

SPIS TREŚCI

Wstęp	2
I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych	5
II. Jakość wody przeznaczonej do spożycia	20
III. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego	38
IV. Zapobiegawczy nadzór sanitarny	57
V. Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej i kąpielisk	62
VI. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej	77
VII. Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy	96
VIII. Higiena radiacyjna	104
IX. Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo- wychowawczych oraz warunki pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach.....	115
X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku	124
XI. Oświata zdrowotna i promocja zdrowia.....	146
XII. Sanitarna ochrona granic państwa	163
Zakończenie	165

Wstęp

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działają na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz.U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.). Państwowa Inspekcja Sanitarna została powołana w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed wpływem czynników szkodliwych lub uciążliwych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Zajmuje się nadzorem nad warunkami:

- higieny środowiska,
- higieny pracy w zakładach pracy,
- higieny radiacyjnej,
- higieny procesów nauczania i wychowania,
- higieny wypoczynku i rekreacji,
- zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku,
- higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne.

Jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują wymienione zadania sprawując zapobiegawczy i bieżący nadzór sanitarny oraz prowadząc działalność zapobiegawczą i przeciwepidemiczną w zakresie chorób zakaźnych, a także działalność w zakresie promocji zdrowia.

Skala realnych i potencjalnych zagrożeń decyduje o tym, jakie czynniki środowiskowe powinny być przedmiotem systematycznego nadzoru i wynikających z nich działań represyjnych i interwencyjnych.

Dla oceny stanu warunków zdrowotnych ludności w kraju istotne znaczenie mają te elementy otoczenia, które związane są z masową i długotrwałą ekspozycją na czynniki patogenne, jak np.:

- żywność, której wartość odżywcza, zanieczyszczenia chemiczne i mikrobiologiczne implikują istotne skutki zdrowotne;
- woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, która może być źródłem groźnych zakażeń lub zatruc;
- powietrze, którego zanieczyszczenia chemiczne i fizyczne mogą wywoływać choroby ostre i przewlekłe;
- środowisko pracy, w którym występują czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia;

- stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnościowych, zakładów opieki zdrowotnej, placówek nauczania i wychowania, obiektów turystyczno-wypoczynkowych i innych obiektów użyteczności publicznej.

W 2006 roku w Polsce działało 16 wojewódzkich oraz 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej wprowadzone zostały istotne zmiany w systemie sanitarnej ochrony granic państwa. Z uwagi na fakt, że dalsze utrzymywanie kontroli sanitarnej na wewnętrznych granicach Unii Europejskiej nie znajdowało uzasadnienia, z dniem 31 stycznia 2006 r. zostały zlikwidowane graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne znajdujące się na granicy zachodniej i południowej Polski; tym samym liczba granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych uległa zmniejszeniu z 15 do 10.

Struktura organizacyjna, coraz nowocześniejsze wyposażenie laboratoriów oraz stale podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe kadra pozwalają Państwowej Inspekcji Sanitarnej na obiektywną, dotyczącą całego terytorium kraju ocenę stanu sanitarnego, która uwzględnia zarówno istniejące, jak i mogące się pojawić zagrożenia dla zdrowia ludzi. Prowadzenie systematycznych badań oraz dokonywanie okresowych ocen stanu sanitarnego umożliwia monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i sanitarnej oraz podejmowanie niezbędnych działań interwencyjnych. Wszelkiego rodzaju analizy i oceny są źródłem informacji do opracowania planów długoterminowych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz określania priorytetowych kierunków działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Dostęp do wiarygodnych, możliwie kompletnych 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 kadrami, odpowiednio przygotowaną infrastrukturą, w tym nowoczesną aparaturą, stanowią podstawowy instrument nadzoru. W laboratoriach wdrożone są i stosowane w codziennej praktyce nowoczesne metody badawcze. W celu zapewnienia maksymalnej wiarygodności wyników badań oraz optymalnego wykorzystania posiadanych zasobów laboratoria badania żywności oraz wody przeznaczonej do spożycia pracują w ramach systemów zintegrowanych. Świadectwem kompetencji laboratoriów są certyfikaty akredytacji, które posiada większość z nich, w tym wszystkie działające w ramach Zintegrowanego Systemu Badania Żywności. Laboratoria włączone do ww. systemu zostały notyfikowane w Unii

Europejskiej. Zakres akredytacji ulega stałemu poszerzaniu o nowe metody badawcze. Ww. czynniki sprawiają, że poziom merytoryczny badań laboratoryjnych wykonywanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, zarówno dla potrzeb ustawowego nadzoru, jak i w ramach prowadzonej działalności usługowej, w pełni odpowiada standardom obowiązującym w Unii Europejskiej.

Przedstawiony „Stan sanitarny kraju w roku 2006” opracowano w Głównym Inspektoracie Sanitarnym na podstawie informacji i materiałów nadesłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych we współpracy merytorycznej z Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie. Prezentowane dane liczbowe pochodzą z tablic wynikowych sprawozdań statystycznych za rok 2006 w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej oraz – w zakresie nie ujętym w sprawozdaniach – z systemów monitoringu Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niniejsze opracowanie przedstawia stan sanitarny na dzień 31 grudnia 2006 r. i stanowi porównanie ze stanem na koniec roku 2005.

I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych

1. Działania związane z zapobieganiem epidemiom wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych w 2006 roku

W 2006 r. działania, oparte na bieżącej analizie sytuacji epidemiologicznej i epizootycznej w Polsce i na całym świecie, dotyczyły przede wszystkim:

- przygotowań do reagowania w ogniskach wysocepatogennej grypy ptaków, wywołanej wirusem H5N1,
- przygotowań do kolejnej pandemii grypy.

W roku 2006 w Polsce po raz pierwszy stwierdzono występowanie wysocepatogennej grypy ptaków wywołanej wirusem H5N1. Wirus stwierdzono tylko w populacji ptaków dzikich, nie stwierdzono przypadków zakażeń u ptactwa domowego i ludzi. W 2006 r. na terenie całego kraju wystąpiło 9 ognisk H5N1. Ostatnie ognisko wysoce zjadliwej grypy ptaków w województwie łódzkim, w powiecie sieradzkim, w miejscowości Warta zostało wygaszone w dniu 5 czerwca 2006 r. Od tego dnia w Polsce nie notuje się żadnych ognisk grypy ptaków.

Przygotowania do ewentualnej pandemii grypy w Polsce kontynuowane były w ramach Krajowego Komitetu ds. Pandemii Grypy. W lutym 2006 r. uaktualniono zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Komisji Europejskiej (EC), Europejskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC), *Krajowy Plan działań dla Polski na wypadek wystąpienia kolejnej pandemii grypy*. Od czerwca 2006 r. trwają dalsze prace nad opracowaniem nowych załączników do planu, które zawierać będą strategię dotyczące postępowania z pacjentem, komunikacji, leków antywirusowych oraz współpracy międzysektorowej. Ponadto Główny Inspektorat Sanitarny podjął szereg działań, we współpracy z innymi instytucjami (w tym m.in. Polskim Czerwonym Krzyżem, Urzędem Lotnictwa Cywilnego) w celu poprawy stanu przygotowań na poziomie krajowym. Uczestniczono również w szeregu spotkań na forum międzynarodowym, gdzie wielokrotnie przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego informowali i konsultowali informacje na temat aktualnego stanu przygotowań z przedstawicielami innych krajów i organizacji międzynarodowych.

W roku 2006 doposażono laboratoria wirusologii 16 wojewódzkich stacji sanitarno-

epidemiologicznych za kwotę ok. 8 mln zł.

2. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce należy uznać za dobrą. Obserwowany w roku 2006 wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne, podobnie jak w latach ubiegłych, miał charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione w formie tabelarycznej (tab. 1.1) – w oparciu o przygotowane przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, *Meldunki dwutygodniowe o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia w 2006 roku* – dane te podlegać będą jeszcze weryfikacji.

2.1. Zatrucia i zakażenia pokarmowe

W porównaniu do roku 2005 nie obserwowano wzrostu częstości występowania zatruc i zakażeń pokarmowych. Wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zatrucie wywołane pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. Zwiększył się udział zatruc pokarmowych, w przypadku których jako czynnik etiologiczny zidentyfikowano bakterie z rodzaju *Campylobacter* i *Yersinia*. Obserwowano również wzrost liczby zatruc jadem kiełbasianym (toksyną botulinową). W 2006 roku wystąpiło 50 przypadków zatruc, w porównaniu z 28 przypadkami w 2005 roku oraz 56 przypadkami w 2004 roku. W roku 2006 nie zaobserwowano istotnych zmian, w stosunku do roku 2005, liczby zgłoszonych przypadków biegunek u dzieci do lat 2. Nadal sporadycznie występowały zakażenia pałeczką czerwonki oraz zachorowania na dur brzuszny i dury rzekome. W 2006 roku potwierdzono 35 zachorowań na czerwonkę bakteryjną, w porównaniu do 80 zachorowań w 2005 roku i 74 zachorowań w 2004 roku. Zarejestrowano również, podobnie jak w latach ubiegłych, pojedyncze zachorowania na dur brzuszny (4 przypadki) i dury rzekome (1 przypadek). Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne na terenie każdego z województw prowadzą rejestry nosicieli pałeczek duru brzuszego będących potencjalnym źródłem zakażenia.

2.2. Wirusowe zapalenia wątroby

2.2.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A) występują obecnie sporadycznie. Spadek liczby zachorowań z 4045 w 1997 roku do 109 w 2006 roku był możliwy dzięki wprowadzeniu w 1996 roku szczepień ochronnych przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu A oraz prowadzonym działaniom na rzecz zwiększenia świadomości społecznej o zagrożeniu i sposobach uniknięcia zakażenia. Z uwagi na powszechną i wzrastającą wrażliwość populacji na zakażenia tym wirusem ważne jest konsekwentne prowadzenie szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie w populacji zatrudnionych przy produkcji i dystrybucji żywności. Wykonywanie szczepień przeciw WZW A jest także propagowane szczególnie wśród osób planujących wyjazd do krajów o wysokiej endemiczności zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A.

2.2.2. Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) obniża się stopniowo od lat 90. W 2006 roku zgłoszono 1694 zachorowania (w tym 508 zachorowań na ostrą postać tej choroby i 1186 przypadków zakwalifikowanych jako postać przewlekła), przy 2993 zachorowaniach w 2005 r. oraz 2157 w 2004 r.

2.2.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) cechuje obserwowany od wielu lat trend wzrostowy, co potwierdza liczba potwierdzonych laboratoryjnie zgłoszeń zachorowań. W roku 2006 stwierdzono 2950 przypadków zachorowań, w porównaniu do 2993 zgłoszeń w 2005 roku. Polska Grupa Ekspertów HCV oszacowała, że liczba zakażonych HCV w Polsce wynosi ok. 730 tysięcy. Ok. 80 % zarejestrowanych przypadków ma związek z wykonywaniem zabiegów medycznych. Wskazuje to na występowanie warunków umożliwiających szerzenie się zakażenia, zwłaszcza w zakładach opieki zdrowotnej, gabinetach lekarskich oraz innych miejscach świadczenia usług, w trakcie których wykonywania dochodzi lub może dojść do naruszenia ciągłości tkanek (np.: gabinety tatuażu, kosmetyczne, zakłady fryzjerskie). Wskazuje to jednocześnie na niedostatek w zakresie nieswoistych działań podejmowanych dla zapobieżenia zakażeniom (sterylizacja narzędzi, dezynfekcja pomieszczeń i urządzeń, procedury wykonywania zabiegów naruszających ciągłość tkanek). Z uwagi na brak swoistych metod zapobiegania zakażeniom, np. w drodze szczepień ochronnych, jedynie działania nieswoiste polegające na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń medycznych mogą zapobiec szerzeniu

się zachorowań na WZW C.

W celu ochrony zdrowia publicznego przed negatywnymi społecznymi skutkami występowania odległych powikłań zakażeń wirusami zapalenia wątroby typu B i C, np. w postaci marskości wątroby, podejmowane są różnorodne inicjatywy. Pod koniec roku 2006 zakończony został, realizowany na przełomie lat 2005/2006, pierwszy etap kampanii edukacyjnej „*HCV można pokonać*” zainicjowanej przez Polską Grupę Ekspertów HCV. Pilotażowy program zrealizowany został dla personelu medycznego pięciu województw: opolskiego, wielkopolskiego, małopolskiego, kujawsko-pomorskiego oraz mazowieckiego. Grupami docelowymi działań doszkalających było kierownictwo i personel medyczny zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarze prowadzący indywidualne praktyki o charakterze zabiegowym – osoby kluczowe dla realizacji podstawowych elementów strategii zwalczania epidemii zakażeń HCV. Szkolenia miały charakter kaskadowy i odbywały się na poziomie wojewódzkim, powiatowym oraz wewnątrzzakładowym. Prawie 84 000 pracowników medycznych zatrudnionych w około 6800 placówkach opieki zdrowotnej zostało przeszkolonych z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażeń HCV. Przeprowadzono łącznie około 3500 szkoleń, wydano ponad 9500 zestawów materiałów dydaktycznych, przetestowano wiedzę na temat zakażeń HCV prawie 6 tysięcy przeszkolonych osób, a także zebrano opinie na temat zrealizowanych szkoleń od prawie 3 tysięcy pracowników medycznych. W województwach, w których przeprowadzono szkolenia, w 2006 r. zwiększyła się zgłaszalność zakażeń HCV.

Dalsze działania zapobiegawcze w tym zakresie to m.in. wdrożenie opracowanego przez zespół ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia „Narodowego Programu Zwalczania Zakażeń HCV”.

2.3. Zachorowania na choroby zakaźne wieku dziecięcego

W roku 2006 wystąpiło 1525 zachorowań na krztusiec, w porównaniu z 1925 zachorowaniami w 2005 r. i 2955 zachorowaniami w 2004 r. Stały spadek liczby zachorowań może być związany z wprowadzeniem od 2003 roku powszechnych szczepień przypominających przeciw krztuścowi u dzieci w 6 roku życia – szczepionką DTPa (błoniczo-tężcowa z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym).

Od końca 2003 roku prowadzono również obowiązkowe powszechne szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trójwalentnej (MMR), wykonywane u dzieci w 13-15 miesiącu życia, a od 2005 roku również szczepienia przypominające w 12 roku życia. W 2006 roku szczepienia te były wykonywane w 11 roku

życia. Docelowo szczepienia ochronne z użyciem szczepionki trójwalentnej (MMR) będą wykonywane w 10 roku życia. Jednocześnie nie są już prowadzone szczepienia z użyciem szczepionek monowalentnych przeciw odrze w 7 roku życia i szczepienia dziewcząt przeciw różyczce w 13 roku życia. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw odrze, różyczce i śwince może doprowadzić w ciągu najbliższych lat do spadku zachorowań na świnkę. W 2006 roku na nagminne zapalenie przyusznic zachorowało 15 115 dzieci, w porównaniu do 71 999 zachorowań w 2005 r. oraz 135 179 zachorowań w 2004 r.

Utrzymujący się ciągły spadek liczby zachorowań na krztusiec oraz świnkę może być spowodowany wprowadzeniem do kalendarza szczepień ochronnych szczepień przypominających, ale może być również wynikiem cyklicznej zmienności liczby zachorowań na te choroby. Dokładna analiza trendu będzie jednak możliwa dopiero po zaszczepieniu szczepionkami MMR oraz DTPa kolejnych roczników dzieci podlegających obowiązkowym szczepieniom.

Występująca co kilka lat, powtarzająca się zmienność liczby zachorowań może być też przyczyną wzrostu zachorowań na różyczkę. Liczba zachorowań na różyczkę w roku 2006 wyniosła 20 668, w porównaniu z 7946 zachorowaniami w 2005 r. oraz 4857 w 2003 r. Zjawisko cyklicznej zmienności liczby zachorowań występuje nie tylko w przypadku świnki czy krztuśca, ale również dotyczy takich chorób jak ospa wietrzna.

2.4. Zachorowania na grypę sezonową

W części sezonu grypowego 2005/2006 w okresie od stycznia do marca 2006 r. łącznie zanotowano 152 426 przypadków zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę sezonową – dla porównania w analogicznym okresie 2005 roku zarejestrowano 602 973 przypadki. Szczyt zapadalności na grypę w sezonie 2005/2006 przypadł na koniec marca, a zapadalność w poszczególnych tygodniach w okresie szczytu zachorowań wynosiła 68/100 000 mieszkańców w ciągu 7 dni i była niższa niż w okresie szczytu zachorowań w sezonie 2004/2005, tj. na przełomie lutego i marca 2005 r., kiedy w ciągu 7 dni zapadalność wynosiła 282/100 000 mieszkańców.

2.5. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową

Od 2006 roku w Polsce notowane są przypadki zachorowań spowodowanych przez hiperinwazyjny szczep ST-11 *Neisseria meningitidis*. Szczep ten, cechujący się dużą zjadliwością oraz zdolnością do epidemicznego szerzenia się zakażeń, był w 2006 r.

czynnikiem etiologicznym dwóch ognisk epidemicznych. Stwierdzone ogniska dzięki podjętym działaniom zostały wygaszone. Pojawiają się natomiast i pojawiać się będą, podobnie jak w innych krajach, pojedyncze zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową. W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, z wielu grup serologicznych *Neisseria meningitidis*, najczęściej występują grupy serologiczne B i C. Do 2001 r. ponad 80 % zakażeń meningokokowych wywołanych było przez serotyp B. Sytuacja ta ulega jednak stopniowej zmianie – w latach 2001-2006 udział serotypu C wzrósł z 11,3 % do około 47 %. Podobny trend wzrostu odsetka zakażeń wywołanych przez serotyp C obserwowany jest także w innych krajach europejskich i w USA. Główny Inspektor Sanitarny na bieżąco monitoruje sytuację epidemiologiczną i gromadzi oraz analizuje dane o zachorowaniach na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce. Wszystkie wyizolowane szczepy meningokoków są weryfikowane w zakresie rozpoznania ich serotypu przez laboratorium Krajowego Ośrodka Referencyjnego Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego.

3. Występowanie drobnoustrojów alarmowych oraz kontrola zakażeń szpitalnych w Polsce w 2006 roku według danych z raportów rocznych, programu monitorowania OPTY-NEURON-ESAC oraz kontroli tematycznych w szpitalach

W wyniku konsekwentnie realizowanej od 2001 roku polityki państwa w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego zakładów opieki zdrowotnej, poprawia się skuteczność systemów kontroli zakażeń szpitalnych, zwiększa się poziom wiedzy i świadomości w tym zakresie zarówno personelu medycznego, jak i menedżerów szpitali. W 2006 roku wdrożono znowelizowane rozporządzenie dotyczące wymagań fachowych i sanitarnych wobec zakładów opieki zdrowotnej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r.), które poprawia warunki funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej w Polsce.

W roku 2006 uzyskano raporty roczne o zakażeniach szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych ze wszystkich szpitali w kraju, wzrosła również liczba zgłoszeń ognisk epidemicznych w szpitalach. Dzięki tym raportom uzyskano dane na temat aktualnej sytuacji epidemiologicznej w szpitalach, występowania drobnoustrojów alarmowych w różnych typach oddziałów oraz wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej. Utrzymuje się niekorzystne zjawisko niedoboru badań mikrobiologicznych oraz stopniowego wzrostu

częstości występowania wieloopornych drobnoustrojów, szczególnie w oddziałach intensywnej terapii, chirurgii, ortopedii i noworodkowych. Wśród zgłoszonych ognisk epidemicznych, ponad połowę stanowiły przypadki ostrych wirusowych zakażeń jelitowych wywołanych przez norowirusy. Występowanie drobnoustrojów alarmowych jest bardzo zróżnicowane pomiędzy różnymi szpitalami, największe zagrożenia są identyfikowane w szpitalach wykonujących procedury specjalistyczne, tj. w szpitalach specjalistycznych oraz ośrodkach klinicznych. W zakresie drobnoustrojów alarmowych, należy podkreślić trendy utrzymywania się na umiarkowanym poziomie oporności wśród gronkowców złocistych na antybiotyki betalaktamowe – MRSA (średnio około 15-20 % wszystkich gronkowców z gatunku *S. aureus*) oraz pałeczek *E.coli* i *K.pneumoniae* wytwarzających beta-laktamazy (odpowiednio około 5-8 % i 30-35 %), natomiast narasta częstość występowania pałeczek niefermentujących z gatunków *Acinetobacter* i *Pseudomonas* opornych na antybiotyki z grupy karbapenemów.

W ramach przeprowadzonych w 2006 r. kontroli tematycznych, doraźnie skontrolowano stan zespołów porodowych i oddziałów noworodkowych (423 szpitale) oraz stacji dializ (215 ośrodków) w całym kraju. Nie stwierdzono rażących uchybień wskazujących na konieczność zamknięcia placówek z powodu zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów, jednak część placówek nie spełnia warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*. Placówki te są objęte programami dostosowawczymi lub też aktualnie przygotowują takie programy. W większości placówek istnieją zespoły kontroli zakażeń zakładowych, ale ze względu na niedobór kadr specjalistycznych (epidemiolodzy szpitalni, pielęgniarki epidemiologiczne), skład i działanie tych zespołów mają często charakter bierny. W wielu placówkach stwierdzono niedostateczną realizację zasad racjonalnej polityki antybiotykowej w oddziałach, co może sprzyjać selekcji lekooporności i zwiększa koszty hospitalizacji. Jednocześnie stwierdzono zbyt małe wykorzystanie środków dezynfekcyjnych, w szczególności do rąk przez personel medyczny, co może ułatwiać transmisję drobnoustrojów między pacjentami oraz personelem medycznym.

W zakresie bakteryjnych zakażeń ośrodkowego układu nerwowego oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych (sepsa) w 2006 r. rozszerzono współpracę z Krajowym Ośrodkiem Referencyjnym ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) w Narodowym Instytucie Leków. W 2006 roku w KOROUN zgromadzono łącznie ponad 500 izolatów bakteryjnych wyhodowanych z płynu mózgowo-

rdzeniowego lub krwi. Wszystkie izolaty poddawane były reidentyfikacji, typowaniu serologicznemu oraz określano ich wrażliwość na leki. Najczęstszym drobnoustrojem, podobnie jak w latach poprzednich były meningokoki (371 izolatów) uzyskane z 80 laboratoriów na terenie całego kraju. Szczepy meningokokowe pochodzące z zakażeń prawie w równej liczbie należały do grupy serologicznej B (około 48 %) i C (około 47 %). Wśród izolatów meningokokowych z nosicielstwa najczęściej należało do grupy serologicznej B (40 %) i C (28 %). Pojedyncze szczepy należały do serogrupy W135 oraz Y. W 2006 r. opracowano we współpracy z ekspertami z KOROUN dwa ogniska epidemiczne inwazyjnej choroby meningokokowej w Jednostce Wojskowej w Skwierzynie (woj. lubuskie) oraz wśród nastolatków w Bytomiu. W obu przypadkach, na podstawie genetycznych badań wykonanych przez KOROUN stwierdzono wysoce zjadliwe szczepy *N. meningitidis* grupy C, ST-11/ET-37. Działania profilaktyczne prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną ze wsparciem KOROUN pozwoliły na wygaszenie obu ognisk. Zakażenia meningokokowe mogą mieć charakter epidemiczny, dlatego procedury terapeutyczne i przeciwepidemiczne powinny być wdrażane niezwłocznie, gdyż każde opóźnienie w rozpoczęciu leczenia stanowi bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta, a z kolei opóźnienie w podjęciu działania stwarza zagrożenie epidemiczne.

W porównaniu z poprzednimi latami znacznie spadła ilość szczepów *H. influenzae* nadesłanych do Ośrodka, co jest najprawdopodobniej efektem coraz szerzej stosowanych szczepień ochronnych przeciwko *H. influenzae* typu b. W porównaniu z poprzednimi latami znacznie wzrosła liczba materiałów klinicznych pobieranych od pacjentów i przysyłanych do Ośrodka w celu ustalenia czynnika etiologicznego metodami biologii molekularnej. Stosowanie techniki PCR w diagnostyce zakażeń ośrodkowego układu nerwowego i posocznicy pozwala na ustalenie czynnika etiologicznego. Wdrożenie niehodowlanych technik biologii molekularnej do rutynowej diagnostyki umożliwia identyfikację izolatów odpowiedzialnych za zakażenia oraz ustalanie ich pokrewieństwa, nawet po rozpoczętej antybiotykoterapii, a w skali kraju pozwala na rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie tych zakażeń. Ponadto techniki niewymagające hodowli, znacznie ograniczają czas oczekiwania na wynik badania ustalającego etiologię zakażenia. Jednak, aby móc z nich w pełni korzystać, na każdym etapie postępowania konieczna jest współpraca lekarzy, pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznej, mikrobiologów i Ośrodka Referencyjnego KOROUN.

