz kąpieliska niepodlegające klasyfikacji					
	doskonała	dobra	dostateczna	niedostateczna	nowe kąpielisko <sup>4</sup>	niewystarczające próbkobranie <sup>5</sup>
201	133	32	16	1	18	1

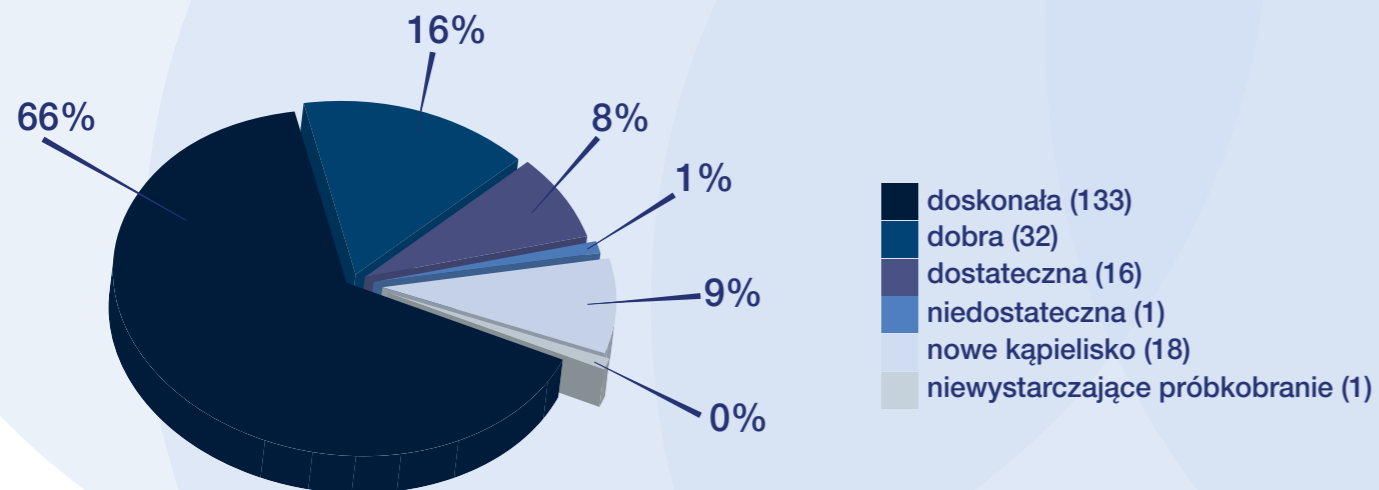
Źródło: opracowanie własne (GIS)

<sup>4</sup> Nowe kąpielisko które nie podlega jeszcze klasyfikacji z uwagi na niewystarczający zestaw danych o jakości wody w kąpielisku.

<sup>5</sup> Niespełnienie kryteriów częstotliwości oraz liczby próbek wchodzących do zestawu danych do oceny jakości wody (pierwsza próbka pobrana na krótko przed początkiem sezonu, niezachowanie częstotliwości próbkobrania w trakcie sezonu kąpielowego – max. odstęp między próbkobraniami nie dłuższy niż jeden miesiąc, brak zestawu danych do klasyfikacji).

Klasyfikacja jakości wody mogła zostać wykonana dla 182 kąpielisk z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody niezbędnych do przeprowadzenia przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. W 2016 r. 133 kąpieliska sklasyfikowano jako doskonałe, 32 otrzymało status jakości dobrej, 16 dostatecznej i 1 kąpielisko otrzymało wynik niedostatecznej jakości. Po zakończeniu sezonu kąpielowego w 2016 r. 18 kąpielisk nie podlegało jeszcze klasyfikacji z uwagi, iż zostały

wyznaczone po 2012 r. lub w kolejnych latach i w związku z czym nie posiadają wystarczającego zestawu danych o jakości wody. 1 kąpielisko nie spełniało kryteriów częstotliwości oraz liczby próbek wchodzących do zestawu danych do oceny jakości wody (pierwsza próbka niepobrana na krótko przed początkiem sezonu, niezachowanie częstotliwości próbkobrania w trakcie sezonu kąpielowego – maksymalny odstęp między badaniami nie powinien być dłuższy niż jeden miesiąc).



Wykres 36. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



## Serwis kąpieliskowy

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

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.

Realizując zadanie aktywnego rozpowszechniania informacji dotyczących jakości wód w kąpieliskach oraz o dostępnej infrastrukturze kąpieliskowej, Główny Inspektor Sanitarny od 2008 r. prowadzi Serwis kąpieliskowy w oparciu o dane z szesnastu wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Serwis kąpieliskowy w sezonie kąpielowym 2016 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 wojewódzkich inspektorów sanitarnych oraz państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

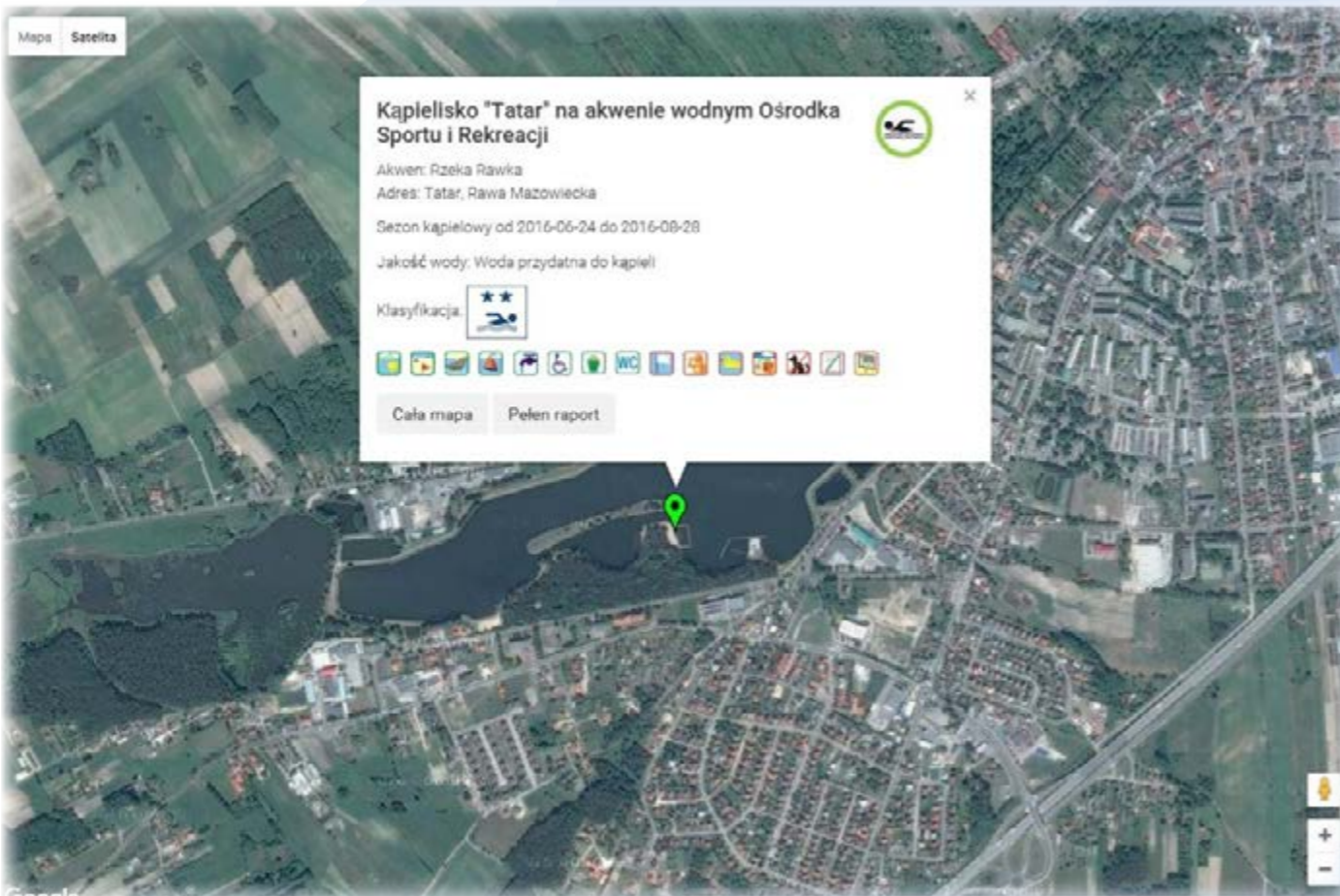
Celem Serwisu kąpieliskowego jest przede wszystkim natychmiastowe przekazywanie i rozpowszechnianie informacji o jakości wody w kąpieliskach podczas letniego wypoczynku tak, aby minimalizować ryzyko zdrowotne osób kąpiących się. Na podstawie sprawozdania z badania jakości wody prowadzonego dla każdego kąpieliska, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny dokonuje bieżącej oceny jakości wody w celu określenia jej przydatności do kąpiel. Informacja ta zostaje zamieszczona w Serwisie kąpieliskowym na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Zdjęcie 1. Strona główna Serwisu kąpieliskowego  
Źródło: [sk.gis.gov.pl](http://sk.gis.gov.pl)

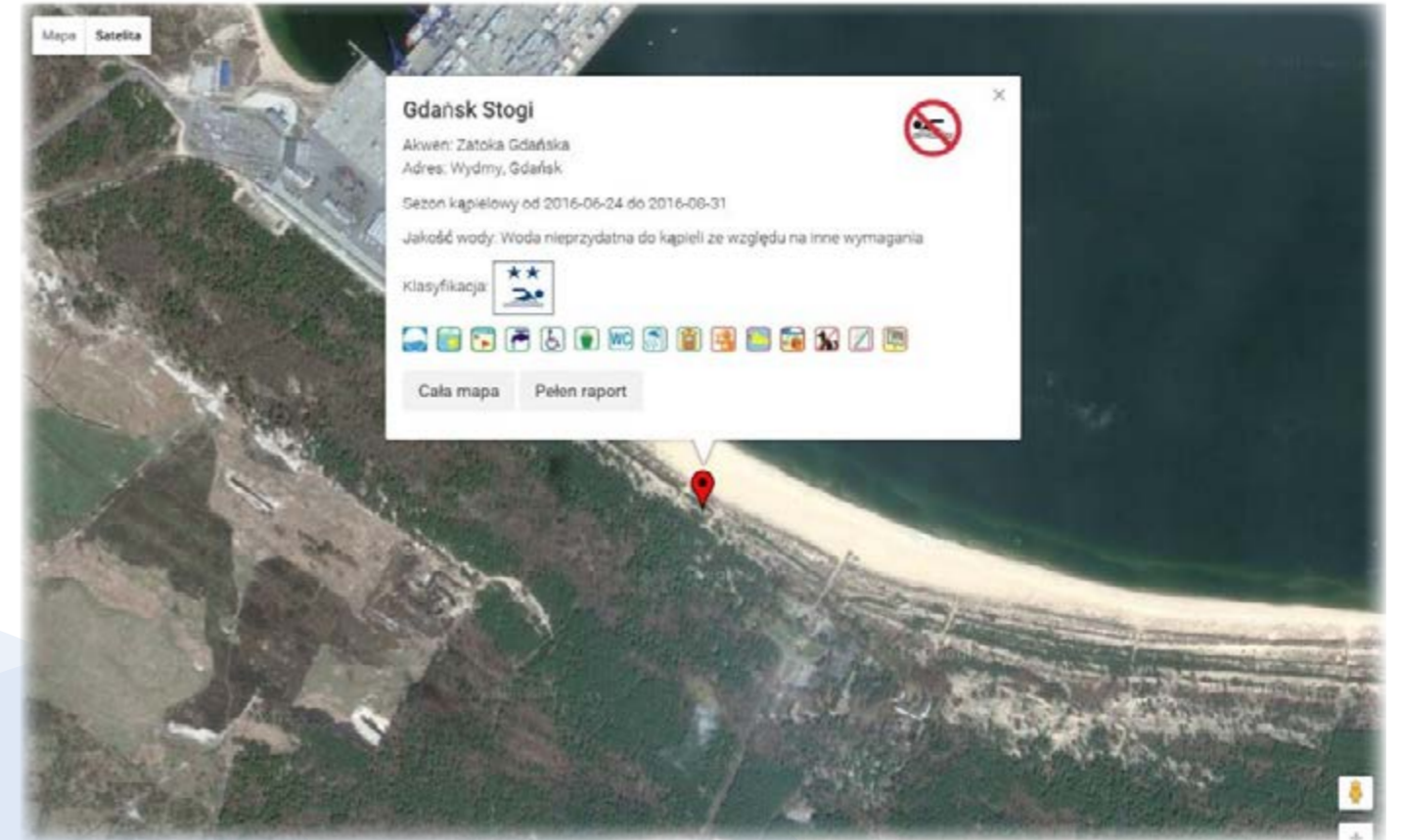




Zdjęcie 2. Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce  
Źródło: sk.gis.gov.pl



Zdjęcie 3. Informacja z Serwisu kąpieliskowego o przydatności wody do kąpeli  
Źródło: sk.gis.gov.pl



Zdjęcie 4. Informacja z Serwisu kąpieliskowego o nieprzydatności wody do kąpeli ze względu na parametry mikrobiologiczne i inne wymagania  
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 kąpeli wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informację o innych zaleceniach dotyczących jakości wody,
- ogólny opis wody w kąpielisku, sporządzony w oparciu o profil wody w kąpielisku, przedstawiony w języku nietechnicznym,
- informacje o:
  - możliwości występowania krótkotrwałych zanieczyszczeń,
  - liczbie dni, w których kąpiel była zakazana w czasie poprzedniego sezonu kąpielowego, z uwagi na takie zanieczyszczenie,
  - ostrzeżeniu o każdym takim występującym lub przewidywanym zanieczyszczeniu,
  - dane o rodzaju oraz spodziewanym czasie trwania sytuacji wyjątkowej, której występowania nie przewiduje się przeciętnie częściej niż raz na cztery lata.

Ponadto, Serwis kąpieliskowy zawiera dodatkowe informacje z zakresu infrastruktury na obszarze kąpieliska, które podzielone są na trzy kategorie.

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

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

- ogrodzenie,
- wyznaczona strefa do pływania,
- wyznaczona strefa na plaży do rekreacji i sportu,
- pomost, moło itp.,
- możliwość cumowania sprzętu wodnego,
- wydzielone miejsce do grillowania lub zorganizowania ogniska,
- dostęp do punktu czerpania wody z odprowadzaniem ścieków,

- przystosowanie dla osób niepełnosprawnych,
- kosz na śmieci,
- toaleta,
- natrysk,
- przebieralnia.

- wydzielone specjalne miejsce do zabawy dla dzieci,
- zakaz wprowadzania zwierząt domowych,
- regulamin kąpieliska,
- tablica informacyjna (regulamin).

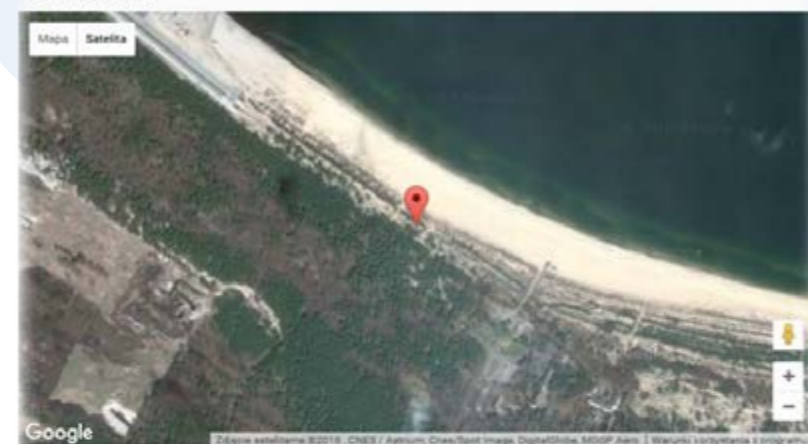
Trzecia kategoria to „Bezpieczeństwo”, w skład której wchodzi informacje czy na terenie kąpieliska znajduje się:

- maszt z flagą WOPR,
- ratownik,
- wydzielone specjalne miejsce do kąpiel dla dzieci,

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

## Gdańsk Stogi

Adres: Zatoka Gdańska  
Adres: Wydmę, Gdańsk



### Sezon kąpielowy

Od 2016-06-24 do 2016-08-31  
w godzinach 09:30:00 - 17:30:00

### Ocena bieżąca

Ocena	Powód oceny	Data decyzji	Następne badanie
Woda nieprzydatna do kąpeli	Zakwit sinic Inne:	2016-07-25	0000-00-00
Woda przydatna do kąpeli		2016-07-21	2016-08-01
Woda przydatna do kąpeli		2016-07-11	2016-07-18
Woda przydatna do kąpeli		2016-06-21	2016-07-04

### Klasyfikacja

Rok	Klasyfikacja	Środki zarządzania
2015	★★ Jakość dobra	
2014	★★ Jakość dobra	

### Infrastruktura



### Warunki

Brak pomiarów.

### Ogólny profil wody

Brak informacji o profilu.

### Organizator

Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Gdańsku  
ul. Traugutta 29, 80-221 Gdańsk  
telefon: +48 58 524 18 51  
e-mail: lukasz.hwanski@mosir.gda.pl

### Nadzorująca Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

PSSE w Gdańsku  
ul. Wąłowa 27, 80-858 Gdańsk  
telefon: (58) 320-08-00-02  
e-mail: psse.gdansk@pis.gov.pl



## Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują działania mające na celu zwrócenie uwagi zarówno samorządów, władz lokalnych jak i organizatorów kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli na zalety wynikające z tworzenia kąpielisk oraz na potrzebę korzystania w czasie letnim z kąpielisk przez mieszkańców Polski i turystów zagranicznych. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej współpracują oraz udzielają porad organizatorom

zorganizowania na terenie gminy bezpiecznego, systematycznie nadzorowanego kąpieliska, spełniającego wszystkie obowiązujące wymagania, to niewątpliwie organy samorządowe powinny wziąć pod uwagę taką potrzebę. Stanowi to wypełnienie zaleceń dyrektywy 2006/7/WE umożliwiających aktywny udział społeczeństwa w procesie tworzenia nowych kąpielisk oraz zgłaszania propozycji, uwag, skarg i wniosków w stosunku do kąpielisk już istniejących.

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

W 2016 r. nastąpił wzrost liczby kąpielisk ze 197 na 201 obiektów. Ponadto odnotowano spadek liczby miejsc wykorzystywanych (spadek z 886 na 861), która jednak 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 było zewidencjonowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej blisko 1 480 kąpielisk, w tym 1 160 niezorganizowanych tradycyjnie wykorzystywanych przez ludność do kąpeli, zaś obecnie jest ich 201 i ich liczba utrzymuje się na podobnym poziomie od wdrożenia przepisów ww. dyrektywy. Miejsca wykorzystywane do kąpeli zostały przewidziane przez ustawodawcę, mającego na względzie zapewnienie również bezpieczeństwa osobom kąpiącym się podczas zorganizowanego krótkotrwałego wypoczynku letniego (obozy harcerskie, sezonowe ośrodki wypoczynkowe lub gospodarstwa agroturystyczne). Miejsca te charakteryzują się, w odróżnieniu od kąpielisk, inną formą nadzoru sanitarnego nad jakością wody w zakresie zapewniającym wyeliminowanie zagrożeń zdrowotnych w czasie kąpeli.

kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w trakcie trwania sezonu kąpielowego 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, należy przez to rozumieć również potrzeby związane z organizacją i udostępnianiem kąpielisk. 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 Prawo wodne, który stanowi, iż rada gminy ma określić w drodze uchwały wykaz kąpielisk do 31 maja każdego roku, pozwala społeczeństwu wpływać na decyzje organów gminy w zakresie zapewnienia odpowiednich warunków rekreacji i wypoczynku zgodnych z jego oczekiwaniami. Jeśli lokalna społeczność oczekuje

Dlatego też, w celu wzmocnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkich osób korzystających z tej formy rekreacji Główny Inspektorat Sanitarny zaproponował zmianę w procedowanym projekcie ustawy Prawo wodne, definicji miejsca wykorzystywanego do kąpeli na miejsce okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli, które będzie funkcjonowało nie dłużej niż 30 dni. Biorąc pod uwagę, iż jest to proces długotrwały, a efekty jego działań z pewnością nie będą jeszcze zauważalne w kolejnym sezonie, Główny Inspektorat Sanitarny w 2016 r. zwrócił się do powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych o podejmowanie ciągłych działań edukacyjnych i informacyjnych promujących tworzenie kąpielisk (zamiast miejsc wykorzystywanych do kąpeli). Zadanie to było realizowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zdjęcie 5. Informacje szczegółowe o kąpielisku  
Źródło: sk.gis.gov.pl

## Terminarz organizacji kąpielisk

- do 31 grudnia każdego roku poprzedzającego sezon kąpielowy, w którym kąpielisko ma być otwarte organizator kąpieliska składa wniosek do właściwego terenowo wójta, burmistrza lub prezydenta miasta o wpisanie kąpieliska do wykazu kąpielisk danej gminy (art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne.),
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta, w przypadku przekazania przez organizatora kąpieliska niepełnej dokumentacji niezbędnej do jego umieszczenia w wykazie kąpielisk, wzywa do jej uzupełnienia w terminie do 7 dni (art. 34a ust. 5 ustawy Prawo wodne),
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta przygotowuje projekt uchwały o wykazie kąpielisk i podaje projekt uchwały do publicznej wiadomości, w sposób zwyczajowo przyjęty, określając formę, miejsce i termin składania uwag oraz propozycji zmian do wykazu, nie krótszy niż 21 dni od jego ogłoszenia (art. 34a ust. 7 ustawy Prawo wodne),
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta rozpatruje uwagi oraz propozycje do projektu uchwały w terminie nie dłuższym niż 14 dni (art. 34a ust. 8 ustawy Prawo wodne),
- do 15 kwietnia każdego roku wójt, burmistrz lub prezydent miasta przekazuje projekt uchwały o wykazie kąpielisk 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, którzy w ciągu 14 dni wydają opinię do przekazanego projektu (art. 34a ust. 9 ustawy Prawo wodne),
- do 31 maja każdego roku rada gminy określa, w drodze uchwały, wykaz kąpielisk na terenie gminy lub na polskich obszarach morskich przyległych do danej gminy (art. 34a ust. 1 ustawy Prawo wodne),
- po podjęciu uchwały o wykazie kąpielisk, wójt, burmistrz lub prezydent miasta przedstawia właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu informację o liczbie kąpielisk i podaje przyczynę zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego,
- Główny Inspektor Sanitarny przed rozpoczęciem sezonu kąpielowego przedstawia Komisji Europejskiej informację o liczbie kąpielisk i podaje przyczynę zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego,
- zgodnie z przyjętą przez Komisję Europejską praktyką pobierania pierwszej próbki wody do badań w kąpielisku, próbka wody przed otwarciem sezonu kąpielowego powinna zostać pobrana nie wcześniej niż na 10 dni przed rozpoczęciem sezonu.





# Zapobiegawczy nadzór sanitarny

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

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ma na celu zapewnienie, na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz projektowania i realizacji inwestycji, właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w obiektach, w taki sposób, aby w trakcie eksploatacji obiektów nie powstawały zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi, powodowane przyjętymi w tym zakresie rozwiązaniami. Analiza projektowanych rozwiązań w szczególności przeprowadzana jest w aspekcie oceny ryzyka narażenia ludności na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe dla zdrowia człowieka, w miejscu przebywania ludzi. Analizą objęte są miejsca przebywania i zamieszkania ludzi, a także 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 2016 r. zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych m. in. w sprawie:

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

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

- obiekty handlowe, przemysłowe, usługowe, turystyczne, hotelarskie, wychowania i nauczania, ochrony zdrowia (w których prowadzona jest działalność lecznicza, apteki itp.), miejsca obsługi pasażerów (np. dworce, porty, przystanie itp.),
- stacje bazowe telefonii komórkowej, linie elektroenergetyczne, trasy komunikacyjne (np. drogi, linie

kolejowe itp.), instalacje energii odnawialnej, np. elektrownie wiatrowe, oczyszczalnie ścieków, składowiska odpadów, instalacje unieszkodliwiania odpadów, stacje paliw, fermy zwierzęce,

- sieci wodociągowe i kanalizacyjne,
- instalacje lub urządzenia do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych, i wiele innych.

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

- uzgodnień dotyczących zakresu i stopnia szkodliwości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko projektów dokumentów strategicznych, tj.:
  - 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 sanitarno-higienicznych, działając na podstawie uprawnień nadanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, uzgadniali dokumentację projektową inwestycji.

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

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

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

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

- oddzielenie obszarów przeznaczonych na zabudowę

mieszkańczą od obszarów przemysłowych, tras komunikacyjnych itp. w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania na mieszkańców,

- zapewnienie właściwej gospodarki wodno-ściekowej, w tym zaopatrzenie ludności w wodę do spożycia o odpowiedniej jakości,
- prawidłowe postępowanie, usuwanie, gromadzenie, składowanie i unieszkodliwianie odpadów, w tym szczególnie niebezpiecznych odpadów medycznych, w sposób, który nie zagraża życiu i zdrowiu ludzi,
- zabezpieczenie ludzi przed uciążliwością związaną z hałasem (lotniska, transport, zakłady i instalacje usługowe oraz przemysłowe itp.) poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań technicznych, takich jak np. ekrany akustyczne czy okna o podwyższonej izolacyjności akustycznej i inne,
- ochronę ludzi przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym oraz jonizującym poprzez zastosowanie np. odpowiednich osłon i innych rozwiązań zabezpieczających,
- eliminację lub ograniczenie emisji zanieczyszczeń do powietrza w celu zapewnienia wymaganej jakości powietrza na terenach zamieszkania i pobytu ludności, między innymi poprzez zastosowanie odpowiednich technologii przemysłowych, rozwiązań technicznych i urządzeń redukujących lub pochłaniających substancje szkodliwe dla zdrowia ludzi,
- zagwarantowanie odpowiednich pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków pobytu ludzi w budynkach, w odniesieniu do funkcji pomieszczeń, poprzez zapewnienie w nich m. in. właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (prawidłowej wymiany i czystości powietrza, temperatury, wilgotności), klimatu akustycznego, a także bezpiecznych dla zdrowia wyrobów budowlanych,
- zapewnienie pracownikom odpowiednich higienicznych i zdrowotnych warunków pracy, biorąc pod uwagę m.in. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń chemicznych i fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi oraz szkodliwe czynniki biologiczne.

W 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajęły ok. 134 tysiące stanowisk (w 2015 r. ok. 137,4 tys. stanowisk, w 2014 r. ok. 134,7 tys.), w tym:

- ponad 10,1 tysiąca uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2015 r. ponad 9,9 tysiąca, w 2014 r. ok. 7,9 tysiąca),
- ponad 5 tysięcy opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko (w 2015 r. ponad 4,9 tysiąca, w 2014 r. ponad 4,8 tysiąca),
- około 17,4 tysiąca opinii w ramach oceny oddziaływania



przedsięwzięcia na środowisko (w 2015 r. około 15,8 tysiąca, w 2014 r. około 14,4 tysiąca),

- około 49 tysięcy zgód, opinii, uzgodnień wymaganych przepisami prawa materialnego m.in. dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych (w 2015 r. około 47 tysięcy, w 2014 r. ponad 46 tysięcy),
- ponad 4,2 tysiąca opinii dotyczących spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (w 2015 r. ok. 7,6 tysiąca, w 2014 r. około 9,6 tysiąca),
- ponad 18,3 tysięcy stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego (w 2015 r. ok. 20,4 tysięcy, w 2014 r. ok. 20,4 tysięcy),
- 76 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2015 r. 90, w 2014 r. 36 sprzeciwów).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały powyżej 8,5 tysiąca uzgodnień dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2015 r. powyżej 8,2 tysiąca, w 2014 r. ponad 9,1 tysiąca).

Liczba uzgodnień dokumentacji projektowej dokonanych w 2016 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarno-higienicznych wyniosła około 35,8 tysiąca (w 2015 r. około 34,3 tysiąca, w 2014 r. około 32,7 tysiąca).

W 2016 ogółem dokonano około 44,4 tysiąca uzgodnień projektów dokumentacji projektowej inwestycji (w 2015 r. około 42,6 tysiąca, w 2014 r. około 41,8 tysiąca).

Odsetek wszystkich stanowisk negatywnych zajętych przez Państwową Inspekcję Sanitarną wyniósł ok. 0,8% (w roku 2015 ok. 1%, w 2014 r. ok. 1%).

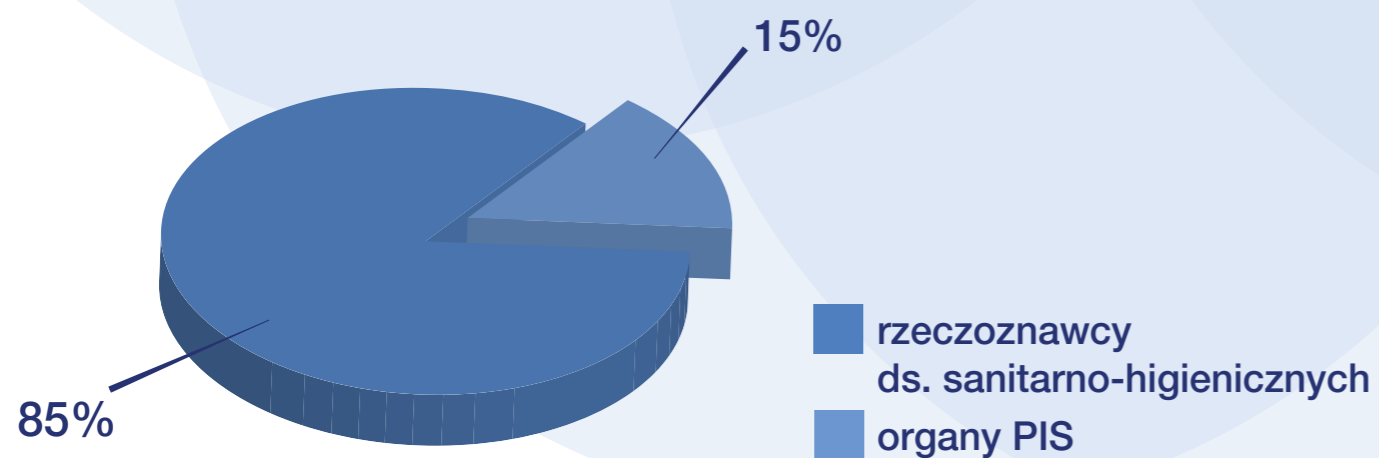
Liczba kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów objętych zapobiegawczym nadzorem sanitarnym w 2016 r. przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej to około 26,3 tysiąca (w 2016 r. około 31 tysiąca, w 2014 r. około 32 tysiące).

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

W 2016 r. ogólna liczba stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez Państwową Inspekcję Sanitarną spadła o 3393 w odniesieniu do 2015 r., przy zachowaniu bardzo niskiego odsetka stanowisk negatywnych ok. 0,8%. Wskazana powyżej różnica zajętych stanowisk była podyktowana w głównej mierze wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 960). Ustawa ta zniósła obowiązki:

- wydawania opinii sanitarnej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- i w konsekwencji - przedkładania takiej opinii organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą przez wnioskodawcę.

Powyższe obowiązki zostały zastąpione oświadczeniem wnioskodawcy o spełnieniu warunków wykonywania działalności leczniczej, w tym dysponowaniu odpowiednimi pomieszczeniami.



Wykres 37. Struktura uzgodnień dokumentacji projektowej w 2016 r.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Podsumowanie

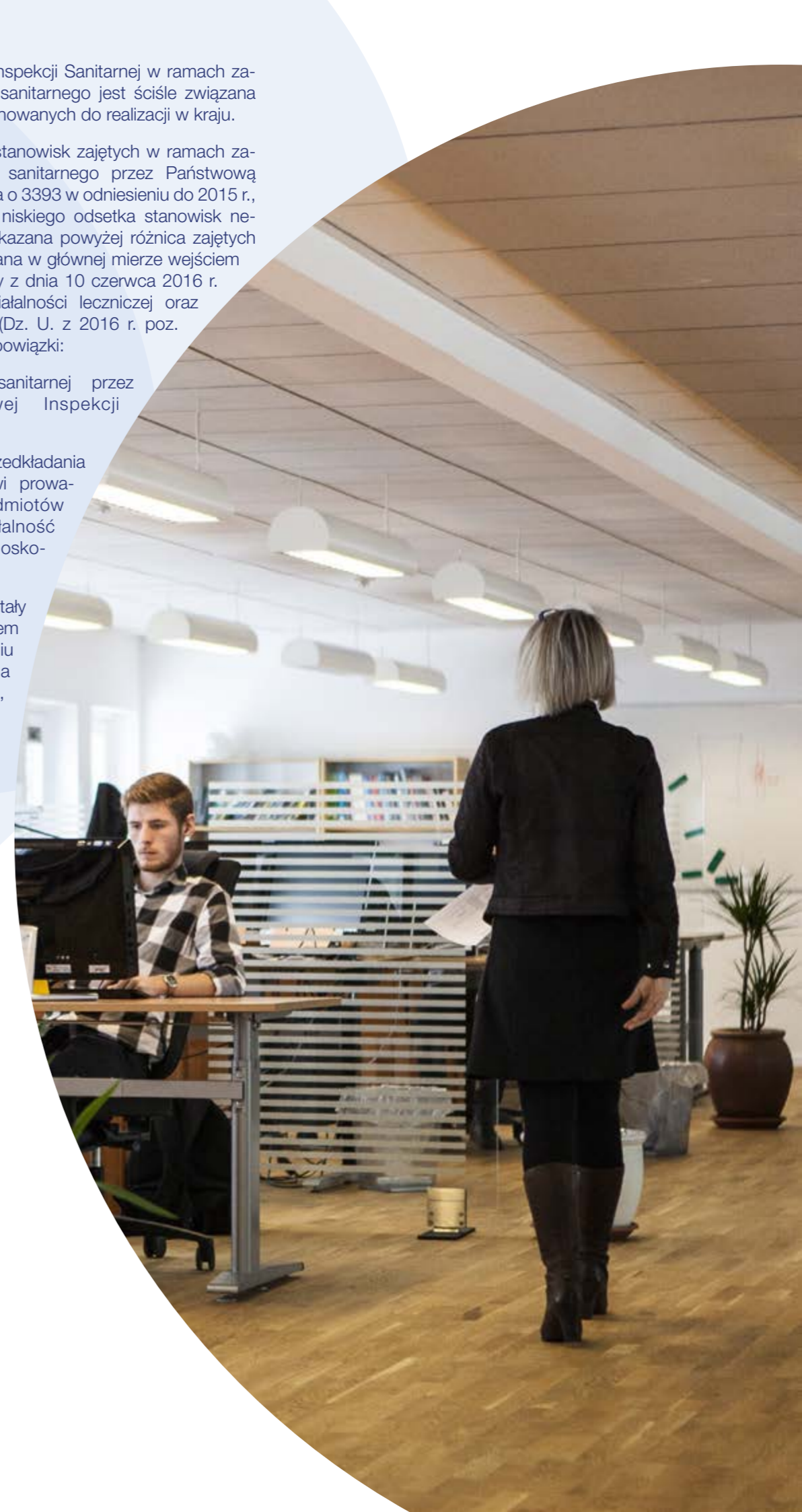
Zapobiegawczy nadzór sanitarny sprawowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną realizuje ustawowe obowiązki i zadania w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w szczególności poprzez:

- opiniowanie lub uzgadnianie pod względem higienicznym i zdrowotnym projektów planów zagospodarowania i innych dokumentów strategicznych m. in. w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko,
- opiniowanie przedsięwzięć w ramach oceny oddziaływania na środowisko,
- uzgadnianie dokumentacji projektowych inwestycji,
- wydawanie zgód, uzgodnień i opinii dotyczących odstępstw od przepisów prawa, w tym określających

warunki techniczne oraz warunki bezpieczeństwa i higieny pracy,

- zajmowanie stanowisk w sprawie obiektów budowlanych przekazywanych do użytkowania.

Stanowiska Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajmowane są wyłącznie na wniosek zainteresowanych podmiotów lub w związku z wystąpieniami organów prowadzących postępowanie główne i dotyczą planowanych inwestycji lub zagospodarowania terenu. Ocena projektowanych rozwiązań skupia się w szczególności na ocenie ryzyka narażenia ludności na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe dla zdrowia człowieka w miejscu jego zamieszkania i przebywania.





profilaktyka  
kontrola  
bezpieczeństwo  
edukacja  
nadzór  
higiena  
żywność  
wirusy  
woda  
granice  
szczenia  
zdrowie  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
praca  
szkoły  
kapieliska  
granice  
żywność  
szczenia  
granice  
szczenia  
woda  
nadzór  
higiena  
edukacja  
kontrola  
żywność  
bezpieczeństwo  
wirusy  
higiena  
zdrowie  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
praca  
kapieliska  
granice  
żywność  
szczenia  
szczenia  
szkoły

## **Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej**

---

## Informacje ogólne

W 2016 roku działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej była ukierunkowana na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności przez wzmożenie nadzoru sanitarnego nad obiektami użyteczności publicznej.

Kontrolę stanu sanitarnego w 2016 roku przeprowadzono w 80 644 obiektach użyteczności publicznej spośród 139 904 ujętych w ewidencji, dla porównania w roku 2015 na 117 655 obiektów ujętych w ewidencji kontrolą objęto 82 786. Kontrolą zostały objęte:

- zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – skontrolowano 35 631 spośród 56 540 ujętych w ewidencji, co stanowi 63%,
- obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 10 229 spośród 20 591 ujętych w ewidencji, co stanowi 49,7%,
- ustępy publiczne ogółem – skontrolowano 2 089 spośród 2 319 ujętych w ewidencji, co stanowi 90,1%,
- ustępy ogólnodostępne – skontrolowano 823 spośród

1 057 pozostających w ewidencji, co stanowi 77,9%,

- domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 1 973 spośród 2 624 ujętych w ewidencji, co stanowi 75,2%,
- dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze, przystanie morskie i żeglugi śródlądowej, stacje metra – skontrolowano 1 143 spośród 1 526 ujętych w ewidencji, co stanowi 74,9%,
- przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 46 spośród 50 ujętych w ewidencji, co stanowi 92%,
- tereny rekreacyjne – skontrolowano 5 104, spośród 9 006, co stanowi 56,7%,
- cmentarze i domy pogrzebowe – skontrolowano 4 420, spośród 10 153, co stanowi 43,5%,
- inne obiekty użyteczności publicznej – skontrolowano 17 536 spośród 34 214, co stanowi 51,3%.

## Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów

### Ustępy publiczne

Ustępy publiczne należą do obiektów, których stan sanitarny, w tym bieżąca czystość i higiena stosunkowo często budzi zastrzeżenia sanitarne. W ustępach publicznych w celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego w 2016 r. skontrolowano 2 089 obiektów, na 2 319 obiektów pozostających w ewidencji, co stanowi 90,1%. Mając na względzie potrzeby ludności w tym zakresie nadal tego typu obiektów jest za mało, co roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazują na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych, zwłaszcza w miejscowościach wypoczynkowych, przy szlakach turystycznych oraz przy cmentarzach.

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

W 2016 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 2 624 tego typu obiekty, skontrolowano 1 973, co stanowi 75,2%. Dla porównania w roku 2015 skontrolowano 1 877 obiektów spośród 2 356 znajdujących się w ewidencji. W 36 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, w 9 – niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym, zaś w 40 – niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym. Najczęstszym powodem klasyfikowania tych obiektów negatywnie był niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, nieprzestrzeganie ustawy o paleniu tytoniu, nieprawidłowe postępowanie z bielizną i odpadami. W omawianej grupie placówek przeważają obiekty zapewniające całodobową opiekę, całodzienne wyżywienie, często

także oferujące udział w programach rehabilitacyjnych i terapii zajęciowej. Ogólnie stan sanitarny obiektów tej kategorii był oceniany pozytywnie. Najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny: pomieszczeń mieszkalnych, ciągów komunikacyjnych, toalet ogólnodostępnych, toalet przy pomieszczeniach mieszkalnych, wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych, pomieszczeń do przechowywania brudnej bielizny. Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami w stanie sanitarno-technicznym skontrolowanych placówek były: zniszczone i brudne ściany oraz sufity, uszkodzona stolarka okienna i drzwiowa, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń.

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

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

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

W 2016 r. skontrolowano 10 229 spośród 20 591 tego typu obiektów, co stanowi 49,7%. W 111 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, w 39 przypadkach – niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym oraz w 95 przypadkach – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny. Podstawowymi elementami uwzględnianymi przy ocenie stanu sanitarnego placówek świadczących usługi hotelarskie było: zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia, odprowadzenie ścieków bytowo-gospodarczych, gospodarka odpadami komunalnymi, sprawność wentylacji pomieszczeń i ich właściwe oświetlenie, stan stolarki budowlanej i wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych, sanitariatów i ciągów komunikacyjnych, zaopatrzenie i właściwe przechowywanie środków czystości i preparatów dezynfekcyjnych, dbałość o stan bieżącej czystości i higieny pomieszczeń mieszkalnych i sanitariatów oraz terenu wokół obiektu. W większości województw odnotowano wzrost liczby obiektów o wysokim standardzie technicznym i jakości świadczonych usług, których stan sanitarny nie budził zastrzeżeń.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w tego typu obiektach kontrolowała:

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

W segmencie obiektów świadczących usługi hotelowe, podobnie jak w roku ubiegłym, wzrosła liczba obiektów skategoryzowanych.

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

Placówki, które należały do tej grupy stanowiły najbardziej liczną grupę obiektów użyteczności publicznej. W 2016 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 56 540 tego typu obiektów, kontrolą objęto 35 631, co stanowi 63%. Obiekty objęte w 2016 r. nadzorem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej charakteryzowały się dużym zróżnicowaniem – od niewielkich obiektów obsługiwanych przez jedną osobę, poprzez zakłady średniej wielkości, aż po firmowe salony wyposażone w najnowszy i najnowocześniejszy sprzęt.

Wymagania dla zakładów, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne i tatuażu regulują między innymi przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 poz. 1866). Jedną z ważniejszych regulacji jest art. 16 ww. ustawy, który nakłada na osoby podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, obowiązek wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi.

Obowiązkiem pracodawców i pracowników zakładów fryzjerskich, kosmetycznych i tatuażu jest utrzymywanie pomieszczeń i ich wyposażenia w nienagannym stanie sanitarno-porządkowym. Miejsca, które są szczególnie narażone na działanie czynników biologicznych np. pojemniki, tace, blaty, na których przechowywane są narzędzia fryzjerskie, umywalki, zagłówki foteli, wycięcia na szyję oparcie foteli przy stanowisku mycia głowy należy po każdym użyciu myć i dezynfekować. Dezynfekcja jest procesem prowadzącym do redukcji ilości biologicznych czynników chorobotwórczych przez zastosowanie metod fizycznych i chemicznych, nie należy mylić jej ze sterylizacją, która stanowi proces zniszczenia zdolnych do namnażania się form biologicznych czynników chorobotwórczych.





W salonach powszechnie stosuje się związki chemiczne, ale można też dezynfekować termicznie lub poprzez promieniowanie UV.



Narzędzia wielokrotnego użytku lub ich części, których stosowanie:

- nie powoduje naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, należy po każdym użyciu dokładnie oczyścić, umyć i zdezynfekować,
- powoduje lub może spowodować naruszenie ciągłości tkanek ludzkich, należy po każdym użyciu poddać dezynfekcji, a następnie umyć i poddać sterylizacji.

Narzędzia wielokrotnego użytku wykonane z materiałów, uniemożliwiających poddanie ich sterylizacji, dezynfekuje się przy użyciu środków dopuszczonych do obrotu na podstawie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych (Dz. U. poz. 1926) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 z dnia 22 maja 2012 r. w sprawach udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych (Dz. U. UE L 167, z 27.06.2012, str. 1).

Niedopuszczalne jest ponowne użycie narzędzi, wyrobów i materiałów przeznaczonych do jednorazowego użytku. Narzędzia jednorazowego użytku używane przy świadczeniu usług, bezpośrednio po użyciu usuwa się do zamkniętych, szczelnych, odpornych na uszkodzenia mechaniczne pojemników o nienasiąkliwych ścianach.

Narzędzia przechowuje się w warunkach zabezpieczających je przed zanieczyszczeniem lub uszkodzeniem. Wyroby, narzędzia używane w czasie świadczenia usług mogących powodować naruszenie ciągłości tkanek ludzkich, przechowuje się w opakowaniach sterylizacyjnych, na których umieszcza się etykietę zawierającą datę ich sterylizacji lub datę ważności.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w trakcie świadczenia usług dotyczyły:

- stosowania brudnych narzędzi i sprzętu fryzjerskiego,
- braku odpowiednich warunków do mycia rąk i narzędzi fryzjerskich,
- niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń w lokalach usługowych, ograniczających możliwość utrzymania czystości na bieżąco (np. stan powierzchni wewnętrznych w sali obsługi klienta, toalecie i pomieszczeniach pomocniczych).

#### Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, środki transportu

Powyższa grupa obejmuje różnorodne obiekty związane z obsługą osób podróżujących komunikacją publiczną. Należą do niej dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, porty lotnicze, przystanie promów morskich i morskich statków pasażerskich, promów w żegludzie śródlądowej oraz rekreacyjnych i sportowych jednostek pływających. Spośród 1 320 dworców autobusowych i stacji kolejowych znajdujących się w ewidencji skontrolowano 970, czyli 73,5%. W 12 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny oraz w 19 przypadkach niezadawalający stan techniczny.

Skontrolowano 8 540 obiektów zaliczanych do środków transportu:

- autobusy komunikacji publicznej – 3 092,
- autobusy turystyczne – 337,
- tramwaje, metro, szybka kolej miejska – 602,
- statki i promy – 529,
- samoloty pasażerskie – 0,
- samochody do przewozu chorych – 553,
- samochody do przewozu zwłok i szczątków ludzkich – 2 400,
- samochody do przewozu bielizny – 162,
- inne – 190.

W 52 przypadkach na 8 540 stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny, w 47 – niezadawalający stan techniczny.

#### Porty lotnicze

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. znajdowało się 13 portów lotniczych, skontrolowano 12 – nie stwierdzono nieprawidłowości. Obiekty te spełniają standardy europejskie, nie wydano żadnych decyzji administracyjnych, ani nie nałożono mandatów karnych w 2016 roku.

#### Przystanie morskie i śródlądowe

Skontrolowano 15 przystani żeglugi morskiej, 13 żeglugi śródlądowej i 77 przystani jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych. Te ostatnie najczęściej działają sezonowo, w dwóch przypadkach stwierdzono niezadawalający stan techniczny i w jednym przypadku niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny.

Przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. znajdowało się 50 przejść granicznych, skontrolowano 46, co stanowi 92%. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

#### Tereny rekreacyjne

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty, przeznaczone do odpoczynku poza budynkami, takie jak: parki, skwery z wydzielonymi miejscami do odpoczynku, ośrodki rekreacji przy akwenach oraz wydzielone tereny do zabaw dla dzieci jak ogródki, place zabaw i piaskownice. Na 9 006 obiektów znajdujących się w ewidencji skontrolowano 5 104, co stanowi 56,7%. W 1 przypadku stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 26 – niezadawalający stan techniczny. Stan sanitarny terenów rekreacyjnych kontrolowany jest przed rozpoczęciem sezonu, jak również w trakcie jego trwania. Przeprowadzone kontrole sanitarne wykazały znaczną poprawę na terenach przeznaczonych do zabaw dla dzieci, a w szczególności stan piaskownic, które były w dobrym stanie sanitarno-technicznym. Przed rozpoczęciem i w trakcie trwania sezonu letniego dokonywano wymiany piasku, place zabaw w wielu przypadkach zostały ogrodzone, aby uniemożliwić zanieczyszczenie przez zwierzęta. W 2016 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 1 305 pływalni krytych, 78 parków wodnych, 307 pływalni odkrytych i 58 mieszanych, gdzie dla porównania w roku 2015 skontrolowano 1333 pływalnie kryte, 81 parków wodnych, 388 pływalni odkrytych i 49 mieszanych (kryto-odkrytych). W 44 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan pod względem technicznym i w 24 przypadkach – higieniczno-sanitarnym.

#### Cmentarze, domy przedpogrzebowe

Na 10 153 obiekty znajdujące się w ewidencji skontrolowano 4 420, co stanowi 43,5%. W 20 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, w 9 przypadkach – tylko sanitarno-higieniczny, zaś w 46 powodem był niezadawalający stan techniczny.