4. Programy wykorzenia chorób zakaźnych w Polsce

Rząd Polski, podobnie jak rządy pozostałych państw świata, przyjął na 41 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1988 roku rezolucję o udziale w programie eradykacji poliomyelitis w świecie.

Główny Inspektor Sanitarny zlecił realizację programu Zakładom Epidemiologii oraz Wirusologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie. Ponadto Główny Inspektor Sanitarny powołał w dniu 27.04.1999 r. Krajowy Ośrodek ds. Diagnostyki Zakażeń Poliowirusami w Zakładzie Wirusologii PZH. Ośrodek ten uzyskał z dniem 20.08.1999 r. akredytację WHO upoważniającą do wykonywania badań wirusologicznych przewidzianych w programie. Akredytacja ta jest odnawiana corocznie.

Realizacja programu oparta jest na nadzorze nad wykonawstwem szczepień ochronnych, przeprowadzaniu przeglądu serologicznego w określonych grupach ryzyka w celu wykrycia osób wrażliwych na zakażenie wirusem polio i na wykrywaniu, zgłaszaniu, zbieraniu danych demograficznych, epidemiologicznych, klinicznych oraz wykonaniu badań wirusologicznych przypadków ostrych porażen wiotkich. Zebrane dane wysyłane są do Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze. Celem programu jest wykorzenienie poliomyelitis wywołanego „dzikimi wirusami” i zachorowań spowodowanych szczepami zawartymi w szczepionce doustnej (obecnie pojedyncze przypadki poszczepiennego poliomyelitis), a następnie całkowita eliminacja szczepów krążących w środowisku człowieka.

W krajach oficjalnie uznanych za wolne od poliomyelitis (Region Europejski, w tym Polska od 2002 roku) za podstawowe zadania w ramach programu uznaje się:

- utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci przeciwko poliomyelitis,
- coroczną dokumentację braku występowania zachorowań, której wskaźnikiem jest monitorowanie ostrych porażen wiotkich wśród dzieci do 15 roku życia, niezależnie od przyczyny choroby. Wszystkie takie zachorowania powinny być zgłaszane do Państwowej Inspekcji Sanitarnej i badane wirusologicznie w kierunku wirusa polio. W roku 2006 zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej 65 przypadków ostrych porażen wiotkich u dzieci w wieku 0-14 lat. Nie stwierdzono natomiast zachorowań na poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce).
- weryfikację wyników badań próbek kału na obecność enterowirusów w laboratorium referencyjnym w celu wykluczenia obecności w próbce wirusa polio (wirus polio również należy grupy enterowirusów).

Biorąc pod uwagę stosunkowo częste obecnie występowanie zawleceń wirusa polio do krajów, w których udało się uprzednio przerwać transmisję dzikich szczepów,

należy liczyć się z możliwością zawleczenia polio także do Polski. Pomimo, że wysoki poziom zaszczepienia populacji powinien zapobiec wybuchowi epidemii, w przypadku wystąpienia pojedynczego zachorowania na *poliomyelitis* niezwykle istotne będzie szybkie podjęcie działań przeciwepidemicznych. Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje wszelkie możliwe starania mające na celu poprawę współpracy z ośrodkami hospitalizującymi dzieci z ostrymi porażeniami wiotkimi i poprawienie zgłaszalności, zwłaszcza w województwach o niskiej wykrywalności tego schorzenia. Sytuacja ta ulega systematycznej poprawie, chociaż w dalszym ciągu jest daleka od oczekiwanej.

Rząd Polski, podobnie jak rządy wszystkich państw świata, przyjął w dniu 28 maja 2003 roku, na 57 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, rezolucję o udziale w programie eliminacji odry i różyczki wrodzonej oraz podjął zobowiązanie aktywnego włączenia się w realizację tego celu.

Na tej podstawie Główny Inspektor Sanitarny zlecił nadzór epidemiologiczny nad tymi chorobami Zakładowi Epidemiologii PZH. Zakład Wirusologii PZH wykonuje badania serologiczne w celu potwierdzenia rozpoznania zachorowań. Zakład ten został akredytowany przez WHO oraz Polskie Centrum Akredytacji w 2005 roku i również w tym zakresie akredytacja jest corocznie odnawiana.

Realizacja programu eliminacji odry oparta jest w szczególności na:

- nadzorze nad zachorowaniami i laboratoryjną weryfikacją podejrzeń o zachorowania na odrę, w tym różnicowanie pomiędzy przypadkami odry i różyczki,
- objęciu wymienionym różnicowaniem podejrzeń zakażeń zarówno wirusem odry, jak i wirusem różyczki – po znaczącym spadku zachorowań na różyczkę,
- podjęciu przygotowań do izolacji i weryfikacji szczepów wirusa odry z potwierdzonych zakażeń, w celu rozróżnienia rodzimych i importowanych szczepów. Prowadzenie tych badań jest niezbędne do przeprowadzania dowodu eliminacji odry w kraju i regionie.

Program zakłada zapewnienie wysokiego odsetka populacji zaszczepionej dwoma dawkami szczepionki przeciw odrze i różyczce, prowadzenie aktywnego nadzoru epidemiologicznego nad podejrzeniami zachorowań na odrę i różyczkę oraz prowadzenie badań laboratoryjnych w przypadkach wszystkich podejrzeń o zachorowanie. Ze względu na sytuację epidemiologiczną i objęcie przed 2004 rokiem powszechnymi szczepieniami ochronnymi przeciw różyczce tylko dziewczynek w 13 roku życia, Polska zobowiązana jest obecnie do nadzoru epidemiologicznego tylko nad podejrzeniami odry i monitorowaniem zespołu różyczki wrodzonej.

Wskutek utrzymywania na wysokim poziomie (powyżej 98 %) odsetka dzieci zaszczepionych przeciw odrze zapadalność na tę chorobę uległa zmniejszeniu z blisko 200 000 w 1973 roku (tj. przed wprowadzeniem w 1975 roku obowiązku szczepień przeciw odrze) do ok. 30-40 w latach 2002-2005, przy czym znaczną część stanowiły przypadki importowane. W roku 2006 odnotowano wzrost zachorowań na odrę – 120 przypadków. W analogicznym okresie podobne obserwacje miały miejsce również w innych krajach naszego kontynentu. Od 2002 roku Polska spełnia kryterium WHO dla uznania jej za kraj bliski eliminacji odry (zapadalność poniżej 1 na milion mieszkańców).

W opinii ekspertów droga do eradykacji różyczki jest jeszcze daleka. Choroba ta występuje w Polsce endemicznie. Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw różyczce z użyciem szczepionki trójwalentnej daje nadzieję na wykorzenienie różyczki w Polsce w przeciągu najbliższych 10 lat.

Najbliższym zadaniem jest poprawa zgłaszalności odry i różyczki oraz zwiększenie ilości badań serologicznych do celów nadzoru epidemiologicznego. Jest to szczególnie ważne w sytuacji wyeliminowania rodzimych zachorowań na odrę i ma na celu udokumentowanie braku zachorowań oraz śledzenie zachorowań zawleczonych z innych krajów lub kontynentów.

Konieczne działania obejmują także utrzymanie wysokiego odsetka dzieci zaszczepionych preparatem MMR oraz poprawę nadzoru nad podejrzeniami zachorowań na odrę. WHO oczekuje, że Polska rozpocznie też badania molekularne, dzięki którym będzie można śledzić krążące szczepy odry oraz wdrożyć badania laboratoryjne wszystkich przypadków różyczki.

Od rozpoczęcia przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia kroków zmierzających do eliminacji odry i różyczki wrodzonej Polska aktywnie uczestniczy we wszystkich działaniach. Zakład Epidemiologii PZH w 1996 r. opracował indywidualne raporty w kierunku diagnostyki podejrzeń odry, w latach 1996-2006 wielokrotnie szkolił pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie celów i zasad programu. Jest prowadzona, a następnie publikowana w corocznych opracowaniach PZH, dokładna analiza przesyłanych danych. Stosowne raporty zbiorcze przekazywane są do Biura Regionalnego WHO.

Wprowadzenie do Programu Szczepień Ochronnych trójwalentnej szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR) dla całej populacji dzieci i młodzieży przyczyniło się z jednej strony do wypełnienia rekomendacji WHO dotyczących powszechności szczepień przeciwko tym chorobom, a z drugiej wpłynęło na poziom

immunizacji tej populacji.

Aktualnie trwają także przygotowania do realizacji następujących zadań, które winny zostać wdrożone w najbliższym czasie:

- badania środowiska na obecność wirusów polio,
- badania w kierunku przeciwciał dla wirusa odry i różyczki wszystkich przypadków z podejrzeniem tych chorób,
- izolacji wirusa od chorych na odrę oraz określenia jego charakterystyki molekularnej w celu odróżnienia szczepów rodzimych od zawlekanym z innych krajów.

5. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce

Program Szczepień Ochronnych (PSO) wydawany jest corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego, zaś organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorują jego realizację.

W Programie Szczepień Ochronnych na rok 2006, zgodnie z zaleceniami zgłaszanymi przez ekspertów krajowych i Światową Organizację Zdrowia, wprowadzono zmiany dotyczące szczepienia przeciwko gruźlicy. Zrezygnowano z rewakcytacji przeciw gruźlicy, pozostawiając jedynie szczepienia przeciwko gruźlicy w pierwszej dobie życia. W związku z powyższą zmianą od 2006 roku nie są przeprowadzane badania alergii tuberkulinowej.

Od roku 2001 stwierdza się dobrą, aczkolwiek nie do końca stabilną, sytuację, wskazującą na nieznaczny wzrost zapadalności na gruźlicę wśród dzieci. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z danymi Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc weryfikacja rozpoznań w dwóch województwach, w których notowano najwięcej zachorowań wykazała, że ok. 40 % rozpoznań było błędnych (nadrozpoznawalność) – częstokroć opartych jedynie na podstawie stwierdzenia dodatniego odczynu tuberkulinowego. Wzrost ten notowany był w okresie, w którym obowiązkowe szczepienia przeciw gruźlicy w ramach PSO były, licząc od urodzenia do 12 roku życia, wykonywane 4-krotnie, co dodatkowo potwierdza wątpliwy wpływ stosowania licznych rewakcytacji BCG na liczbę zachorowań na gruźlicę wśród dzieci i młodzieży.

Biorąc powyższe pod uwagę, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Komisja Epidemiologii Chorób Zakaźnych, a także inni eksperci w tej dziedzinie wiedzy medycznej, od kilku lat postulowali ograniczenie rewakcytacji BCG i rezygnację z

wykonywania prób tuberkulinowych. Eksperci WHO w roku 1995 stwierdzili, że nie istnieją naukowe dowody na to, iż podanie przypominającej dawki szczepionki BCG powoduje u człowieka wzrost odporności ponad ten, jaki powstał w wyniku poprzedniego szczepienia, a więc brak jest dowodu wskazującego, że rewakcynacje powodują dodatkową ochronę przed zachorowaniem. Stwierdzają jednoznacznie, że brak jest korelacji pomiędzy liczbą dawek szczepionki, a poziomem uodpornienia organizmu na gruźlicę.

W projekcie PSO na 2007 rok wprowadzone będą powszechne szczepienia przeciw *Haemofilus influenzae* typu b (Hib) u dzieci w 1 i 2 roku życia. Szczepienia te wcześniej wykonywane były wyłącznie u dzieci z rodzin wielodzietnych i w domach dziecka, tj. w grupach największego ryzyka wystąpienia inwazyjnych zakażeń Hib.

W kolejnych latach rozważa się wprowadzenie szczepień z użyciem szczepionek poliwalentnych o wysokim stopniu skojarzenia. Taki sposób wykonywania szczepień ochronnych zapewniłby:

- uproszczenie Programu Szczepień Ochronnych przekazywanego do realizacji świadczeniodawcom w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- zmniejszenie liczby iniekcji wykonywanych u dzieci;
- ujednoczenie PSO z istniejącymi lub wdrażanymi obecnie przez inne państwa Unii Europejskiej programami szczepień obowiązkowych, co jest ważne z uwagi na częste migracje rodzin z dziećmi do innych krajów UE.

Wdrożenie stosowania nowoczesnych szczepionek o wysokim stopniu skojarzenia do szczepień obowiązkowych w Polsce wiąże się jednak z koniecznością istotnego zwiększenia wielkości środków budżetowych przeznaczonych na realizację Programu Szczepień Ochronnych.

Tabela 1 Wybrane dane epidemiologiczne dot. występowania chorób zakaźnych w Polsce (za 2006 rok dane nie zweryfikowane)

poz.	Jednostka chorobowa	2004	2005	2006
		zachorowania	zachorowania	zachorowania
1.	AIDS	163	157	171
2.	Dur brzuszny	2	3	4
3.	Dury rzekome A, B i C	3	3	1
4.	Salmonelozy - ogółem	15958	16007	13368
5.	Czerwonka bakteryjna	74	80	35
6.	Biegunki u dzieci do lat 2	16361	17284	21309
7.	Krztusiec	2955	1925	1525
8.	Tężec	25	15	22
9.	Odra	11	13	120
10.	Różyczka	4857	7946	20668
11.	Ospa wietrzna	147977	147751	141349
12.	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	135179	71999	15115
13.	Nagminne porażenie dziecięce - poszczepienne	1	-	-
14.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - wirusowe	906	1075	1897
15.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - meningokokowe	112	126	140
16.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - <i>Haemophilus influenzae</i>	77	56	39
17.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - inne bakteryjne	620	902	813
18.	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	3937	4875	4883
19.	w tym wzv typu A	95	54	109
20.	wzv typu B	1570	1724	1694
21.	wzv typu C	2157	2993	2950
22.	Świerzb	12102	11622	11103
23.	Włośnica	163	62	135
24.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	19872	20065	17264
25.	w tym - salmonelozy	15818	15621	13216
26.	- gronkowcowe	565	658	430
27.	- jadem kiełbasianym	53	28	50
28.	- <i>Clostridium perfringens</i>	1	4	5

I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych

29.	Borelioza (Choroba z Lyme)	3822	4406	6693
30.	Grypa - ogółem	336919	733234	36
31.	w tym grypa u dzieci (0-14 lat)	102908	bd	13
32.	wścieklizna	-	-	-
33.	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7556	7711	7521
34.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	13	13	11

II. Jakość wody przeznaczonej do spożycia¹

1. Wprowadzenie

Podstawę oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia w 2006 r. stanowiły wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2002 r. w sprawie wymagań dotyczących jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 203, poz. 1718).

Woda przeznaczona do zbiorowego zaopatrzenia ludności² jest uzyskiwana z dwóch rodzajów ujęć wody: podziemnej (gruntowej) oraz powierzchniowej. W 2006 r. ewidencją stacji sanitarno-epidemiologicznych było objęte 16 012 ujęć wody pitnej. Zdecydowaną większość z nich, ponad 98 %, stanowiły ujęcia wód podziemnych. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba ujęć praktycznie się nie zmieniła. Wodą z ujęć powierzchniowych są zasilane wodociągi komunalne największych polskich miast m.in.: Warszawy, Łodzi, Krakowa, Wrocławia i Szczecina.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są zobligowane również do kontroli urządzeń wodociągowych. W 2006 roku w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znalazło się 15 619 wodociągów, z czego zdecydowana większość – 82 % zlokalizowana była na terenach wiejskich. W porównaniu z rokiem 2005 r. ogólna liczba wodociągów uległa zmniejszeniu o około 10 %. Systematyczne zmniejszanie się liczby urządzeń dostarczających wodę obserwuje się w związku ze zmianami zachodzącymi w strukturze sieci wodociągowej. Małe wodociągi, o niewielkiej wydajności, przyłączane są do większych jednostek, lub wyłączane z eksploatacji z uwagi na złą jakość wody, czy też wysokie koszty eksploatacji. Nadal jednak około 65 % wszystkich wodociągów stanowiły obiekty o małej wydajności (mniejszej niż 100 m³/dobę), zlokalizowane głównie na terenach wiejskich (ponad 87 % wodociągów w tej klasie). Na uwagę zasługuje fakt, iż, w porównaniu z rokiem poprzednim, zwiększyła się z 6 do 7 liczba wodociągów o bardzo dużej wydajności (powyżej 100 000 m³/dobę). Zlokalizowane one były na terenach silnie zurbanizowanych w 5 województwach: łódzkim, małopolskim, mazowieckim, śląskim i wielkopolskim.

¹ Wodą przeznaczoną do spożycia, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 24 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* (Dz. U. Nr 115, poz. 1229 z późn. zm.), nazywamy wodę przeznaczoną do picia, gotowania, przygotowywania pożywienia lub do innych celów w gospodarstwach domowych oraz każdą wodę używaną do produkcji żywności, środków farmaceutycznych i kosmetyków, a także na potrzeby basenów kąpielowych i pływalni.

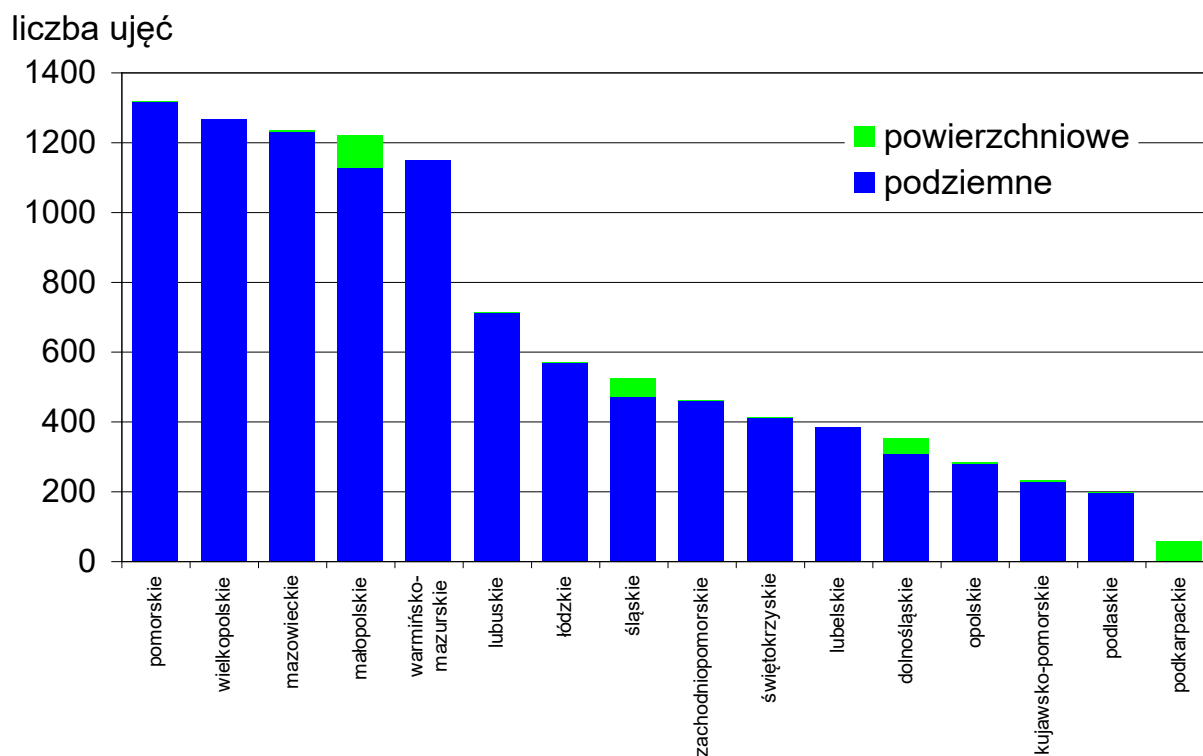
W porównaniu z rokiem poprzednim, zwiększyła się o ponad jedną piątą (3086 obiektów) liczba studni będących pod nadzorem stacji sanitarno-epidemiologicznych. Ponad 62 % z nich zlokalizowane było w miastach. Zdecydowaną większość (64 %) stanowiły studnie publiczne. Liczba tych obiektów w ciągu ostatnich dwóch lat praktycznie nie uległa zmianie. Odmienną sytuację zaobserwowano w przypadku pozostałych studni (innych niż publiczne). W 2006 roku odnotowano ponad dwukrotny wzrost liczby tych obiektów. Największa liczba studni, ponad 40 % spośród ogólnej liczby studni będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zlokalizowana była w województwie małopolskim, zaś najmniejsza, nie przekraczająca 1 %, w województwach lubelskim i podlaskim. Na obszarze województwa opolskiego nie odnotowano żadnej studni podlegającej obowiązkowemu nadzorowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

2. Charakterystyka ujęć

2.1 Charakterystyka ujęć

Na dwa rodzaje ujęć w Polsce, podziemnych i powierzchniowych, zdecydowaną większość stanowiły ujęcia podziemne – ponad 97 % spośród wszystkich ujęć. W 2006 roku stacje sanitarno-epidemiologiczne skontrolowały 10 360 ujęć wody pitnej – ponad 86 % powierzchniowych ujęć wody oraz 64 % ujęć podziemnych. Najwięcej ujęć – blisko połowę wszystkich ujęć w kraju – skontrolowano w województwach: pomorskim, wielkopolskim, mazowieckim i małopolskim. W porównaniu z rokiem ubiegłym, nieznacznie wzrósł odsetek skontrolowanych ujęć podziemnych, zaś odsetek skontrolowanych ujęć powierzchniowych nie zmienił się.

² ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. Nr 72, poz. 747 z późn. zm.)



Ryc. 2.1. Liczba skontrolowanych ujęć wody w poszczególnych województwach w 2006 r.

Ujęcia wody powierzchniowej znajdowały się na obszarze 13 województw. Tego rodzaju ujęcia nie są eksploatowane na terenie województw: lubelskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego. Najwięcej skontrolowanych powierzchniowych ujęć wody (ponad 92 % z ogólnej ich liczby) znajdowało się w województwach: małopolskim, podkarpackim, śląskim i dolnośląskim. W województwie podkarpackim eksploatowane są wyłącznie ujęcia wody powierzchniowej.

Największa liczba ujęć wody podziemnej znajdowała się w województwach: pomorskim, wielkopolskim i mazowieckim.

2.2 Jakość wody w ujęciach powierzchniowych

Oceny jakości wody w ujęciach powierzchniowych dokonano w obiektach znajdujących się na terenie 12 województw (wyniki badań wody z ujęć eksploatowanych na obszarze województwa mazowieckiego nie pozwoliły na dokonanie jednoznacznej oceny). Wodę spełniającą wymagania sanitarne posiadało około 84 % skontrolowanych obiektów. Wody o nieodpowiedniej jakości nie stwierdzono w żadnym z ujęć znajdujących się w 8 województwach: kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim. Stacje sanitarno-epidemiologiczne

zakwestionowały jakość wody pod względem sanitarnym na obszarze 4 województw (dolnośląskie, małopolskie, podkarpackie i śląskie), największy odsetek ujęć z taką oceną stwierdzono w województwie podkarpackim (29 %).

Wodę nie spełniającą wymogów mikrobiologicznych stwierdzono w 3 województwach: dolnośląskim, małopolskim i podkarpackim. Problem ten dotyczył 25 ujęć powierzchniowych, z których ponad 80 % zlokalizowane było na obszarze województwa podkarpackiego.