Tabela 25. Dane porównawcze wyników kontroli obiektów w latach 2012 – 2016 r.

wyszczególnienie	wg ewidencji na 31 XII	skontrolowanych	ze stwierdzonym niezadawalającym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	pod względem technicznym	
2012 rok	objekty ogółem	129 792	84 405 / 65%	2 607 / 2%	1 905 / 1,5%
2013 rok	objekty ogółem	118 683	76 794 / 65%	560 / 0,5%	1 049 / 0,9%
2014 rok	objekty ogółem	128 154	81 576 / 63%	511 / 0,4%	890 / 0,7%
2015 rok	objekty ogółem	136 940	82 786 / 60%	346 / 0,3%	763 / 0,6%
2016 rok	objekty ogółem	139 904	80 644 / 57%	390 / 0,3%	634 / 0,5%

Źródło: opracowanie własne (GIS)

#### Inne obiekty użyteczności publicznej

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty użyteczności publicznej, inne niż wyżej wymienione, w przypadku których zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich sąsiedztwie. W skład tej grupy wchodzi apteki i hurtownie leków, cmentarze i domy pogrzebowe, prosekoria, obiekty sportowe, jak hale, boiska, ośrodki sportowe, lodowiska, kręgielnie, hale i korty tenisowe, strzelnice, kluby sportowe, obiekty kulturalno-widowiskowe, galerie, kina, teatry, muzea, ośrodki kultury, filharmonie, świetlice, kluby, biblioteki, obiekty rozrywkowe, jak dyskoteki, ponadto zakłady karne, poprawcze, schroniska dla nieletnich, izby wytrzeźwień, stacje paliw, pralnie, magle, targowiska, wysypiska i składowiska odpadów, parkingi, firmy i bazy transportowe, sklepy i hurtownie z odzieżą używaną, sklepy medyczne, lokale komisji poborowych i łaźnie. Skontrolowano 17 536 obiektów na 34 214 znajdujących się w ewidencji (51,3%), w 77 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, w 29 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i w 175 – niezadawalający stan techniczny.

#### Podsumowanie

W roku 2016 Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wykonywanie zadań określonych ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Kontrolę stanu sanitarnego w 2016 roku przeprowadzono w 80 644 obiektach użyteczności publicznej spośród 139 904 ujętych w ewidencji, co daje 57,6%, gdzie odpowiednio w roku 2015 na 136 940 obiekty znajdujące się w ewidencji skontrolowano 82 786, co stanowi 60,45%. Sprawowanie przez Państwową Inspekcję Sanitarną zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego przyczyniło się do stabilizacji sytuacji sanitarnej w kraju. Na podstawie wyników działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej ocenia się ogólnie, że bezpieczeństwo sanitarne w 2016 roku utrzymało się na dobrym, analogicznym do 2015 r., poziomie.



Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1819), wydane na podstawie art. 95 ust. 11 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1987, z późn. zm.) określa dopuszczalne sposoby unieszkodliwiania odpadów medycznych.

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 2016 r. poz. 1866) kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Działania, o których mowa, obejmują w szczególności opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń.

Postępowanie z odpadami medycznymi w większości skontrolowanych podmiotów wykonujących działalność leczniczą było prawidłowe i zgodne z procedurami opracowanymi według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2010 r. nr 139 poz. 940). Pomimo iż z dniem 24 stycznia 2016 r. ww. rozporządzenie zostało uznane za uchylone, ze względu na dotychczasową praktykę sposób postępowania z odpadami medycznymi nadal opierał się na podstawie procedur opracowanych według nieobowiązującego już rozporządzenia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami inspektorzy sanitarni wydawali zalecenia pokontrolne, bądź wszczynano postępowania administracyjne zakończone decyzją nakazującą usunięcie stwierdzonych uchybień, w oparciu o art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412, z późn. zm.).

Najczęściej występujące nieprawidłowości w podmiotach leczniczych:

- procedury postępowania z odpadami medycznymi nie zawierają wszystkich etapów postępowania,
- brak właściwej segregacji odpadów medycznych w miejscu ich powstawania,
- gromadzenie odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach w niewłaściwych pojemnikach lub przepelnione pojemniki,
- brak właściwej wentylacji w pomieszczeniu magazynowania odpadów,
- zły stan techniczny ścian i sufitów pomieszczeń magazynowania odpadów medycznych,
- nieprzestrzeganie czasu przechowywania odpadów medycznych (powyżej 72 godz.),

- brak odpowiedniej ilości zamykanych pojemników oraz brak umytych i zdezynfekowanych pojemników do gromadzenia odpadów medycznych,
- magazynowanie odpadów medycznych w niewłaściwej temperaturze powyżej 18°C,
- brak monitoringu temperatury w pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych,
- brak wydzielonych pomieszczeń do mycia i dezynfekcji wózków do transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- niewłaściwy transport wewnętrzny odpadów medycznych i niewłaściwe środki transportu wewnętrznego odpadów medycznych o otwartej przestrzeni ładunkowej, wykonane z materiału uniemożliwiającego jego mycie i dezynfekcję.

Najczęściej występujące nieprawidłowości w działalności leczniczej wykonywanej przez praktykę zawodową:

- brak procedur, w tym procedur postępowania z odpadami medycznymi w domu pacjenta,

- brak właściwej segregacji odpadów medycznych w miejscu ich powstawania,
- brak prawidłowo opisanych i zabezpieczonych pojemników, worków na odpady medyczne,
- niewłaściwe miejsce przechowywania odpadów medycznych poza przenośnym urządzeniem chłodniczym,
- brak pomieszczenia do przechowywania odpadów medycznych,
- brak dozowników: na mydło, płyn dezynfekcyjny, brak ręczników jednorazowego użycia w pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych,
- brak uregulowanej gospodarki odpadami oraz niewłaściwe postępowanie z odpadami medycznymi, tj. brak zgłoszonej informacji o ilości wytworzonych odpadów medycznych, brak umowy na odbiór odpadów ze specjalistyczną firmą, brak kart przekazania odpadów medycznych do utylizacji.

# nieprawidłowości





profilaktyka  
kontrola  
bezpieczeństwo  
edukacja  
higiena  
nadzór  
żywność  
wirusy  
woda  
granice  
zdrowie  
kapieliska  
szkoty  
praca  
choroby zakaźne  
żywność  
szkoty  
profilaktyka  
szkoty  
woda  
higiena  
granice  
edukacja  
bezpieczeństwo  
wirusy  
higiena  
zdrowie  
kapieliska  
choroby zakaźne  
żywność  
profilaktyka  
szkoty  
szkoty

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

# Wprowadzenie

Działalność kontrolna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie pionu higieny pracy realizowana była w 2016 roku przez wojewódzkie oraz powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne. W 2016 r. funkcjonowało

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

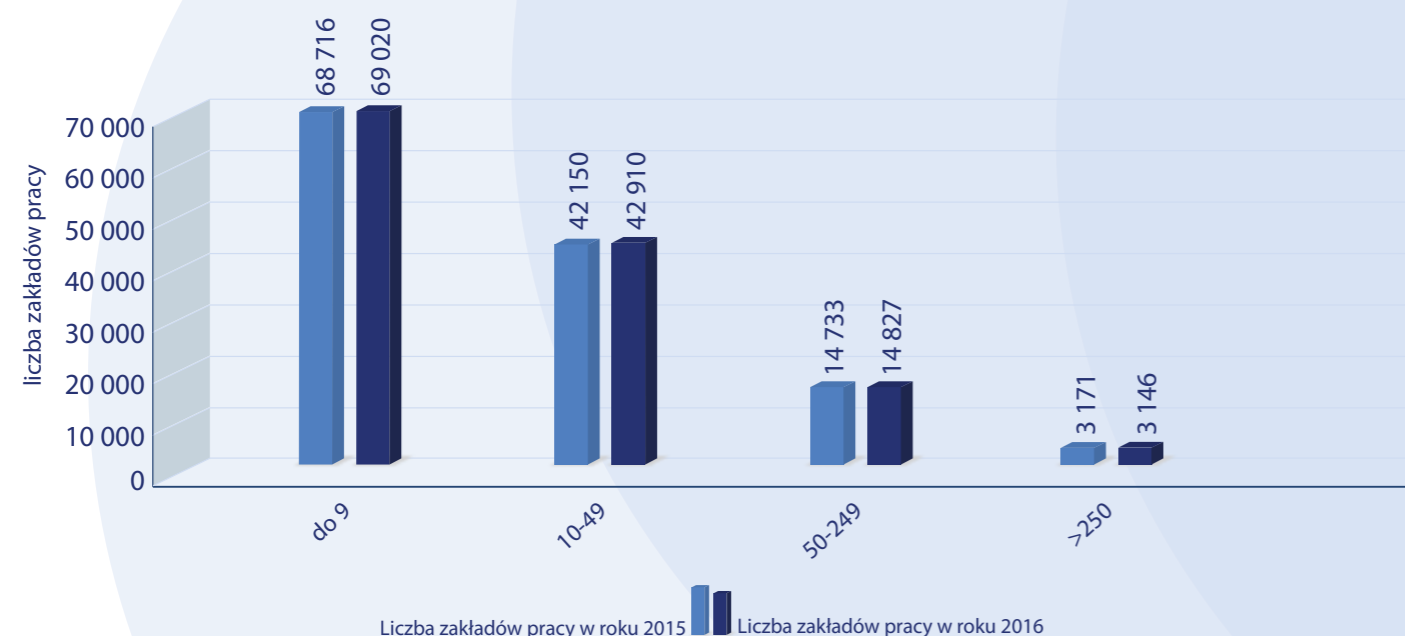
## Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Kluczowe kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy określone były w Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2016 r. kontrolę przestrzegania przepisów m.in. z zakresu: bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich, występowania substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, a także oceny ryzyka zawodowego. Plan pracy obejmował zarówno programy wieloletnie, tj. ocenę przygotowania pracodawców pod kątem przestrzegania przepisów i zasad bhp podczas usuwania bądź zabezpieczania wyrobów zawierających azbest w ramach rządowego „Programu Oczyszczenia Kraju z Azbestu na lata 2009 – 2032”, dwuletni program

dotyczącego sporządzenia oceny warunków pracy pracowników zatrudnionych w przemyśle tworzyw sztucznych. Szczególną uwagę zwrócono również na pracowników narażonych na rtęć i jej związki.

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. obejmował ewidencją 129 905 zakładów pracy (128 625 w roku 2015), zatrudniających ogółem 4 661 068 pracowników (w 2015 r. – 4 518 983), z czego największa liczba zatrudnionych to pracownicy wg. następującej klasyfikacji działalności:

- PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 456 553 zatrudnionych,
- PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – 355 881 zatrudnionych,
- PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 250 116 zatrudnionych,
- PKD 85 Edukacja – 208 305 zatrudnionych,
- PKD 46 Handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi – 201 475 zatrudnionych.



Wykres 38. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2015 – 2016 (wg liczby zatrudnionych pracowników)  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Pracownicy pionu nadzoru higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2016 r. 56 713 kontroli u 44 617 pracodawców (w 2015 r. – 58 250 kontroli u 45 315 pracodawców), zatrudniających łącznie 2 356 391 pracowników. Nadzorem objętych zostało 34,3% zewidencjonowanych podmiotów (w 2015 r. – 35,2% ).

Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.:

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – 26 185 kontroli w 4 400 obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w 20 362 obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3 – 2 072 kontrole, w tym m.in. w 620 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – 5 492 kontrole, w tym m.in. w 2 175 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 – 3 586 kontroli w 3 091 obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – 11 944 kontrole w 10 894 obiektach.

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w 4 644 skontrolowanych badaniach zakładach pracy. Przekroczenia NDS i NDN odnotowane w 2016 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 727 zakładach,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) – w 657 zakładach,
- przetwórstwo przemysłowe (PKD 10) – w 324 zakładach,
- produkcja mebli (PKD 31) – w 271 zakładach.

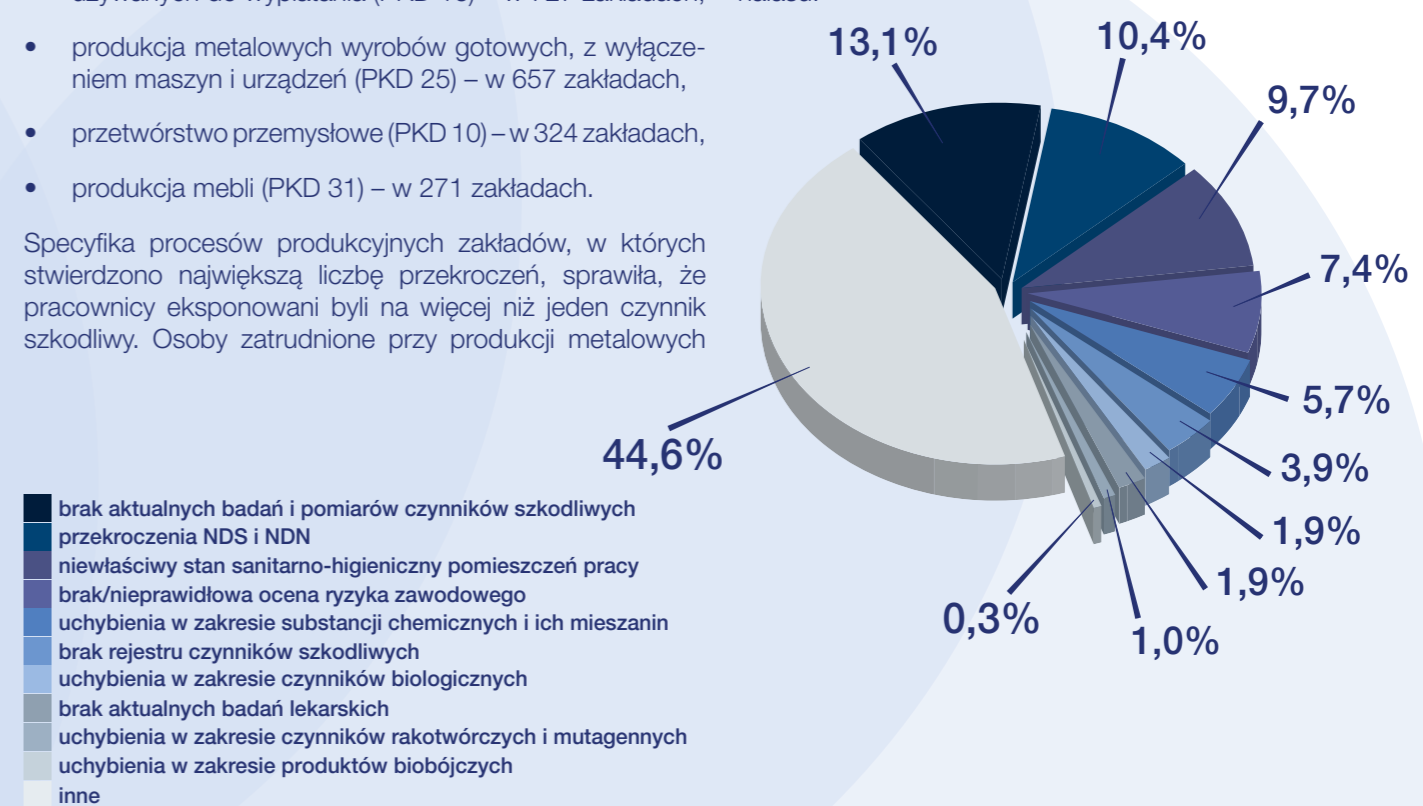
Specyfika procesów produkcyjnych zakładów, w których stwierdzono największą liczbę przekroczeń, sprawiła, że pracownicy ekspozowani byli na więcej niż jeden czynnik szkodliwy. Osoby zatrudnione przy produkcji metalowych

wyrobów gotowych oraz produkcji wyrobów z drewna oraz korka narażone były zarówno na pyły, jak i hałas. Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2016 r. zatrudnionych było 213 182 pracowników (w 2015 r. – 209 685), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – 28 873 pracowników,
- przy produkcji artykułów spożywczych – 14 967 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – 20 818 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 24 398 pracowników,
- przy produkcji metali – 11 075 pracowników,
- przy produkcji mebli – 12 521 pracowników.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, podobnie jak w latach ubiegłych, był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w 4 698 zakładach. 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.



Wykres 39. Najistotniejsze uchybienia w skontrolowanych zakładach w 2016 r.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Prowadzono postępowania administracyjno-egzekucyjne w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, w wyniku których wydanych zostało 14 400 decyzji administracyjnych, zawierających 41 828 nakazów m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – 9 696 nakazów,
- oceny ryzyka zawodowego – 4 724 nakazy,
- substancji chemicznych i ich mieszanin – 3 610 nakazów,
- obniżenia normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 1 853 nakazy,
- czynników biologicznych w środowisku pracy – 1 240 nakazów,
- substancji, mieszanin, czynników lub procesów techno-

logicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 759 nakazów,

- produktów biobójczych – 69 nakazów,
- detergentów – 44 nakazy,
- prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 – 38 nakazów,
- unieruchomienia stanowisk pracy – 16 nakazów,
- unieruchomienia zakładu – 1 nakaz.

W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w postępowaniu egzekucyjnym w 2016 r. wydanych zostało 213 postanowień o nałożeniu grzywny celem przymuszenia do wykonania decyzji. Nałożono grzywny w drodze mandatu karnego w liczbie: 106 na łączną kwotę 24 100 PLN.

## Choroby zawodowe

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

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. wpłynęło łącznie 4 879 podejrzeń o chorobę zawodową (w 2015 r. – 5 039). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 2 156 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 2 462 decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Łącznie w 2016 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono 2 128 chorób zawodowych, z czego w województwach: śląskim – 615, mazowieckim – 195 oraz małopolskim – 183. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: lubuskim – 52 przypadki i opolskim – 16 przypadków.

Od decyzji wydanych przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych w przedmiocie chorób zawodowych do organu II instancji wpłynęło 596 odwołań. Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydali 489 decyzji, z czego 239 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Do Naczelnego Sądu Administracyjnego wniesiono 39 skarg kasacyjnych. Główny Inspektor Sanitarny w ramach postępowania odwoławczego wydał w 2016 roku 14 decyzji administracyjnych oraz 12 postanowień w przedmiocie chorób zawodowych, z czego 8 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

W 2016 r. dominowały: pylica płuc (600 przypadków), następnie choroby zakaźne lub pasożytnicze (569 przypadków). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym rozpoznano schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (213 przypadków). Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie 184 przypadków klasyfikują się na miejscu czwartym. Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszającym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1,2 i 3 kHz znalazł się na piątym miejscu i wystąpił w liczbie 135 przypadków, tak samo jak przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy.

Postępowanie w sprawie chorób zawodowych w 2016 r. prowadzone było w oparciu o przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1367) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2013 r., poz. 1379).



Wykres 40. Występowanie chorób zawodowych w latach 2007 – 2016  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

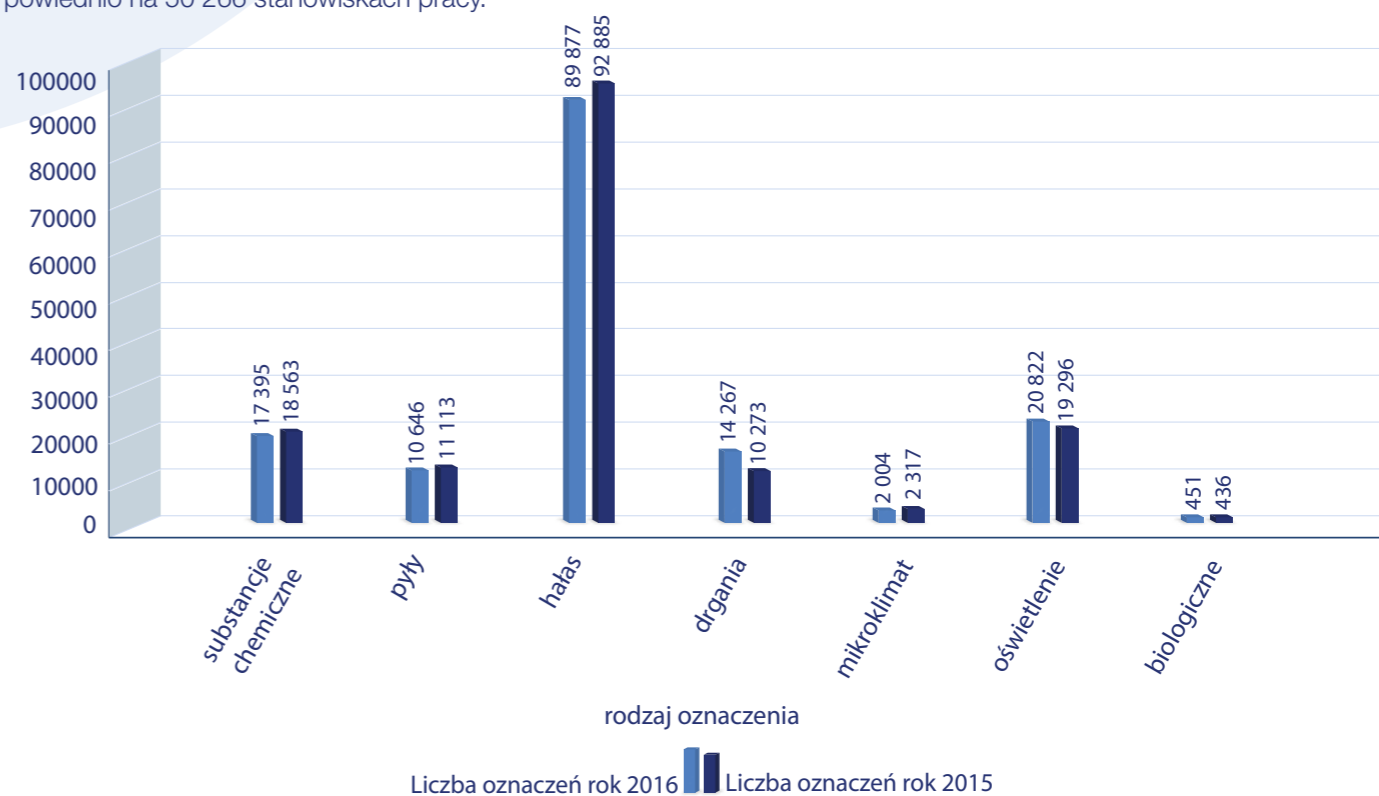
Szczegółowe dane dotyczące stwierdzonych chorób zawodowych opracowywane są przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w ramach Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych i opracowywanie analiz kształtowania się zapadalności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

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

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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2016 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 155 462 – oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na 61 738 stanowiskach pracy, w 2015 r. – 154 883 oznaczeń odpowiednio na 50 266 stanowiskach pracy.

Laboratoria środowiska pracy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych mają wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadają certyfikaty akredytacji na określone badania i pomiary czynników szkodliwych.



Wykres 41. Oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych w latach 2015 - 2016.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Podsumowanie

Pracownicy pionu higieny pracy realizując zadania z zakresu poprawy warunków pracy w 2016 roku 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 badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 13,1% (w 2015 r. – 13,0%). Przekroczenia normatywnych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono w 4 644 skontrolowanych zakładach pracy.

W 2016 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 517 kontroli), natomiast w zakresie produktów biobójczych nastąpił spadek o 571 kontroli.

W porównaniu z rokiem 2015 odnotowano zwiększenie liczby stwierdzonych chorób zawodowych – o 22 przypadki.

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







## Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które funkcjonowały w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Oddziały higieny radiacyjnej m.in. prowadziły nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników zatrudnionych:

- w jednostkach opieki zdrowotnej stosujących urządzenia radiologiczne na podstawie zezwoleń 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.

Zadania pionu higieny radiacyjnej:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa,
- wykonywanie pomiarów dozymetrycznych wokół źródeł promieniowania jonizującego i źródeł pól elektromagnetycznych oraz ocenę warunków pracy,
- prowadzenie postępowania administracyjnego (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości,
- ocena wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego

w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne,

- kontrola przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym, w tym prowadzenie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów nowopowstających lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- prowadzenie procesu nadawania uprawnień inspektorów ochrony radiologicznej (odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich),
- wykonywanie pomiarów zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz,
- prowadzenie działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.



## Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2016 roku zewidencjonowano 15 805 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w których zatrudniano 41 568 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej skontrolowano 4 624 jednostki organizacyjne oraz wydano 293 decyzje administracyjne i zalecenia pokontrolne dotyczące m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

W 2016 roku wydano 2 354 zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz 1 282 zezwolenia na uruchomienie 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 2016 Główny Inspektor Sanitarny powołał 45 komisji egzaminacyjnych; w wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano 501 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

## Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29.11.2000 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 737 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 385 w tym: 309 z zakresu rentgenodiagnostyki, 4 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych, 6 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radiofarmaceutycznych, 56 z zakresu radiologii zabiegowej oraz 10 z zakresu radioterapii onkologicznej.

## 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 2016 skontrolowano 698 zakładów pracy na 6 058 będących w ewidencji;
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 37 753.

Skontrolowano 566 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na 2 563 będące w ewidencji, w przemyśle – 97 na 582, w radiokomunikacji i łączności – 23 na 2 840. Na 37 753 urządzenia będące źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy skontrolowano 4 297.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach osób wynosiła 59 652 z czego:

- w ochronie zdrowia 44 939,

- w energetyce 323,
- w przemyśle 9 580,
- w radiokomunikacji i łączności 4 068.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2014 r. (Dz. U. poz. 817) w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy ocenę wielkości ekspozycji na pole elektromagnetyczne oddaje wskaźnik ekspozycji w (w – wskaźnik ekspozycji przedstawia stosunek wielkości ekspozycji rzeczywistej do dopuszczalnej, stąd jego znacząca rola w ocenie ekspozycji).

Wskaźnik ekspozycji w > 1 dotyczył 22 osób, co oznacza, że osoby te podlegały ekspozycji niedopuszczalnej.

Dotyczyło to osób zatrudnionych w ochronie zdrowia – 9 osób (z czego 8 pracujących przy urządzeniach MRI) oraz w przemyśle – 13 osób. W takich sytuacjach nakazano

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

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

Dla 8 651 osób wskaźnik ekspozycji w zawierał się w przedziale 0,5 – 1, w tym dla pracowników działalności leczniczej – 7 003 osób. Dla pozostałych wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.

## 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 2016 w placówkach tych wykonano łącznie 1 092 oznaczenia Cs-137, 49 oznaczeń Sr-90 oraz 322 inne oznaczenia, 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 47 oznaczeń Cs-137 metodą radiochemiczną oraz 213 oznaczeń Cs-137 metodą spektrometryczną. Otrzymane wyniki były wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

## 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.





profilaktyka  
kontrola  
bezpieczeństwo  
edukacja  
higiena  
nadzór  
żywność  
wirusy  
woda  
granice  
zdrowie  
szkoly  
praca  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
żywność  
szkolenia  
granice  
szkolenia  
woda  
nadzór  
higiena  
edukacja  
bezpieczeństwo  
wirusy  
higiena  
zdrowie  
kapieliska  
granice  
choroby  
zakaźne  
żywność  
praca  
kapieliska  
szkolenia  
szkolenia  
szkolenia  
szkolenia

**Ocena stanu sanitarnego placówek  
dla dzieci i młodzieży w 2016 roku**

---

## Informacje ogólne

W roku 2016 Państwowa Inspekcja Sanitarna nadzorowała 44 621 placówek przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, w tym m.in. placówki edukacyjne (przedszkola, inne formy wychowania przedszkolnego i szkoły), opiekuńczo-wychowawcze (m. in. żłobki, kluby dziecięce, placówki wsparcia dziennego oraz z pobytem całodobowym) i inne, np. bursy i internaty, domy studenckie oraz ośrodki specjalne. W liczbie tej mieściło się 19 719 szkół wszystkich typów, w tym 8 179 szkół podstawowych, 2 586 gimnazjów, 878 liceów ogólnokształcących, 533 szkoły policealne, 234 szkół

zawodowych ponadgimnazjalnych, 97 szkół specjalnych oraz 7 212 zespołów szkół, w ramach których funkcjonowały placówki różnych typów. Ponadto nadzorowanych było 2 769 żłobków i klubów dziecięcych, 429 szkół wyższych (łącznie 1 813 obiektów) i 2 655 placówek wychowania pozaszkolnego takich jak młodzieżowe domy kultury i pałace młodzieży, międzyszkolne ośrodki sportowe, pozaszkolne placówki specjalistyczne, oraz 2 193 placówki z pobytem całodobowym, wśród nich między innymi placówki opiekuńczo-wychowawcze, bursy i internaty.

## Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach realizacji zadań związanych z nadzorem nad warunkami sanitarno-higienicznymi placówek dla dzieci i młodzieży w 2016 roku przeprowadzili 46 616 kontroli w 32 003 placówkach, z których korzystało łącznie 5 653 247 osób, w tym 3 574 082 uczniów szkół wszystkich typów (szkoły podstawowe, gimnazja, licea, szkoły ponadgimnazjalne zawodowe, szkoły specjalne, 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.

## Stan sanitarny budynków, w których funkcjonują placówki dla dzieci i młodzieży

W wyniku kontroli prowadzonych w 2016 roku uchybienia dotyczące zarówno stanu sanitarno-higienicznego, jak i sanitarno-technicznego budynków, w którym mieści się placówka dla dzieci i młodzieży stwierdzono w 397, podczas

gdzie 240 skontrolowanych placówek było w niewłaściwym stanie sanitarno-higienicznym, natomiast 685 w złym stanie sanitarno-technicznym. Ogółem nieprawidłowości stwierdzono w 1 322 (ok.4%) skontrolowanych placówkach.

## Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej

Zapewnienie prawidłowych warunków do utrzymania higieny osobistej we wszystkich placówkach nauczania i wychowania jest gwarancją utrzymania higieny osobistej dzieci i młodzieży oraz jednym z elementów profilaktyki szerzenia się chorób zakaźnych.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w trakcie kontroli placówek dla dzieci i młodzieży odnotowali, że 31 235 placówek posiadało podłączenie do sieci wodociągowej, z własnego ujęcia wody korzystały 564 placówki, natomiast 4 785 odprowadzało nieczystości do zbiornika bezodpływowego, a 1 039 placówek posiadało własne oczyszczalnie ścieków.

W 688 obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie), w 81 placówkach stwierdzono

zaniedbania w zakresie stanu czystości i porządku sanitariatów, natomiast w 592 przypadkach urządzenia sanitarne okazały się niesprawne technicznie. Ponadto w 12 placówkach dostępne były jedynie ustępy zewnętrzne.

Skontrolowano również szkoły pod względem realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach. Pomimo znacznej poprawy w ostatnich latach, w 87 placówkach nie wywiązano się z ww. obowiązku.

W 81 szkołach nie zapewniono należytych warunków do utrzymania higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, ręczników papierowych do suszenia rąk lub suszarki elektrycznej do suszenia rąk oraz mydła w płynie w dozownikach).

## Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży

Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, systematycznie przeprowadziła w przedszkolach i szkołach ocenę dostosowania mebli szkolnych do zasad ergonomii z obowiązującą normą w tym zakresie. Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, wyposażenie placówek dla dzieci i młodzieży powinno posiadać certyfikat potwierdzający zgodność wyrobu z parametrami określonymi w Polskiej Normie lub atest potwierdzający bezpieczeństwo użytkowania produktu. Celem przeprowadzanych pomiarów jest 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 rokiem.

Kontrola w niniejszym zakresie wykazała, że spośród 27 600 skontrolowanych placówek, 176 (1%) wyposażonych było wyłącznie w meble bez certyfikatu, 600 (2%) placówek posiadało do 25% certyfikowanych mebli, 1 499 (5%) placówek posiadało nie więcej niż 50% certyfikowanego wyposażenia. Natomiast w 4907 (18%) placówkach ponad 50% mebli posiadało certyfikat zgodności z Polską Normą, a w 20 073 (73%) szkołach stwierdzono korzystanie wyłącznie z mebli z certyfikatem.

Oceniono również dostosowanie mebli do wysokości ciała uczniów. Uchybienia stwierdzono na 4027 stanowiskach w 531 oddziałach 153 szkół podstawowych, 812 stanowiskach w 128 oddziałach 30 gimnazjów oraz 10 stanowiskach w 4 oddziałach 1 liceum ogólnokształcącego.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowali również 26 716 szkół pod względem

korzystania przez uczniów z certyfikowanych urządzeń i sprzętu sportowego. W 831 (3%) szkołach zapewniono do 25% certyfikowanego sprzętu sportowego, w 1 551 (6%) do 50% sprzętu posiadającego certyfikaty, 4 340 (16%) placówek posiadało więcej niż 50% sprzętu posiadającego certyfikaty, z kolei w 17 825 (68%) placówkach zapewniono wyłącznie certyfikowany sprzęt sportowy.



## 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 tego w pełni (zapewniając możliwość zostawienia podręczników i innych przyborów szkolnych uczniom wszystkich klas) wywiązało się ogółem 18 287 szkół (ok. 88,9%) spośród skontrolowanych 20 565 różnych typów szkół, w tym 10 809 (59,1%) szkół podstawowych, 5241 (28,6%) gimnazjów, 995 (5,4%) liceów ogólnokształcących oraz 1242 (6,8%) szkół ponadgimnazjalnych.



## 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 (w skład którego wchodzi sala gimnastyczna, sala rekreacyjna oraz pomieszczenia pomocnicze, np. szatnia) z boiskiem korzystać mogli uczniowie 6 363 (42%) szkół z 15 111 wszystkich skontrolowanych placówek. Z kolei 712 (4,7%) szkół posiadało tzw. zespół sportowy bez boiska, 257 szkół wyłącznie salę gimnastyczną, natomiast 999 (6,6%) obiektów tylko boisko sportowe. Odnotowano, że niezależnie od posiadanej infrastruktury sportowej,

zajęcia wychowania fizycznego na korytarzach odbywały się w 1 061 (7%) szkołach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku 1 230 (8%) placówek.

Podczas kontroli oceniono również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po odbytych zajęciach sportowych. Tylko w 229 (1,5%) szkołach uczniowie korzystali z natrysków po każdych zajęciach sportowych, natomiast w 1381 (9%) sporadycznie. Z kolei 163 (1%) szkół posiadało natryski nieczynne (nieudostępnione do użytku), a w 1944 (12,9%) szkołach natryski nie były używane. Dyrektorzy placówek powinni w tym zakresie podjąć działania, aby w znacznym stopniu zwiększyć wykorzystanie natrysków przez uczniów bezpośrednio po zajęciach wychowania fizycznego, gdyż wykorzystywane są często przez placówki jako magazynki lub w innych celach.

## Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole

Na właściwy rozwój ucznia wpływa między innymi organizacja procesu nauczania i wychowania w szkołach, zwłaszcza planowanie nauki i odpoczynku. W roku 2016

w ramach nadzoru nad higieną procesu nauczania skontrolowano rozkłady zajęć w 15 007 szkołach wszystkich typów gdzie w 715 (4,8%) stwierdzono nieprawidłowości.

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. Skontrolowano w tym zakresie 9 154 szkół podstawowych, nieprawidłowości odnotowano w 453 (3%) z nich. Ponadto skontrolowano 4 349 gimnazjów, spośród których w 147 (1%) nie zapewniono higienicznego rozkładu zajęć, 687 liceów ogólnokształcących, z czego w 45 (0,3%) stwierdzono uchybienia w przedmiotowym zakresie, jak również 817 ponadgimnazjalnych szkół zawodowych, gdzie uchybienia odnotowano w przypadku 70 szkół (0,5%).

## Żywnienie w szkołach

W 2016 roku, w trakcie kontroli sanitarnych placówek szkolnych, uzyskano informacje dotyczące żywienia i dożywiania dzieci i młodzieży. Na 14 651 skontrolowanych szkół 12 054 placówek oferowało uczniom ciepłe posiłki. 6 594 placówki oferowały obiady pełne, natomiast 6 044 obiady jednodaniowe, z których łącznie korzystało 1 165 053 dzieci i młodzieży. Z posiłków dofinansowanych skorzystało 358 255 (31%) uczniów.

W 6 362 szkołach posiłki przygotowywane były na miejscu, podczas gdy 5 878 placówek zapewniało posiłki przygotowywane poza szkołą. W 5 207 szkołach prowadzone było wydawanie śniadań dla 87 973 uczniów.

W porównaniu z latami ubiegłymi znacznie wzrosła ilość szkół wydających napoje uczniom (w tym wody). Z tej możliwości skorzystało 1 085 969 uczniów z 6 333 skontrolowanych placówek.

## Zabezpieczenie piaskownic przed dostępem zwierząt

Z uwagi na bezpieczeństwo i higienę korzystania ze szkolnych placów zabaw, boisk i terenów rekreacyjnych przez dzieci i młodzież konieczne jest zabezpieczenie terenu (np. piaskownic) przed dostępem zwierząt, w szczególności przed zanieczyszczeniem odchodami zwierzęcymi. W toku kontroli sanitarnych spośród 36 429 skontrolowanych placówek stwierdzono niewystarczającą ochronę przed zanieczyszczeniami placów zabaw/terenów rekre-

acyjnych w przypadku 498 placówek, niewystarczającą ochronę przed zanieczyszczeniami terenów sportowych w 28 szkołach oraz niewystarczającą ochroną przed zanieczyszczeniami zarówno placów zabaw/terenów rekreacyjnych jak i terenów sportowych należących do 215 szkół. W roku 2016 wydano łącznie 116 decyzji administracyjnych z czego wyegzekwowano 63 oraz nałożono 9 mandatów karnych.

## Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W roku 2016, w elektronicznej bazie Kuratorium Oświaty, zarejestrowano 27 011 turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży. W ramach wypoczynku dzieci i młodzieży podejmowano działania profilaktyczne i prewencyjne zmierzające do zapewnienia bezpiecznego wypoczynku

Podczas kontroli tematycznych dotyczących przygotowań do XXXI Światowych Dni Młodzieży w 2016 roku, w placówkach pobytu dzieci i młodzieży (szkoły, internaty, bursy, młodzieżowe domy kultury, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze) zwracano szczególną uwagę na dostęp dzieci i młodzieży do ciepłej, bieżącej wody, wyposażenie w urządzenia sanitarne oraz ich utrzymanie w stanie pełnej sprawności technicznej i czystości. Wzorem lat ubiegłych, wypoczynek w miejscu zamieszkania zorganizowany był przez placówki pracy pozaszkolnej (domy kultury, kluby osiedlowe, świetlice). Dla dzieci i młodzieży organizowano zajęcia w formie zabaw, konkursów, turniejów i wycieczek plenerowych. W trosce o bezpieczny wypoczynek propagowano właściwe zachowania poprzez dystrybucję materiałów

edukacyjnych dotyczących m.in. profilaktyki wszawicy w placówkach, profilaktyki oraz przestrzegania zakazu palenia tytoniu, bezpieczeństwa żywności i żywienia oraz używania substancji psychoaktywnych.

Skontrolowano warunki sanitarno-higieniczne podczas 10 984 turnusów (z których skorzystały łącznie 569 303 osoby), z czego 127 kontroli miało charakter interwencyjny, tj. zostały przeprowadzone na skutek zgłoszenia podejrzenia, iż uczestnikom nie zapewniono należytych warunków sanitarnych, z czego 73 interwencje okazały się uzasadnione. Kontrole wykazały 198 przypadków uchybień w zakresie zapewnienia warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku. W przypadku 92 turnusów stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu.

## Żłobki

Zgodnie z treścią danych uzyskanych w związku z nadzorem nad żłobkami i klubami dziecięcymi, w ewidencji figurowało 2769 placówek, w tym 2 266 żłobków, z których 1 808 utworzono po wejściu w życie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 z dnia 4 lutego 2011 r. (Dz. U. 2011 Nr 45 poz. 235 ze zm.) oraz 503 kluby dziecięce. W roku 2016 złożono łącznie 565 wniosków o wydanie opinii sanitarnej, z czego 536 placówek otrzymało pozytywną opinię w zakresie spełnienia wymogów sanitarnych. W wyniku stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości 11 placówkom odmówiono wydania pozytywnej opinii sanitarnej. W 24 placówkach postępowanie o wydanie opinii PIS jest w toku. W 2016 roku 132 placówki objęte nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej zawiesiły lub zakończyły działalność.

W placówkach, które nie uzyskały pozytywnej opinii sanitarnej stwierdzono m.in. następujące uchybienia:

- nie zapewniono wymaganej powierzchni pomieszczeń (5),

- wyposażenie nie posiadało atestów lub certyfikatów (7),
- wysokość pomieszczeń przeznaczonych na pobyt dzieci wynosiła mniej niż wymagane przepisami 2,5 m (5),
- brak wyraźnych oznakowań, przypisanych do konkretnego dziecka pościeli i leżaków oraz ich nieodpowiednie przechowywanie (10),
- poziom podłogi w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi był niższy niż określony przepisami, tj. 30 cm powyżej terenu urządzonego przy budynku (6),
- meble nie były dostosowane do wymagań ergonomii (5),
- nie zapewniono bieżącej ciepłej wody (3),
- nie zapewniono stanowiska do przewijania dzieci (7),
- brak zabezpieczenia grzejników centralnego ogrzewania (9).



## Postępowanie administracyjne

Państwowa Inspekcja Sanitarna, sprawując nadzór nad warunkami higieny dzieci i młodzieży egzekwuje realizację prawnych nakazów dotyczących zapewnienia odpowiednich standardów higieny w licznych obszarach (stan sanitarno-techniczny budynków, w których działają placówki dla dzieci i młodzieży, higiena procesu nauczania, warunki sanitarno-higieniczne wypoczynku itp.) poprzez wydawanie zaleceń oraz prowadzenie postępowań administracyjnych

## Podsumowanie i porównanie z rokiem poprzednim

Stan nadzorowanych obiektów oraz występujące w nich warunki higieniczno-sanitarne ulegają poprawie, co ma wpływ na stan bezpieczeństwa sanitarnego placówek oświatowo-wychowawczych. Zdecydowana większość nadzorowanych placówek zapewniła bezpieczne i higieniczne warunki. W roku 2016 nieprawidłowości w zakresie stanu higienicznego oraz technicznego obiektu odnotowano w odniesieniu do 397 skontrolowanych placówek (spadek o 6%), podczas gdy w 2015 roku stwierdzono je w przypadku 421 placówek. W dalszym ciągu występujące nieprawidłowości są wynikiem dużego problemu jakim jest brak wystarczających nakładów finansowych przekazywanych przez organy prowadzące na realizację zadań pokontrolnych wydawanych przez państwowych inspektorów sanitarnych, z czym związane są długoterminowe prolongaty terminów do wykonania nałożonych obowiązków.

Zgodnie z wynikami kontroli przeprowadzonych w roku 2016 w 784 szkołach (o 32% mniej) nie zapewniono należytych warunków do utrzymania higieny osobistej aniżeli stwierdzonych 1 158 przypadków przedmiotowych uchybień w 2015 roku. Brak dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich sanitariatach dla uczniów w 2016 roku odnotowano w 87 obiektach (o 35% mniej) przy 133 placówkach w roku 2015.

Z analizy wyników przeprowadzonych pomiarów wynika, że w porównaniu do roku 2015 liczba niedostosowanych stanowisk pracy uczniów uległa zmniejszeniu o 21%.

Istnieją trudności w prowadzeniu nadzoru bieżącego związane z brakiem podstaw prawnych do wszczęcia postępowania administracyjnego, m.in. w odniesieniu do szkół, przedszkoli, internatów, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych. Pomimo tych trudności w roku 2016 w związku z niezapewnieniem zgodnych z wymogami prawa należytych warunków sanitarno-higienicznych wydano 8 952 decyzji administracyjnych z czego wyegzekwowano 4 963, nałożono również 849 mandatów karnych na łączną kwotę 167 390 zł. W odniesieniu do roku poprzedniego wydano o 214 decyzji mniej.

w każdym przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. W roku 2016 wydano łącznie 8 952 decyzji administracyjnych (6 121 decyzji wydanych zostało przez pion higieny dzieci i młodzieży, 2 108 przez pion bezpieczeństwa żywności i żywienia, natomiast 723 przez pion higieny komunalnej) z czego wyegzekwowano 4 963. Ponadto nałożono 849 mandatów karnych na łączną kwotę 167 390 zł.

Porównując dane z lat 2015 i 2016 zauważa się, że nadzór sprawowany nad szkołami i innymi placówkami oświatowo-wychowawczymi, a także nad placówkami wypoczynku dzieci i młodzieży, podejmowane działania, realizacja zamierzeń, współpraca z samorządami, instytucjami sprawiają, że z roku na rok, stan sanitarno-higieniczny oraz techniczny placówek ulega poprawie.





# Profilaktyka palenia tytoniu

## 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 2016 był trzecim 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 określa 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 jest ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy (w odniesieniu do czynnego i biernego palenia tytoniu) w społeczeństwie polskim. Realizacji powyższego celu służą następujące cele szczegółowe:

- Zapobieganie zwiększaniu się liczby osób rozpoczynających palenie.
- Zapobieganie wzrostowi narażenia na dym tytoniowy w miejscach użyteczności publicznej.
- Tworzenie odpowiednich regulacji prawnych umożliwiających realizację skutecznej polityki ograniczania używania tytoniu w Polsce.
- Zwiększenie wiedzy na temat szkodliwości palenia wyrobów tytoniowych wśród dzieci i młodzieży.
- Zmiana postaw wobec palenia tytoniu, zmierzająca w kierunku marginalizacji tego zjawiska w społeczeństwie.
- Zwiększenie liczby osób rzucających palenie.

## 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).

## 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 2015/2016 (VIII edycja) programem edukacyjnym objęto łącznie 7 199 przedszkoli (40,95%), oddziałów przedszkolnych (31,68%) oraz innych form wychowania przedszkolnego (4,50%) w Polsce. W tym roku szkolnym w programie brały udział również i klasy szkół podstawowych (638 klas). Łącznie w programie udział wzięło 259 490 dzieci. Liczba rodziców uczestniczących w programie wyniosła 188 847 osób.

## Program edukacyjny dla uczniów szkół podstawowych „Nie pal przy mnie, proszę”

Program „Nie pal przy mnie, proszę” skierowany jest do uczniów klas I-III szkół podstawowych. Kształtuje u najmłodszych postawy odpowiedzialności za własne zdrowie i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, gdy inni ludzie przy nich palą. Uświadamia, że nie tylko czynne, ale i bierne palenie jest szkodliwe dla zdrowia.

Przyjęte w programie założenia, cele, treści kształcenia i metody ich realizacji sprzyjały wzmocnieniu w uczniach pozytywnych zachowań oraz umiejętności asertywnego radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu.

Do VI edycji (rok szkolny 2015/2016) programu przystąpiło 5 239 szkół podstawowych, co stanowi 41,1% wszystkich szkół podstawowych w Rzeczypospolitej Polskiej. Łącznie w roku szkolnym 2015/2016 w programie udział wzięło 335 772 uczniów.

Od roku szkolnego 2016/2017 program będzie realizowany na poziomie wojewódzkim i lokalnym.

## Program edukacyjny dla uczniów starszych klas szkoły podstawowej i gimnazjów „Znajdź Właściwe Rozwiązanie”

Program „Znajdź właściwe rozwiązanie” jest adresowany do uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów. Program ten zwiększa odpowiedzialność za własne zdrowie wśród uczniów oraz kształtuje postawy wspierania ludzi, którzy pragną zerwać z nałogiem. Konstrukcja programu uwzględnia zajęcia, podczas których młodzież uczy się asertywności.

Do realizacji VI edycji programu (rok szkolny 2015/2016) przystąpiło 3 278 szkół podstawowych (25,7%) oraz 2 280 gimnazjów (34,6%). Łącznie udział wzięło 5 558 szkół. Program objął zasięgiem 366 050 uczniów. Efektem realizacji programu był wzrost wiedzy dzieci i młodzieży w zakresie szkodliwości palenia oraz jego wpływu na stan zdrowia.

Od roku szkolnego 2016/2017 program będzie realizowany na poziomie wojewódzkim i lokalnym.

## Realizacja programu antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowanego 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.

Głównym celem programu jest zwiększanie wiedzy i umiejętności uczniów na temat zdrowia w kontekście szkodliwości palenia papierosów i e-papierosów. Okres krytyczny dla podejmowania zachowań ryzykownych, takich jak pierwsze kontakty z paleniem tytoniu, przypada na przedział wiekowy 9 – 10 lat. Podejmowanie prób palenia i częstość palenia wzrasta z wiekiem, szczególnie pomiędzy 11 a 13 rokiem życia. Dlatego grupa, do której skierowany jest nowy program, to dzieci w IV klasie szkoły podstawowej (grupa wiekowa 9 – 10 lat). Program jest skierowany także do rodziców i opiekunów uczniów, gdyż zwiększa to skuteczność programów profilaktycznych.

Na realizację programu przeznaczonych jest 6 godzin zajęć lekcyjnych do przeprowadzenia z uczniami i 2 godziny na spotkania z rodzicami. Zajęcia w programie „Bieg po zdrowie” realizowane są za pomocą zróżnicowanych metod aktywizujących, które dostosowano do wieku odbiorców. Podstawą zajęć jest stymulowanie kreatywności i aktywności. Zdobytą wiedzę i umiejętności uczniowie będą mogli stosować w codziennym życiu. Podczas cyklu zajęć dzieci będą dyskutować, wymieniać doświadczenia, spostrzeżenia, refleksje i pomysły, przeprowadzać wywiady z osobami niepalącymi, liczyć koszty palenia papierosów, pracować w grupach przy tworzeniu antyreklamy dla papierosów, tworzyć komiks z bohaterami programu.