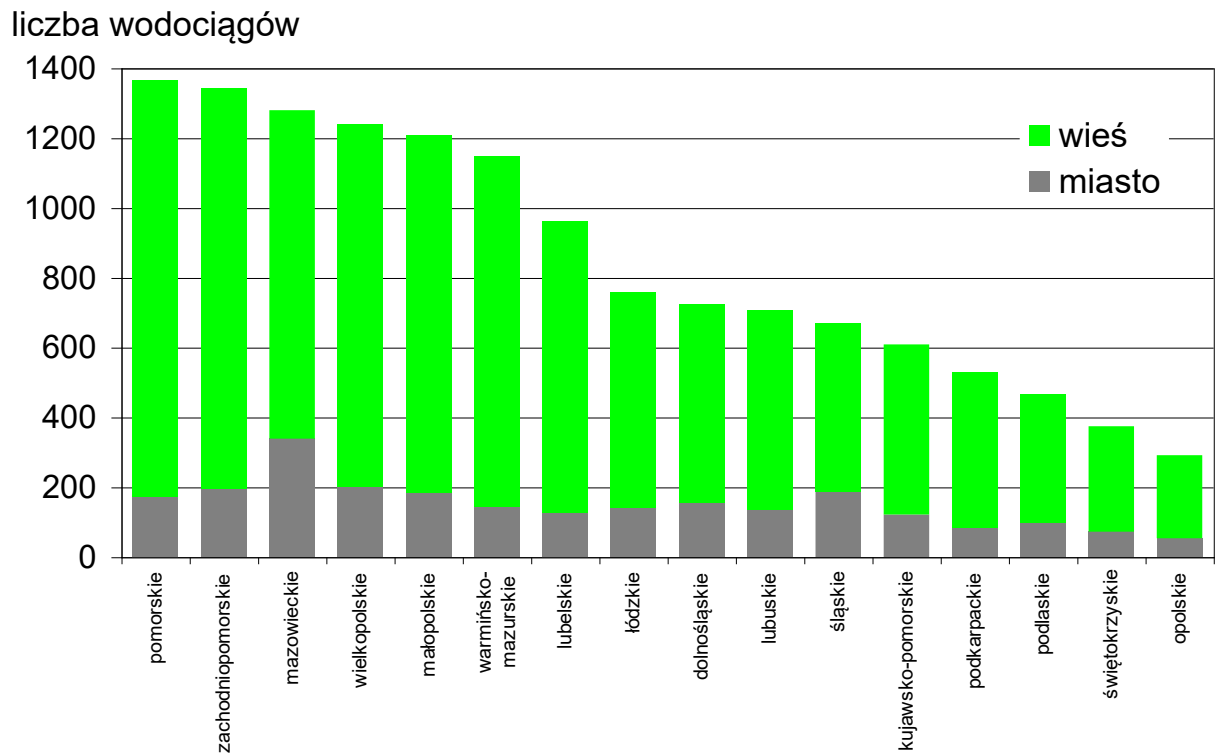
Ujęcia wody powierzchniowej nie spełniające wymagań jakości wody pod względem fizykochemicznym (87 % zakwestionowanych) odnotowano na obszarze 4 województw: dolnośląskiego, małopolskiego, podkarpackiego i śląskiego.

Należy zaznaczyć, że w województwach: dolnośląskim, małopolskim oraz podkarpackim woda w niektórych ujęciach była kwestionowana jako nieodpowiadająca wymaganiom zarówno pod względem fizykochemicznym, jak i mikrobiologicznym.

3. Wodociągi

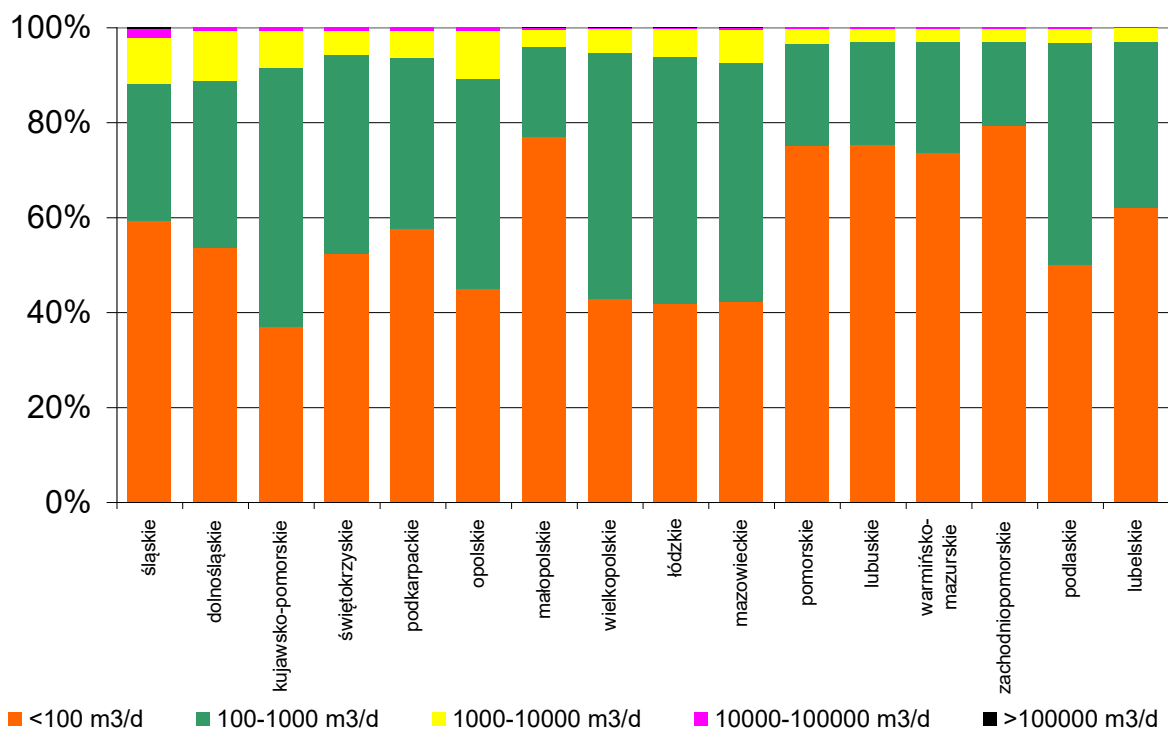
3.1. Charakterystyka sieci

Wodociągi są podstawowymi urządzeniami zaopatrzenia ludności miast i wsi w wodę przeznaczoną do spożycia. W 2006 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne skontrolowały 13 677 wodociągów (około 90 %), z których 2417 (około 18 %) znajdowało się w miastach. Taki stan rzeczy wynika głównie z rozproszonej zabudowy na terenach wiejskich. Największy odsetek wodociągów zlokalizowanych w miastach (liczony w stosunku do wszystkich wodociągów w województwie) odnotowano na terenie województw śląskiego i mazowieckiego, zaś najniższy pomorskiego i warmińsko-mazurskiego. Najwięcej wodociągów, około 40 % ogółu wodociągów znajdujących się w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zlokalizowane było w 4 województwach: pomorskim, zachodniopomorskim, mazowieckim i wielkopolskim, najmniej zaś w województwach opolskim i świętokrzyskim.



Ryc. 2.3. Liczba skontrolowanych wodociągów w poszczególnych województwach w 2006 r.

Pomimo prowadzonych systematycznych prac w zakresie rozbudowy, modernizacji i łączenia wodociągów, nadal odnotowuje się wyraźny stopień zróżnicowania sieci wodociągowej w poszczególnych województwach. W skali kraju największy odsetek wodociągów – około 95 % – stanowiły urządzenia o małej lub bardzo małej wydajności (poniżej 1000 m³/dobę). Odsetek ten wahał się w poszczególnych województwach od ok. 97 % w województwach: lubelskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, do ok. 88 % w województwach śląskim i dolnośląskim.



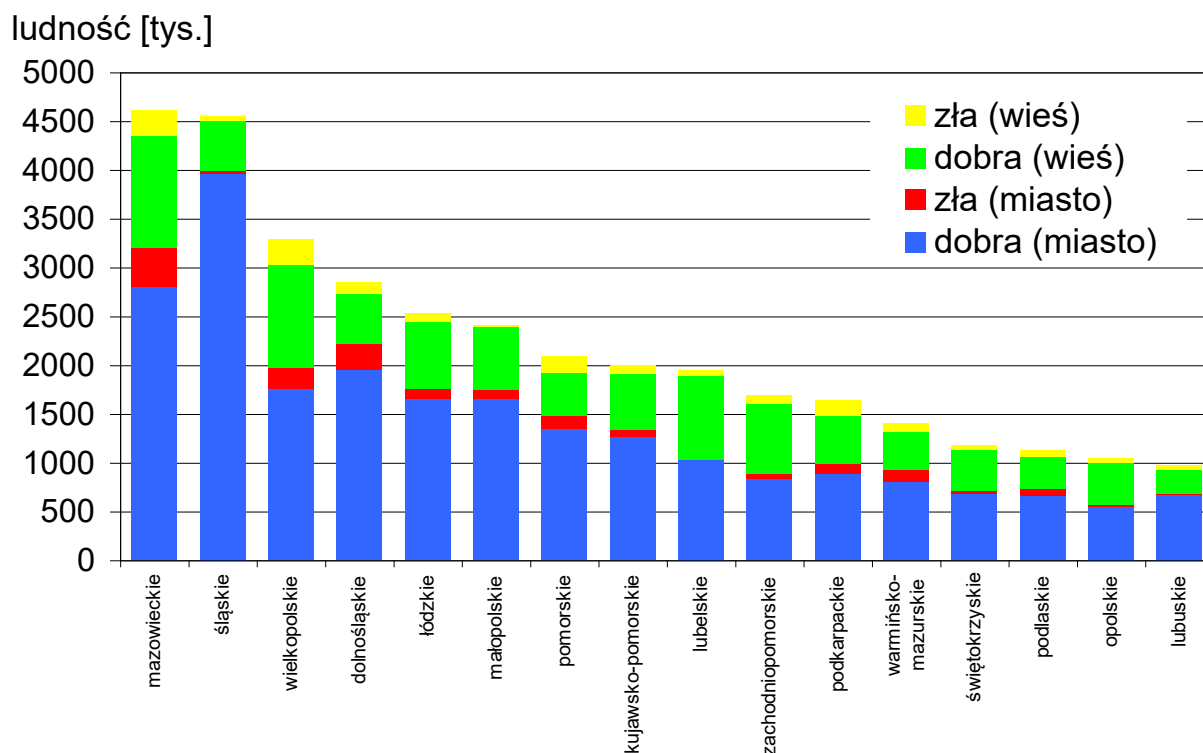
Ryc. 2.4. Procentowy udział skontrolowanych wodociągów w poszczególnych województwach w 2006 r. z uwzględnieniem podziału wg kryterium wydajności

Wodociągi o znacznej wydajności (powyżej 10 000 m³/dobę) stanowiły zaledwie 0,5 % wszystkich skontrolowanych wodociągów w kraju (77 urzędów). Najwięcej z nich (blisko jedna trzecia obiektów) znajdowało się na południu kraju w województwach śląskim i dolnośląskim.

W 2006 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne skontrolowały wszystkie wodociągi o wydajności powyżej 100 000 m³/dobę i ponad 99 % wodociągów o wydajności od 100 m³/dobę do 10 000 m³/dobę. Niewiele niższy odsetek skontrolowanych wodociągów uzyskano dla sieci o wydajności 10 000-100 000 m³/dobę (około 97 %). Najniższy odsetek (ok. 81 %) odnotowano w przypadku wodociągów o bardzo małej wydajności (poniżej 100 m³/dobę), co wynika m.in. z bardzo dużej ilości urzędów tego rodzaju.

3.2. Jakość wody w wodociągach

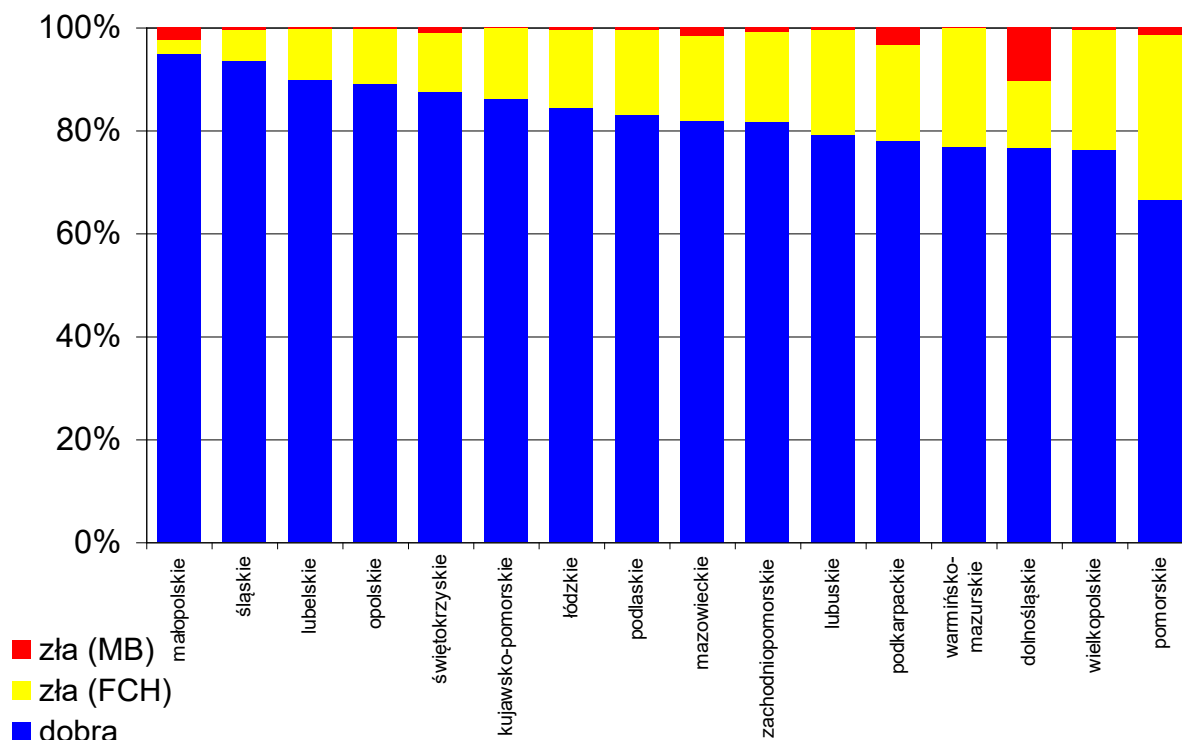
W 2006 roku wodociągi dostarczały wodę dla ponad 35 mln ludzi. Woda spełniająca wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dotyczących jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dostarczana była do ok. 91 % odbiorców (prawie 32 mln ludzi).



Ryc. 2.5. Liczba ludności w 2006 r. w poszczególnych województwach zaopatrywana w wodę wodociągową odpowiadającą bądź nie odpowiadającą wymaganiom sanitarnym, z uwzględnieniem podziału na obszar miast i wsi.

Wodociągi o wydajności 1000-10 000 m³/dobę zaopatrywały ok. 29 % ludności kraju (ponad 8 mln ludzi). W przypadku wodociągów o wydajności 100-1000 m³/dobę i 10 000-100 000 m³/dobę, udział ten wynosił odpowiednio 24 % i ok. 26 %. Łącznie wodociągi z ww. grup zaopatrywały w wodę o odpowiedniej jakości ponad 72 % ludności (ponad 25 mln ludzi). Najmniejszy udział w zaopatrzeniu ludności kraju w wodę właściwej jakości przeznaczoną do spożycia miały wodociągi o wydajności poniżej 100 m³/dobę; dostarczały one taką wodę do ponad 1,7 mln ludzi (ok. 5 % ludności)

Woda nie spełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczana była do 9 % ludności (ok. 3,3 mln ludzi), z czego połowę stanowili mieszkańcy wsi. W tym zakresie odnotowano nieznaczną (o ok. 2 %) poprawę w stosunku do roku poprzedniego. Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym odnotowano w województwach: podkarpackim, warmińsko-mazurskim, pomorskim, wielkopolskim i mazowieckim. Woda taka pochodziła najczęściej z niewielkich wodociągów o wydajności od 100 do 1000 m³/dobę.



Ryc. 2.6. Procentowy udział liczby wodociągów w poszczególnych województwach, odpowiadających i nie odpowiadających wymaganiom sanitarnym wody w 2006 r.

W 2006 r. wodę spełniającą wymagania sanitarne dostarczało około 81,7 % skontrolowanych wodociągów, w tym: w miastach ok. 85 % obiektów, a na wsi – 81 % obiektów. W porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano w tym zakresie niewielką poprawę, zarówno na terenach miejskich, jak i wiejskich. W poszczególnych województwach odsetek urzędzeń, które dostarczały wodę spełniającą wymagania wahał się od ok. 67 % w województwie pomorskim do ponad 90 % w województwach małopolskim i śląskim. Zdecydowana większość (92 %) urzędzeń wodociągowych dostarczających wodę o nieodpowiedniej jakości zlokalizowana była na obszarach wiejskich.

Jakość wody produkowanej przez wodociągi była najczęściej kwestionowana ze względu na odbiegający od wymagań skład fizykochemiczny, a w szczególności ponadnormatywną zawartość żelaza oraz manganu i związaną z tym podwyższoną mętność i barwę wody, co w większości przypadków nie przekładało się na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Często pojawiającym się parametrem dyskwalifikującym wodę był również odczyn i zapach.

W 2006 r. wodę zdyskwalifikowaną ze względu na jej skład bakteriologiczny dostarczało 205 wodociągów (168 na wsi i 37 w mieście), co stanowiło 1,5 % wszystkich

skontrolowanych wodociągów, w których woda nie spełniała wymagań określonych dla wody do spożycia. Najwyższy odsetek wodociągów dostarczających wodę o niewłaściwym składzie bakteriologicznym stwierdzono w województwach dolnośląskim (ponad 10 % wodociągów) i podkarpackim (ponad 3 %), zaś najniższy w warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim (odsetek tych wodociągów nie przekroczył 0,2 %).

Najczęstszą przyczyną dyskwalifikacji wody były ponadnormatywne stężenia takich parametrów jak: bakterie coli, *Escherichia coli*, paciorkowce kałowe i ogólna liczba bakterii w 37°C. Przyczyną wtórnego zanieczyszczenia bakteriologicznego wody w wodociągach były w wielu przypadkach coraz częstsze awarie sieci, remonty i modernizacje urządzeń do ujmowania, uzdatniania i rozprowadzania wody. Nasilające się awarie sieci wodociągowej wpływały także na pogorszenie cech organoleptycznych wody (wzrastała wówczas mętność, barwa i zapach).

Najwyższy odsetek wodociągów dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych odnotowano w województwach: pomorskim, wielkopolskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim (ponad 20 %), zaś najniższy w województwach: małopolskim, śląskim i lubelskim (odsetek nie przekroczył 10 %). Analogicznie jak w przypadku parametrów mikrobiologicznych, przeważająca większość urządzeń wodociągowych dostarczających wodę nie spełniającą wymagań fizykochemicznych (ponad 85 %) zlokalizowana była na obszarach wiejskich.

Podobnie jak w roku ubiegłym, najwięcej wodociągów dostarczających wodę nie spełniającą wymagań, zarówno ze względu na parametry mikrobiologiczne, jak i fizykochemiczne, stwierdzono w grupie wodociągów o bardzo małej wydajności, poniżej 100 m³/dobę. Udział urządzeń tej grupy w łącznej liczbie wodociągów dostarczających wodę nie spełniającą wymagań wyniósł odpowiednio: około 76 % w przypadku parametrów mikrobiologicznych i ponad 65 % w przypadku parametrów fizykochemicznych. Wynika to przede wszystkim z faktu, że wodociągi te zazwyczaj korzystają z płytkich ujęć i na ogół nie mają żadnych urządzeń do uzdatniania wody. W grupie wodociągów o dużej wydajności (powyżej 10 000 m³/dobę) jakość wody kwestionowana była w pojedynczych przypadkach.

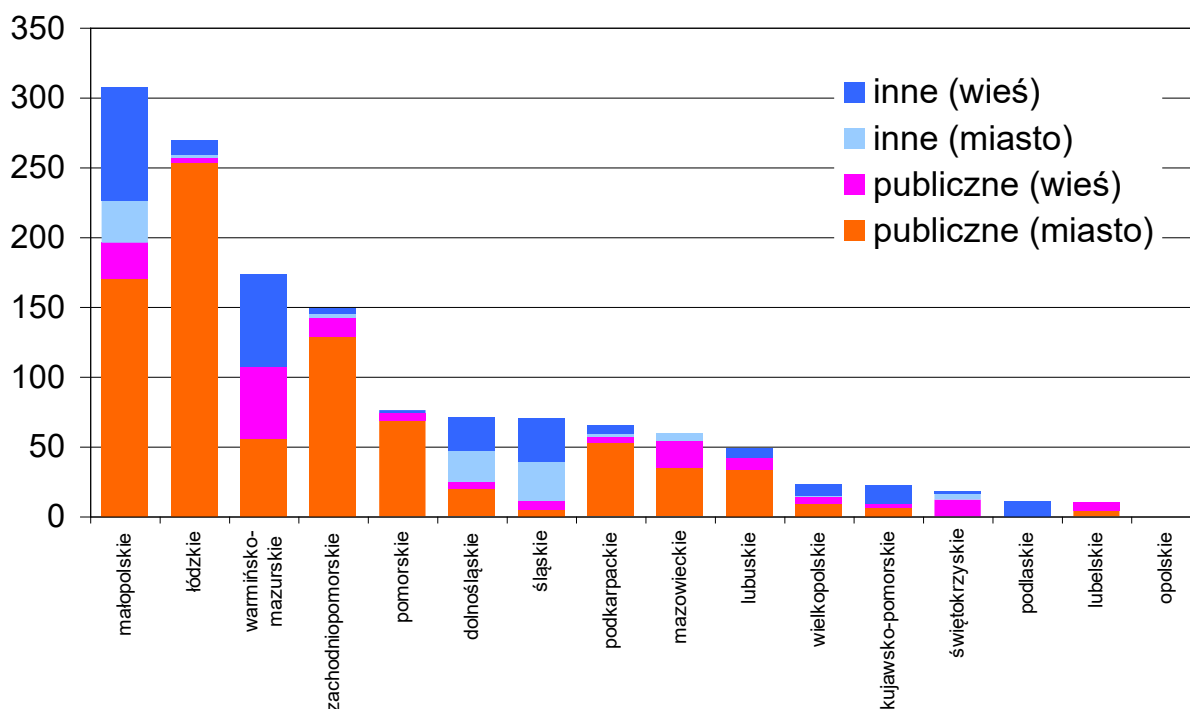
4. Studnie

4.1. Charakterystyka studni

W 2006 roku stacje sanitarno-epidemiologiczne skontrolowały ogółem 1372

studnie (ok. 45 % obiektów znajdujących się ewidencji). Ponad 68 % z nich zlokalizowanych było w miastach, najczęściej w województwach: łódzkim, małopolskim i zachodniopomorskim (łącznie ok. 53 % studni w kraju).

liczba studni



Ryc. 2.7. Liczba skontrolowanych studni w poszczególnych województwach w roku 2006

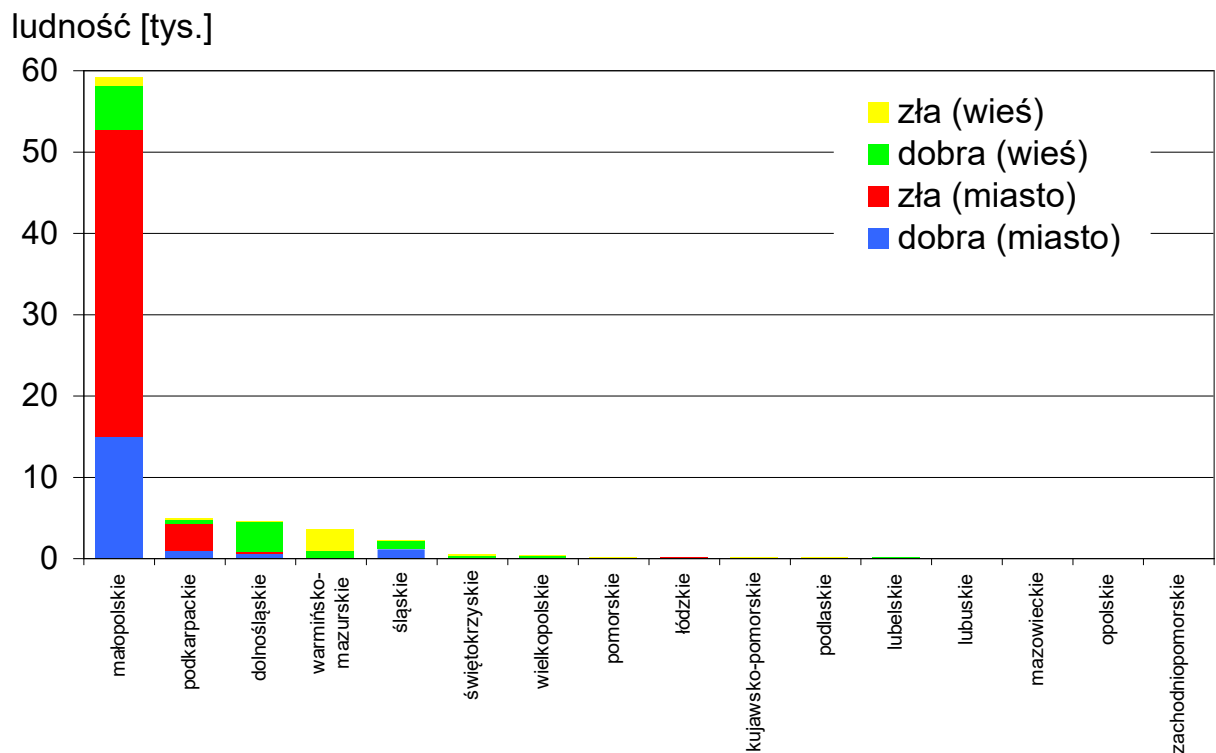
Spośród wszystkich skontrolowanych studni, ok. 74 % stanowiły studnie publiczne, które nie były eksploatowane w sposób ciągły i stanowiły często awaryjne źródło wody na terenach wyposażonych w sieć wodociagową. Najwięcej tego typu obiektów znajdowało się w województwach: łódzkim, małopolskim i zachodniopomorskim (łącznie ponad 43 % w skali kraju), zaś najmniej w kujawsko-pomorskim i lubelskim. W dwóch województwach: opolskim i podlaskim nie odnotowano żadnej studni publicznej. Zdecydowana większość studni publicznych (ponad 83 %) zlokalizowana była w miastach.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały także 362 studnie sklasyfikowane jako „inne”. Do tej grupy urządzeń zaliczane są takie obiekty jak: studnie zakładowe, studnie zaopatrujące w wodę gospodarstwa agroturystyczne, pola namiotowe, obozy letnie i urządzenia wypoczynku letniego, a ponadto studnie położone w pobliżu potencjalnych źródeł zanieczyszczenia wód podziemnych (stacji paliw, wysypisk i wylewisk nieczystości), obiekty w rejonach awarii. Najwięcej studni tego typu znajdowało się w województwach: małopolskim, warmińsko-mazurskim, śląskim i dolnośląskim

(łącznie ok. 78 % obiektów). W dwóch województwach – opolskim i lubelskim, nie odnotowano żadnej takiej studni.