W roku szkolnym 2015/2016 w IV klasach szkół podstawowych z 6 wybranych województw przeprowadzono pilotażową edycję programu. Pilotaż ten obejmował przeprowadzenie zaplanowanych zajęć lekcyjnych, dwa spotkania z rodzicami oraz wstępną ewaluację programu. Wyniki pomiaru dotyczącego postaw wobec zdrowia dzieci uczestniczących w programie wskazują na istotny wpływ treści programu na spostrzeganie istotności zdrowia w codziennym funkcjonowaniu. Wyniki te oznaczają, że w rezultacie oddziaływania programu dzieci w większym stopniu uważają, że ludzie powinni aktywnie dbać o swoje zdrowie, zatem potrafią odnieść się do szerszej definicji zdrowia niż tylko brak choroby. Również istotnie rzadziej dzieci po zakończeniu programu uważały, że nie mają wpływu na swoje zdrowie.

Rodzice w zdecydowanej większości pozytywnie ocenili program, w tym zarówno udział w nim dzieci, jak też pomysł angażowania rodziców w niektóre zadania. Rodzice i nauczyciele najbardziej docenili walory edukacyjne i ciekawe zadania dla dzieci. Istotne okazały się informacje dotyczące kosztów palenia oraz składu dymu papierosowego. Prowadzący docenili również nacisk położony przez autorów programu na aktywność uczestników oraz jakość i formę pomocy dydaktycznych. Program nie tylko dzieciom, ale też dorosłym uświadomił, jak szkodliwe jest palenie. Omawiane efekty można traktować jako dobry prognostyk trwałości rezultatów programu.

Oprócz bogatego w wiedzę programu, Główny Inspektorat Sanitarny zadbał również o odpowiednie materiały edukacyjne dla wszystkich szkół realizujących program.

Przygotowano atrakcyjne, ciekawie ilustrowane podręczniki dla nauczycieli, zeszyty ćwiczeń dla uczniów, plakaty, ulotki informacyjne dla rodziców oraz filmy edukacyjne dla rodziców i nauczycieli.

Wzmocnieniem programu oraz pomocą dla rodziców dzieci są filmy edukacyjne z udziałem ekspertów. Filmy poświęcone są umiejętnościom wychowawczym oraz zagadnieniom budowania i dbania o relacje z dziećmi w kontekście przeciwdziałania uzależnieniom, w tym przypadku palenia papierosów. Sposób, w jaki rodzice komunikują się z dorastającym dzieckiem wpływa na przebieg dokonujących się w nim psychospołecznych procesów rozwojowych, takich jak kształtowanie się poczucia własnej tożsamości, podejmowanie ról życiowych itp. Pozytywna komunikacja, dostrzeganie konfliktów i umiejętność ich rozwiązywania poprawia relacje z dziećmi. Rozmowa pomaga w okresie, kiedy dziecko zaczyna testować granice, buntować się przeciw rodzicielskiej dominacji, jest również kluczem do uniknięcia często poważnych i niebezpiecznych błędów młodości.

I edycja programu „Bieg po zdrowie” realizowana będzie w roku szkolnym 2016/2017 i obejmie ona ok. 20% szkół podstawowych w Rzeczypospolitej Polskiej.





## 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 2016 r. WHO i Sekretariat Ramowej Konwencji WHO o Ograniczeniu Użycia Tytoniu wzywały wszystkie państwa, aby przygotowały się do wprowadzenia jednolitych (standaryzowanych) opakowań wyrobów tytoniowych. Neutralne, jednolite opakowanie to ważny krok w kierunku ograniczenia popytu.

Zmniejsza atrakcyjność wyrobów tytoniowych, ogranicza możliwość wykorzystywania opakowań jako nośnika reklamy i promocji, ogranicza stosowanie wprowadzających w błąd opakowań i oznakowania oraz zwiększa skuteczność ostrzeżeń zdrowotnych.

Obchody Światowego Dnia bez Tytoniu w 2016 r. miały na celu:

- podkreślenie roli jednolitych opakowań jako elementu kompleksowego, wielosektorowego podejścia do zwalczania palenia,
- wspieranie procesów opracowania i przyjęcia przez państwa członkowskie WHO odpowiedniej polityki, wprowadzającej jednolite opakowania i upowszechnienia jednolitych opakowań na całym świecie poprzez zapewnienie wyczerpujących, ważnych i przekonujących informacji,
- zachęcenie państw członkowskich WHO do zaostreżenia uregulowań prawnych dotyczących opakowań i oznakowania wyrobów tytoniowych i ograniczenia reklamy, promocji i sponsoringu wyrobów tytoniowych w ramach kolejnych kroków zmierzających do wprowadzenia jednolitych opakowań,

• wspieranie państw członkowskich WHO i organizacji społeczeństwa obywatelskiego w przeciwdziałaniu ingerencji branży tytoniowej w przebieg procesu politycznego prowadzącego do przyjęcia przepisów wprowadzających obowiązek stosowania jednolitych opakowań.

## 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 najszerzej grupy odbiorców do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. W 2016 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 135 427 działań, które objęły zasięgiem ponad 2 miliony 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 oraz projekcje filmów. Zorganizowano wystawy, warsztaty, telefony zaufania, ekspozycje wizualne tj. gazetki ścienne oraz prowadzono dystrybucję materiałów edukacyjnych. Uruchomiono wiele punktów informacyjno-pomiarowych, w których udzielano informacji na temat profilaktyki palenia tytoniu oraz można było wykonać bezpłatne badania medyczne: ciśnienia tętniczego krwi, poziomowi glukozy, poziomowi cholesterolu, pojemności płuc, poziomowi tlenu węgla w wydychanym powietrzu. 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 wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, partnerów i współrealizatorów działań oraz na portalach społecznościowych.

## 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 2015 r. poz. 298 oraz 2016 r. poz. 960 i 1331) przeprowadzać cykliczne kontrole sprawdzające przestrzeganie tych zapisów 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 2016 r. przeprowadzono łącznie 282 358 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu w Rzeczypospolitej Polskiej.

Z wykonanych kontroli wynika, że ustawa jest stosowana w 99,95% (n=281 644 zakładów) obiektów użyteczności publicznej. Natomiast w 0,05% skontrolowanych zakładów (n=133 zakładów) stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Ze wszystkich przypadków, najliczniejszą grupą obiektów, w których nie są przestrzegane zapisy ustawy, były zakłady pracy – 36,1% (n=48), co stanowiło 0,07% wszystkich skontrolowanych obiektów tego typu (n=68 035). Kolejną grupą obiektów były obiekty służące obsłudze podróży, w których odsetek ten wyniósł 25,6% (n=34), co stanowiło 0,6% wszystkich skontrolowanych obiektów tego typu (n=5 531). Ustawa była przestrzegana w 100% uczelni, których skontrolowano 686.

W 2016 r. przeprowadzono ogółem 20 kontroli interwencyjnych, z czego najwięcej (n=9) w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, następnie w zakładach pracy (n=5) i w podmiotach leczniczych (n=3). Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. wystawiły łącznie 321 mandatów, na łączną kwotę 13 000 zł za łamanie zakazu palenia i za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem.

## Prowadzenie regularnych badań w zakresie zachowań i postaw wobec palenia tytoniu - Global Youth Tobacco Survey 2016

Monitoring jest niezbędnym elementem realizowanej polityki antytytoniowej, gdyż umożliwia ocenę jej skuteczności oraz wprowadzenie koniecznych modyfikacji. Monitoring pozwala zweryfikować, czy działania zostały zrealizowane prawidłowo i przyniosły oczekiwane rezultaty. W ramach monitoringu POZNPT pozyskiwane są ogólne i szczegółowe informacje na temat rozpowszechnienia palenia tytoniu w Rzeczypospolitej Polskiej.

Na przełomie maja i czerwca 2016 r., Główny Inspektorat Sanitarny w partnerstwie z Centrum Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, zwaną dalej „WHO”, przy Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, zwanym dalej „COI” oraz Fundacją „Promocja Zdrowia”, przeprowadził ogólnopolskie badanie ankietowe w prywatnych i państwowych gimnazjach, na reprezentatywnej ogólnopolskiej grupie uczniów w wieku 13 – 15 lat. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) to globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez młodzież prowadzony w ponad 160 krajach i regionach na całym świecie. W skali międzynarodowej badanie jest koordynowane przez WHO i Centrum ds. Kontroli i Prewencji Chorób w USA.

Badania GYTS mają na celu nie tylko ocenę epidemii palenia tytoniu wśród młodzieży szkolnej, ale przede wszystkim zwiększenie zdolności uczestniczących w nich krajów do monitorowania używania tytoniu w tej grupie wiekowej, do zarządzania procesem wdrażania oraz do oceny i kontroli programów zapobiegających używaniu tytoniu. Badanie zostało przeprowadzone w wylosowanych 104 szkołach, na próbie około 4 500 uczniów. Badanie przeprowadzono metodą ankiety audytoryjnej oraz wywiadu kwestionariuszowego dla personelu szkolnego. Badania przeprowadzili ankieterzy – przeszkoleni pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Planowana jest kontynuacja bieżących działań jak również inicjowanie nowych zadań z zakresu edukacji antytytoniowej i promocji zdrowia (I edycja programu antytytoniowej edukacji zdrowotnej dla dzieci z IV klas szkół podstawowych pt. „Bieg po zdrowie”, który zastąpi obecnie istniejące szkolne programy – „Nie pal przy mnie, proszę”, „Znajdź Właściwe Rozwiązanie”), zgodnie z aktualną sytuacją epidemiologiczną oraz potrzebami społeczeństwa.

Planowana jest kontynuacja bieżących działań jak również inicjowanie nowych zadań z zakresu edukacji antytytoniowej i promocji zdrowia (I edycja programu antytytoniowej edukacji zdrowotnej dla dzieci z IV klas szkół podstawowych pt. „Bieg po zdrowie”, który zastąpi obecnie istniejące szkolne programy – „Nie pal przy mnie, proszę”, „Znajdź Właściwe Rozwiązanie”), zgodnie z aktualną sytuacją epidemiologiczną oraz potrzebami społeczeństwa.



## 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 10 lat realizują Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”, promujący zasady zbilansowanej diety i aktywności fizycznej wśród młodzieży szkolnej. Program został zatwierdzony do realizacji przez Głównego Inspektora Sanitarnego w dniu 9 listopada 2006 roku.

Głównym celem Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego „Trzymaj Formę!” jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

Wśród założeń programu celem nadrzędnym podejmowanych działań jest zwiększenie świadomości uczestników programu dotyczącej wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie.

W roku szkolnym 2015/2016 Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności Związkiem Pracodawców realizowała X edycję Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego pt. „Trzymaj Formę!”.

Patronat honorowy nad powyższą edycją „Trzymaj Formę!” objęli: Minister Zdrowia, Minister Sportu i Turystyki, Minister Edukacji Narodowej, Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Ponadto patronami programu minionej 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.

W 2014 r. Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!” został uhonorowany Godłem „Teraz Polska”. Przyznanie godła „Teraz Polska” dla Programu stanowi najwyższy wyraz uznania dla ośmioletnich działań organizatorów. Nagroda dla programu potwierdza wartości, jakimi są: wysoka jakość, transparentność oraz rzetelność podejmowanych działań. Z myślą o otrzymanym wyróżnieniu, stanowiącym niezwykle wyraz uznania dla Programu, działania programowe X edycji realizowane były pod hasłem „Teraz Polska Trzyma Formę!”.

Działaniami programowymi zostali objęci uczniowie V i VI klas szkół podstawowych oraz I-III klas gimnazjalnych na terenie całego kraju. Program w X edycji był realizowany na podstawie założeń programowych i zaproponowanej metodyki w 8 898 szkołach (42,4% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce z wyłączeniem szkół dla dorosłych). Odbiorcami X edycji programu było 700 566 uczniów gimnazjów oraz V-VI klas szkół podstawowych. Ponadto 92 121 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 dziesięciu edycji, działaniami programowymi objętych zostało ponad 7 720 190 uczniów klas V-VI szkół podstawowych i gimnazjów.

W ramach tegorocznej X edycji programu „Trzymaj Formę!” zorganizowany został Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia oraz Konkurs na projekt edukacyjny.

Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia jest działaniem cyklicznym i cieszy się stale rosnącym zainteresowaniem uczestników. Skierowany jest do szkół, które uczestniczą w Programie jednak mogą wziąć w nim również udział uczniowie, którzy go nie realizują. Do udziału w tegorocznej edycji zgłoszonych zostało łącznie 2020 uczniów z 225 szkół.

Konkurs na projekt edukacyjny został zorganizowany po raz pierwszy podczas tegorocznej edycji Programu. Adresatami konkursu byli uczniowie oraz nauczyciele i pracownicy szkół podstawowych i gimnazjów, którzy uczestniczą w Ogólnopolskim Programie Edukacyjnym „Trzymaj Formę!”. Konkurs realizowano w trzech etapach: powiatowym, wojewódzkim i ogólnopolskim. Łącznie w ramach konkursu opracowano i nadesłano 489 autorskich projektów, których celem było wzmocnienie zaangażowania i uczestnictwa uczniów w działania programowe oraz zwiększenie efektywności oddziaływań programowych w zakresie promocji aktywności

fizycznej przy jednoczesnym propagowaniu prawidłowego, czyli zróżnicowanego i zbilansowanego sposobu odżywiania młodzieży. Laureaci Konkursu na projekt edukacyjny zaprezentowali podczas finału swoje projekty, propagujące aktywność fizyczną oraz zbilansowaną dietę.

Szkolni koordynatorzy programu po zakończeniu X edycji ocenili, iż uczniowie chętnie brali udział w zajęciach programowych. Własny projekt edukacyjny opracowało 23,5% wszystkich szkół realizujących X edycję programu, 22,4% korzystało z gotowych projektów. Pozostałe szkoły realizowały program, korzystając z innych metod. Projekty w ramach programu były przygotowywane przez uczniów oraz nauczycieli przy wsparciu rodziców i środowiska lokalnego.

Wnioskując, Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!” od dziesięciu lat cieszy się stałym zainteresowaniem i zaangażowaniem w szkołach oraz środowiskach lokalnych. Interesujące założenia programu oraz jego realizacja daje dzieciom i młodzieży możliwość zdobycia wiedzy i umiejętności dotyczących zasad prawidłowo zbilansowanej diety i znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia człowieka.

## Profilaktyka uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych

### Projekt KIK/68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”.

Od 1 lipca 2012 roku 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 realizuje 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 jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. Ww. cel zostanie osiągnięty dzięki edukacji społeczeństwa w zakresie negatywnych skutków używania alkoholu, papierosów, narkotyków i innych środków psychoaktywnych oraz promowania zachowań prozdrowotnych.

W ramach Projektu KIK/68 realizowany jest program edukacyjny pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?” autorstwa dr Krzysztofa Wojcieszka. Celem programu jest edukacja uczniów szkół ponadgimnazjalnych w zakresie skutków zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych i ograniczenie używania tych substancji. Program został objęty honorowym patronatem Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia.

W czerwcu 2016 r. zakończyła się III edycja ww. programu, realizowana w roku szkolnym 2015/2016. Ofertę programową przedstawiono 4 438 szkołom ponadgimnazjalnym, co stanowiło ok. 72,47% wszystkich szkół ponad-

gimnazjalnych w Polsce. III edycja programu została zrealizowana w 2 940 szkołach ponadgimnazjalnych w Polsce (48%), z czego znaczący udział stanowiły następujące typy szkół: zasadnicze szkoły zawodowe (20,37%), licea ogólnokształcące, profilowane i uzupełniające (37,99%), technika i technika uzupełniająca (40,03%) oraz inne szkoły ponadgimnazjalne (1,60%). Działaniami programowymi w III edycji objęto ogółem 158 668 uczniów klas I-IV szkół ponadgimnazjalnych, co stanowiło ok. 31% uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce.

W III edycji programu udział wzięło również 49 795 rodziców. W ponad 40% placówek, podczas zebrań, rodzice otrzymywali materiały programowe, koordynatorzy szkolni przedstawiali założenia i cele programu, wyświetlali film „Wieczne dziecko”, prezentowali stronę internetową projektu lub też zapraszali zewnętrznych ekspertów, którzy prowadzili wykłady, pogadanki nt. profilaktyki uzależnień. III edycja programu została rozszerzona o dodatkowe działania w ponad 64% szkół. Wśród dodatkowych form najczęściej organizowano: wykłady, pogadanki, prelekcje, imprezy środowiskowe, przedstawienia, wystawy, konkursy oraz projekcje filmów. Łącznie, dodatkowymi formami działań objęto 374 102 osoby (społeczność szkolną i lokalną).

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w trakcie realizacji programu, przeprowadzili 1 323 wizytacje w szkołach ponadgimnazjalnych oraz 48 kontroli w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Program edukacyjny pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?” został wysoko oceniony zarówno przez młodzież, jak i szkolnych koordynatorów. Zaangażowanie uczniów podczas realizacji programu jako bardzo dobre oceniło blisko 45% szkolnych koordynatorów (dobre – prawie 33%, a świetne – 16% koordynatorów). Ponad 52% nauczycieli bardzo dobrze oceniała



treści merytoryczne programu (18% – jako dobre, 24% – jako doskonałe). W większości szkół realizujących program, koordynatorzy mogli liczyć na wsparcie dyrektora bądź innych pracowników szkoły (ponad 48% koordynatorów oceniło je jako bardzo dobre, ponad 23% – jako doskonałe). Materiały pomocnicze również zostały pozytywnie ocenione (doskonale oceniło 28% szkolnych koordynatorów, bardzo dobrze – 46%). Zaangażowanie szkolnych koordynatorów zostało ocenione wysoko (47% – jako bardzo dobre, prawie 26% – jako doskonałe). Zaangażowanie powiatowych koordynatorów programu również zdobyło wysokie oceny (ok. 41% – jako bardzo dobre, 41,5% – jako doskonałe).

Blisko 88% uczniów chętnie uczestniczyło w zajęciach. Prawie dla wszystkich ankietowanych treści były zrozumiałe – 91,8%. Uczniowie stwierdzili również, że dobrze (28,8%), bardzo dobrze (38,5%) lub celująco (18,6%) opanowali treści programowe i pogłębili swoją wiedzę (68%). Dla około 88% badanych, formy prowadzenia zajęć były ciekawe i mogli w nich aktywnie uczestniczyć (88%). Większość uczestników programu uważa, że jest on ważny oraz, że należy go proponować młodzieży szkół ponadgimnazjalnych (prawie 91%). Młodzież chciałaby, aby w przyszłości ich dzieci uczestniczyły w podobnych zajęciach (80%).

W ciągu trzech edycji, program został zrealizowany w 3 311 szkołach ponadgimnazjalnych (ok. 55%), a działaniami edukacyjnymi zostało objętych 372 026 uczniów (ok. 74,4% – w stosunku do zaplanowanego wskaźnika 500 000 uczniów).



## 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 odbiorców programu stanowił 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 działaniach realizowanych w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2016 roku przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzięło udział szacunkowo 1 077 502 osób. 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 przez WSSE i PSSE. Działania te polegały na organizowaniu społecznych kampanii oraz rozpowszechnianiu materiałów edukacyjnych.

W ramach realizacji głównych założeń programowych w 2016 roku promowano publiczne kampanie edukacyjne, takie jak:

- „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka” - kampania kierowana była do kobiet w wieku prokreacyjnym, które nie odnoszą ryzyka zakażenia HIV do siebie, a także do tych lekarzy ginekologów, którzy niechętnie kierują swoje pacjentki na badania w kierunku HIV. Celem działań było zmniejszenie liczby zakażeń wirusem HIV wśród nowo narodzonych dzieci oraz zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat wykonywania testów w kierunku HIV.
- „Coś Was łączy? Zrób test na HIV” - głównym celem kampanii było umożliwienie bezpłatnego i anonimowego wykonania testu diagnostycznego w kierunku HIV wśród jak największej liczby osób. Ponadto kampania miała za zadanie przekonanie młodych Polaków, że zakażenie HIV to wciąż aktualny problem oraz upowszechnienie informacji na temat HIV/AIDS i sposobów zmniejszania ryzyka zakażenia.
- „HIVokryzja. Wyleczmy się” - przekaz kampanii kierowany był do osób zdrowych, a nie zakażonych wirusem HIV. Zadaniem kampanii była eliminacja uprzedzeń związanych z potencjalnymi grupami objętymi problematyką HIV i AIDS.

Ponadto wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach realizacji celów Programu prowadziły działalność informacyjno-edukacyjną wraz z dystrybucją bezpłatnych materiałów wydawanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Wśród publikacji udostępnianych w 2016 roku znajdowały się takie pozycje jak:

- „To warto wiedzieć o HIV i AIDS” zawierająca 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)”, zawierająca 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 XXIII 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.



## Profilaktyka wad postawy

Ogólnopolskie badanie obciążenia uczniów ciężarem tornistrów.

Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła w 2016 roku w szkołach podstawowych oraz gimnazjach ogólnopolskie badanie obciążenia uczniów ciężarem tornistrów. Badaniu zostali poddani uczniowie ze wszystkich klas zarówno w szkołach podstawowych, jak i w gimnazjach. Analiza zgromadzonych danych przedstawia skalę problemu w badanej grupie wiekowej na bardzo wysokiej próbie liczącej 114 238 uczniów. Badanie ważenia plecaków przeprowadzono we wszystkich województwach w Polsce, w 329 powiatach, w 338 szkołach podstawowych oraz w 340 gimnazjach. Ilość przebadanych uczniów oraz liczba uczestniczących powiatów pozwala stwierdzić, że jest to największe tego typu badanie przeprowadzone dotychczas w Polsce.

Badaniem zostało objętych 73 676 uczniów klas I-VI ze szkół podstawowych oraz 40 562 uczniów z klas I-III z gimnazjum. Problem nadmiernego obciążenia tornistrów najbardziej widoczny jest w klasach I-III. Z uzyskanych danych wynika, że 58%, czyli 22 010 uczniów klas I-III w Polsce nosi plecaki przekraczające 10% masy ciała. Natomiast, aż 17%, czyli 6 362 uczniów nosi plecaki przekraczające 15% masy ciała.

Średnia waga plecaka wszystkich uczniów klas I-III szkół podstawowych wynosi 3,1 kg. Plecaki dziewcząt i chłopców ważą średnio tyle samo. Najcięższy plecak ważył 11 kg i należał do chłopca z II klasy, u którego waga tornistra stanowiła aż 50% masy ciała.

Największy problem nadmiernego obciążenia tornistrów stwierdzono w klasach I gdzie odnotowano, że 65% uczniów nosi plecaki przekraczające 10% masy ciała, a 21% uczniów – przekraczające 15% masy ciała. Mniejszy problem nadmiernego obciążenia tornistrów stwierdzono u uczniów ze szkół gimnazjalnych. 22% uczniów spośród przebadanych gimnazjalistów nosiło tornistry, których waga przekraczała 10% masy ich ciała, w tym częściej występowała ona wśród młodszych, niż starszych uczestników badania.

Wady postawy stanowią jeden z najczęściej występujących problemów zdrowotnych wśród dzieci. Uzyskane wyniki badania wskazują jednoznacznie na duży problem nadmiernego obciążenia tornistrów w grupie dzieci młodszych. Wprowadzenie długotrwałego programu edukacyjnego w szkołach, w grupie uczniów, wśród których problem nadmiernego obciążenia tornistrów jest największy, daje możliwość skutecznej profilaktyki i leczenia. Ze względu na wzrost ryzyka poważnych schorzeń ortopedycznych i neurologicznych, Główny Inspektorat Sanitarny podjął działania edukacyjne z obszaru profilaktyki wad postawy. Wstępem do zaplanowanych działań była konferencja prasowa poświęcona prezentacji powyższych wyników wraz z przedstawieniem planowanych działań profilaktycznych w tym realizację we współpracy z Fundacją Rosa oraz Fundacją Sensoria projektu „Lekki Tornister”, którego głównym celem jest profilaktyka wad postawy skierowana do uczniów klas 0-III szkół.





W lipcu 2016 roku Jego Świątobliwość Papież Franciszek przybył do Polski z wizytą związaną z uroczystościami XXXI Świątowych Dni Młodzieży, odbywającymi się w Krakowie w dniach 26 lipca – 31 lipca 2016 r. Ogólnoświatowy charakter spotkania wymagał zaangażowania wielu podmiotów publicznych, podjęcia przygotowań oraz realizacji zabezpieczenia w niemal każdej dziedzinie funkcjonowania państwa. Organizacja tak prestiżowego i ogromnego przedsięwzięcia wymagała współdziałania licznych służb i podmiotów na poszczególnych poziomach ich organizacji.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stanowiące jeden z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia publicznego w kraju, podjęły szeroko zakrojone działania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego uczestników i pielgrzymów podczas obchodów uroczystości Świątowych Dni Młodzieży oraz poprzedzających je Dni w Diecezjach oraz zintensyfikowali swoje działania na każdym szczeblu funkcjonowania (lokalnym, regionalnym i krajowym). Wszelkie działania podejmowane na szczeblu centralnym Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczące właściwego zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego uroczystości, podejmowane były we współpracy z podmiotami szczebla lokalnego oraz regionalnego i objęły swym zasięgiem cały kraj.

Niewątpliwie na sprawne zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne Wizyty Jego Świątobliwości Papieża Franciszka w Polsce oraz Świątowych Dni Młodzieży wpłynęło nawiązanie ścisłej współpracy między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej a Diecezjami zlokalizowanymi na terenie kraju, biorącymi udział w Dniach Diecezjalnych oraz bezpośrednio w Świątowych Dniach Młodzieży, w obszarach kluczowych dla zdrowia publicznego tj. bezpieczeństwa żywności i żywienia, bezpieczeństwa zdrowotnego wody oraz zgodnych z wymaganiami sanitarno-higienicznymi miejsc zakwaterowania, przebywania i noclegu pielgrzymów. Wyznaczeni przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych koordynatorzy, w ramach przygotowań oraz obchodów Świątowych Dni Młodzieży, pozostawali w stałym kontakcie z Księżmi Koordynatorami poszczególnych Diecezji. Wzajemna współpraca pozwoliła na skoordynowanie podejmowanych przez obie strony działań oraz wyeliminowanie negatywnych zjawisk na etapie przygotowania i podczas trwania uroczystości.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco monitorowały potencjalne zagrożenia, w tym sytuację epidemiologiczną, jak również podejmowały działania wynikające z kompetencji ustawowych. Na terenie całego kraju przeprowadzono kontrole sanitarne w nadzorowanych obiektach, zarówno w fazie przygotowań do Świątowych Dni Młodzieży, jak również w trakcie ich trwania. Ścisły nadzór obejmował:

- obiekty takie jak hotele, motele, placówki oświatowe itp., w których zakwaterowani byli pielgrzymi oraz obiekty planowane do zakwaterowania w razie potrzeby (np. szkoły, bursy, internaty),
- miejsca wyżywienia pielgrzymów, firmy cateringowe, które dostarczały posiłki pielgrzymom, miejsca potencjalnego wyżywienia pielgrzymów oraz obiekty gastronomiczne zlokalizowane przy trasach przemieszczania się pielgrzymów,
- obiekty i miejsca użyteczności publicznej, miejsca

obsługi podróźnych i parkingi zlokalizowane przy trasach przemieszczania się pielgrzymów oraz środki transportu,

- podmioty wyznaczone przez poszczególne Diecezje do zakwaterowania pielgrzymów na terenie całego kraju w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody, w tym ciepłej wody pod kątem obecności bakterii z rodzaju Legionella sp. oraz ujęć wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Główny Inspektor Sanitarny pozostawał na bieżąco w stałym kontakcie z organami administracji publicznej szczebla rządowego, a także organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w szczególności z Małopolskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Krakowie i Śląskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Katowicach, z uwagi na miejsce odbywania się wydarzeń związanych z wizytą Jego Świątobliwości Papieża Franciszka.

W związku z realizacją zadań wynikających z pracy grupy roboczej Zespołu ds. przygotowania wizyty Jego Świątobliwości Papieża Franciszka w Rzeczypospolitej Polskiej oraz wsparcia organizacji Świątowych Dni Młodzieży Kraków 2016 powstałej przy Rządowym Centrum Bezpieczeństwa do kontaktu w sprawach właściwych dla Inspekcji z ramienia Głównego Inspektora Sanitarnego został wyznaczony koordynator zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego. Jednocześnie przedstawiciel Głównego Inspektoratu Sanitarnego powołany został przez Przewodniczącą ww. Zespołu do składu Grupy eksperckiej działającej w jego ramach.

W ramach przygotowań do wizyty Ojca Świętego w Rzeczypospolitej Polskiej oraz obchodów Świątowych Dni Młodzieży, przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego współuczestniczyli w licznych spotkaniach organizowanych przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów, Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, czy Małopolski Urząd Wojewódzki w zakresie oceny stanu przygotowań do Świątowych Dni Młodzieży, w tym zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego, które odbywały się przy współdziałaniu organizatorów i samorządów, Komitetu Organizacyjnego, szefów służb.

Ponadto, w Głównym Inspektoracie Sanitarnym powołana została grupa robocza ds. zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego Świątowych Dni Młodzieży Kraków 2016, która koordynowała merytoryczne przygotowania organów Inspekcji Sanitarnej. W cotygodniowych oraz organizowanych ad-hoc spotkaniach, na zasadzie audio-konferencji uczestniczyli także Małopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, dzięki czemu możliwa była bieżąca i sprawna wymiana aktualnych informacji.

Ponadto, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły wzmoczony nadzór sanitarny nad obiektami żywnościowo-żywnościowymi zlokalizowanymi na trasach turystycznych, ze szczególnym uwzględnieniem punktów zlokalizowanych w pobliżu dworców kolejowych, autobusowych, portów lotniczych oraz głównych tras komunikacyjnych. Na terenie całego województwa małopolskiego oraz województwa śląskiego organy PIS przeprowadziły dodatkowo badania wody pod kątem obecności bakterii Legionella sp., zarówno w obiektach hotelowych, bursach i w miejscach zakwaterowania pielgrzymów, jak i w podmiotach udzie-

lających świadczeń zdrowotnych, w szczególności w szpitalach. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej opracowały i wykonały plany nadzoru sanitarnego nad zbiorowymi miejscami noclegowymi dla uczestników ŚDM, dworcami i innymi miejscami obsługi podróźnych transportu zbiorowego oraz miejscami wydarzeń plenerowych w trakcie ŚDM.

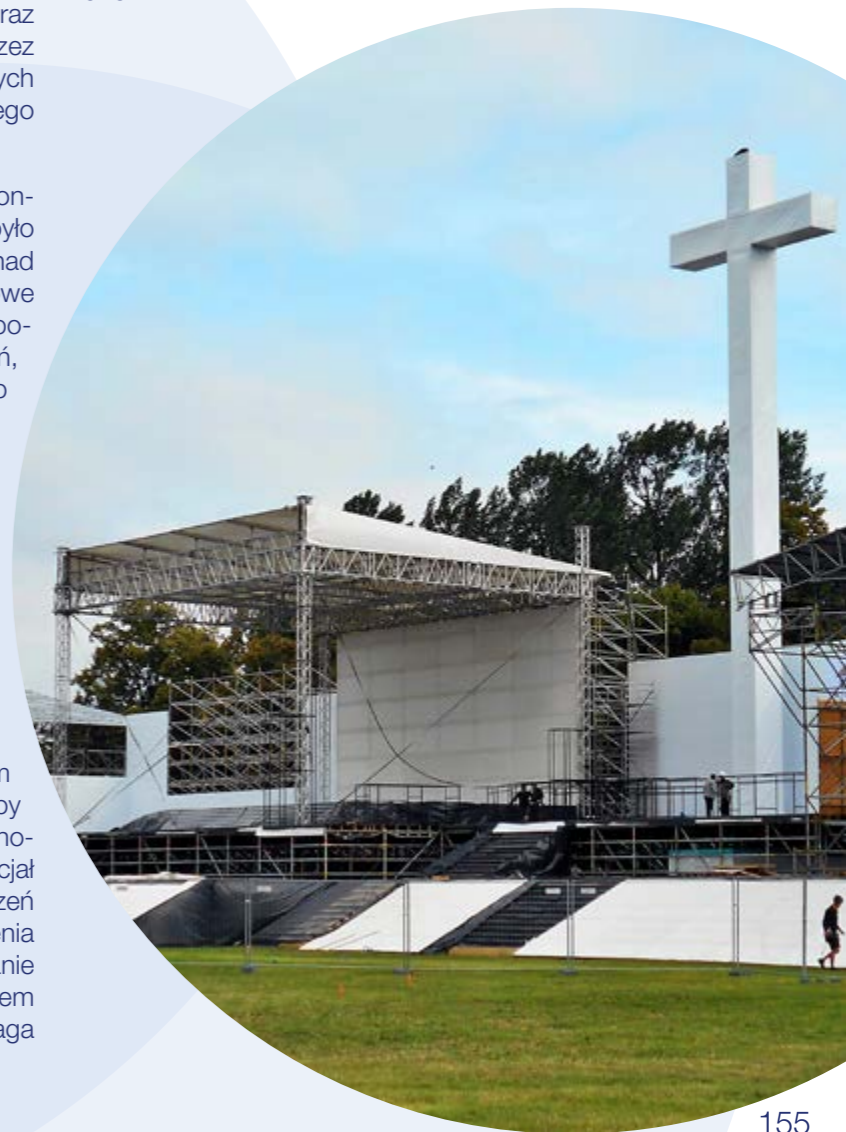
W ramach zapewnienia właściwego zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego, w tym granic kraju, państwowi inspektorzy sanitarni przygotowali plany działania na wypadek wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego na nadzorowanym przez nich terenie, w tym na przejściach granicznych, oraz zintensyfikowali współpracę z kluczowymi podmiotami i służbami. W odniesieniu do granic państwa działania te były prowadzone szczególnie intensywnie na terenie przejść granicznych o spodziewanym zwiększonym napływie podróźnych uczestniczących w Świątowych Dniach Młodzieży.

Wzmoczony ruch pasażerów – uczestników Świątowych Dni Młodzieży, spowodował konieczność specjalnej organizacji funkcjonowania międzynarodowych portów lotniczych w Warszawie, Krakowie i Katowicach. W celu właściwego zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego pielgrzymów podróżujących drogą lotniczą podjęto szereg działań, tj. zintensyfikowanie nadzoru nad higieną żywności i żywienia w podmiotach lotniskowych i okolołotniskowych oraz w podmiotach zaopatrujących statki powietrzne, wzmoczenie nadzoru nad higieną środowiska i transportu, w szczególności w odniesieniu do infrastruktury portów lotniczych oraz infrastruktury funkcjonującej bezpośrednio przy lotnisku oraz zintensyfikowanie nadzoru przeciwepidemicznego poprzez nasilone monitorowanie lotów rejsowych i czarterowych z rejonów potencjalnego zagrożenia epidemiologicznego z obserwacją pasażerów przylatujących.

Jednym z kluczowych elementów, poza działaniami kontrolnymi, zabezpieczenia Świątowych Dni Młodzieży było również wzmoczenie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi. W okresie poprzedzającym Świątowe Dni Młodzieży opracowane zostało i opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zgłaszania zakażeń, chorób zakaźnych lub zgonów z powodu zakażeń lub chorób zakaźnych oraz dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych na obszarze objętym zabezpieczeniem medycznym Świątowych Dni Młodzieży. Rozporządzenie określało wykaz zakażeń, chorób zakaźnych oraz biologicznych czynników chorobotwórczych, które podlegały zgłoszeniu przez lekarza w skróconym terminie tj. nie dłuższym niż 2 godziny od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania albo uzyskania dodatniego wyniku badania, a także okoliczności uzasadniające to zgłoszenie oraz szczegółowy sposób ich dokonywania. Rozporządzenie obejmowało swoim zakresem przedmiotowym te zakażenia oraz choroby zakaźne, które ze względu na ciężki przebieg oraz przeniesienie się z człowieka na człowieka wykazują duży potencjał epidemiczny, w szczególności w przypadku zgromadzeń masowych. W rozporządzeniu zawarto te zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których dokonanie zgłoszenia w trybie alarmowym (telefonicznie lub faksem w ciągu 2 godzin) ma uzasadnienie merytoryczne i wymaga podjęcia natychmiastowych działań zapobiegawczych.

Na czas obchodów Świątowych Dni Młodzieży w Głównym Inspektoracie Sanitarnym uruchomiony został stacjonarny dyżur pełniony przez pracowników urzędu całodobowo w dniach od 19 lipca 2016 r. do 1 sierpnia 2016 r. Jego celem było zapewnienie możliwości ciągłego i operatywnego przekazywania informacji związanych z wystąpieniem sytuacji mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego oraz uruchomienia określonych procedur w sposób niezwłoczny. Do dyspozycji i całodobowego kontaktu pozostawali także Główny Inspektor Sanitarny, Zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego oraz kadra kierownicza Głównego Inspektoratu Sanitarnego w zakresie swoich kompetencji. Ponadto, w Wojewódzkich Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych w Krakowie i Katowicach oraz Granicznych Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych w Warszawie i Przemysłu zostały zapewnione całodobowe zespoły dyżurujące. Pozostałe wojewódzkie, graniczne i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne dyżurowały całodobowo telefonicznie.

Podczas obchodów Dni w Diecezjach oraz Świątowych Dni Młodzieży wystąpiły pojedyncze i nieliczne incydenty mające bezpośredni związek z bezpieczeństwem sanitarno-epidemiologicznym, jednak szeroko zakrojone przygotowania Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie kraju, a także działania realizowane w trakcie ich trwania, w pełni zapewniły bezpieczeństwo sanitarno-epidemiologiczne pielgrzymów podczas obchodów uroczystości związanych z Dniami w Diecezjach oraz XXXI Świątowych Dni Młodzieży Kraków 2016.





Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa suplementów diety i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z ustawowymi kompetencjami obejmuje zarówno aspekt produkcji, jak i dystrybucji tych produktów. Nadzór sanitarny sprawowany jest m. in. poprzez kontrole planowe i interwencyjne, plany pobierania próbek, szybką wymianę informacji w ramach systemu RASFF oraz w ramach współpracy pomiędzy innymi uprawnionymi organami urzędowej kontroli, a także przy współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

W ramach współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną inspektorzy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili szereg kontroli obiektów znajdujących się pod wspólnym nadzorem urzędowej kontroli (hurtownie farma-

ceutyczne, apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz sklepy zielarsko-medyczne). Zakres tematyczny kontroli obejmował najczęściej zagadnienia dotyczące: poprawności prezentacji i reklamy oferowanych do sprzedaży produktów spożywczych (suplementy diety, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego). Sprawdzano czy prezentacja i/lub reklama umożliwiają odróżnienie suplementów i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego od produktów leczniczych, kontrolowano sposób reklamy preparatów przeznaczonych do początkowego żywienia niemowląt oraz monitorowano pozostawanie w obrocie produktów spełniających jednocześnie kryteria produktów leczniczych oraz produktów z grupy suplementów diety lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub produktów zafalszowanych substancjami niedozwolonymi do stosowania w żywności.

## Suplementy diety

### Zakres nadzoru sanitarnego

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje co najmniej 167 wytwórni oraz 637 hurtowni suplementów diety. Wdrożone zasady dobrej

praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) miało 148 wytwórni suplementów diety oraz 426 hurtowni. System HACCP wdrożono w 141 zakładach produkcyjnych oraz 254 hurtowniach suplementów diety.

W 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- 136 obiektów, tj. 81,44% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju,
- 265 obiektów obrotu hurtowego, tj. 41,60% ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

Kontrolowane obiekty oceniono również na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego.

Wśród wytwórców dokonano oceny w 96 obiektach kontrolowanych – 57,48% obiektów ogółem, natomiast w przypadku hurtowni ocenie kompleksowej poddano 89 obiektów – tj. 13,97% obiektów hurtowych ogółem. Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny wykazały 1 wytwórnię suplementów diety niezgodną z ustalonymi wymaganiami sanitarno-higienicznymi. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w 2016 r. we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety sięgnęła liczby 1 173, z czego 313 kontrole stanowiły interwencyjne.

W następstwie przeprowadzonych kontroli właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 127 decyzji administracyjnych, w tym 48 decyzji skierowano do wytwórców suplementów diety, a 79 – do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 38 decyzji zakazujących wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

### Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2016 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 3 852 suplementów diety, w tym 402 produktów z importu spoza UE, 699 z krajów członkowskich UE oraz 2 751 produkcji krajowej. Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia tabela 26.

Tabela 26. Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2016 r.

Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
		import	UE	krajowe
Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	731	25	80	626
Metale szkodliwe dla zdrowia	383	41	59	283
Mikotoksyny	12	0	1	11
Substancje dodatkowe dozwolone	306	6	48	252
Znakowanie	2685	270	524	1891
Organoleptycznie	1951	219	371	1361
Zanieczyszczenia biologiczne	10	0	0	10
Zanieczyszczenia fizyczne	5	0	0	5
Inne parametry	1963	267	396	1300

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Tabela 27. Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zakwestionowane

Rok	Suplementy diety		W tym					
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	krajowe		Importowane (spoza UE)		UE	
			Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2016	3852	8,05%	2751	6,14%	402	15,17%	699	11,44%

Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego

### Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2016 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 19 wytwórni środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Liczba tego rodzaju obiektów objętych rejestrem przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r. to 24 obiekty. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego zostało ocenionych 14 spośród skontrolowanych wytwórni, w żadnej z nich nie wykazano niezgodności.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej (GHP/GMP) stwierdzono w 23 wytwórniach, natomiast wdrożony system HACCP stwierdzono w 20 wytwórniach środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania. Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 253 przypadkach badanych próbek (46 spoza UE, 66 z krajów UE, 141 produktów krajowych). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 27.

Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 106, w tym 17 kontroli interwencyjnych.

W roku 2016 w odniesieniu do wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wydano 7 decyzji administracyjnych, wśród których nie było żadnej zakazującej wprowadzenia produktu do obrotu.

Ponadto z ww. wytwórni pobrano 293 próbki środków spożywczych, z czego 3 zostały zdyskwalifikowane.

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.

#### Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

W 2016 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 7 058 próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. W porównaniu z rokiem 2015 liczba zbadanych próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego zwiększyła się o 8%. Kierunki badań oraz liczba próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego zostały przedstawione w tabeli 28.

Spośród wszystkich 7 058 przebadanych próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego największy odsetek (77,4%) stanowiły próby produktów krajowych – 5 466 próbek. Zbadano 1 500 próbek produktów z Unii

Europejskiej (UE) (co stanowiło 21,3% wszystkich badanych próbek) oraz 92 próbki produktów z importu spoza UE (1,3% wszystkich zbadanych prób).

Ogółem zdyskwalifikowano 158 prób produktów, co stanowi 2,2% wszystkich zbadanych prób środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Wśród zdyskwalifikowanych prób, 6 pochodziło z importu, 109 było próbkami produktów krajowych, natomiast 43 pochodziło z UE. Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie prób produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 29.

Najwięcej – 145 prób produktów – co stanowi 92% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek, zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie, 8 próbek zdyskwalifikowano ze względu na cechy organoleptyczne, 5 próbek z powodu „innych parametrów” oraz po 1 próbce ze względu na zanieczyszczenia biologiczne i ze względu na substancje dodatkowe dozwolone.

Tabela 28. Zakres badań próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego przeprowadzonych w 2016 r.

Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
		import	UE	krajowe
Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3939	2	854	3083
Metale szkodliwe dla zdrowia	554	11	166	377
Pozostałości pestycydów	101	0	18	83
Mikotoksyny	636	19	92	525
Zanieczyszczenia azotanami	348	4	37	307
Substancje dodatkowe dozwolone	142	0	37	105
Obecność GMO	38	0	12	26
Znakowanie	4882	76	1204	3602
Organoleptycznie	4099	44	1022	3033
Zanieczyszczenia biologiczne	51	0	3	48
Zanieczyszczenia fizyczne	18	0	1	17
Inne parametry	667	19	85	563

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Tabela 29. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – próbki zakwestionowane

Rok	Suplementy diety		W tym					
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2016	7058	2,2 %	5466	2,0 %	92	6,5 %	1500	2,9 %

Źródło: opracowanie własne (GIS)





## Wprowadzenie

Państwowa Inspekcja Sanitarna zgodnie z art. 4 ust.1 pkt 9a ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985 roku o (Dz. U. z 2017 r. poz.1261) egzekwuje przestrzeganie przepisów dotyczących zakazu wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783 i 1458) łącząc profesjonalny system nadzoru w obszarze tzw. „dopalaczy” z działaniami edukacyjnymi, profilaktycznymi i szeroko rozumianą promocją zdrowia.

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania określone w Narodowym Programie Zdrowia na rzecz ograniczania stosowania środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych (NSP) na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916 z 2016 r. poz. 2003).

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 środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne, jak również przywóz ich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Kwestia odpowiedzialności związanej z naruszeniem prawa w obszarze nowych narkotyków, które wymykają się klasycznym definicjom środków odurzających i substancji psychotropowych, została umiejscowiona na dwóch poziomach: administracyjnym, co daje instrumenty zwalczania podaży bez stosowania represji karnej wobec ich użytkowników oraz karnym w przypadku stwarzania zagrożenia życia lub zdrowia wielu osób.

Tzw. „dopalacze” są produktami o nieznanym składzie chemicznym. Skład chemiczny zakwestionowanego

produktu, a zatem identyfikacja środka zastępczego, następuje w wyniku działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Narodowy Instytut Leków na stronie www informuje: „dopalacze” zawierają mieszanki różnych substancji, które mogą potęgować swoje działanie. Ich łączny efekt farmakologiczny i toksykologiczny może poważnie zagrażać zdrowiu i życiu użytkowników, a nietypowe objawy zatrucia dodatkowo utrudniają leczenie. Osoby kupujące takie produkty nigdy nie mogą mieć pewności, jaki jest ich skład oraz zawartość – stąd dawka, intensywność wywołanych efektów, a także toksyczność jest trudna do oceny przed zastosowaniem.

Tzw. „dopalacze” wywierają toksyczne działania nie tylko na ośrodkowy układ nerwowy, ale również na układ sercowo-naczyniowy, przewód pokarmowy, nerki i mięśnie szkieletowe, mogą wywołać ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne.

Z kolei dr hab. Maria Kała z Instytutu Ekspertyz Sądowych podkreśla, że najistotniejsze problemy, jakie stwarzają nowe narkotyki można podsumować jako: nomenklaturowe, prawne, zdrowotne, analityczne, a niebezpieczeństwa związane z ich różnorodnym rynkiem to: zmienność nazw handlowych; dynamiczna eskalacja wytwarzania; niejednorodność, zmienność, zróżnicowanie i złożoność składu. Zagrożenia rozstroju zdrowia, a niejednokrotnie utraty życia nasilają się wobec niezajomości ich toksyczności, ich działania na organizm człowieka, czasu wystąpienia tego działania i dawek działających, co ułatwia przedawkowanie, sprzyja eksperymentowaniu z używaniem i prowadzi do wyniszczenia organizmu. Substancje te zagrażają nie tylko konsumentom, ale i bezpieczeństwu publicznemu.

tropowych oraz stanowi ważną informację dotyczącą terapii, profilaktyki. Wykaz substancji zawarty w rozporządzeniu m.in. umożliwi organowi nadzoru, jakim jest Państwowy Inspektor Sanitarny, wydanie stosownej decyzji bez konieczności udowadniania, że stwierdzona w produkcji substancja psychoaktywna ma groźne dla człowieka działanie. Zidentyfikowane w kwestionowanych produktach, tzw. „dopalaczach”, 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. Zespół został powołany na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i pracuje w oparciu o zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. MZ z dnia 14 października 2015 r., poz. 58). W 2016 r. skład Zespołu został rozszerzony o nowych ekspertów.

W 2016 r. spotkania Zespołu odbyły się w dniach: 18 lutego, 2 września oraz 20 grudnia. Minister Zdrowia podjęte przez Zespół uchwały zawierające oceny i rekomendacje podaje do publicznej wiadomości, za pośrednictwem swojej strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej.

W 2016 r. wydane zostało również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 maja 2016 r. w sprawie postępowania ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, ich preparatami, prekursorami kategorii 1, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi w przypadku prowadzenia badań lub szkoleń (Dz. U. 2016 poz. 845), w którym określono m.in. sposób i tryb nabywania lub wchodzenia w posiadanie, ewidencjonowania, przechowywania oraz stosowania środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w celu przeprowadzania badań naukowych nad problematyką narkomanii, badań w celu identyfikacji i potwierdzenia popełnienia przestępstwa lub naruszenia zakazu ich wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w celu przeprowadzania szkoleń osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem narkomanii. W rozporządzeniu tym określono także sposób i tryb przekazywania zgłoszeń badań do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego albo państwowego inspektora sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

– właściwego ze względu na siedzibę jednostki naukowej lub podmiotu przeprowadzającego badania przed ich rozpoczęciem. W 2016 r. do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych wpłynęło siedem zgłoszeń.