4.2. Jakość wody w studniach

W 2006 roku ponad 75 tys. ludzi zaopatrywanych było w wodę pochodzącą ze studni (ponad 60 tys. ze studni publicznych i ok. 15 tys. ze studni sklasyfikowanych jako „inne”). Około 99 % ludności, która zaopatrywana była w wodę ze studni, zamieszkiwało teren 5 województw: małopolskiego, podkarpackiego, dolnośląskiego, warmińsko-mazurskiego i śląskiego (przy czym aż 59 tys. w województwie małopolskim). Studnie z terenu 2 województw: mazowieckiego i zachodniopomorskiego nie były użytkowane dla zaopatrzenia ludności w wodę do spożycia.

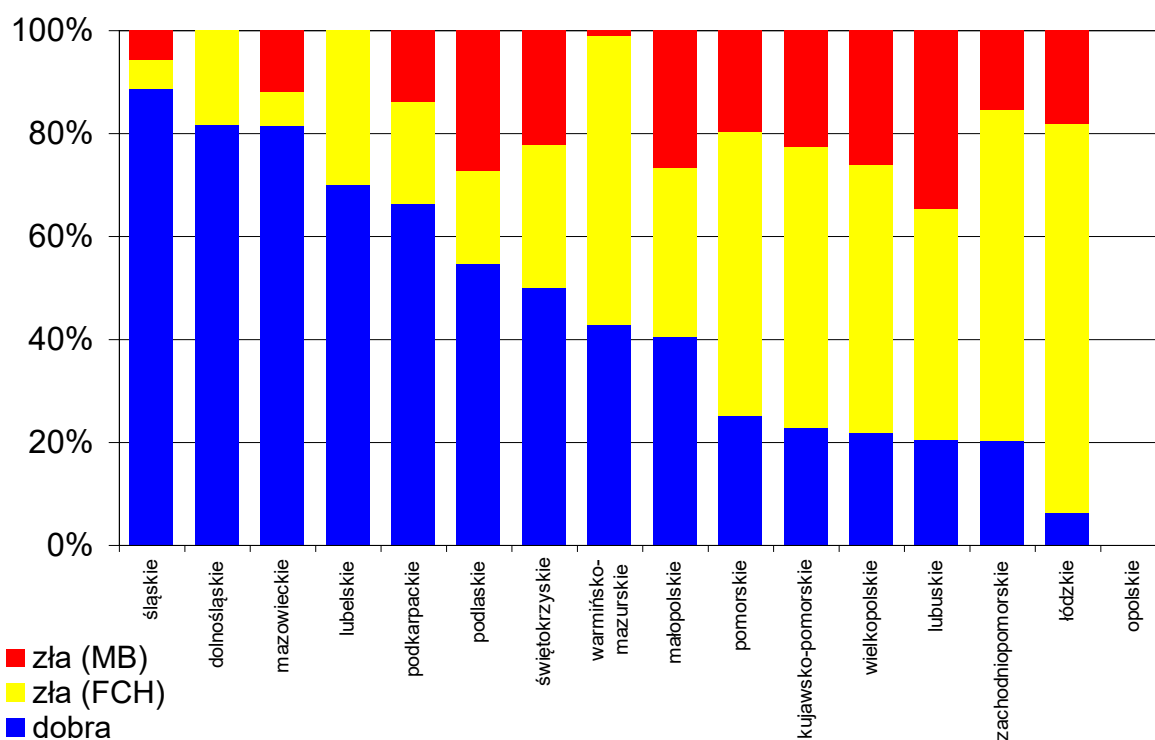


Ryc. 2.8. Liczba ludności w 2006 r. w poszczególnych województwach zaopatrywana w wodę odpowiadającą, bądź nie odpowiadającą wymaganiom sanitarnym, pochodzącą ze studni.

Około 61 % ludności korzystającej z wody ze studni (ponad 45 tys.) było zaopatrywane w wodę nie spełniającą wymagań, z czego ponad 90 % (ponad 41 tys.) stanowili mieszkańcy miast.

W 2006 roku wodę spełniającą wymagania sanitarne określone w przepisach prawa dostarczało blisko 38 % skontrolowanych obiektów, w tym około 27 % obiektów w

miastach i 61 % obiektów z obszarów wiejskich. W porównaniu z rokiem ubiegłym odsetek tych obiektów zwiększył się o kilka procent. Największy odsetek studni dostarczających wodę spełniającą wymagania odnotowano w województwach: śląskim, dolnośląskim i mazowieckim (ponad 80 % studni). Najgorzej sytuacja przedstawiała się w województwach: łódzkim, zachodniopomorskim i lubuskim (poniżej 20 % obiektów).



Ryc. 2.9. Procentowy udział ogólnej liczby studni w poszczególnych województwach, odpowiadających i nie odpowiadających wymaganiom sanitarnym wody, w 2006 r.

Ogółem około 17 % studni posiadało wodę nie spełniającą wymagań mikrobiologicznych. Najwyższy odsetek takich studni odnotowano w województwach: lubuskim, podlaskim, małopolskim i wielkopolskim. Większość studni dostarczających nieodpowiednią wodę pod względem mikrobiologicznym (ponad 80 %) zlokalizowana była w miastach (w województwach: łódzkim, pomorskim i zachodniopomorskim studnie takie znajdowały się wyłącznie w miastach). W 3 województwach: podlaskim, śląskim i warmińsko-mazurskim, wszystkie studnie dostarczające wodę nie spełniającą wymagań bakteriologicznych znajdowały się na obszarach wiejskich.

W przypadku studni coraz częściej o nieodpowiedniej jakości wody decydują jej parametry fizykochemiczne, takie jak: barwa, mętność, żelazo, mangan, związki azotu. Woda o niewłaściwym składzie fizykochemicznym pochodziła z około 46 % obiektów.

Największy odsetek ww. studni stwierdzono w województwach łódzkim i zachodniopomorskim (ponad 60 %), zaś najmniejszy w śląskim i mazowieckim (nie przekroczył 10 %). Większość urządzeń dostarczających wodę nie odpowiadającą wymaganiom pod względem fizykochemicznym znajdowała w miastach (około 81 %). Na obszarach wiejskich najwięcej studni dostarczających wodę o nieodpowiedniej jakości pod względem fizykochemicznym zlokalizowanych było w województwach podlaskim i śląskim (ponad 75 %).

Samorządy, które są właścicielami studni publicznych, przeznaczają coraz więcej studni na potrzeby ochrony przeciwpożarowej i inne, wiążące się z wykorzystaniem wody wyłącznie do celów gospodarczych (porządkowych i utrzymania czystości).

Podsumowanie

W 2006 roku pod nadzorem stacji sanitarno-epidemiologicznych znalazło się około 35 tys. obiektów związanych z dostarczaniem wody do spożycia przez ludzi. 46 % z tej liczby stanowiły ujęcia, 45 % wodociągi, a 9 % studnie (głównie publiczne). Kontroli poddano odpowiednio: 97 % ujęć, 90 % wodociągów i 45 % studni.

Woda przeznaczona do zbiorowego zaopatrzenia ludności jest w Polsce uzyskiwana z dwóch rodzajów ujęć wody: podziemnej (gruntowej) i powierzchniowej. W przypadku ujęć powierzchniowych blisko 84 % skontrolowanych obiektów spełniało wymagania sanitarne. Wodociągi zasilane z ujęć stanowiły podstawowe źródło zaopatrzenia ludności miast i wsi w wodę przeznaczoną do spożycia. Dlatego bardzo ważne jest utrzymanie w nich jak najlepszej jakości wody. Pomimo prowadzonych systematycznych prac w zakresie rozbudowy, modernizacji i łączenia wodociągów, nadal odnotowuje się wyraźny stopień zróżnicowania sieci wodociągowej w poszczególnych województwach. Największy odsetek – około 95 % – stanowiły wodociągi o małej lub bardzo małej wydajności (poniżej 1000 m³/dobę). Około jedna piąta urządzeń wodociągowych znajdowała się w miastach, co wynika głównie z rozproszonej zabudowy na terenach wiejskich. W 2006 r. wodę spełniającą wymagania sanitarne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2002 r. *w sprawie wymagań dotyczących jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz. U. Nr 203, poz. 1718) dostarczało 81,7 % skontrolowanych obiektów, w tym około 85 % obiektów w miastach i 81 % obiektów z terenów wiejskich. W porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano w tym zakresie niewielką poprawę, zarówno na terenach miejskich, jak i

wiejskich. W 2006 roku wodociągi dostarczały wodę do ponad 35 mln ludzi. Woda o dobrej jakości dostarczana była do około 91 % odbiorców (około 32 mln ludzi). Ponad 70 % ludności otrzymującej dobrą wodę mieszkało w miastach. Do ponad 3 mln odbiorców docierała woda nie spełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych. Jakość wody produkowanej przez wodociągi była najczęściej kwestionowana ze względu na odbiegający od wymagań skład fizykochemiczny, a w szczególności ponadnormatywną zawartość żelaza oraz manganu i związaną z tym podwyższoną mętność i barwę wody. Często pojawiającym się parametrem dyskwalifikującym wodę był również odczyn i zapach (szczególnie w przypadku towarzyszącego zanieczyszczenia mikrobiologicznego). Woda o niewłaściwym składzie bakteriologicznym była najczęściej stwierdzana w wodociągach małych.

Wodę spełniającą wymagania sanitarne określone w przepisach prawnych, dostarczało około 38 % skontrolowanych studni, w tym około 27 % w miastach i 61 % na obszarach wiejskich. W porównaniu z rokiem ubiegłym odsetek tych obiektów zwiększył się o kilka procent. Najwięcej studni dostarczających wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym, obserwowano w przypadku studni publicznych (89 %). Najczęściej o złym stanie wody decydowały jej parametry fizykochemiczne, takie jak: barwa, mętność, żelazo, mangan, związki azotu. Samorządy, które są właścicielami studni publicznych, przeznaczają je coraz częściej na potrzeby ochrony przeciwpożarowej i inne cele, wiążące się z wykorzystaniem wody wyłącznie do celów gospodarczych (porządkowych i utrzymania czystości), a nie do celów spożywczych. Studnie stanowiły źródło zaopatrzenia w wodę do spożycia dla niewielkiego odsetka ludności – ponad 75 tys. osób. Około 61 % ludności korzystającej z wody pochodzącej ze studni zaopatrywane było w wodę nie spełniającą wymagań jakości.

Tabela 2.1. Charakterystyka ujęć w poszczególnych województwach w latach 2005-2006.

Województwo	Rok	Liczba ujęć w ewidencji			Procent skontrolowanych		Procent ujęć powierzchniowych odpowiadających wymaganiom sanitarnym
		ogółem	podziemne	powierzchniowe	podziemne	powierzchniowe	
dolnośląskie	2005	883	809	74	42,4	60,8	47,3
	2006	858	784	74	39,3	58,1	41,9
kujawsko-pomorskie	2005	792	788	4	37,2	75,0	50,0
	2006	671	668	3	34,0	100,0	100,0
lubelskie	2005	1032	1032	0	32,7	-	-
	2006	988	988	0	38,6	-	-
lubuskie	2005	750	749	1	99,3	100,0	100,0
	2006	724	723	1	98,5	100,0	100,0
łódzkie	2005	857	856	1	59,5	100,0	100,0
	2006	809	808	1	70,4	100,0	100,0
małopolskie	2005	3083	2988	95	37,9	97,9	86,3
	2006	2316	2222	94	50,8	97,9	87,2
mazowieckie	2005	1408	1404	4	84,8	100,0	100,0
	2006	1377	1373	4	89,7	100,0	-
opolskie	2005	309	304	5	94,1	100,0	100,0
	2006	299	294	5	94,2	100,0	100,0
podkarpackie	2005	647	583	64	88,9	84,4	79,7
	2006	590	525	65	0,0	86,2	61,5
podlaskie	2005	495	494	1	42,7	100,0	100,0
	2006	484	483	1	40,6	100,0	100,0
pomorskie	2005	1625	1624	1	51,1	100,0	0,0
	2006	1417	1416	1	92,9	100,0	100,0
śląskie	2005	858	803	55	52,3	100,0	98,2
	2006	943	890	53	52,9	100,0	98,1
świętokrzyskie	2005	655	653	2	73,5	100,0	50,0
	2006	480	478	2	85,8	100,0	100,0
warmińsko-mazurskie	2005	1227	1227	0	99,5	-	-
	2006	1148	1148	0	100,0	-	-
wielkopolskie	2005	1423	1422	1	96,5	100,0	0,0
	2006	1356	1356	0	93,2	-	-
zachodniopomorskie	2005	1553	1551	2	30,4	100,0	50,0
	2006	1552	1550	2	29,5	100,0	100,0
łącznie	2005	17597	17287	310	59,9	86,5	76,8
	2006	16012	15706	306	64,3	86,3	72,2

Tabela 2.2. Charakterystyka urządzeń zaopatrujących ludność w wodę (wodociągi i studnie) w Polsce w latach 2005-2006.

Rodzaj urządzeń	Rok	Liczba urządzeń w ewidencji	Procent urządzeń skontrolowanych			Procent urządzeń odpowiadających wymaganiom sanitarnym	Liczba ludności zaopatrywanej w wodę			
			ogółem	miasto	wieś		odpowiadających wymaganiom sanitarnym	nie odpowiadających wymaganiom sanitarnym		
Wodociągi w przedziałach wydajności [m ³ /dobę]	<100	2005	11834	79,3	76,4	79,8	79,5	1 979 748	401 390	
		2006	10144	81,3	74,5	82,3	80,0	1 759 878	364 289	
	100-1000	2005	4677	99,6	99,0	99,8	82,6	7 444 813	1 451 867	
		2006	4719	99,2	97,8	99,5	83,7	7 716 164	1 354 567	
	1000-10000	2005	689	99,6	100,0	97,9	84,8	9 018 044	1 295 260	
		2006	684	99,6	99,6	99,3	87,5	9 409 470	976 255	
	10000-100000	2005	68	100,0	100,0	100,0	89,7	8 094 225	703 727	
		2006	65	96,9	98,4	66,7	92,1	8 202 716	540 951	
	>100000	2005	6	100,0	100,0	brak	100,0	5 007 392	0000	
		2006	7	100,0	100,0	brak	85,7	4 902 669	80 000	
	Razem	2005	17274	85,7	87,4	85,4	80,8	31 544 222	3 852 244	
		2006	15619	87,6	87,2	87,6	81,7	31 990 897	3 316 062	
	Studnie	publiczne	2005	1999	53,5	52,5	59,1	21,6	16 574	41 486
			2006	1977	51,1	49,8	58,5	24,9	16 983	43 781
inne		2005	537	63,3	55,7	66,0	55,3	65 086	1417	
		2006	1109	32,6	41,8	30,2	73,2	12 719	1855	
Razem		2005	2536	55,6	52,8	63,0	29,7	81 660	42 903	
		2006	3086	44,5	48,9	37,2	37,6	29 702	45 636	

Tabela 2.3. Charakterystyka urządzeń wodociągowych w województwach w latach 2005-2006.

Województwo	Rok	Liczba wodociągów w ewidencji	Procent wodociągów		Ludność zaopatrywana w wodę	
			skontrolowanych	odpowiadających wymaganiom sanitarnym	Liczba	Procent zaopatrywany w wodę odpowiadającą wymaganiom sanitarnym
dolnośląskie	2005	874	87,9	75,8	2862690	85,6
	2006	818	88,6	76,7	2846970	86,7
kujawsko-pomorskie	2005	742	97,8	84,2	2001891	92,6
	2006	625	97,4	86,2	1994525	92,1
lubelskie	2005	1018	98,9	89,6	1912637	95,8
	2006	966	99,6	89,9	1944793	96,5
lubuskie	2005	745	99,3	79,6	967466	92,0
	2006	719	98,5	79,1	968823	93,8
łódzkie	2005	801	98,1	87,3	2506946	92,3
	2006	759	99,7	84,4	2531092	92,9
małopolskie	2005	3069	43,5	94,4	2459690	94,9
	2006	2257	53,6	94,9	2404650	96,0
mazowieckie	2005	1373	95,6	80,0	4482377	87,3
	2006	1327	96,5	80,6	4607700	85,9
opolskie	2005	307	99,7	83,0	1047090	87,2
	2006	295	99,0	89,0	1047930	92,8
podkarpackie	2005	639	90,1	81,6	1666536	85,1
	2006	589	89,8	78,1	1639539	84,4
podlaskie	2005	485	100,0	84,7	1112413	88,2
	2006	472	98,5	83,0	1126136	87,2
pomorskie	2005	1444	97,4	67,9	2040087	76,7
	2006	1376	99,2	66,5	2093380	85,4
śląskie	2005	1007	83,5	93,5	4779166	98,1
	2006	966	69,4	93,4	4544249	98,4
świętokrzyskie	2005	609	73,9	83,8	1169180	94,9
	2006	441	85,0	87,5	1179570	93,9
warmińsko-mazurskie	2005	1227	99,5	73,2	1405790	78,0
	2006	1148	100,0	76,9	1406476	85,3
wielkopolskie	2005	1393	97,1	70,1	3297443	82,9
	2006	1321	93,9	76,2	3285901	85,7
zachodniopomorskie	2005	1541	97,1	79,2	1685064	86,4
	2006	1540	87,2	81,6	1685225	92,5

Tabela 2.4. Charakterystyka studni w województwach w latach 2005-2006.

Województwo	Rok	Liczba studni w ewidencji	Procent studni		Ludność zaopatrywana w wodę	
			skontrolowanych	odpowiadających wymaganiom sanitarnym	Liczba	Procent zaopatrywany w wodę odpowiadającą wymaganiom sanitarnym
dolnośląskie	2005	183	44,3	61,7	4295	88,3
	2006	262	27,1	81,7	4545	92,0
kujawsko-pomorskie	2005	70	57,1	40,0	0094	59,6
	2006	62	35,5	22,7	0076	39,5
lubelskie	2005	19	100,0	52,6	0260	100,0
	2006	11	90,9	70,0	0020	100,0
lubuskie	2005	63	96,8	16,4	0	-
	2006	51	96,1	20,4	0006	0,0
łódzkie	2005	336	93,2	5,1	0650	3,1
	2006	301	89,4	6,3	0086	69,8
małopolskie	2005	611	37,5	39,3	49530	28,6
	2006	1284	23,9	40,4	59060	34,4
mazowieckie	2005	72	91,7	78,8	0071	91,5
	2006	65	90,8	79,7	0	-
opolskie	2005	brak studni				
	2006	brak studni				
podkarpackie	2005	317	20,8	12,1	3531	23,3
	2006	323	20,1	66,2	4864	30,0
podlaskie	2005	34	97,1	42,4	0824	46,8
	2006	12	91,7	54,5	0034	0,0
pomorskie	2005	100	67,0	28,4	0051	56,9
	2006	91	83,5	25,0	0106	23,6
śląskie	2005	131	29,0	55,3	60257	99,8
	2006	75	93,3	88,6	2196	97,3
świętokrzyskie	2005	30	90,0	40,7	1050	57,1
	2006	23	78,3	50,0	0440	68,2
warmińsko-mazurskie	2005	218	90,8	33,8	3450	27,8
	2006	192	90,1	42,8	3595	26,7
wielkopolskie	2005	75	30,7	17,4	0500	80,0
	2006	74	31,1	21,7	0310	64,5
zachodniopomorskie	2005	277	53,8	20,8	0	-
	2006	260	57,3	20,1	0	-

III. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego

1. Informacje wstępne

Ocena została opracowana na podstawie zbiorów danych przekazanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne do Państwowego Zakładu Higieny. W 2006 r., stacje sanitarno-epidemiologiczne prowadziły pomiary imisji zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego z 2005 r. Sieć monitoringu stężenia pyłu, dwutlenku siarki i dwutlenku azotu obejmowała 224 gminy (ponad 200 miast oraz większość uzdrowisk). Stężenie innych zanieczyszczeń mierzono w miejscowościach, w których istniały źródła emisji mogące powodować występowanie stężeń w powietrzu przekraczających wartości dopuszczalne (ryc. 3.1).

Zgromadzone dane zostały zweryfikowane i opracowane w oparciu o dopuszczalne wartości stężeń określone w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 6 czerwca 2002 r. *w sprawie dopuszczalnych poziomów niektórych substancji w powietrzu, alarmowych poziomów niektórych substancji w powietrzu oraz marginesów tolerancji dla dopuszczalnych poziomów niektórych substancji* (Dz. U. Nr 87, poz. 798).

Wyniki stężeń substancji nieuwzględnionych w ww. rozporządzeniu porównano z wartościami stężeń zamieszczonymi w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 5 grudnia 2002 r. *w sprawie wartości odniesienia dla niektórych substancji w powietrzu* (Dz. U. z 2003 r. Nr 1, poz. 12).

Z wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych przesłano do PZH dane z 1326 serii rocznych zawierających w sumie 211 001 wyników pomiarów stężeń zanieczyszczeń. W rezultacie przeprowadzonej weryfikacji ze zbioru krajowego usunięto serie zawierające zbyt małą liczbę pomiarów jednostkowych. Do opracowania oceny wstępnej wykorzystano dane z 1316 serii zawierających w sumie 210 634 wyniki pomiarów jednostkowych.



Ryc. 3.1. Gminy objęte monitoringiem jakości powietrza Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2006 r.

2. Ogólna ocena poziomu zanieczyszczenia powietrza

2.1. Pył zawieszony ogółem

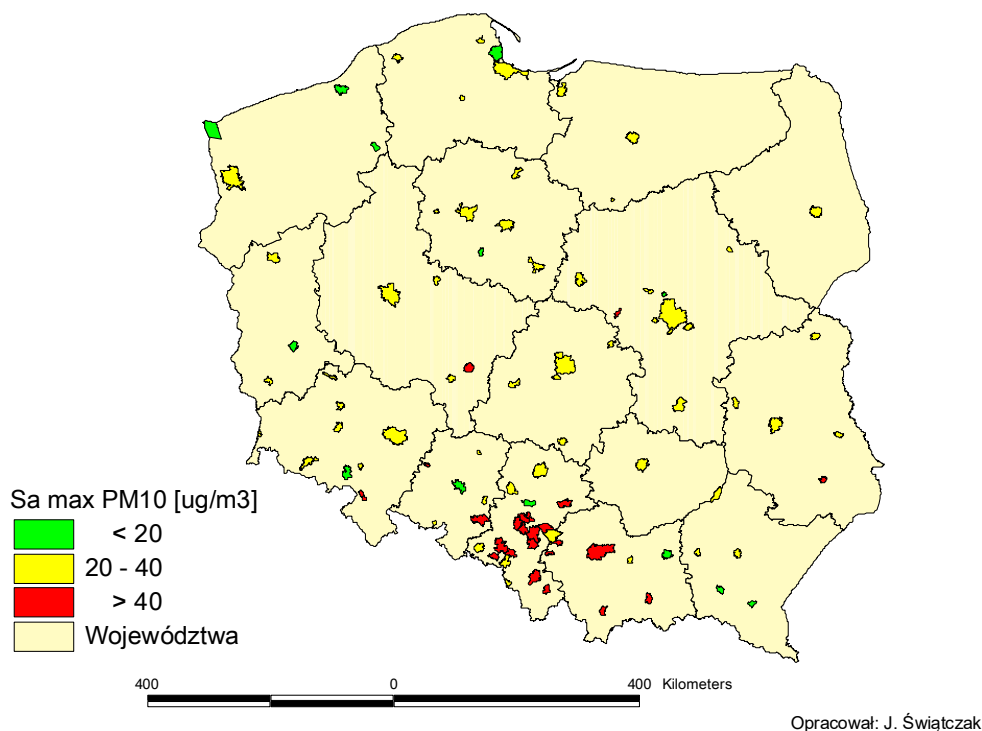
Pyły zawarte w powietrzu oddziałują na organizm ludzki przez układ oddechowy, a stopień ich szkodliwości związany jest ściśle ze średnicą ziaren. Za najbardziej szkodliwe uznawane są takie pyły, które mogą przedostawać się do pęcherzyków płucnych. Za granicę szkodliwości przyjęto pył o wymiarach ziaren poniżej 10 μm . W ostatnich latach coraz większą wagę przywiązuje się do pomiarów stężenia frakcji pyłu o wymiarach ziaren poniżej 2,5 μm . Stopień niebezpieczeństwa, jaki powoduje narażenie na poszczególne pyły, zależy również od ich składu chemicznego i mineralogicznego. W krajach Unii Europejskiej odchodzi się od pomiarów stężenia pyłu ogółem, czyli pyłu bez separacji frakcji drobnych cząstek. W Polsce pomiary stężenia pyłu ogółem są wykonywane głównie na terenie województwa śląskiego, równoległe z pomiarami stężenia pyłu PM10, przy użyciu tych samych poborników prób oraz na terenie Ciechocinka. Z uwagi na brak dopuszczalnych wartości dla stężenia pyłu ogółem nie przeprowadzono szczegółowej oceny poziomu zanieczyszczenia powietrza tym rodzajem pyłów. Najwyższą wartość

stężenia średniorocznego zanotowano w 2006 r. na terenie Rybnika ($83,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

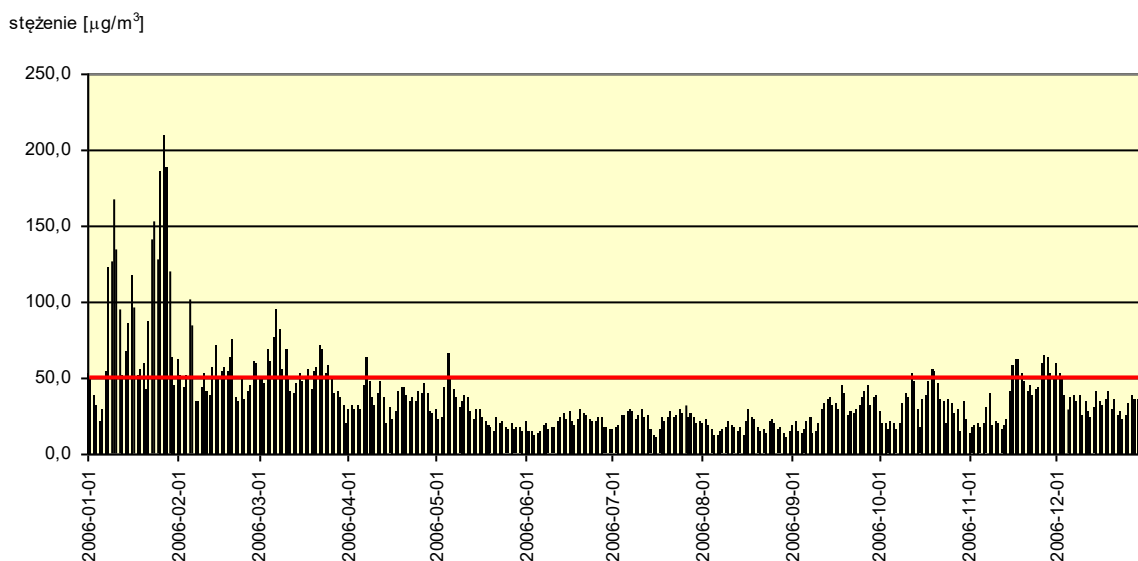
2.2. Pył zawieszony PM10

Ta frakcja pyłu zawieszonego jest obecnie podstawowym wskaźnikiem zanieczyszczenia powietrza pyłami na obszarze Unii Europejskiej. Wartości dopuszczalne ustanowione w Polsce są zgodne z dyrektywami unijnymi. Przy ocenie zdrowotnej jakości powietrza kierowano się docelowymi wartościami dopuszczalnymi: $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ dla średniego rocznego stężenia oraz $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ dla stężenia 24-godzinne z możliwością przekraczania tej wartości 35 dni w ciągu roku.

Pomiary stężenia 24h pyłu PM10 wykonywano na 108 stanowiskach, na terenie 16 województw. Liczba wyników wyniosła ogółem 29 332; liczba wyników przekraczających wartość $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ – 5805 (19,8 %); oznacza to, że na monitorowanych obszarach średnio w ciągu roku przez 72 dni stężenie przekraczało wartość dopuszczalną. Zmierzona wartość maksymalna $560 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wystąpiła w Nowym Targu w dniu 26.01.2006 r.



Ryc. 3.2. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia pyłu PM10 w gminach, w 2006 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$



Ryc. 3.3. Przebieg roczny stężenia pyłu PM10 w 2006 r. - wartości średnie dla stanowisk czynnych w danym dniu

Średnie roczne stężenie wahało się od $17,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Świnoujściu do $90,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Nowej Rudzie. Na 40 stanowiskach stężenie przekraczało wartość $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

W styczniu 2006 r. wystąpiły niekorzystne z punktu widzenia emisji i imisji zanieczyszczeń warunki meteorologiczne (stacjonarny wyż baryczny z niską temperaturą powietrza i prędkością wiatru), które doprowadziły do występowania wysokich wartości stężenia podstawowych zanieczyszczeń powietrza. Szczególnie niekorzystną sytuację aerosanitarną zanotowano w Polsce w okresie od 23 do 29 stycznia. 24-godzinne stężenie pyłu PM10 przekroczyło wartość $500 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Oświęcimiu, Nowym Targu i Wodzisławiu Śląskim, zaś wartość $400 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Nowej Rudzie, Piekarach Śląskich, Kaliszu, Krakowie, Gnieźnie, Poznaniu i Kościerzynie.

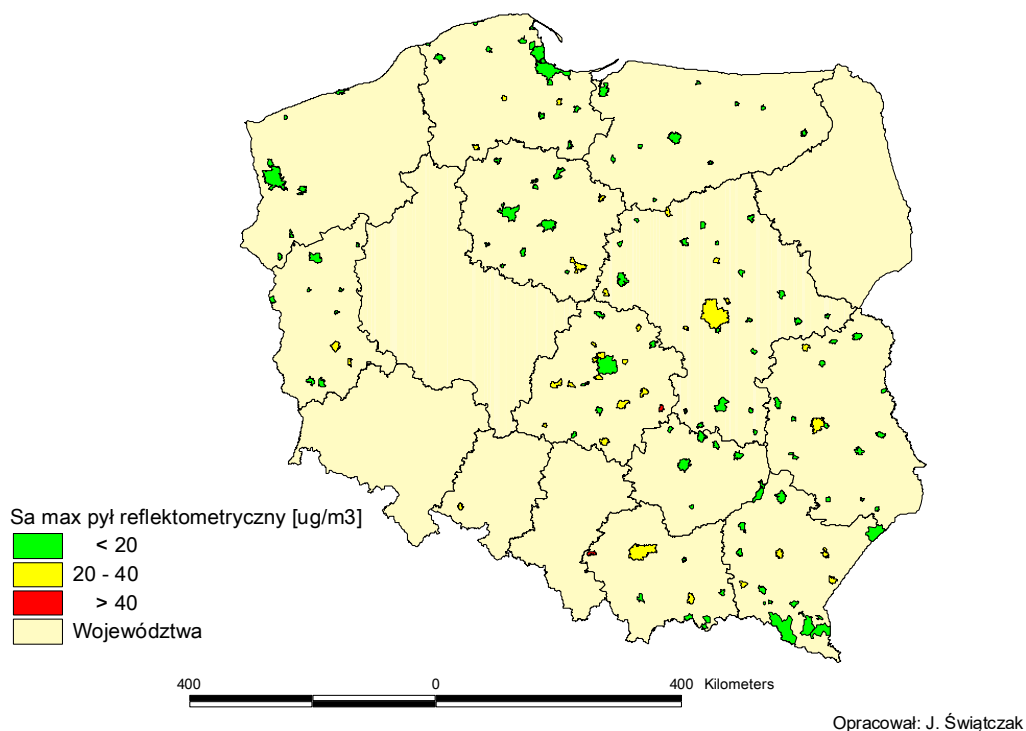
2.3. Pył zawieszony PM2.5

Pomiary stężenia 24-godzinnego wykonywano na 2 stanowiskach (w Warszawie i Łodzi). Wykonano 354 pomiary jednostkowe. Wartości średniego rocznego stężenia w Warszawie ($38,8 \mu\text{g}/\text{m}^3$) i w Łodzi ($24,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$) przekroczyły proponowaną przez ekspertów UE wartość dopuszczalną $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$. W omawianym okresie smogowym zanotowano w Warszawie maksymalne stężenie 24-godzinne $183 \mu\text{g}/\text{m}^3$, w Łodzi $106 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

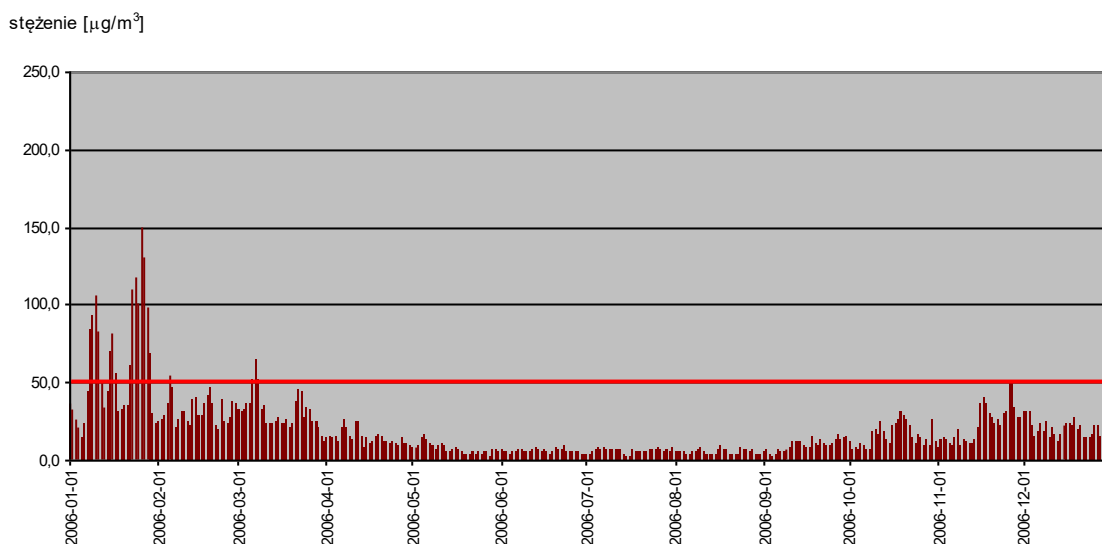
2.4. Pył zawieszony – pomiary reflektometryczne

Oceny za 2006 rok dokonano na podstawie 46 056 danych z 191 stanowisk pomiarowych zlokalizowanych na terenie 12 województw. Zakres sieci pomiarowej stężenia pyłu R został ograniczony głównie ze względu na rozwój sieci pomiarów stężenia pyłu PM10.

Stężenie średnie roczne wahało się od $3,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Malbork) do $54,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Oświęcim). Na 3 stanowiskach pomiarowych zlokalizowanych w 2 województwach stwierdzono przekroczenia wartości $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Łódź, Opoczno, Oświęcim). Najwyższą wartość stężenia 24-godzinnego zanotowano w Oświęcimiu, w dniu 27 stycznia ($699 \mu\text{g}/\text{m}^3$). W omawianym okresie smogowym wartość $500 \mu\text{g}/\text{m}^3$ została przekroczona w Krakowie, wartość $400 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Tczewie, $300 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Opocznie, Zgierzu, Zduńskiej Woli, Piotrkowie Tryb., Sieradzu, Tomaszowie Maz., Wołominie i Białej Podlaskiej.



Ryc. 3.5. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia pyłu R w gminach, w 2006 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

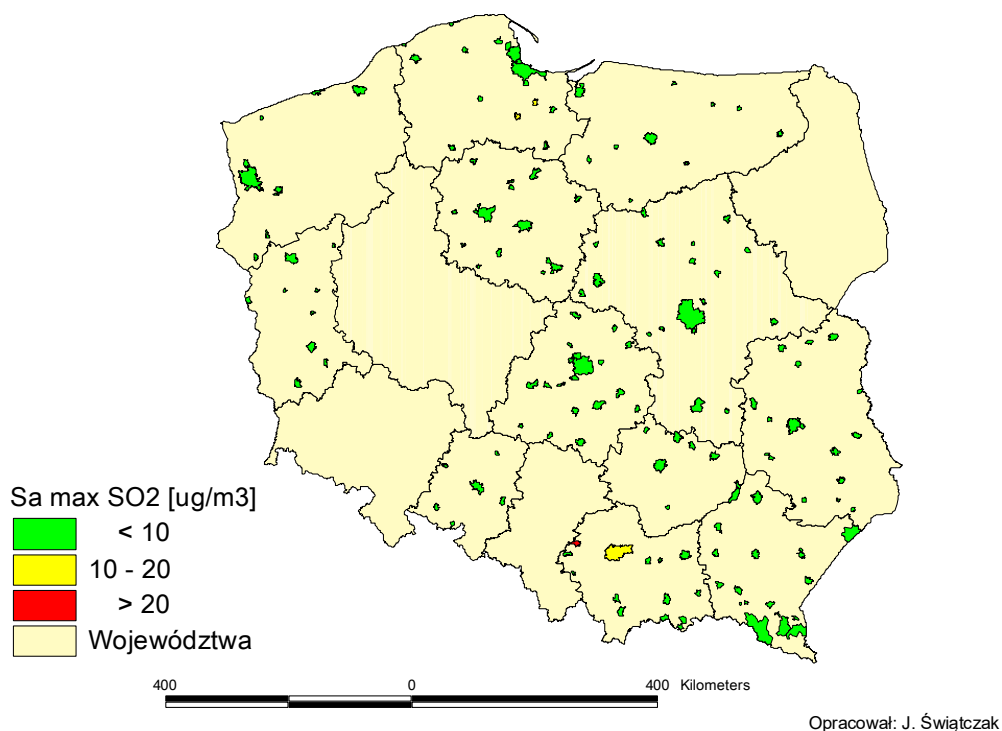


Ryc. 3.6. Przebieg roczny stężenia pyłu R w 2006 r. - wartości średnie dla stanowisk czynnych w danym dniu

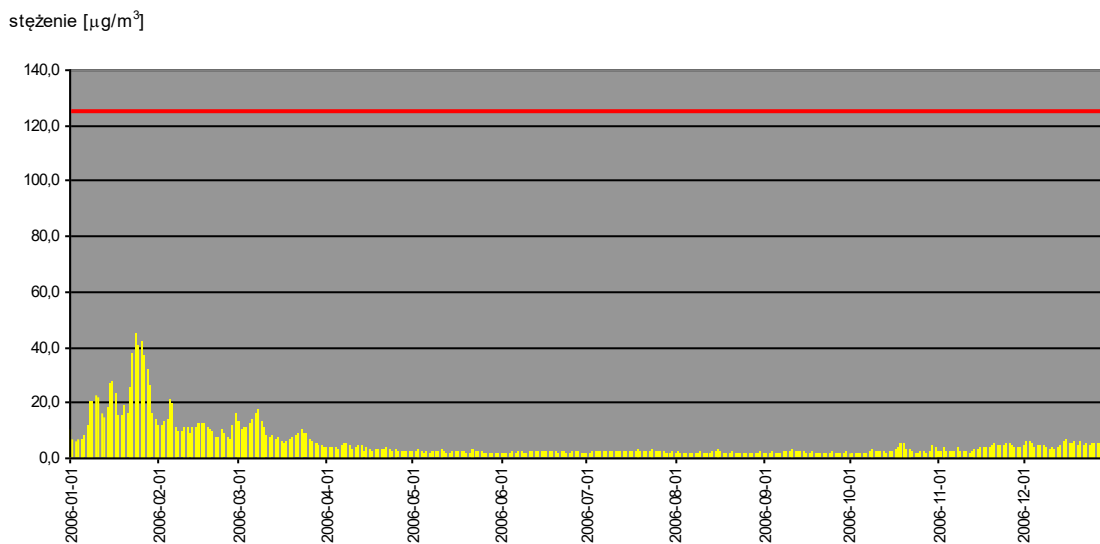
2.5. Dwutlenek siarki

Oceny za 2006 rok dokonano na podstawie 46 526 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego z 201 stanowisk pomiarowych zlokalizowanych na terenie 12 województw.

Wartości średniego rocznego stężenia wahały się od $0,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Szczytno) do $36,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Chrzanów). Stężenie średnie roczne powyżej $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano również w Krakowie. Najwyższą wartość stężenia 24-godzinnego zanotowano w Chrzanowie, w dniu 27 stycznia ($369 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Przekroczenie wartości dopuszczalnej $125 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano także w Krakowie, Tczewie, Stargardzie Gdańskim, Kościerzynie, Bochni i Pabianicach.



Ryc. 3.7. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia dwutlenku siarki w gminach, w 2006 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

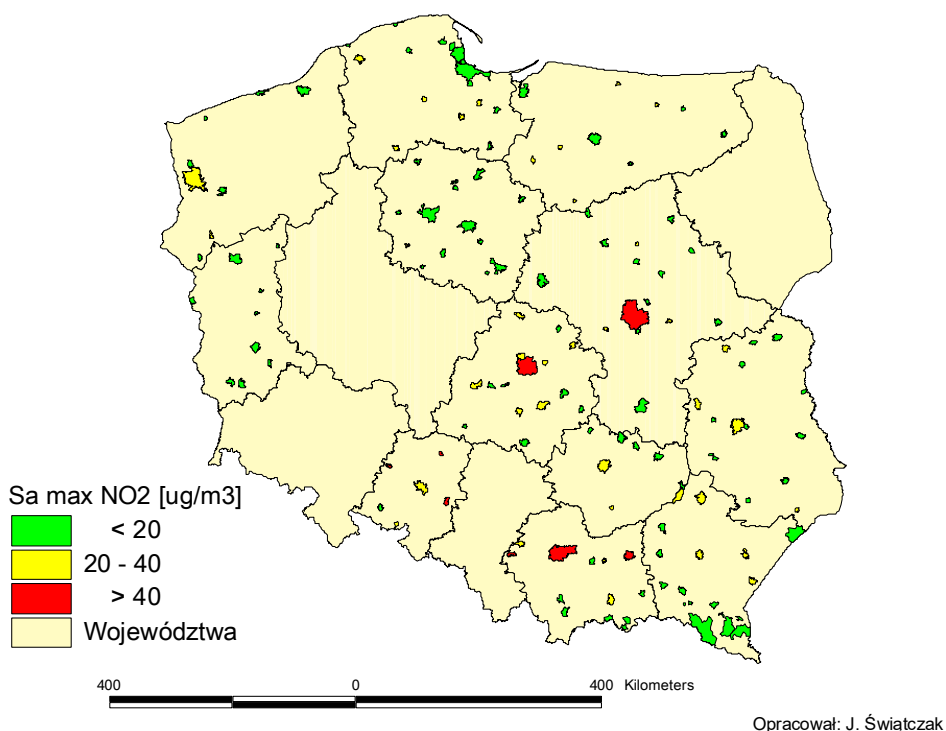


Ryc. 3.8. Przebieg roczny stężenia dwutlenku siarki w 2006 r. - wartości średnie dla stanowisk czynnych w danym dniu

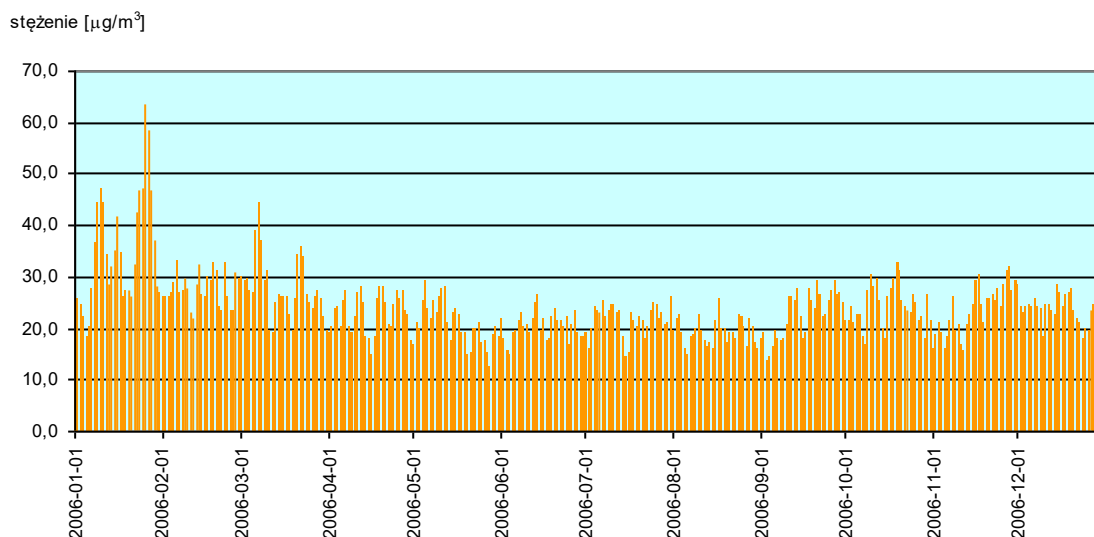
2.6. Dwutlenek azotu

Oceny za 2006 rok dokonano na podstawie 42 533 pomiarów 24-godzinnych wykonanych na 186 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 12 województw.

Średnie roczne stężenie wahało się od $4,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Czarna, woj. podkarpackie) do $93,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Oświęcim). Na 11 stanowiskach pomiarowych odnotowano wartości wyższe niż $40,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (w: Oświęcimiu, Łodzi, Warszawie, Opolu, Kluczborku, Brzegu, Tarnowie i Strzelcach Opolskich).



Ryc. 3.9. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia dwutlenku azotu w gminach, w 2006 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

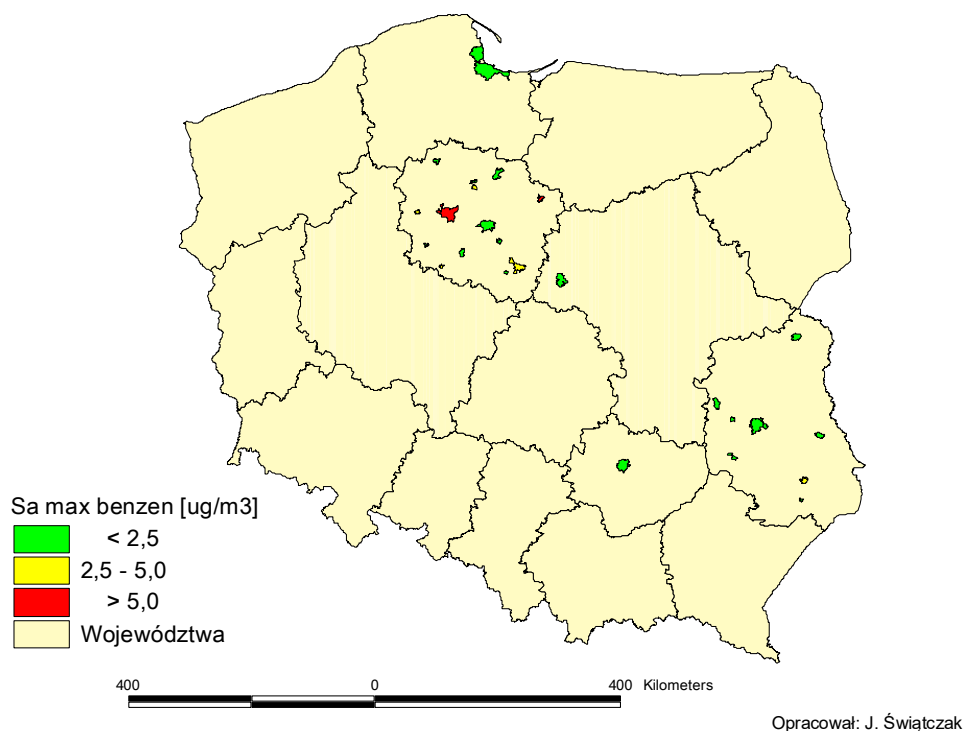


Ryc. 3.10. Przebieg roczny stężenia dwutlenku azotu w 2006 r. - wartości średnie dla stanowisk czynnych w danym dniu

2.7. Benzen

Oceny za 2006 rok dokonano na podstawie 2321 wyników pomiarów 24-godzinnych wykonanych na 37 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 5 województw.