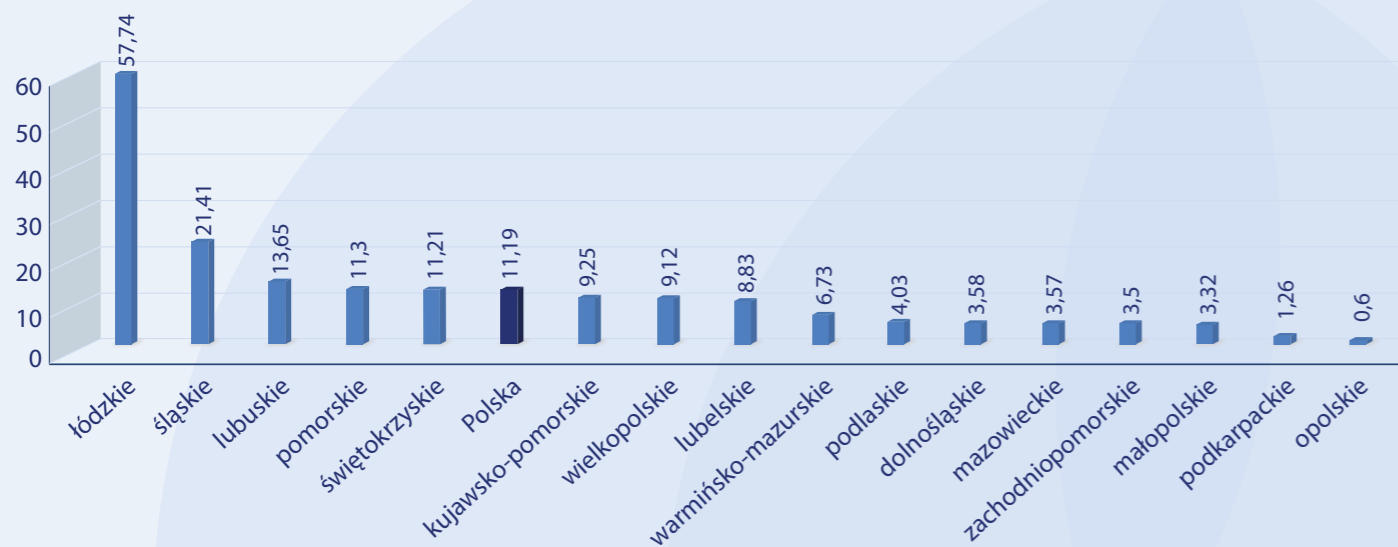
W 2016 r. zostało wydane także rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 (Dz. U. poz. 1492), w którym określono zadania na rzecz ograniczania stosowania m.in. środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych (NSP) takie jak: prowadzenie portalu edukacyjnego – internetowej bazy informacji o NSP i środkach zastępczych oraz wydanych decyzjach administracyjnych; ukierunkowanie sposobu prowadzenia polityki na rzecz ograniczania popytu i podaży NSP oraz środków zastępczych; specjalistyczne szkolenia z zakresu ograniczania ich obrotu i dostępności. Wsparcie realizacji NPZ przez opracowanie planów działania lub wytycznych ograniczania podaży i popytu, prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków zastępczych i NSP. Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, prowadzenie systemu wczesnego ostrzegania (SWO) o NSP we współpracy z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), prowadzenie bazy danych o zatruciach oraz podejrzaniach o zatruciach.

## Sytuacja epidemiologiczna

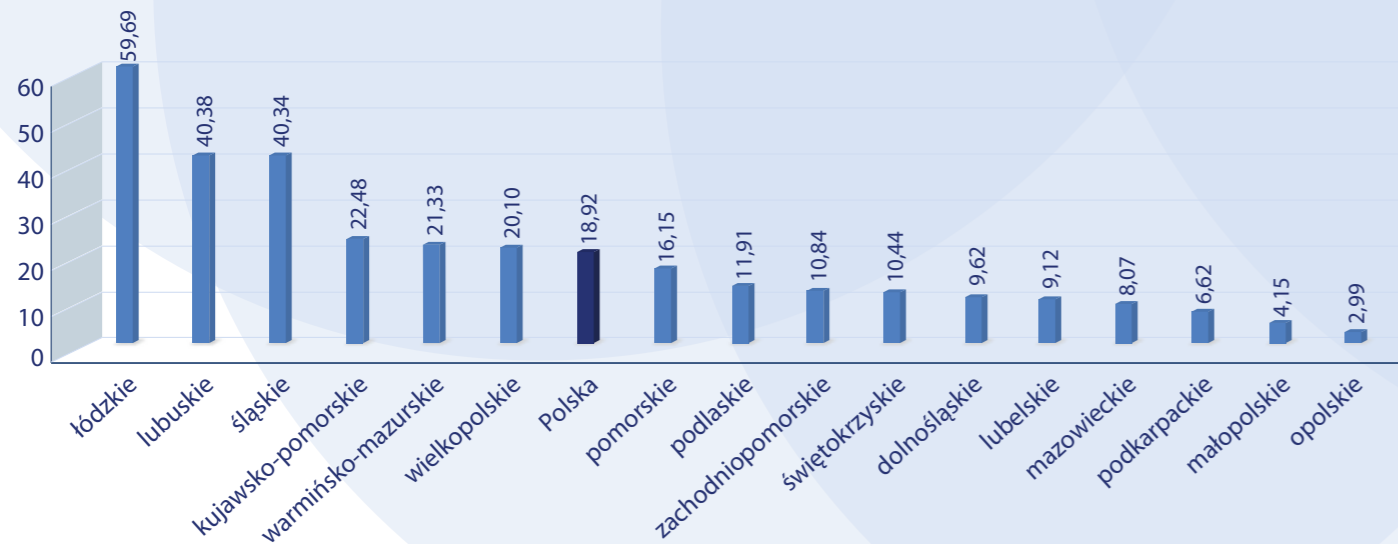
Jednym z ważnych zadań w obszarze nowych narkotyków realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, w tym Główny Inspektorat Sanitarny, jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zatruc i podejrzeń zatruc nowymi narkotykami, zwanych potocznie „dopalaczami”. Na podstawie zagregowanych meldunków z Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych, przesyłanych do Głównego Inspektoratu Sanitarnego w trybie tygodniowym lub dwutygodniowym, Główny Inspektor Sanitarny współpracuje z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Toksykologii Klinicznej – Ośrodkiem Kontroli Zatruc (OKZ) w Warszawie, jak również na bieżąco informuje Ministra Zdrowia o sytuacji epidemiologicznej.

Z danych Krajowego Konsultanta ds. Toksykologii Klinicznej wynika, że w 2016 r. stwierdzono 4 346 podejrzeń zatruc środkami zastępczymi, w tym prawdopodobnie 3 zgony. Jest to znaczny spadek w stosunku do roku 2015. Najwięcej przypadków zatruc wystąpiło na terenie województw łódzkiego (1440), śląskiego (979), wielkopolskiego (317), pomorskiego (261). Największy ich spadek odnotowano w województwach: opolskim, podkarpackim, podlaskim i zachodniopomorskim. Częstotliwość zatruc dla całej Polski w 2016 r. wyniosła 11,19 na 100 tys. mieszkańców. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na sytuację w województwie łódzkim gdzie ten współczynnik został przekroczony pięciokrotnie oraz dwukrotnie w województwie śląskim.





Wykres 42. Przypadki podejrzeń zatruc ̄rodkami zastępczymi w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców  
Źródło: dane Krajowego Konsultanta w dziedzinie Toksykologii Klinicznej



Wykres 43. Przypadki podejrzeń zatruc ̄rodkami zastępczymi w 2015 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców  
Źródło: dane Krajowego Konsultanta w dziedzinie Toksykologii Klinicznej

Wzrost liczby zatruc w 2015 r. miał związek ze zmianą przepisów ustawy, które weszły w życie z dniem 1 lipca 2015 r. Zwiększenie aktywności podmiotów wprowadzających na rynek tzw. „dopalacze” w 2015 r. (wzrost podaży i promocji) było spowodowane chęcią pozbycia się zapasów ze względu na mającą się dokonać nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzającą 114 substancji do wykazów substancji psychotropowych i ̄rodków odurzających.

W 2016 r. w związku z koniecznością dalszego ograniczania wzrostu liczby zatruc kontynuowano współpracę z Policją i ze Służbą Celną, prowadzono wspólne kontrole i wywieranie presji społecznej oraz medialnej na ponawianą sprzedaż tzw. „dopalaczy”. W przypadku zgonów mogących mieć związek z użyciem ̄rodków zastępczych korzystano także z informacji o wynikach badań toksykologiczno-sądowych, otrzymywanych z prokuratur.

Relatywnie dobra sytuacja utrzymywała się przez dwa lata (2011 – 2012), później (od lutego 2013 r.) następuje stopniowy, stały wzrost liczby zatruc. Przy czym, nie wzrasta liczba stacjonarnych punktów sprzedaży. Świadczy to o zmianie kanałów dystrybucji tzw. „dopalaczy” na różne formy sprzedaży bezpośredniej i sprzedaż przez Internet.

Podjęta w 2010 r. przez służby państwa interwencja

była bardzo skuteczna. Sklepy zamknięto, liczba zatruc gwałtownie spadła. Można tylko prognozować, że gdyby nie było interwencji, sytuacja mogła się równie dynamicznie pogarszać i wyglądałaby gorzej niż np. w Irlandii (Flash Eurobarometr 330/2011 oraz 401/2014).

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 niezidentyfikowanych ̄rodków psychoaktywnych. W okresie ostatnich dwóch lat odnotowano dynamiczną zmianę na rynkach europejskich dotyczącą nowych narkotyków – tygodniowo pojawiały się 2 substancje. Rynek niedozwolonych ̄rodków odurzających pozostaje najbardziej dynamicznym rynkiem przestępczym, na którym najnowszą tendencją jest rozprzestrzenianie się nowych narkotyków.

Nowe narkotyki wykazują znacznie silniejsze działanie na organizm (działanie psychotyczne i somatyczne), co może być również przyczyną zwiększania się liczby interwencji medycznych, a także liczby zgonów mogących mieć związek z użyciem ̄rodku zastępczego.

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 nazwie substancji psychoaktywnej. W tej sytuacji podczas ministerialnej konferencji przeprowadzonej przez Głównego Inspektora Sanitarnego w dniach 6 – 7 grudnia, szczególną uwagę zwrócono na potrzebę rozpoznawania przez podmioty lecznicze zatrucia (podejrzania zatrucia) poprzez wykonywanie diagnostyki analitycznej w płynach biologicznych a jednocześnie brak ̄rodków na ten cel.

Zagadnienia dotyczące skutków zdrowotnych działania

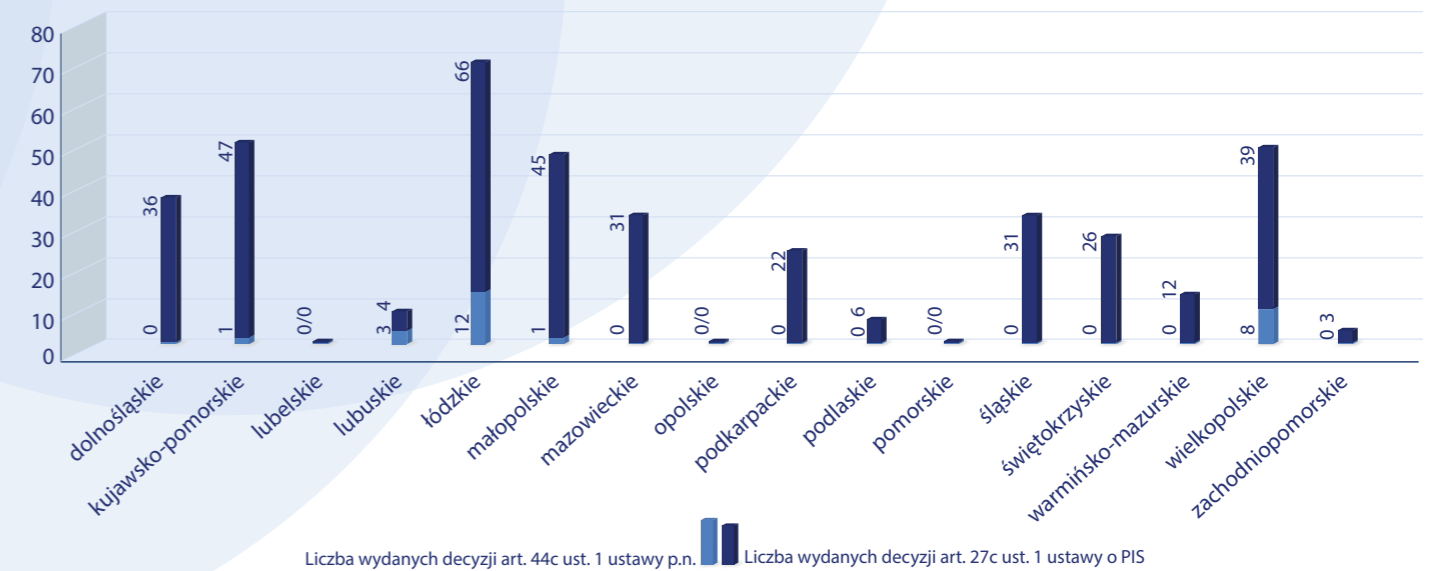
nowych narkotyków, diagnostyki zatruc nowymi narkotykami, problemu zatruc z punktu widzenia ratownictwa medycznego zostały przedstawione podczas konferencji Głównego Inspektora Sanitarnego na temat „Dopalacze – dlaczego są tak niebezpieczne”, które odbyły się w 2016 r. w okresie październik – listopad w każdym województwie. w konferencjach tych uczestniczyli m.in. przedstawiciele podmiotów leczniczych, lekarze specjaliści, praktykujący w zakresie leczenia ostrych zatruc tzw. „dopalaczami”, przedstawiciele ̄rodków naukowych, studenci medycyny.

## Ograniczenie obrotu i dostępności ̄rodków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych

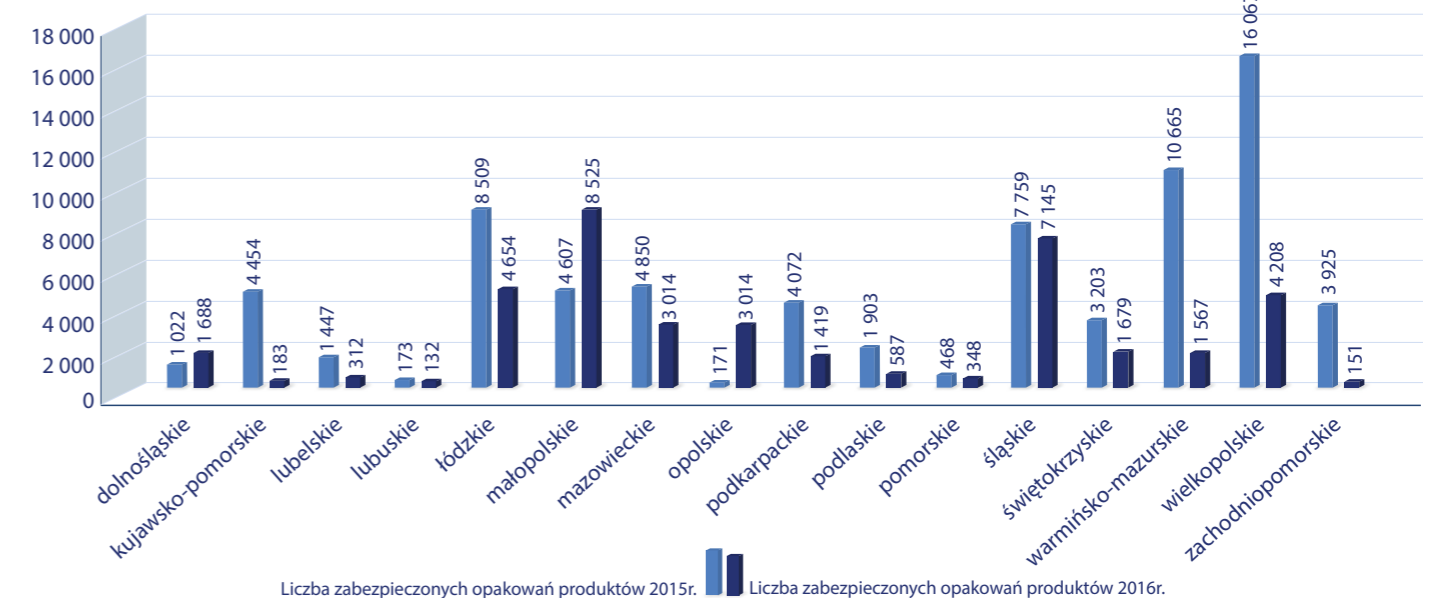
Egzekwowanie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu ̄rodków zastępczych

393 decyzje o czasowym wycofaniu produktów z obrotu. Zabezpieczono łącznie 38 626 szt. produktów. Oddano 101 spraw do organów ścigania.

W 2016 r. przeprowadzono ogółem 893 kontrole, wydano



Wykres 44. Liczba decyzji o wycofaniu tzw. „dopalaczy” z obrotu w poszczególnych województwach  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



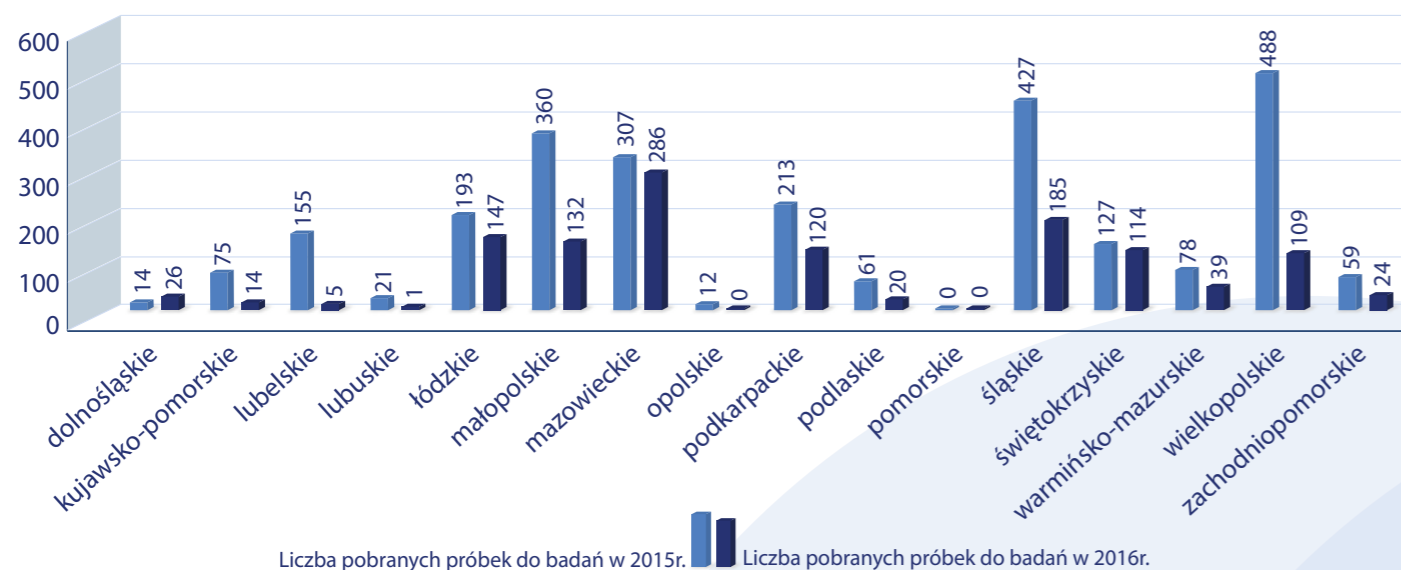
Wykres 45. Liczba zabezpieczonych opakowań produktów w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. w poszczególnych województwach  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

W 2016 r. do badań laboratoryjnych pobrano 1 222 próbek, na które wydatkowano 389 274,49 zł, natomiast w 2015 r. pobrano 2 590 próbek. Wzrost liczby pobranych próbek w 2016 r. w stosunku do 2015 r. nastąpił wyłącznie w województwie dolnośląskim.

Na podstawie 340 decyzji państwowi inspektorzy sanitarni, ze względu na wytwarzanie lub wprowadzanie do obrotu

### Środki zastępcze zidentyfikowane w 2016 r. w produktach zabezpieczonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

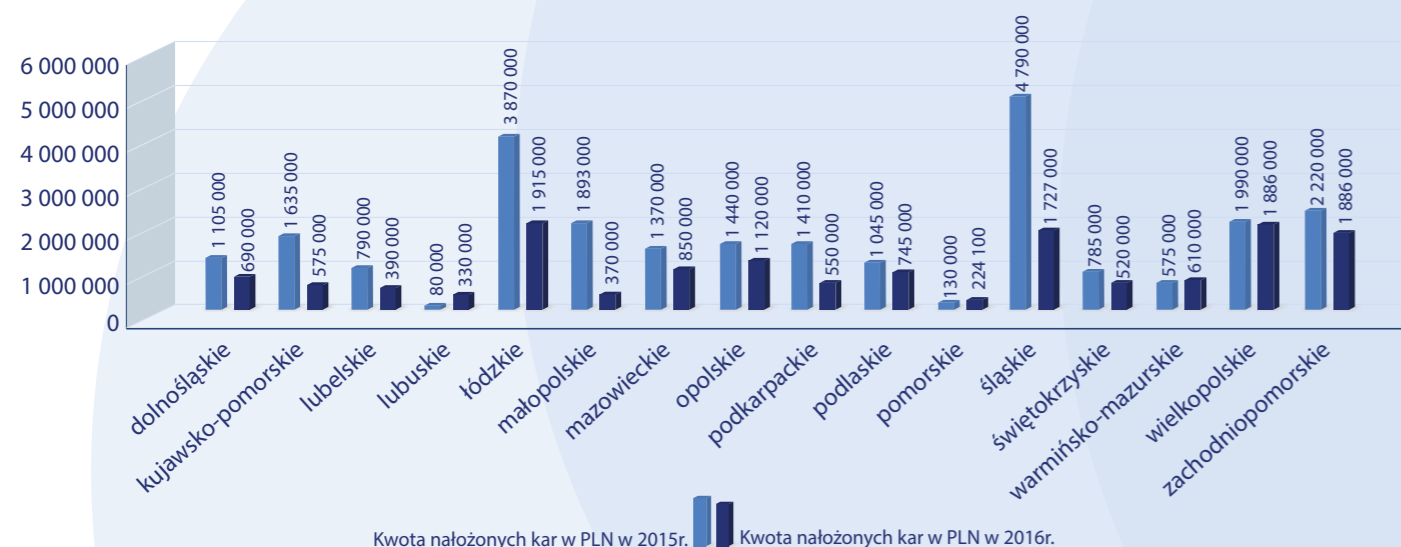
Substancje psychoaktywne zidentyfikowane w próbkach produktów zatrzymanych i wycofanych z obrotu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej należały do następujących grup: syntetycznych kannabinoidów, katynonów,



Wykres 46. Liczba pobranych próbek w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. w poszczególnych województwach  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, wymierzili kary pieniężne w łącznej wysokości 14 162 100 zł, z których wyegzekwowano 317 869,49 zł. Windykację pozostałej należności skierowano do organów skarbowych.

tryptamin i innych. Środki zastępcze występowały w różnej postaci, np. suszu roślinnego, proszku oraz kapsulek. Informacje dotyczące zidentyfikowanych substancji przekazywano w ramach systemu wczesnego ostrzegania (SWO), poprzez CINN KBPN do EMCDDA.



Wykres 47. Porównanie wysokości kar pieniężnych nałożonych w poszczególnych województwach w 2016 r. w stosunku do 2015 r.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Tabela 30. Wykaz najczęściej wykrywanych substancji psychoaktywnych w badaniach przeprowadzonych w 2016 r.