Średnie roczne stężenie wahało się od $0,8 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Tucholi do $7,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Bydgoszczy i przekroczyło na 1 stanowisku docelową wartość dopuszczalną $5,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

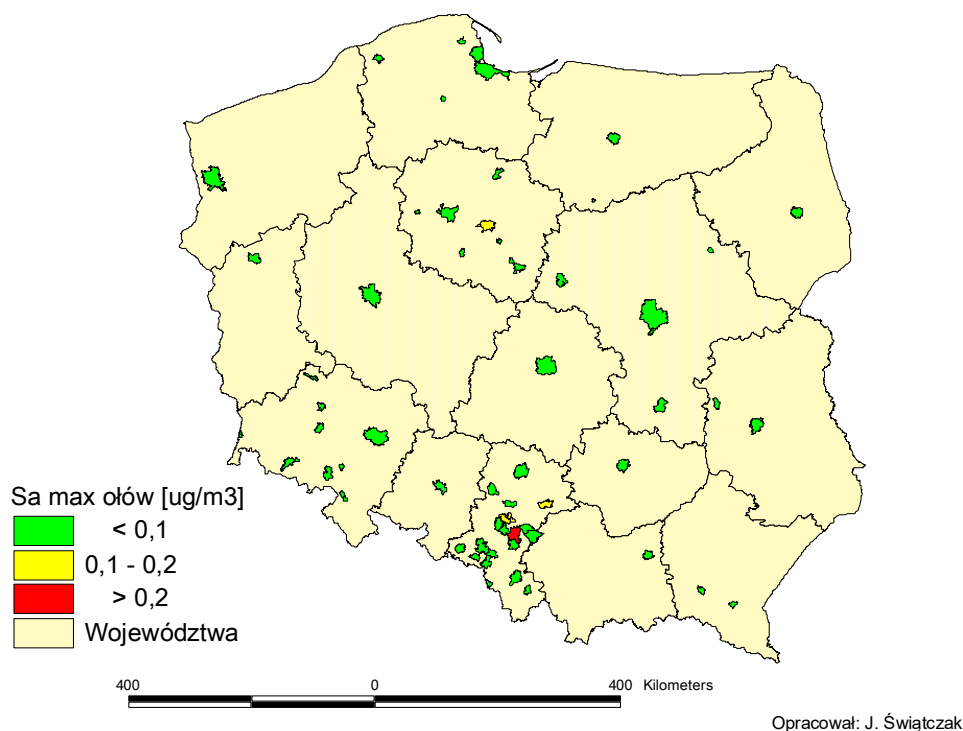


Ryc. 3.11. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia benzenu w gminach, w 2006 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

2.8. Ołów

Oceny za 2006 rok dokonano na podstawie 5926 wyników pomiarów (24-godzinnych oraz z prób zbiorczych) wykonanych na 72 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 16 województw.

Wartości średniego rocznego stężenia wahały się od $0,004 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Włocławek) do $0,413 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Miasteczko Śląskie) i nie przekraczały wartości dopuszczalnej.



Ryc. 3.12. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia ołowiu w gminach, w 2006 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

2.9. Ozon

W 2006 r. nie prowadzono w sieci Państwowej Inspekcji Sanitarnej pomiarów stężenia ozonu troposferycznego. Według danych Europejskiej Agencji Środowiska w lipcu 2006 r. na kilkunastu stacjach pomiarowych w Polsce została przekroczona wartość stężenia 1-godzinnego ozonu $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Z danych Inspekcji Ochrony Środowiska zamieszczonych na stronach internetowych wynika, że najwyższe wartości stężenia 1-godzinnego zanotowano w okresie od 20 do 22 lipca.

Brak oficjalnych danych z PMŚ uniemożliwia dokonanie oceny częstości przekraczania wartości dopuszczalnej dla 8-godzinnego stężenia ozonu w Polsce, w 2006 r.

2.10. Amoniak

Oceny za 2006 rok dokonano na podstawie 972 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego wykonanych na 3 stanowiskach zlokalizowanych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 2,2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Wieńcu Zdroju do 7,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ we Włocławku. Wartość odniesienia 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ nie została przekroczona.

2.11. Benzo(a)piren

Oceny za 2006 r. dokonano na podstawie 1267 wyników pomiarów stężenia 24-godzinne lub w próbach zbiorczych wykonanych na 44 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 6 województw.

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 0,000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Warszawie do 0,023 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Wodzisławiu Śląskim. Wartość odniesienia 0,001 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ została przekroczona na 42 stanowiskach.

2.12. Fenol

Oceny za 2006 r. dokonano na podstawie 1215 wyników pomiarów stężenia 24-godzinne wykonanych na 5 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 2 województw.

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 0,6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Płocku do 6,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Wyszku. Przekroczenia wartości odniesienia dla średniego rocznego stężenia 2,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano na 3 stanowiskach pomiarowych, w: Wyszku, Ostrowi Mazowieckiej i Tarnowie.

2.13. Fluor

Oceny za 2006 r. dokonano na podstawie 959 wyników pomiarów stężenia 24-godzinne wykonanych na 5 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 3 województw.

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 0,4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Inowrocławiu do 2,6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Tarnobrzegu. Przekroczenie wartości odniesienia dla średniego rocznego stężenia 2,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano jedynie w Tarnobrzegu.

2.14. Formaldehyd

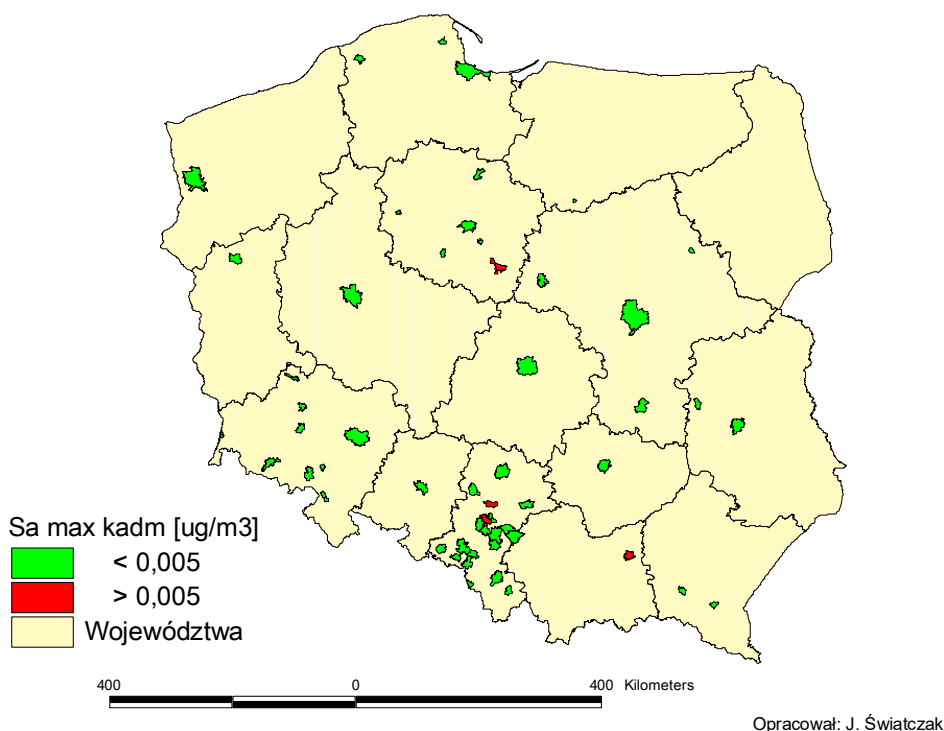
Oceny za 2006 r. dokonano na podstawie 9900 wyników pomiarów stężenia 24-godzinne wykonanych na 40 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 6 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 0,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Krakowie do 55,4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Wyszku.

Przekroczenia wartości odniesienia dla średniego rocznego stężenia 4,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano na 31 stanowiskach pomiarowych. Najwyższe wartości zanotowano w Wyszku, Radomiu, Żyrardowie, Siedlcach, Łodzi i Gorzowie.

2.15. Inne zanieczyszczenia

Kadm

Do oceny wykorzystano dane z 72 stanowisk zlokalizowanych na terenie 16 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $<0,0010$ do $0,060 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Miasteczku Śląskim. Średnie roczne stężenie powyżej wartości odniesienia $0,01 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano w Miasteczku Śląskim.



Ryc. 3.13. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia kadmu w gminach, w 2006 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

Mangan

Do oceny wykorzystano dane z 23 stanowisk zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $0,007$ do $0,077 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Zawierciu (poniżej wartości odniesienia $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Miedź

Do oceny wykorzystano dane z 25 stanowisk zlokalizowanych na terenie 2 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $0,004$ do $0,582 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Tychach (poniżej wartości odniesienia $0,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Nikiel

Do oceny wykorzystano dane z 68 stanowisk zlokalizowanych na terenie 14 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 0,000 do 0,036 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Jeleniej Górze. Wartość odniesienia 0,025 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ została przekroczona na 3 stanowiskach: w Jeleniej Górze, Sanoku i Zgorzelcu.

Ksylene

Do oceny wykorzystano dane z 14 stanowisk zlokalizowanych na terenie 4 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 0,125 do 11,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Bydgoszczy (powyżej wartości odniesienia 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

Toluen

Do oceny wykorzystano dane z 14 stanowisk zlokalizowanych na terenie 4 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 2,0 do 8,8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ w Bydgoszczy (poniżej wartości odniesienia 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

3. Ocena jakości powietrza na obszarach ochrony uzdrowiskowej

Oceny jakości powietrza w uzdrowiskach w 2006 r. roku dokonano w oparciu o 16 732 wyniki zawartych w 105 seriach pomiarowych z terenu 35 czynnych lub planowanych uzdrowisk, w tym:

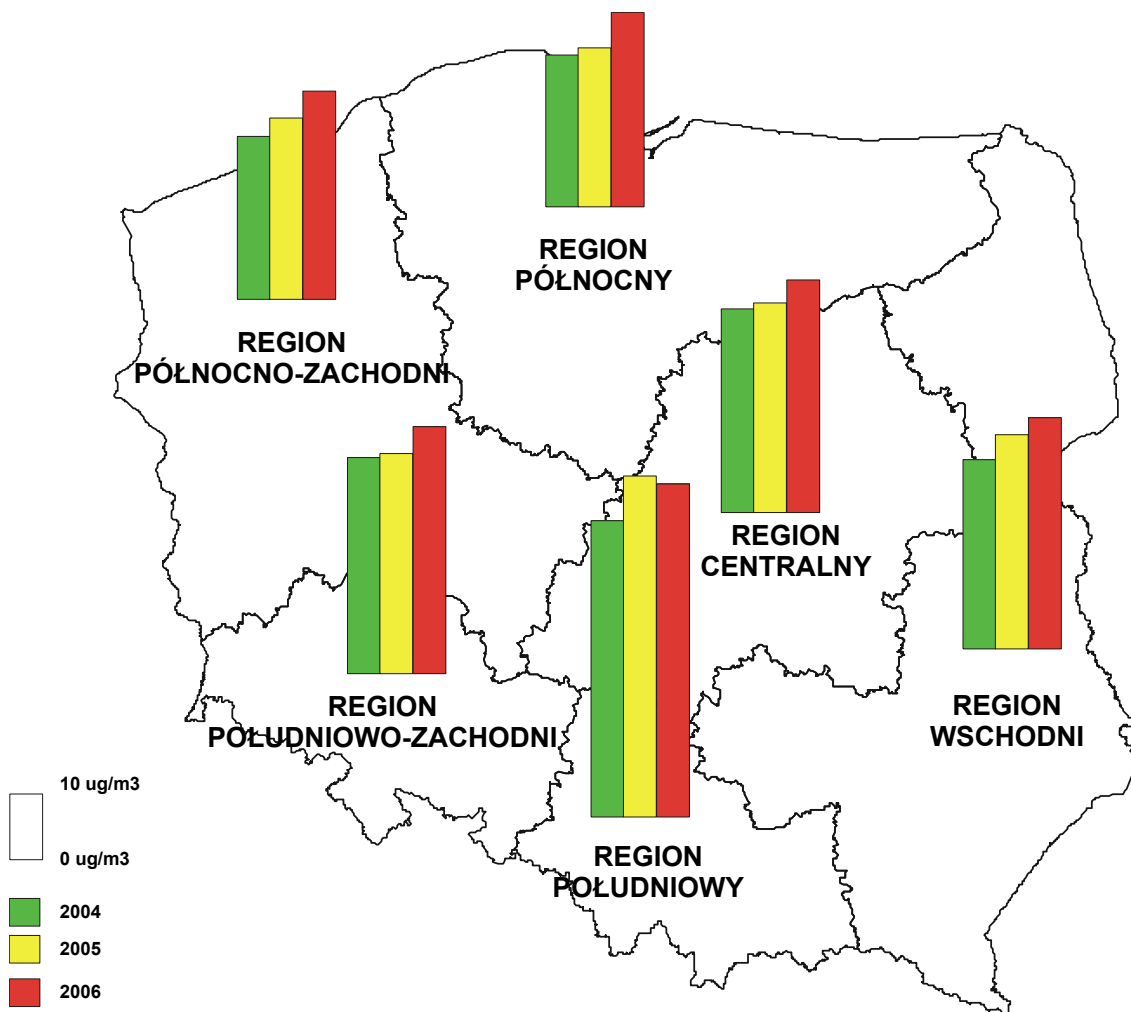
- 22 serie pomiarowe liczące 4442 wyniki pomiarów 24-godzinnych stężenia dwutlenku siarki,
- 22 serie pomiarowe liczące 4590 wyników pomiarów 24-godzinnych stężenia dwutlenku azotu,
- 21 serii pomiarowych liczących 4289 wyników pomiarów 24-godzinnych stężenia pyłu R,
- 4 serie pomiarowe liczące 886 wyników pomiarów 24-godzinnych stężenia pyłu PM10,
- 2 serie pomiarowe liczące 291 wyników pomiarów 24-godzinnych stężenia pyłu ogółem.

Zanotowano przekroczenie wartości dopuszczalnej dla średniego rocznego stężenia pyłu PM10 w Jastrzębiu Zdroju oraz wartości odniesienia dla: benzo(a)pirenu w Jastrzębiu Zdroju, Ciechocinku i Inowrocławiu.

4. Ocena porównawcza poziomu zanieczyszczenia powietrza w latach 2005 - 2006

Oceny porównawczej poziomu zanieczyszczenia powietrza w latach 2005-2006 dokonano w oparciu o dane z serii pomiarowych wykonanych na stanowiskach czynnych bez przerwy w analizowanym okresie.

Z danych przedstawionych w Tabeli 3.3 wynika, że w 2006 r. odnotowano wzrost średniego rocznego stężenia dla 17 z 34 badanych wskaźników zanieczyszczenia powietrza. Wzrost średniego rocznego stężenia dotyczył przede wszystkim wskaźników pyłowych oraz dwutlenku azotu, dwutlenku siarki, benzenu, fenolu oraz formaldehydu. Wzrost średniego rocznego stężenia pyłu R zanotowano na 154 stanowiskach, dwutlenku siarki na 139 stanowiskach, dwutlenku azotu na 112 stanowiskach oraz pyłu PM10 na 65 stanowiskach.



Ryc. 3.14. Średnie roczne stężenie pyłu PM10 w regionach, w latach 2004 - 2006.

Podsumowanie i wnioski

1. Na podstawie przedstawionych wyników można sformułować następujące wnioski dotyczące zmian poziomu zanieczyszczenia powietrza w Polsce w latach 2005-2006:
 - w porównaniu do stanu z 2005 r. obniżył się średni poziom mniej istotnych z punktu zagrożenia zdrowia mieszkańców badanych wskaźników jakości powietrza,
 - poziom zanieczyszczeń pyłowych oraz benzenu, dwutlenku azotu, dwutlenku siarki, fenolu i formaldehydu wzrósł średnio od kilku do kilkunastu a nawet kilkudziesięciu procent,
 - w dalszym ciągu wartości stężenia średniego rocznego i wartości stężenia 24h zanieczyszczeń pyłowych oraz dwutlenku azotu przekraczają w wielu miastach poziomy dopuszczalne.
2. Najwyższy poziom zanieczyszczenia powietrza zanotowano w 2006 r. tak jak i w latach poprzednich na terenie województwa śląskiego, mimo ograniczenia programu monitoringowego do badań zanieczyszczeń pyłowych. Wynika to z dużej koncentracji przemysłowych i energetycznych źródeł emisji w tym rejonie, przede wszystkim z kopalni i elektrowni.
3. Pewnej poprawie uległ poziom zanieczyszczenia powietrza na terenie uzdrowisk.
4. W świetle aktualnych standardów jakości powietrza najpoważniejszy problem aerosanitarny stwarzają zanieczyszczenia energetyczne. Stężenie tych zanieczyszczeń w znacznej mierze zależy od warunków meteorologicznych. Np. w dniach 23-29 stycznia 2006 r. na wielu stanowiskach w kraju zanotowano maksymalne w ciągu roku wartości S_{24} dla pyłu, SO_2 , NO_2 i innych zanieczyszczeń. Brak danych o stężeniu ozonu w okresie letnim 2006 r. nie pozwolił na dokonanie pełnej oceny tego ważnego z punktu zagrożenia zdrowia wskaźnika.
5. Stwierdza się w dalszym ciągu przekroczenie wartości odniesienia dla takich substancji jak: benzo(a)piren, kadm, nikiel, fenol, fluor i formaldehyd na monitorowanych obszarach.

Tabela 3.1. Charakterystyka sieci monitoringu jakości powietrza Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2006 r.

KOD	NAZWA	Przed weryfikacją		Po weryfikacji					
		LST	LPOM	LST	LPOM	LBW	SAMIN	SAMAX	MIASTO
007	Amoniak	3	972	3	972	1	2,185	4,059	M. Włocławek
010	Arsen	20	1442	19	1424	4	0,000	0,047	M. Płock
011	Benzen	37	2321	37	2321	5	0,831	7,000	M. Bydgoszcz
012	Benzo(a)piren	44	1341	44	1267	6	0,000	0,023	Wodzisław Śląski
014	Chlor	1	237	1	237	1	1,118	1,118	M. Bydgoszcz
020	Chlorowodór	1	238	1	238	1	4,962	4,962	M. Bydgoszcz
021	Chrom	30	939	30	939	2	0,000	0,022	Krzanowice
026	Dwutlenek siarki	201	46526	201	46526	12	0,397	36,651	Chrzanów
027	Fenol	5	1215	5	1215	2	0,611	6,661	Wyszaków
028	Fluor	5	959	5	959	3	0,445	2,608	M. Tarnobrzeg
029	Formaldehyd	41	9911	40	9900	6	0,004	55,369	Wyszaków
032	Kadm	72	5920	72	5920	16	0,000	0,060	Miasteczko Śląskie
034	Ksylen	14	1063	14	1063	4	0,125	10,977	M. Bydgoszcz
036	Miedź	25	1014	25	1014	2	0,004	0,582	M. Tychy
040	Ołów	72	5926	72	5926	16	0,004	0,413	Miasteczko Śląskie
044	Rtęć	9	782	7	687	2	0,000	0,036	Pułtusk
049	Tlenek węgla	1	333	1	333	1	898,574	898,574	Sanok
051	Toluen	16	1171	14	1067	4	2,041	8,843	M. Bydgoszcz
215	Etylobenzen	1	51	1	51	1	0,094	0,094	M. Biała Podlaska
286	Mangan	23	484	23	484	1	0,008	0,077	Zawiercie
321	Nikiel	60	4994	68	5548	14	0,000	0,036	M. Jelenia Góra
400	Substancje smołowe	5	115	5	115	1	14,304	19,619	M. Gdynia
500	Dwutlenek azotu	186	42533	186	42533	12	3,958	93,548	Oświęcim
602	Benzo(a)antracen	28	362	28	362	2	0,000	0,040	Wodzisław Śląski
606	Benzo(ghi)perylen	28	362	28	362	2	0,000	0,020	Wodzisław Śląski
607	Chryzen	28	362	28	362	2	0,000	0,103	Wodzisław Śląski
609	Fluoranten	23	247	23	247	1	0,000	0,063	Wodzisław Śląski
612	Benzo(b)fluoranten	5	115	5	115	1	0,003	0,008	Wejherowo
613	Benzo(k)fluoranten	5	115	5	115	1	0,001	0,003	Wejherowo
614	Dibenzo(ah)antracen	5	115	5	115	1	0,001	0,001	Kościerzyna
901	PM10	108	29332	108	29332	16	16,625	90,233	Nowa Ruda
902	Pył zawieszony R	192	46087	191	46056	12	2,958	54,077	Oświęcim
903	Pył zawieszony ogółem	19	2475	19	2475	2	19,133	83,711	M. Rybnik
904	PM2.5	2	354	2	354	2	24,637	38,816	Warszawa - Ochota

LST – liczba stanowisk pomiarowych; LPOM – liczba pomiarów; LBW – liczba województw, na terenie których prowadzono pomiary, SAMIN – minimalna wartość średniego rocznego stężenia, SAMAX – maksymalna wartość średniego rocznego stężenia.

Tabela 3.2. Średnie roczne stężenie pyłu, dwutlenku siarki i dwutlenku azotu na terenie uzdrowisk w 2006 r.

Lp.	Uzdrowisko	Pył			Dwutlenek siarki	Dwutlenek azotu
		Ogółem	R	PM10		
$\mu\text{g}/\text{m}^3$						
1	Ciepllice	-	-	30,0	-	-
2	Lądek Zdrój	-	-	-	-	-
3	Polanica Zdrój	-	-	-	-	-
4	Kudowa Zdrój	-	-	-	-	-
5	Szczawno Zdrój	-	-	-	-	-
6	Trzebnica	-	-	-	-	-
7	Inowrocław Zdrój	-	-	19,7	1,4	15,9
8	Wieniec Zdrój	-	17,2	-	1,4	15,4
9	Ciechocinek	27,4	-	-	-	8,2
10	Nałęczów	-	17,6	-	1,9	17,2
11	Krasnobród	-	10,7	-	9,1	-
12	Swoszowice	-	28,8	-	19,7	30,3
13	Jerzmanowice	-	-	-	-	-
14	Krynica	-	13,1	-	1,9	15,6
15	Muszyna	-	19,8	-	3,2	14,3
16	Piwniczna	-	11,3	-	1,6	7,5
17	Rabka	-	11,2	-	0,8	11,8
18	Wysowa	-	-	-	-	-
19	Konstancin	-	23,2	-	0,8	21,8
20	Iwonicz Zdrój	-	4,0	-	4,2	6,6
21	Rymanów Zdrój	-	6,2	-	5,0	7,7
22	Komańcza	-	7,5	-	6,1	7,0
23	Czarna	-	3,2	-	6,9	4,0
24	Polańczyk	-	4,2	-	3,5	4,6
25	Horyniec Zdrój	-	13,9	-	3,5	12,0
26	Sopot	-	10,3	-	4,4	24,0
27	Ustka	-	8,4	-	1,6	13,4
28	Łeba	-	9,0	-	7,4	10,4
29	Ustroń	-	-	-	-	-
30	Jastrzębie Zdrój	48,6	-	41,7	-	-
31	Busko Zdrój	-	8,5	-	3,8	25,8
32	Solec Zdrój	-	-	-	-	-
33	Kołobrzeg	-	5,1	-	0,8	10,5
34	Kamień Pomorski	-	5,3	-	0,8	5,2
35	Świnoujście	-	-	17,0	-	-

Tabela 3.3. Średnie roczne stężenie zanieczyszczeń, w µg/m³, na stanowiskach czynnych bez przerwy w latach 2005-2006

SUB	NAZWA	LST	SA05	SA06	TENDENCJA%	LWZROST
007	Amoniak	3	3,735	3,103	-16,92	1
010	Arsen	8	0,002	0,003	50,00	2
011	Benzen	31	1,816	2,248	23,79	27
012	Benzo(a)piren	35	0,007	0,007	0,00	17
014	Chlor	1	1,938	1,118	-42,31	0
020	Chlorowodór	1	5,566	4,962	-10,85	0
021	Chrom	30	0,006	0,006	0,00	9
026	Dwutlenek siarki	185	4,119	5,111	24,08	139
027	Fenol	4	2,303	3,192	38,60	4
028	Fluor	5	1,144	1,074	-6,12	2
029	Formaldehyd	37	7,369	7,933	7,65	25
032	Kadm	63	0,003	0,003	0,00	18
034	Ksylen	14	4,723	4,386	-7,14	4
036	Miedź	23	0,135	0,157	16,30	15
040	Ołów	64	0,062	0,061	-1,61	42
049	Tlenek węgla	1	995,226	898,574	-9,71	0
051	Toluen	14	3,901	4,052	3,87	11
286	Mangan	21	0,028	0,029	3,57	13
321	Nikiel	54	0,006	0,005	-16,67	18
400	Substancje smołowe	5	15,514	16,914	9,02	3
500	Dwutlenek azotu	183	21,549	23,029	6,87	112
602	Benzo(a)antracen	28	0,012	0,013	8,33	15
606	Benzo(ghi)perylen	28	0,005	0,007	40,00	20
607	Chryzen	28	0,029	0,029	0,00	14
609	Fluoranten	23	0,011	0,018	63,64	19
612	Benzo(b)fluoranten	5	0,003	0,005	66,67	4
613	Benzo(k)fluoranten	5	0,002	0,002	0,00	1
614	Dibenzo(ah)antracen	5	0,000	0,001	0,00	0
901	PM10	103	36,288	38,589	6,34	65
902	Pył zawieszony R	187	15,447	18,229	18,01	154
903	Pył zawieszony ogółem	19	61,202	56,290	-8,03	3
904	PM2.5	2	29,017	31,727	9,34	2

LST – liczba stanowisk, SA05 – średnie roczne stężenie w 2005 r., SA06 – średnie roczne stężenie w 2006 r., LWZROST – liczba stanowisk ze wzrostem wartości stężenia.

IV. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

Na podstawie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały w 2006 roku zapobiegawczy nadzór sanitarny, którego celem jest zapewnienie właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w realizowanych obiektach, takich jak szpitale, obiekty żywnościowo-żywnościowe, zakłady pracy, a także zagwarantowanie, aby projektowane obiekty nie powodowały zagrożenia i uciążliwości dla ludzi zamieszkujących i przebywających w ich sąsiedztwie. Zapobiegawczy nadzór sanitarny był realizowany w szczególności poprzez zajmowanie stanowiska w zakresie sanitarno-higienicznym w sprawach:

- projektów planów zagospodarowania przestrzennego województw,
- projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego,
- warunków zabudowy i zagospodarowania terenu,
- dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
- przedsięwzięć przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach zgody na realizację przedsięwzięcia, zwanej dalej „decyzją o środowiskowych uwarunkowaniach”,
- wniosków dotyczących konieczności wykonania raportu o oddziaływaniu inwestycji na środowisko i jego zakresu na etapie warunków zabudowy i zagospodarowania terenu lub uzyskiwania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach,
- odstępstw od przepisów określających warunki techniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy,
- obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ.

W ww. zakresie wydano w 2006 r. ogółem 265 833 uzgodnienia i opinie sanitarne (w 2005 r. – 237 286 opinii) w tym pozytywne – 217 029 (w 2005 r. – 195 011).

Powyższe zadania były wykonywane przez wydzielone komórki organizacyjne zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Zatrudnieni w nich pracownicy to przede wszystkim inżynierowie sanitarni.

Zapobiegawczy nadzór sanitarny sprawowali także rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych. Działali oni na podstawie uprawnień, nadanych przez Głównego

Inspektora Sanitarnego, upoważniających jedynie do uzgadniania dokumentacji projektowej. Liczba wydanych przez rzeczoznawców opinii wyniosła 37 791, w tym pozytywnych 37 767 (w 2005 r. – 38 086, w tym 38 083 pozytywnych).

Przykładem inwestycji opiniowanych, czy uzgadnianych w 2006 r. pod względem sanitarno-zdrowotnym na terenie kraju przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej były przedsięwzięcia dotyczące takich obiektów jak:

- obiekty handlowe,
- obiekty przemysłowe,
- stacje bazowe telefonii komórkowej,
- obiekty turystyczne, w tym hotele, pensjonaty,
- obiekty wychowania i nauczania (szkoły, przedszkola),
- obiekty ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie, apteki, pomieszczenia indywidualnej i grupowej praktyki lekarskiej, itp.),
- drogi,
- oczyszczalnie ścieków,
- zakłady unieszkodliwiania odpadów,
- linie elektroenergetyczne,
- stacje paliw.

Ważnym elementem w działalności pionu zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowej Inspekcji Sanitarnej było uzgadnianie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz opiniowanie wojewódzkich planów zagospodarowania przestrzennego. Podstawą uzgodnień i opiniowania planów są opracowania – prognozy oddziaływań na środowisko, które dołączane są do planów. Miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego stanowią podstawę do późniejszego wydawania przez właściwe organy decyzji o pozwoleniu na budowę inwestycji.

Mając na uwadze ochronę zdrowia publicznego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach uzgodnień i opinii, o których mowa wyżej, zwracały szczególną uwagę na zagadnienia takie, jak np.:

- właściwa gospodarka wodno-ściekowa, w tym zaopatrzenie ludności w wodę do spożycia o odpowiedniej jakości i ilości,
- prawidłowe usuwanie, gromadzenie i unieszkodliwianie odpadów (w tym szczególnie niebezpiecznych) w sposób nie zagrażający życiu i zdrowiu ludzi,

- ochrona ludności przed nadmiernym hałasem, zanieczyszczeniem powietrza oraz promieniowaniem elektromagnetycznym poprzez egzekwowanie rozwiązań technicznych, które zapewniają spełnienie norm określających najwyższe dopuszczalne stężenia i natężenia czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku.

Ponadto, w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania zabudowy przemysłowej na otoczenie, zwracano uwagę na oddzielenie obszarów przeznaczonych pod budownictwo mieszkaniowe od obszarów przemysłowych.

Mając na uwadze konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu, przy zajmowaniu stanowiska organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracały także uwagę na planowane rozwiązania techniczne w aspekcie m.in.:

- zabezpieczenia ludzi przed uciążliwością związaną z hałasem (lotniska, miejska komunikacja, zakłady usługowe, przemysłowe, itp.) poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań technicznych, takich jak ekrany akustyczne czy okna o podwyższonej izolacyjności akustycznej,
- zabezpieczenia ludzi przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym oraz jonizującym poprzez zastosowanie np. odpowiednich osłon,
- zabezpieczenia ludzi przed wpływem zanieczyszczonego powietrza emitowanego przez uciążliwe zakłady poprzez zastosowanie odpowiednich urządzeń, takich jak emitory i urządzenia pochłaniające substancje szkodliwe dla zdrowia,
- zagwarantowania odpowiednich warunków pobytu ludzi w budynkach poprzez zastosowanie m.in. właściwych pod względem zdrowotnym materiałów budowlanych, a także zapewnienia prawidłowej funkcji oraz programu pomieszczeń z punktu widzenia wymagań sanitarnohigienicznych.

W 2006 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uzgodniły 577 miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego (2005 r. – 2585).

W oparciu o ustawę z dnia 27 kwietnia 2001 r. – *Prawo ochrony środowiska* (Dz. U. z 2006 r. Nr 129, poz. 902 z późn. zm.) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w trybie art. 106 Kodeksu postępowania administracyjnego, dokonywały w 2006 r. uzgodnień przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko.

W 2006 roku wydano 22 764 opinie dotyczące konieczności opracowania raportu oddziaływania na środowisko (w 2005 r. – 16 302).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowisko przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach w 6785 przypadkach (w 2005 r. – 5508), w tym w 6760 przypadkach pozytywne (w 2005 r. – 5467).

W procesie inwestycyjnym na etapie uzyskiwania decyzji o pozwoleniu na budowę organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej opiniują na podstawie ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane* (Dz. U. z 2006 r. Nr 156 poz. 1118, z późn. zm.) projekty budowlane pozostałych inwestycji; w tym zakresie wydano 19 221 opinii sanitarnych (2005 r. – 32 712), w tym pozytywnych – 18 354 (2005 r. – 28 589).

W trakcie uzgadniania lub opiniowania dokumentacji projektowej zwracano szczególną uwagę na takie zagadnienia, jak zapewnienie właściwych warunków sanitarno-zdrowotnych w miejscach pobytu ludzi (zamieszkania i przebywania), a także odpowiednich warunków pracy osobom zatrudnionym w zakładach pracy.

Na etapie projektu budowlanego pion zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajmuje również stanowisko w stosunku do wniosków dotyczących udzielenia zgody na odstępstwa od przepisów określających warunki techniczne, jakie muszą spełniać budynki oraz na odstępstwa od przepisów określających wymogi bezpieczeństwa i higieny pracy (m.in. w zakresie wysokości pomieszczeń, zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego). W tym zakresie – w uzgodnieniu z Państwową Inspekcją Pracy w przypadku zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego – zostały wydane w 2006 r. 3633 decyzje administracyjne (2005 r. – 3250).

Pion zapobiegawczego nadzoru sanitarnego uczestniczył w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych. W 2006 r. skontrolował pod względem sanitarnohigienicznym 22 927 inwestycji (w 2005 r. – 24 759), wydając w tym zakresie stosowne opinie lub decyzje, w tym 22 513 pozytywnych (w 2005 r. – 24 445).

W 58 przypadkach zgłoszone zostały sprzeciwy wobec dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie nadzoru zapobiegawczego przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2006 r. dokonano ogółem 30 064 kontroli i wizji lokalnych (2005 r. – 35 213), w tym obiektów w trakcie budowy – 3138 (w 2005 r. – 3506).

Podsumowanie

Pion zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowej Inspekcji Sanitarnej

realizuje ustawowe obowiązki i zadania w zakresie ochrony zdrowia publicznego poprzez opiniowanie lub uzgadnianie pod względem sanitarnohigienicznym: projektów planów zagospodarowania, przedsięwzięć przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych, wniosków dotyczących konieczności wykonywania raportu oddziaływania inwestycji na środowisko i jego zakresu, odstępstw od przepisów określających warunki techniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również obiektów budowlanych przekazywanych do użytkowania.

W 2006 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały ogółem 265 833 opinii sanitarnych, w tym pozytywnych 217 029 (w 2005 r. – 237 286 opinii ogółem, w tym pozytywnych 195 011). Biorąc pod uwagę poprzednie lata obserwuje się tendencję wzrostową w liczbie wydawanych opinii.

W 2006 r. w związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie nadzoru zapobiegawczego przeprowadzono ogółem 30 064 kontroli i wizji lokalnych (w 2005 r. 35 213), w tym obiektów w trakcie budowy 3138 (w 2005 r. – 3506).

Liczba opinii sanitarnych o dokumentacjach projektowych, wydanych przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, działających w oparciu o uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego wyniosła w 2006 r. 37 791 w tym pozytywnych 37 767 (w 2005 r. – 38 086, w tym pozytywnych 38 083).

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

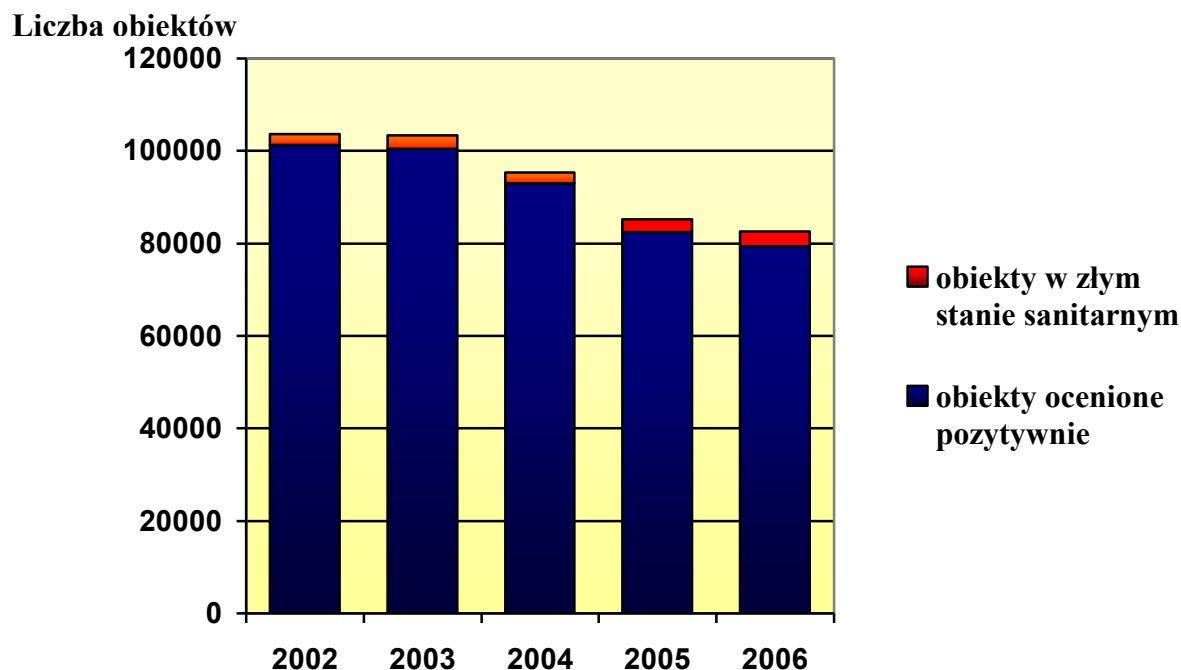
V. Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej i kąpielisk

1. Wprowadzenie

Obiekty użyteczności publicznej stanowią liczną i wysoce zróżnicowaną grupę, zarówno pod względem ich przeznaczenia, jak i wymagań sanitarnych, których dotrzymanie jest warunkiem ich bezpiecznego użytkowania, przy czym nadzór sanitarny nad obiektami tej grupy wymaga uwzględnienia w ocenie ich stanu technicznego. Ogółem w 2006 r. w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego skontrolowano 79 420 obiektów tej kategorii, co stanowiło 76,1 % ujętych w ewidencji. Należy jednak zaznaczyć, że odsetek ten był znacznie wyższy w przypadku obiektów, których stan sanitarny ma szczególnie znaczenie epidemiologiczne, jak baseny kąpielowe, kąpieliska, noclegownie dla bezdomnych, dworce autobusowe, gdzie placówki objęte kontrolą stanowiły ponad 90 % zewidencjonowanych.

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono zły stan sanitarny 3184 obiektów (4,0 %), przy czym ocena taka częściej dotyczyła obiektów zlokalizowanych w miastach (4,5 %), niż na wsi (3,12 %). W stosunku do roku 2006 odsetek obiektów ocenionych negatywnie zwiększył się o 0,7 %. Podobnie jak w latach poprzednich, negatywna ocena stanu sanitarnego dotyczyła najczęściej dworców i stacji kolejowych (8,6 %), drogowych przejść granicznych (13,1 %), zakładów fryzjerskich i fryzjersko-kosmetycznych (6,9 %), noclegowni dla bezdomnych (6,8 %).

Należy podkreślić znaczne zróżnicowanie regionalne, zarówno co do liczebności obiektów w poszczególnych województwach, jak i ich stanu sanitarnego. Ogólnie biorąc, obiekty użyteczności publicznej są liczniejsze w województwach północnej i zachodniej części kraju. Dotyczy to przede wszystkim obiektów hotelarskich, basenów kąpielowych i kąpielisk, zakładów fryzjerskich i fryzjersko-kosmetycznych.



Ryc. 5.1. Liczba obiektów użyteczności publicznej skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach 2002-2006

2. Stan sanitarny wybranych obiektów

2.1. Ustępy publiczne

Ustępy publiczne należą do obiektów, których stan sanitarny, a zwłaszcza utrzymanie pomieszczeń w czystości, często budzi zastrzeżenia. W 2006 r. skontrolowano 1705 obiektów tej grupy (91,7 % ujętych w ewidencji), z czego 86 % znajdowało się w miastach. Znaczną większość skontrolowanych obiektów (80,2 %) stanowiły ustępy stałe podłączone do sieci kanalizacyjnej – odpowiednio: 83,5 % w miastach, 60 % na wsi.

Spośród skontrolowanych obiektów negatywnie oceniono stan sanitarny 58 (3,4 %; odpowiednio: w miastach 3,07 %, na wsi 5,4 %). W przypadku ustępów stałych odsetek skontrolowanych obiektów w złym stanie sanitarnym wynosił 3,5 %. Także i w tym przypadku ocena niezadowolająca częściej dotyczyła obiektów zlokalizowanych na terenach wiejskich (6,2 %) niż w miastach (3,3 %).

Najczęściej stwierdzanymi uchybieniami były: brudne ściany i sufity z odpadającym tynkiem, zniszczona lub zdewastowana stolarka drzwiowa i okienna, ubytki w okładzinach ceramicznych ścian i podłóg, brak pokrycia łatwozmywalnego ścian i podłóg, brudne i niedrożne muszle toaletowe i pisuary, brak lub niewystarczająca dezynfekcja sanitariatów, brak bieżącej ciepłej wody, brak wydzielonego i zamykanego miejsca na środki dezynfekcyjne, środki czystości i sprzęt myjący, brak lub

niewystarczające wyposażenie apteczki pierwszej pomocy.

W porównaniu z rokiem ubiegłym nastąpił niewielki – o 0,4 % – wzrost odsetka ustępów publicznych, których stan sanitarny oceniono jako zły. Jednocześnie stwierdzono znaczne zróżnicowanie stanu sanitarnego ustępów publicznych, spośród których coraz liczniejsze charakteryzują się dobrym standardem wyposażenia i przystosowaniem do potrzeb osób niepełnosprawnych. Dotyczy to także niektórych przenośnych toalet sezonowych, w których usuwaniem nieczystości i dezynfekcją sanitariatów zajmują się wyspecjalizowane firmy. W 3 województwach – pomorskim, kujawsko-pomorskim i podlaskim – stan sanitarny wszystkich skontrolowanych ustępów publicznych oceniony został pozytywnie.

W roku 2006 po raz kolejny nastąpiło zmniejszenie liczby ustępów publicznych w porównaniu z rokiem wcześniejszym. W 2006 r. w ewidencji wykazano łącznie 1866 takich obiektów, rok wcześniej – 1880. Mimo iż likwidowane są przede wszystkim obiekty w złym stanie sanitarnym i technicznym, jest to tendencja niekorzystna, zważywszy na niewystarczającą liczbę ustępów publicznych, zwłaszcza na obszarach, gdzie intensywnie rozwijana jest turystyka i rekreacja, a także w miejscach szczególnie uczęszczanych przez mieszkańców, jak bezpośrednie sąsiedztwo targowisk, cmentarzy i kościołów oraz niektóre tereny rekreacyjne. Dotyczy to także kąpielisk niezorganizowanych, z których korzysta duża liczba osób, gdzie w wyniku braku zaplecza sanitarnego może dochodzić do fekalnego zanieczyszczenia wody i zagrożenia dla zdrowia osób kąpiących się.

2.2. Domy pomocy społecznej

W 2006 r. skontrolowano łącznie 1349 domów pomocy społecznej, co stanowiło 95,2 % placówek spośród 1417 wykazanych w ewidencji. Większość obiektów, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego, zlokalizowana była w miastach (874 – 64,7 %), na wsi objęto kontrolą 475 placówek (35,2 %). Wskaźniki te nie uległy istotnej zmianie w porównaniu z rokiem 2005.

Większość obiektów tej grupy to placówki świadczące opiekę całodobową, choć niektóre działają jako domy dziennego pobytu. Zapewniają one pensjonariuszom opiekę medyczną, całodzienne wyżywienie, niektóre placówki ponadto rehabilitację i fizjoterapię oraz program terapii zajęciowej.

Prawie wszystkie placówki są podłączone do sieci wodno-kanalizacyjnej, a jakość wody przeznaczonej do spożycia w większości z nich nie budziła zastrzeżeń. Część obiektów posiada własne pralnie, zapewniające rozdzielne drogi bielizny czystej i brudnej,

część korzysta z usług firm zewnętrznych. W większości placówek pensjonariusze korzystają z pokoi 2 lub 3-osobowych oraz pomieszczeń sanitarnych, przystosowanych dla osób niepełnosprawnych.

Stan sanitarny uznano za niedostateczny w 62 obiektach tej grupy (4,6 % skontrolowanych). Ocena taka częściej dotyczyła domów pomocy społecznej położonych na terenach wiejskich (6,5 % skontrolowanych obiektów w porównaniu z 3,5 % w miastach). Wskaźniki te są nieco gorsze w porównaniu z rokiem 2005, kiedy negatywnie oceniono stan sanitarny w 3,4 % skontrolowanych obiektów. Należy jednak zaznaczyć, że jest to ocena dotycząca obszaru całego kraju, w części województw natomiast obserwowano poprawę stanu sanitarnego obiektów tej grupy. W większości placówek, których stan sanitarny uznano za zły, zastrzeżenia budził także ich stan techniczny. Miało to miejsce w przypadku 57 obiektów (4,2 % skontrolowanych), z tego 26 domów pomocy społecznej w miastach (2,9 % skontrolowanych) oraz 31 na wsi (6,5 % skontrolowanych).

Podstawowe uchybienia, będące najczęstszym powodem negatywnej oceny stanu sanitarnego domów pomocy społecznej, obejmują zniszczone i brudne ściany, sufity i podłogi, zniszczoną stolarkę okienną i drzwiową w ciągach komunikacyjnych i pokojach mieszkalnych oraz węzłach sanitarnych, zniszczone i brudne wykładziny podłogowe, niedostateczną wentylację pomieszczeń, niewłaściwą segregację bielizny czystej i brudnej oraz nieodpowiednie warunki przechowywania bielizny czystej, nie zachowanie należytego stanu czystości bieżącej, szczególnie w sanitariatach.

W wielu domach pomocy społecznej prowadzone są prace remontowe, które przyczyniają się do poprawy stanu sanitarnego. Prace takie prowadzone były jednak jedynie w części placówek, a ich zakres w większości województw był niewystarczający. Jedynie w województwie lubuskim wszystkie objęte nadzorem sanitarnym domy pomocy społecznej zostały ocenione pozytywnie, a w województwie łódzkim, małopolskim i pomorskim negatywna ocena dotyczyła pojedynczego obiektu. Największy odsetek obiektów w złym stanie sanitarnym stwierdzono w województwach: podlaskim (16,2 %), podkarpackim (10,9 %), warmińsko-mazurskim (9,8 %) oraz świętokrzyskim (9,3 %).

2.3. Noclegownie dla bezdomnych

W ciągu ostatniego roku liczba znajdujących się w ewidencji noclegowni dla bezdomnych wzrosła ze 169 w 2005 r. do 180 w 2006 r. Spośród nich skontrolowano łącznie 162 obiekty (90 % zewidencjonowanych), z których większość znajdowała się na terenie miast (140 placówek – 77 % ogółu skontrolowanych). Najwięcej noclegowni

znajdowało się w województwach mazowieckim (34) i śląskim (31).

Placówki mające zapewnić schronienie w porze nocnej osobom bezdomnym wyposażone są w łóżka (zwykle piętrowe), stoliki, szafki ubraniowe, pomieszczenia sanitarne, podręczne kuchenki, urządzenia do prania. Posiadają także magazyny bielizny czystej i brudnej oraz do przechowywania środków czystości i preparatów dezynfekcyjnych. Bielizna w większości placówek przekazywana jest do prania firmom zewnętrznym, posiadającym stosowne zezwolenia, natomiast o stan bieżącej czystości oraz wykonywanie drobnych napraw dbają zazwyczaj sami pensjonariusze.

Spośród objętych kontrolą Państwowej Inspekcji Sanitarnej noclegowni stan sanitarny oceniono jako zły w 11 obiektach (6,1 % skontrolowanych), z których 9 zlokalizowanych było na terenie miast, a 2 na wsi. Najczęściej zastrzeżenia dotyczyły brudnych ścian i sufitów, niewłaściwego stanu technicznego pomieszczeń sanitarnych, niewystarczającej dbałości o bieżącą czystość pomieszczeń. W porównaniu z rokiem ubiegłym odnotowano wzrost liczby obiektów ocenionych negatywnie (z 3,4 % do 6,1 %). Zły stan sanitarny najczęściej stwierdzano w placówkach województwa mazowieckiego, gdzie na skontrolowane 34 placówki negatywnie oceniono 4 (11,7 %).

W znacznej części województw stan sanitarny noclegowni oceniony był pozytywnie we wszystkich skontrolowanych obiektach, należy jednak zaznaczyć, iż z reguły były to województwa, w których liczba takich placówek była niewielka. Należą do ich województwa: lubelskie (12 skontrolowanych obiektów), lubuskie (5), łódzkie (6), opolskie (2), podkarpackie (4), podlaskie (2), zachodniopomorskie (3).

2.4. Hotele, obiekty wczasowo-turystyczne oraz inne obiekty świadczące usługi noclegowe

W 2006 roku w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej było ujęte 3415 hoteli, spośród których kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono łącznie w 3115 obiektach (91,2 %), z czego 2112 znajdowało się w miastach (67,8 %), a 1003 na wsi (32,1 %).