Substancja	AB-CHMINACA	4-CMC	4-metylo-N,N-DMC	4-EEC	MDMB-CHMICA
Rodzina nowych substancji psychoaktywnych	Kannabinoid	Katynon	Katynon	Katynon	Kannabinoid
Nazwa IPUAC	N-((1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide	1-(4-chlorophenyl)-2-(methylamin)-1-propanone	2-(dimethylamin)-1-(4-methylphenyl)-1-propanone	2-(ethylamin)-1-(4-ethylphenyl)propan-1-one	methyl 2-[[1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethylbutanoate
Wzór strukturalny					
Postać fizykochemiczna	Zasuszona i rozdrobniona substancja roślinna koloru zielonego	Proszek koloru białego, tabletki lub kapsułki	Krystaliczna substancja koloru białego	Biały proszek	Susz roślinny koloru zielonego

Źródło: opracowanie własne (GIS)

## Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne

Działania kontrolne, nadzorcze są jedynie częścią polityki antynarkotykowej. Drugim ważnym jej aspektem jest promocja zdrowia oraz profilaktyka. Państwowa Inspekcja Sanitarna w skali całego kraju prowadzi setki działań w obszarze zdrowia publicznego, w tym profilaktyki narkomanii. Na poziomie centralnym Główny Inspektorat Sanitarny również realizuje część polityki „anty-dopalaczowej” poprzez np. opracowywanie materiałów szkoleniowych i edukacyjnych, organizowanie szkoleń dla pracowników na poziomie wojewódzkim jak również przeprowadzanie szkoleń dla innych służb (np. służby więziennej). Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi, jak również stacje sanitarno-epidemiologiczne opracowały, przygotowały i dystrybuowały materiały związane z profilaktyką, m.in. ulotki, plakaty jak również przeprowadzono szereg kampanii w mediach oraz podczas różnego typu zgromadzeń publicznych. Na poziomie lokalnym były to wszelkiego rodzaju inicjatywy prowadzone wspólnie z samorządami i innymi służbami, skierowane głównie do młodzieży, kolportaż materiałów edukacyjnych, organizacja szkoleń i konferencji, uczestnictwo w imprezach masowych. W ramach tych działań odbyły się m.in. prelekcje w szkołach, w których uczestniczyli nie tylko uczniowie, ale również nauczyciele i rodzice, w sumie kilkaset tysięcy

osób. Wśród działań należy wymienić np. kampanię „Stop dopalaczom” z użyciem mobilnych punktów edukacyjnych, m.in. na Przystanku Woodstock, informacje o charakterze edukacyjno-informacyjnym umieszczone na stronach internetowych, wywiady tematyczne dla lokalnych mediów, konferencje, szkolenia, narady, warsztaty, festyny, spektakle organizowane we współpracy z Policją, strażą miejską, Służbą Celną, Strażą Graniczną, kuratoriami oświaty, starostwami powiatowymi, organizacjami pozarządowymi. Prowadzone były także kampanie m.in. podczas dożynek, konferencji naukowych, festiwali muzycznych. Działania profilaktyczne skierowano szczególnie do potencjalnych nabywców środków zastępczych (tj. głównie do młodzieży), a także do rodziców, nauczycieli czy przedstawicieli władz samorządowych. Na rzecz ograniczania stosowania środków zastępczych i NSP poprzez działania informacyjne i edukacyjne Główny Inspektor Sanitarny, uznając, że tzw. „dopalacze” stanowią zagrożenie zdrowia publicznego, prowadził prace w celu dalszego ograniczenia zjawiska, m.in. spowodował, że w IV kwartale 2016 r. został opracowany poradnik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej pt. „Nowe narkotyki w Polsce – tendencje, zagrożenia, procedury postępowania”. W celu diagnozy problemu przygotował

i przeprowadził w 2016 r. badanie „Młodzież a dopalacze – postawy i zachowania”. Badanie to wykazało m.in., iż najczęściej kontakt z dopalaczami deklarowali uczniowie z województw: lubelskiego, mazowieckiego oraz pomorskiego oraz że najczęściej po dopalacze sięgali chłopcy.

W 2016 r. Główny Inspektorat Sanitarny przeprowadził konkurs plastyczny na plakat „Stop dopalaczom”, mający na celu popularyzację zasad zdrowego trybu życia tzn. wolnego od nałogów, zwrócenie uwagi na problem dopalaczy i wynikających z nich konsekwencji zdrowotnych i prawnych, wykorzystanie swoich mocnych stron do zwiększenia kreatywności, wzbudzanie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, kształtowanie pozytywnych wzorców, aktywizację środowiska szkolnego w rozwijaniu bezpieczeństwa w swojej okolicy, budowanie poczucia własnej wartości i umożliwienie prezentacji uzdolnień na szerokim forum. Swoje prace przesłało aż 3 747 uczniów z 982 szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Uroczyste wręczenie nagród laureatom dokonał Główny Inspektor Sanitarny w dniu 21 czerwca. Nagrodzone prace wykorzystano w materiałach profilaktyczno-edukacyjnych oraz w udostępniono w formie wystaw.

Na przełomie października i listopada 2016 r. Główny Inspektor Sanitarny przeprowadził konferencje edukacyjne w każdym województwie na temat „Dopalacze – dlaczego są tak niebezpieczne”, w których przedstawiono zagadnienia w zakresie nowych narkotyków – problem globalny XXI wieku – aspekty prawne, edukacja o zagrożeniach wynikających z użycia nowych narkotyków, skutki zdrowotne działania nowych narkotyków, diagnostyka zatruc nowymi narkotykami, toksykologia nowych narkotyków oraz w podsumowaniu konferencji odniesiono się do edukacji podstawowego elementu strategii zwalczania zagrożeń stwarzanych przez nowe narkotyki.

Udział w konferencji wzięli m.in.: Wojewoda, Kurator Oświaty, Reaktor Uniwersytetu Medycznego, Komendant Wojewódzki Policji, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Toksykologii Klinicznej i inni eksperci.

W konferencjach uczestniczyli przedstawiciele podmiotów leczniczych, m.in. lekarze – specjaliści – praktykujący w zakresie leczenia ostrych zatruc tzw. „dopalaczami”, przedstawiciele środowisk naukowych, Służby Celnej, władz oświatowych – kuratoriów oświaty, przedstawiciele samorządów terytorialnych, dyrektorzy szkół i nauczyciele, państwowi powiatowi i graniczni inspektorzy sanitarni i wskazani pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych. Na konferencjach tych poruszano następujące zagadnienia: zwalczanie zagrożeń stwarzanych przez nowe narkotyki w działaniach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, edukacja w zakresie zagrożeń wynikających z użycia nowych narkotyków w aspekcie programu nauczania studentów medycyny, rozprzestrzenianie się nowych narkotyków – walka z dynamicznym rynkiem, skutki zdrowotne działania nowych narkotyków, diagnostyka zatruc nowymi narkotykami, problem zatruc z punktu widzenia ratownictwa medycznego. Podczas tych konferencji przedstawiono zagrożenia zdrowia publicznego stwarzane przez nowe narkotyki. Konferencje wpisały się w ramy promocji zdrowia, zdrowego stylu życia, pobudzenia aktywności społecznej na rzecz własnego zdrowia i stanowiły realizację zdań m.in. określonych w art. 6 ustawy z dnia 14 marca 1985 r.

o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz art. 2 ust. 1, art. 19 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

W dniach 6 – 7 grudnia 2016 r. Główny Inspektor Sanitarny przeprowadził ministerialną konferencję ekspercką pt. „Poprawa skuteczności w zakresie ograniczania podaży środków zastępczych”. Konferencja określiła kierunki doskonalenia systemu wczesnego ostrzegania oraz zbudowania sprawnego systemu oceny ryzyka. Wskazała kierunki dla lepszego zintegrowania służb, poprawienia skuteczności, koordynacji strukturalnej, funkcjonalnej i informacyjnej służb, straży i inspekcji, określiła rekomendowane kierunki zmian prawnych, instytucjonalnych i kompetencyjnych w celu usprawnienia zapobiegania wprowadzaniu do obrotu nowych narkotyków. Walka z tzw. „dopalaczami” wymaga podejścia wielu różnych sektorów i międzysektorowego, także w zakresie doskonalenia procesu stawiania zarzutów i skutecznego karania przestępców. Konferencja ta, na podstawie podsumowania 6-letnich doświadczeń służb państwowych w zakresie zwalczania tzw. „dopalaczy”, oceniła poszczególne składowe tych działań. Nadanie konferencji eksperckiej tak wysokiej rangi ministerialnej, w aspekcie opinii publicznej, wskazuje na determinację w zwalczaniu zagrożeń związanych z tzw. „dopalaczami”. Konferencja poddała analizie sytuację „dlaczego pomimo, że regulacje prawne pozwalają na ponoszenie konsekwencji przez osoby odpowiedzialne za handel tzw. „dopalaczami” to przebieg prowadzonych postępowań nie jest wystarczająco efektywny”. Problem nowych narkotyków przede wszystkim jest wyzwaniem zdrowia publicznego, nie mniej jednak wzmocnienie środków w zakresie ujęcia a następnie wymierzenia dotkliwych kar sprawcom wprowadzania do obrotu nowych narkotyków, wymaga pokonania trudności w podejmowaniu działań, utrwalania linii orzeczniczej. Konferencja posłużyła także wymianie doświadczeń w innych krajach w zakresie stanowczego reagowania służb państwa. Konferencja wskazała nowe formy współdziałania i koordynacji w związku ze zmianami dróg wprowadzania na rynek tzw. „dopalaczy”. Szczególnie niepokojący jest fakt, że Internet i inny handel nieujawniany stał się coraz istotniejszym źródłem obrotu nowymi narkotykami.

W odpowiedzi na działania przestępczości zorganizowanej konferencja podkreśliła konieczność wnikliwej oceny stosowanych narzędzi prawnych i ich modyfikowania jak i prowadzenia działań wyprzedzających. Wskazała ważną funkcję włączania do dyskusji także władz samorządowych i przedstawicieli mediów.

Główny Inspektor Sanitarny w 2016 r. przeprowadził także ogólnopolską kampanię pod tytułem „Stop dopalaczom” poprzez wydanie następujących audycji w TVP:

- „Pytanie na śniadanie” – 5 felietonów, emisja na antenie TVP 2,
- Reportaż z konferencji eksperckiej – emisja na antenie TVP INFO,

## Podsumowanie

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi zdecydowaną walkę z tzw. „dopalaczami”, w wyniku decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 2 października 2010 r. zostały zamknięte wszystkie punkty sprzedaży tzw. „dopalaczy” (około 1 400). Z dniem 27 listopada 2010 r. weszła w życie ustawa z dnia 8 października 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, na podstawie której zadania w obszarze tzw. „dopalaczy” realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna. Główny Inspektor Sanitarny koordynuje i nadzoruje działania Inspekcji poprzez Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi. „Dopalacze” są produktami o nieznanym składzie chemicznym, identyfikacja substancji psychoaktywnych w tych produktach następuje w wyniku działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub Służby Celnej.

- „Stop dopalaczom” – program edukacyjny, emisja na antenie TVP 3.

Główny Inspektor Sanitarny w 2016 r. przeprowadził konkurs na plakat „Stop dopalaczom”, wydał certyfikat poświadczający udział w konkursie, udostępnił nagrodzone prace w formie wystaw, jak również udostępnił nagrodzone prace w publikowanych materiałach profilaktyczno-edukacyjnych.

Główny Inspektor Sanitarny w 2016 r. spowodował wyposażenie stacji sanitarno-epidemiologicznych w materiały promocyjne m.in. z logo „stop dopalaczom” oraz numerem infolinii.

Struktury Państwowej Inspekcji Sanitarnej zlokalizowane w terenie pozwalają na bieżącą interwencję w zakresie pojawiania się zagrożenia w postaci wytwarzania lub wprowadzania do obrotu środków zastępczych na obszarze każdego powiatu.

W latach 2015 – 2016 przeprowadzono ogółem 2 175 kontroli, wydano 1 798 decyzji dotyczących 105 577 zakwestionowanych produktów, pobierając jednocześnie 3 827 próbek do badań laboratoryjnych, złożono 222 zawiadomień do organów ścigania. W rezultacie działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, we współpracy z Policją, Służbą Celną i innymi jednostkami, w wyniku zrównoważonego podejścia skierowanego zarówno przeciwko podaży jak i popytowi, nastąpił spadek konsumpcji tzw. „dopalaczy”.

Wszystkie osoby, które wprowadzają do obrotu tzw. „dopalacze”, nie przestrzegają przepisów zakazu obrotu produktami będącymi środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi. Środki zastępcze są to produkty nielegalne, objęte zakazem wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Główny Inspektor Sanitarny jest organem wiodącym w działaniach Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze środków zastępczych. Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z innymi służbami na bieżąco monitoruje przypadki wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Państwowi Inspektorzy Sanitarni pozyskują informacje o obrocie środkami zastępczymi we własnym zakresie lub od Policji, Służby Celnej, Straży Miejskiej czy też Urzędów Skarbowych.





granice woda żywność bezpieczeństwo kontrola nadzór higiena edukacja szczepienia wirusy choroby zakaźne zdrowie kapieliska szkoty prace kapieliska granice żywność szkoty profilaktyka szczepienia granice edukacja szkoty woda nadzór higiena granice żywność bezpieczeństwo wirusy edukacja szkoty woda nadzór higiena granice żywność bezpieczeństwo wirusy szkoty

**Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w zakresie zabezpieczania sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2016 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.

## Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej

Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną, której celem jest utrzymanie bariery sanitarno-epidemiologicznej kraju poprzez niedopuszczenie do wprowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Unii

Europejskiej żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, których jakość zdrowotna nie odpowiada obowiązującym przepisom i może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

## Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną

W ramach realizacji ustawowych zadań państwowi graniczni inspektorzy sanitarni (zwani dalej: „PGIS”) monitorują zagrożenia i oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych, wysoce zakaźnych i przed skutkami ataku bioterrorystycznego.

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 (zwanych dalej: „GSSE”) tj.: w Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemyślu, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu, Warszawie.

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

## Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Głównymi zadaniami realizowanymi przez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych są:

- ochrona sanitarno-epidemiologiczna granicy państwa i Unii Europejskiej przed zawleczeniem wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych,
- sprawowanie granicznej kontroli sanitarnej nad towarami zgodnie z ustawodawstwem krajowym, unijnym, a także wynikającym z międzynarodowych konwencji,
- wspieranie Krajowego Punktu Kontaktowego we wspólnotowym systemie RASFF oraz współdziałanie w tym zakresie z Komisją Europejską,
- monitoring suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wzbogaconych środków spożywczych wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- zwiększony nadzór nad nowymi produktami wprowadzanymi do obrotu, a mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi,
- aktualizacja zapisów z nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi, w zakresie rejestracji zgłoszeń, prowadzenia analiz epidemiologicz-

nych i przedstawianych raportów statystycznych,

- nadzór nad bezpieczeństwem wody przeznaczonej do zaopatrywania statków powietrznych,
- nadzór sanitarny nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy,
- sprawowanie nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, produktami biobójczymi, detergentami i prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 w oparciu o obowiązujące przepisy,
- działania zapobiegawcze oraz kontrolne w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego i niezwłoczne przekazywanie informacji w tym zakresie do organów wyższego stopnia,
- 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.

## Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2016 roku

W 2016 roku 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 40 468 kontroli, utrzymując w ten sposób poziom z poprzedniego roku. W związku z przeprowadzonymi kontrolami, w stosunku do niewielkiej części partii produktów, tj. 174 – wydano decyzję o zakazie wprowadzenia importowanych partii środków spożywczych do obrotu w Unii Europejskiej, co stanowi wzrost o 202% w stosunku do roku ubiegłego. Od 2013 roku można było obserwować trend spadkowy dotyczący liczby decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, jednakże w roku 2016 nastąpił znaczący wzrost decyzji zakazujących.

Pomimo obserwowanego w roku ubiegłym wzrostu liczby partii produktów odrzucanych na granicy ze względu na jakość zdrowotną nie odpowiadającą obowiązującym przepisom, należy mieć na uwadze, że liczba ta stanowi zaledwie 0,5% 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.

Tabela 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 2016

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	2 524	2 483	5
GSSE Elbląg	178	138	0
GSSE Gdynia	14 302	11 908	44
GSSE Hrebennie	4 407	4 341/42*	119
GSSE Koroszczyn	1 965	2 005/18*	0
GSSE Przemyśl	5 783	5 763	3
GSSE Suwałki	1 211	1 208/15*	1
GSSE Szczecin	386	386/5*	0
GSSE Świnoujście	247	277	0
GSSE Warszawa	9 465	9 439/28*	2
SUMA	40 468	37 948/108*	174

Źródło: opracowanie własne (GIS)

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



## Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega

Graniczna kontrola sanitarna zgodnie z art. 16 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt

(Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, Rozdz. 3, t. 45, str. 200), obejmuje m.in.:

- kontrolę dokumentacji, w szczególności certyfikatów zdrowotnych i deklaracji producenta potwierdzających zgodność produktu z wymaganiami zawartymi w obowiązujących przepisach prawnych,

- ogłędziny partii towaru, czyli ocenę stanu opakowań jednostkowych i transportowych, ocenę etykietowania, ocenę organoleptyczną (barwa, zapach, konsystencja, zawilgocenie, oznaki zepsucia), ocenę w kierunku widocznych zanieczyszczeń biologicznych i innych, kontrolę temperatury oraz pobieranie próbek do analizy i badań laboratoryjnych, 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 spełniania przez te towary wymagań zdrowotnych).

Jednakże przedsiębiorca, który importuje środki spożywcze z innego państwa członkowskiego UE, powinien posiadać dokumenty, które potwierdzają, że importowany produkt jest bezpieczny i spełnia wymagania jakości zdrowotnej. W zakresie granicznej kontroli sanitarnej obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2007 r. w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. nr 196, poz. 1423 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2008 r. w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych (Dz. U. nr 37 poz. 213, z późn. zm.).

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

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

1. Urzędami Celno-Skarbowymi:

- 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, wyprawieniem z tego obszaru i przemieszczeniem 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.

## Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ))

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) stanowią zbiór wytycznych, praw i obowiązków nałożonych zarówno na państwa-strony, jak i na Światową Organizację Zdrowia. Dużo uwagi poświęca się w nich punktom wejścia, czyli takim miejscom, gdzie następuje międzynarodowa wymiana ludzi i towarów. Punktami wejścia zgodnie z MPZ (2005) są miejsca, przez które możliwe jest wejście na teren danego państwa lub wyjście z niego 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.

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.



## 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 roku, chmura pyłu wulkanicznego w 2010 roku i epidemia bakterii E. coli (STEC) w 2011 roku. Ma ona 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 ostrzegania 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 Ostrzegania i Reagowania (EWRS) jedynie w zakresie chorób 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 ostrzegania i reagowania na zagrożenia zdrowia publicznego o charakterze transgranicznym polega na ciągłej współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), 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.



# Spis tabel, wykresów i rysunków

## Spis wykresów

- 28 Wykres 1. Liczba przypadków odry w Polsce
- 29 Wykres 2. Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2005 – 2016
- 30 Wykres 3. Liczba zachorowań na różyczkę w Polsce w poszczególnych kwartałach roku 2016
- 31 Wykres 4. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957 – 2016.
- 32 Wykres 5. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2016 roku wg województw. Współczynniki na 100.000 ludności.
- 33 Wykres 6. Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2015/2016 w porównaniu z poprzednimi sezonami
- 38 Wykres 7. Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2016 r.
- 39 Wykres 8. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2016
- 40 Wykres 9. Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005 – 2016
- 42 Wykres 10. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2016
- 43 Wykres 11. Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2016
- 45 Wykres 12. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996 – 2016
- 49 Wykres 13. Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym
- 50 Wykres 14. Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym
- 51 Wykres 15. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w latach 2015 – 2016
- 53 Wykres 16. Ogniska epidemiczne wg postaci klinicznej zakażenia w 2016 r.
- 59 Wykres 17. Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2015
- 59 Wykres 18. Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2015
- 61 Wykres 19. Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia w zależności od produkcji wody w 2016 r. dla wodociągów
- 62 Wykres 20. Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2016 r. (opracowanie własne)
- 62 Wykres 21. Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia i zaopatrywanej ludności w wodę w zależności od produkcji wody w 2016 r.
- 62 Wykres 22. Liczba podmiotów posiadających własne ujęcia w latach 2010 – 2016
- 63 Wykres 23. Liczba urządzeń produkujących wodę w latach 2009 – 2016
- 64 Wykres 24. Struktura wodociągów w 2016 r. z podziałem na wodociągi w ewidencji, skontrolowane przez organy PIS i spełniające wymagania dotyczące jakości wody do spożycia
- 65 Wykres 25. Liczba powiatowych i wojewódzkich laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania wody do spożycia w 2016 r.
- 66 Wykres 26. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2016 r.
- 71 Wykres 27. Liczba badań w 2016 r. w zakresie Legionella sp. dla poszczególnych województw
- 78 Wykres 28. Liczba pływalni w 2016 r.
- 79 Wykres 29. Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2016 r.
- 87 Wykres 30. Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2013 – 2016
- 88 Wykres 31. Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w latach 2014 – 2016
- 88 Wykres 32. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpeli w sezonie kąpielowym 2016 r.
- 89 Wykres 33. Liczba kąpielisk z podziałem na województwa w 2016 r
- 89 Wykres 34. Liczba miejsc wykorzystywanych do kąpeli z podziałem na województwa w 2016 r.
- 90 Wykres 35. Liczba kąpielisk z podziałem na województwa w latach 2014 – 2016
- 94 Wykres 36. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach
- 106 Wykres 37. Struktura uzgodnień dokumentacji projektowej w 2016 r.
- 120 Wykres 38. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2015 – 2016 (wg liczby zatrudnionych pracowników)
- 121 Wykres 39. Najistotniejsze uchybienia w skontrolowanych zakładach w 2016 r.
- 123 Wykres 40. Występowanie chorób zawodowych w latach 2007 – 2016
- 123 Wykres 41. Oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych w latach 2015 - 2016.
- 166 Wykres 42. Przypadki podejrzenia zatruc środkami zastępczymi w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców
- 166 Wykres 43. Przypadki podejrzenia zatruc środkami zastępczymi w 2015 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców
- 167 Wykres 44. Liczba decyzji o wycofaniu tzw. „dopalaczy” z obrotu w poszczególnych województwach
- 167 Wykres 45. Liczba zabezpieczonych opakowań produktów w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. w poszczególnych województwach
- 168 Wykres 46. Liczba pobranych próbek w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. w poszczególnych województwach
- 168 Wykres 47. Porównanie wysokości kar pieniężnych nałożonych w poszczególnych województwach w 2016 r. w stosunku do 2015 r.

## Spis tabel

- 8 Tabela 1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2007 – 2016
- 9 Tabela 2. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2015 – 2016
- 11 Tabela 3. Jakość zdrowotna środków spożywczych
- 12 Tabela 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2016 r.
- 14 Tabela 5. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2016 r.
- 16 Tabela 6. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2016 r. wg województw
- 16 Tabela 7. Liczba grzyboznawców w poszczególnych województwach kraju
- 21 Tabela 8. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2016 r.
- 33 Tabela 9. Liczba zachorowań, podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w przeciągu ostatnich 5 lat
- 34 Tabela 10. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2014/2015 i 2015/2016
- 44 Tabela 11. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. oraz w porównywalnym okresie 2015 r. (NIZP-PZH)
- 45 Tabela 12. Zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. oraz w porównywalnym okresie 2015 r. (NIZP-PZH)
- 47 Tabela 13. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005 – 2016 (dane za 2016 rok są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie)
- 59 Tabela 14. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w hektometrach sześciennych [hm<sup>3</sup>]
- 60 Tabela 15. Struktura wodociągów w 2016 r.
- 65 Tabela 16. Liczba czynnych w 2016 r. powiatowych i wojewódzkich laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- 66 Tabela 17. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r.
- 78 Tabela 18. Stan sanitarny pływalni w 2016 r.
- 79 Tabela 19. Liczba badań wykonanych przez organy PIS na pływalniach z podziałem na ocenę o przydatności wody w 2016 r.
- 87 Tabela 20. Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2013-2016
- 88 Tabela 21. Liczba kąpielisk z podziałem na śródlądowe i morskie oraz miejsc wykorzystywanych do kąpeli w 2016 r.
- 90 Tabela 22. Liczba kąpielisk w latach 2014 – 2016
- 93 Tabela 23. Klasyfikacja wody w kąpielisku – wymagania
- 93 Tabela 24. Klasyfikacja wody w kąpielisku – wyniki

- 113 Tabela 25. Dane porównawcze wyników kontroli obiektów w latach 2012 – 2016 r.
- 159 Tabela 26. Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2016 r.
- 159 Tabela 27. Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zakwestionowane
- 160 Tabela 28. Zakres badań próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego przeprowadzonych w 2016 r.
- 160 Tabela 29. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – próbki zakwestionowane
- 169 Tabela 30. Wykaz najczęściej wykrywanych substancji psychoaktywnych w badaniach przeprowadzonych w 2016 r.
- 175 Tabela 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 2016

## Spis rysunków

- 50 Rysunek 1. Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2015 – 2016
- 60 Rysunek 2. Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2016 r.
- 66 Rysunek 3. Lokalizacja laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- 91 Rysunek 4. Lokalizacja kąpielisk uchwalonych i raportowanych do Komisji Europejskiej w 2016 r.

granice  
szczypania  
woda  
nadzór  
higiena  
żywność  
bezpieczeństwo  
wirusy  
edukacja  
kontrola  
bezpieczeństwo  
profilaktyka  
kapieliska  
zdrowie  
praca  
kapieliska  
choroby  
zakaźne  
nadzór  
żywność  
szkoły  
szkoły  
profilaktyka  
szczypania  
woda  
nadzór  
higiena  
żywność  
bezpieczeństwo  
wirusy  
edukacja  
kontrola  
bezpieczeństwo  
granice  
kapieliska  
higiena

03-729 Warszawa, ul. Targowa 65  
tel.: +48 22 536 13 00  
fax: +48 22 635 61 94  
e-mail: [inspektorat@gis.gov.pl](mailto:inspektorat@gis.gov.pl)  
[www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)