W ocenie sanitarnej obiektów hotelarskich pod uwagę brane jest zaopatrzenie w wodę, gospodarka ściekowa, postępowanie z odpadami komunalnymi, zaopatrzenie w środki czystości, postępowanie z bielizną brudną i czystą, stan pomieszczeń mieszkalnych i sanitariatów oraz zaplecza. Zły stan sanitarny stwierdzono w 2,2 % skontrolowanych hoteli, zarówno w miastach, jak i na wsi. Powodem negatywnej oceny najczęściej był zły stan sanitarno-techniczny ścian, sufitów i podłóg w pomieszczeniach mieszkalnych i sanitariatach, zniszczona stolarka drzwiowa i okienna, zniszczona bielizna pościelowa,

brak dezynfekcji kołder i koców, nieodpowiednie warunki przechowywania bielizny czystej i brudnej, brak składników porządkowych, brak zasobników z ręcznikami jednorazowymi w sanitariatach.

Blisko 42 % ogółu hoteli stanowiły obiekty skategoryzowane. Stan sanitarny skontrolowano w 95,2 % z nich. Odsetek hoteli skategoryzowanych w złym stanie sanitarnym był prawie dwukrotnie niższy niż w grupie ogólnej i wynosił 1,4%. Na obszarze części województw przybywa hoteli o wysokim standardzie i bardzo dobrym stanie sanitarnym, świadczących usługi wysokiej jakości. Dotyczy to przede wszystkim dużych miast oraz terenów o szczególnych walorach turystycznych. Przyczynia się to do poprawy ogólnego poziomu bezpieczeństwa sanitarnego poprzez stopniowe zmniejszanie udziału obiektów wykazujących uchybienia w tym zakresie.

Poza hotelami, w 2006 r. skontrolowano 4552 obiekty wczasowo-turystyczne, co stanowiło 81,7 % obiektów ujętych w ewidencji. Grupa ta obejmuje domy wczasowe, domy wycieczkowe, schroniska, pensjonaty, kempingi i pola biwakowe. Większość z nich (63 % skontrolowanych obiektów) znajduje się na wsi. Zły stan sanitarny stwierdzono w 100 skontrolowanych obiektach (2,19 %). Uchybienia w zakresie stanu sanitarno-technicznego tych obiektów były analogiczne, jak w przypadku hoteli, a ponadto obejmowały zniszczone wyposażenie domków kempingowych, wymagające renowacji ławki i sprzęt na terenach wokół obiektów, nie wymieniony piasek w piaskownicach.

Do grupy innych obiektów świadczących usługi noclegowe należą hotele pracownicze, hotele asystenckie, bazy noclegowe PKS, kompleksy socjalno-noclegowe. Od kilku lat obserwuje się stopniowe zmniejszanie liczby tych placówek, co potwierdza także stan ewidencji w 2006 r., zgodnie z którym liczba zewidencjonowanych obiektów wynosiła 304 i spadła w porównaniu z rokiem wcześniejszym o 137. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono ogółem w 271 obiektach tej grupy, oceniając negatywnie stan 18 (6,6 %).

Obiekty tej grupy stanowią placówki o zróżnicowanym standardzie świadczonych usług, w części z nich znajdują się wydzielone pokoje z węzłami sanitarnymi wspólnymi dla całego piętra, w innych pokoje wyposażone są we własne sanitariaty. Główne uchybienia obejmowały: zły stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów w ciągach komunikacyjnych i pokojach, sanitariatach oraz pomieszczeniach pomocniczych (odpadający tynk, ubytki w powierzchni), brudne lub uszkodzone wykładziny podłogowe, nie wystarczającą ilość koszy na odpadki, niewłaściwy stan szaf odzieżowych, brak należytego stanu czystości w sanitariatach. W porównaniu z rokiem wcześniejszym

stwierdzono zwiększenie procentowego udziału obiektów w złym stanie sanitarnym o 1,1 % (z 5,5 % w roku 2005 do 6,6 % w roku 2006).

2.5. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i solaria

Nadzór sanitarny nad obiektami tej grupy stwarza szczególne trudności, przede wszystkim z uwagi na ich znaczną liczebność, związane ze świadczonymi usługami ryzyko chorób przenoszonych podczas zabiegów nie medycznych, a ponadto konieczność dostosowania warunków panujących w zakładach do stosunkowo nowych wymagań, określonych w przepisach prawnych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2004 r. w sprawie wymagań sanitarnych, jakim powinny odpowiadać zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej (Dz. U. Nr 31, poz. 273). Mimo, iż od wejścia w życie powyższych regulacji upłynęły 3 lata, nadal część obiektów nie spełnia niektórych określonych w nich warunków. Dotyczy to zwłaszcza zakładów mieszczących się w starych budynkach.

Łącznie w 2006 roku w ewidencji wykazano 36 338 obiektów zaliczanych do tej grupy, z czego skontrolowano 31 858 (87,6 %). Zdecydowanie przeważały wśród nich obiekty położone na terenie miast (28 059 skontrolowanych obiektów – 87,8% ogółu objętych nadzorem), natomiast udział obiektów objętych kontrolą stanu sanitarnego był zbliżony w miastach i na wsi (ok. 87 % zakładów wykazanych w ewidencji). Podobnie jak w latach ubiegłych, większość skontrolowanych obiektów tej grupy stanowiły zakłady fryzjerskie i fryzjersko-kosmetyczne (24 053 obiekty – 75,6 % skontrolowanych). Zakłady kosmetyczne stanowiły 13,6 % skontrolowanych obiektów tej grupy, zakłady odnowy biologicznej, tatuażu i solaria – 10,8 %.

Stan sanitarny oceniono negatywnie w przypadku 2053 (6,4 %) skontrolowanych zakładów. W roku 2005 ocenę taką otrzymało 4,3 % skontrolowanych obiektów. Zły stan sanitarny stwierdzano najczęściej w zakładach fryzjerskich oraz fryzjersko-kosmetycznych (6,9 % skontrolowanych obiektów przy zbliżonym wskaźniku w mieście i na wsi). Rzadziej ocena taka dotyczyła zakładów odnowy biologicznej, tatuażu i solariów (5,35 % skontrolowanych zakładów), przy czym zastrzeżenia budziły znacznie częściej obiekty znajdujące się na wsi (11 %). Wśród skontrolowanych zakładów kosmetycznych udział obiektów, których stan sanitarny oceniono negatywnie był najniższy i wynosił 4,3 %. Zastrzeżenia dotyczące stanu technicznego obiektów dotyczyły odpowiednio 5,8 % skontrolowanych zakładów fryzjerskich i fryzjersko-kosmetycznych, 4,8 % zakładów odnowy biologicznej, tatuażu i solariów oraz 3,6 % zakładów kosmetycznych. Przy

zbliżonej liczbie skontrolowanych zakładów, prawie wszystkie powyższe wskaźniki były nieco wyższe w porównaniu z rokiem 2005, choć różnice te były niewielkie.

Podstawowe uchybienia, stwierdzane w obiektach ze złym stanem sanitarnym obejmowały: zły stan techniczny ścian i sufitów, brak lub niezgodne z wymaganiami wyposażenie pomieszczenia lub miejsca do przechowywania środków i sprzętu do utrzymania czystości, nieprawidłowe przechowywanie odzieży wierzchniej i ochronnej pracowników, brak toalety dla pracowników i osób korzystających z usług, brak zaplecza socjalnego z wydzielonym miejscem spożywania posiłków, brak ciepłej wody w zlewie w składziku porządkowym, brak pojemników z mydłem w płynie i ręczników jednorazowych przy umywalkach, ściany przy umywalkach nie pokryte materiałem nienasiąkliwym i łatwo zmywalnym do wymaganej wysokości, meble nie pokryte materiałem pozwalającym na ich mycie i dezynfekcję, zniszczona i brudna wykładzina podłogowa, ubytki w okładzinach ceramicznych ścian i podłóg, podłogi wykonane z materiałów trudnych do utrzymania w czystości, niedostateczną wentylację pomieszczeń, niedostateczną ilość bielizny czystej i środków dezynfekcyjnych, nieprawidłową segregację bielizny czystej i brudnej, niewłaściwe postępowanie z odpadami niebezpiecznymi, brak lub niewłaściwe prowadzoną dezynfekcję łóżek w solariach. Nadal problem stanowi właściwa sterylizacja narzędzi kosmetycznych.

2.6. Obiekty komunikacji publicznej

Grupa ta obejmuje łącznie 2071 obiektów, spośród których w 2006 r. skontrolowano 1826 (88,6 %) z czego większość znajdowała się w miastach (1119 obiektów – 61 % ogółu skontrolowanych). Do grupy tej należą dworce i stacje kolejowe, stanowiące największą jej część (66,4 % obiektów objętych kontrolą stanu sanitarnego), dworce autobusowe (26 %), porty morskie i przystanie promowe (2,5 %), przystanie żeglugi śródlądowej (1,2 %), porty lotnicze krajowe (0,7 %).

Stan sanitarny oceniono jako niedostateczny w 148 obiektach (8,1 %), co jest wskaźnikiem lepszym w porównaniu z rokiem wcześniejszym, kiedy przekraczał on 10 %. Należy jednak zaznaczyć, że istniały znaczne różnice w stanie sanitarnym poszczególnych rodzajów obiektów. Najgorzej oceniano warunki sanitarno-techniczne panujące na dworcach i stacjach kolejowych, gdzie za niedostateczny uznano stan 8,6 % skontrolowanych obiektów. W miastach odsetek ten wynosił 12,9 %, na wsi 7,4 %. Zły stan sanitarno-techniczny tej kategorii obiektów odnotowywany jest od lat, jednak

utrzymanie ich w należyтым stanie w wielu przypadkach natrafia na trudności, przede wszystkim z uwagi na brak środków finansowych i właściwego dozoru. Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości należą: zniszczone i brudne ściany i sufity z odpadającym tynkiem i ubytkami powierzchni, zniszczona lub zdewastowana stolarka drzwiowa i okienna, wybite szyby, brak lub zły stan techniczny wiat i ławek dla podróżnych, niedostateczna ilość i zły stan koszy na odpadki. Zastrzeżenia budzi stan pomieszczeń sanitarnych, w szczególności brak należytej ich czystości. Należy jednak dodać, iż w 2006 r. nastąpiła pewna poprawa stanu sanitarno-technicznego dworców i stacji kolejowych w porównaniu z rokiem wcześniejszym, na co wskazuje zmniejszenie procentowego udziału obiektów w złym stanie sanitarnym, który w roku 2005 wynosił 13,1 %. Zlikwidowano część obiektów w złym stanie sanitarnym (liczba placówek objętych nadzorem sanitarnym uległa zmniejszeniu o 157), w części dworców prowadzone były prace remontowe, zazwyczaj związane z usuwaniem najpilniejszych nieprawidłowości w stanie technicznym.

Lepiej oceniany był stan sanitarno-techniczny dworców autobusowych, w przypadku których na 476 skontrolowanych obiektów (98,1 % wykazanych w ewidencji) za nie spełniające wymagań sanitarnych uznano 21 (4,4 %). Oznacza to poprawę w porównaniu z rokiem 2005, kiedy obiekty w złym stanie sanitarnym stanowiły 6,7 % skontrolowanych, zwłaszcza, że jednocześnie zwiększeniu uległa ilość obiektów objętych nadzorem (o 47). Nieco częściej ocena taka dotyczyła obiektów na terenach wiejskich (6,3 %) w porównaniu z miastami (3,9 %).

Pozostałe obiekty komunikacji publicznej podobnie jak w latach ubiegłych ocenione zostały pozytywnie (poza 1 przystanią żeglugi śródlądowej).

2.7. Przejścia graniczne

W 2006 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 119 przejściach granicznych, co stanowiło 63,9 % wykazanych w ewidencji. Połowę skontrolowanych obiektów stanowiły drogowe przejścia graniczne. W porównaniu z rokiem wcześniejszym udział obiektów w złym stanie sanitarnym uległ zmniejszeniu z 9,1 % do 8,4 %.

Stan sanitarno-techniczny większości przejść granicznych nie budził zastrzeżeń. Pomieszczenia dla podróżujących były utrzymane w należyтым stanie czystości i odpowiednio wyposażone. Obiekty posiadały sanitariaty poddawane dezynfekcji, z doprowadzoną ciepłą i zimną bieżącą wodą i zapewnioną właściwą wentylacją, zaopatrzone w odpowiednią ilość środków czystości oraz w pojemniki z mydłem w płynie,

ręczniki jednorazowe i papier toaletowy. W większości obiektów toalety były dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Na terenie większych drogowych przejść granicznych znajdują się zlewnie ścieków z autokarów, z których nieczystości odprowadzane są do sieci kanalizacyjnej. Pojemniki na odpady ustawione były w oznakowanych miejscach na utwardzonej powierzchni i regularnie opróżniane.

Za niedostateczny uznano stan sanitarny ogółem w 10 obiektach, w tym 8 drogowych przejściach granicznych. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono także nieprawidłowy stan techniczny. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły stanu toalet, które nie odpowiadały potrzebom osób niepełnosprawnych, nie posiadały doprowadzonej ciepłej wody lub ich zaopatrzenie w wodę było niewystarczające.

3. Kąpieliska i baseny kąpielowe

3.1. Kąpieliska

Ocena bezpieczeństwa zdrowotnego i warunków rekreacji w kąpieliskach obejmuje zarówno jakość wody w kąpielisku, jak również stan sanitarno-techniczny obiektu i jego najbliższego otoczenia. W 2006 r. w ewidencji ujętych było ogółem 1480 kąpielisk, z czego jedynie 320 stanowiły kąpieliska zorganizowane (22 %). Przeważały natomiast kąpieliska niezorganizowane, których liczba wynosiła 1160 (78 % obiektów tej grupy). Zdecydowaną większość wykazanych w ewidencji kąpielisk stanowiły obiekty śródlądowe (1355 kąpielisk – 91,5 %). Największa ilość kąpielisk znajdowała się w województwach: pomorskim (250), warmińsko-mazurskim (235), kujawsko-pomorskim (150), zachodniopomorskim (106), lubuskim (103).

Kontrolą objęto w 2006 r. prawie wszystkie kąpieliska, zarówno zorganizowane (318 na 320 obiektów), jak i niezorganizowane (1149 na 1160 obiektów) – łącznie 99,12 % kąpielisk ujętych w ewidencji. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono we wszystkich kąpieliskach morskich, w przypadku kąpielisk śródlądowych odsetek skontrolowanych kąpielisk wynosił 99,04 % – w tej grupie nie skontrolowano 12 obiektów.

Jakość wody w kąpieliskach oceniano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2002 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda w kąpieliskach (Dz. U. Nr 183, poz. 1530). Próbkę wody do badań pobierano przed rozpoczęciem sezonu kąpieliskowego, a następnie przeciętnie co dwa tygodnie w trakcie jego trwania. W części kąpielisk niezorganizowanych próbki pobierane były rzadziej, jeśli

nie były one uczęszczane przez użytkowników, a wyniki badań wody w poprzednich lat wykazywały odpowiednią jej jakość.

Ocena stanu sanitarnego kąpielisk wykazała, że stosunkowo wysoki ich odsetek nie spełnia wymagań sanitarnych-higienicznych. Wynikało to przede wszystkim z nie odpowiedniej jakości wody w kąpielisku, co stwierdzono w 258 obiektach (17,4 % ogółu skontrolowanych). Stwierdzane przekroczenia wartości dopuszczalnych dotyczyły zarówno wskaźników mikrobiologicznych (167 obiektów – 11,2 %), jak i fizykochemicznych (129 obiektów – 8,72 %), przy czym w niespełna 3 % obiektów stwierdzano równoczesne przekroczenia obu rodzajów parametrów. Wyraźnie lepsze wskaźniki odnotowano w grupie kąpielisk zorganizowanych, wśród których jakość wody nie spełniała wymagań w 36 obiektach (11,2 % skontrolowanych). W 20 obiektach (6,2 %) było to spowodowane przekroczeniem wartości dopuszczalnych wskaźników mikrobiologicznych, w 24 (7,5 %) – parametrów fizykochemicznych. Wśród skontrolowanych kąpielisk nie zorganizowanych odsetki te były wyraźnie wyższe – jakość wody niezgodną z wymaganiami stwierdzono w 222 obiektach (19,1 %), w tym przekroczenia wartości dopuszczalnych wskaźników mikrobiologicznych w 147 (12,6 %), a parametrów fizykochemicznych w 105 (9,1 %).

Przeprowadzone kontrole wykazały ponadto lepszą jakość wody w kąpieliskach morskich, w przypadku których nie odpowiadała ona wymaganiom w 12 obiektach (9,6 %), z czego w 8 stwierdzane przekroczenia dotyczyły wskaźników mikrobiologicznych (6,4 %), a w 10 – parametrów fizykochemicznych (8,0 %). Podobnie jak w latach poprzednich, jakość wody w kąpieliskach morskich wykazywała zróżnicowanie terytorialne – w województwie zachodniopomorskim spośród 39 obiektów tej grupy wszystkie były ocenione pozytywnie, w województwie pomorskim – wśród 80 kąpielisk morskich jakość wody kwestionowano w 6, w województwie warmińsko-mazurskim jakość wody nie odpowiadała wymaganiom we wszystkich 6 obiektach tej grupy, zlokalizowanych na jego terenie. W grupie kąpielisk śródlądowych odsetek obiektów, w których jakość wody nie spełniała wymagań był prawie dwukrotnie wyższy (246 obiektów – 18,1 %). W kąpieliskach śródlądowych częściej stwierdzano nieodpowiednią jakość wody, przede wszystkim pod względem mikrobiologicznym (159 obiektów – 11,7 %). Częstość przekroczeń wartości dopuszczalnych parametrów fizykochemicznych była również większa w porównaniu z kąpieliskami morskimi, jednak w tym przypadku różnica nie była tak znaczna (119 obiektów – 8,7 %).

Tabela 5.1. Stan sanitarny kąpielisk w latach 2002-2006

Rok	Kąpieliska	Wg ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych	Skontrolowanych	Jakość wody w kąpieliskach			
				wymaganej czystości wody			
				odpowiadają	nie odpowiadają		
					razem	pod względem	
	fizyko-chemicznym	bakteriologicznym					
2002	Liczba obiektów	1368	1361	1142	219	134	130
	%	x	99,5	83,9	16,1	61,2	59,4
2003	Liczba obiektów	1340	1331	1116	215	138	113
	%	x	99,3	83,8	16,2	64,2	52,6
2004	Liczba obiektów	1622	1605	1289	316	201	135
	%	x	99,0	80,3	19,7	63,6	42,7
2005	Liczba obiektów	1543	1534	1243	291	191	134
	%	x	99,4	81,0	18,9	65,0	46,0
2006	Liczba obiektów	1480	1467	1243	258	129	167
	%	x	99,1	81,5	17,4	50,0	64,7

Porównując wyniki oceny stanu sanitarnego kąpielisk w 2006 r. z latami wcześniejszymi, należy stwierdzić, iż:

- w 2006 r. nastąpiło zmniejszenie liczby kąpielisk ujętych w ewidencji – z 1543 do 1480,
- udział kąpielisk zorganizowanych wzrósł z 20,1 % w 2005 r. do 22 % w 2006 r. Stwierdzono spadek liczby zewidencjonowanych kąpielisk niezorganizowanych – z 1227 do 1160, przy jednoczesnym zwiększeniu liczby kąpielisk zorganizowanych (z 307 do 320),
- jakość wody w kąpieliskach była zbliżona do stwierdzanej w latach ubiegłych. Nastąpił niewielki spadek odsetka obiektów nieodpowiadających wymaganiom – z 18,9 % w 2005 r. do 17,4 % w 2006 r. Tendencja ta wystąpiła zarówno w grupie kąpielisk zorganizowanych, w której obiekty nieodpowiadające wymaganiom stanowiły w 2005 r. 12,4 %, a w 2006 r. 11,2%, jak i kąpielisk niezorganizowanych – odpowiednio 20,7 % i 19,1 %,
- wśród ogółu skontrolowanych kąpielisk nieodpowiadających wymaganiom, zwiększył się udział obiektów, w których stwierdzano przekroczenia dopuszczalnych wartości wskaźników mikrobiologicznych – w 2006 r. wynosił on 11,2 % (problem dotyczył 167 kąpielisk), rok wcześniej 8,7 % (134 kąpieliska),
- podobnie jak w latach poprzednich, stwierdzano lepszą jakość wody w kąpieliskach zorganizowanych oraz w kąpieliskach morskich, choć w przypadku tych ostatnich

zaznaczały się różnice jakości wody w poszczególnych województwach.

3.2. Baseny kąpielowe

W 2006 r. skontrolowano 1304 baseny kąpielowe spośród 1358 wykazanych w ewidencji (96,0 %). Znaczna ich większość – 1029 obiektów (79 %) znajdowało się w miastach, 275 (21 %) na obszarach wiejskich, natomiast udział procentowy obiektów objętych kontrolą sanitarną był zbliżony w mieście i na wsi (odpowiednio 96,5 % i 94,1 %). W porównaniu z rokiem 2005 zwiększeniu uległa zarówno ilość zewidencjonowanych basenów kąpielowych (z 1326 do 1358), jak i ilość obiektów objętych kontrolą sanitarną (z 1256 do 1304). Podobnie jak w latach poprzednich, większość obiektów tej grupy stanowiły pływalnie kryte (całoroczne), których udział w ogólnej liczbie zewidencjonowanych basenów kąpielowych w 2006 r. wynosił 66,2 %, a wśród obiektów skontrolowanych 67,2 %.

Wygaśnięcie przed kilku laty z przyczyn formalnych szczegółowych przepisów prawnych, określających wymagania higieniczne dotyczące basenów kąpielowych, w szczególności jakości wody basenowej, oraz brak aktualnych regulacji z tego zakresu utrudnia sprawowanie nadzoru sanitarnego. Mimo to baseny kąpielowe należą do obiektów, które w bardzo wysokim odsetku objęte są kontrolą stanu sanitarnego. Dotyczy to szczególnie basenów krytych (całorocznych), w przypadku których skontrolowano 97,6 % obiektów (w miastach 98,0 %, na wsi 95,0 %). Systematycznie pobierane są próbki wody do badań, obejmujących przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne (*E. coli*, gronkowce koagulazo-dodatnie, ogólną liczbę bakterii w temp. 36°C, a ponadto parametry fizykochemiczne, w tym wolny chlor i amoniak). Większość basenów kąpielowych, zwłaszcza całorocznych, zaopatrywana jest w wodę z sieci wodociągowej i wyposażona jest w automatyczne systemy oczyszczania, dezynfekcji i cyrkulacji wody, zapewniające zautomatyzowaną kontrolę parametrów jakości wody i dozowanie środków dezynfekcyjnych. Baseny kryte na ogół posiadają system wentylacji grawitacyjnej i mechanicznej oraz oświetlenie naturalne i sztuczne. Własne ujęcie wody (przeważnie powierzchniowej) posiadają nieliczne baseny sezonowe. W większości obiektów stan sanitarno-techniczny niecek basenów nie budził zastrzeżeń. Posiadały one wystarczający zapas środków do dezynfekcji, czyszcząco-myjących oraz sprzętu porządkowego, który był przechowywany w sposób właściwy. Ściany i podłogi pomieszczeń zaplecza sanitarnego miały powierzchnie nie nasiąkliwe i łatwo zmywalne, przeważnie wyłożone

okładzinami ceramicznymi, same pomieszczenia wyposażone były w umywalki z doprowadzoną bieżącą ciepłą i zimną wodą.

Na podstawie przeprowadzonych kontroli zły stan sanitarny stwierdzono ogółem w 58 skontrolowanych obiektach (3,9 %). Odsetek ten był wyższy w mieście (4,27 %, 44 obiekty), niż na wsi (2,9 %, 8 obiektów). Niewłaściwy stan techniczny dotyczył 3,0 % ogółu skontrolowanych basenów kąpielowych (w mieście 3,1 %, na wsi 2,9 %). Lepiej oceniano stan sanitarny basenów kąpielowych całorocznych, w przypadku których negatywna ocena dotyczyła 30 obiektów na 877 skontrolowanych (3,4 %), w tym 28 w miastach (3,7 % tego typu obiektów objętych kontrolą) i 2 na wsi (1,5 %).

Najczęstszą przyczyną negatywnej oceny stanu sanitarnego basenów kąpielowych była nieodpowiednia jakość wody w nieszczęśliwej, zły stan sanitarno-techniczny niecki basenowej z ubytkami w okładzinach ceramicznych i wykwitami glonów, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń, niewłaściwe przechowywanie preparatów do oczyszczania i dezynfekcji wody, w tym nieodpowiednie warunki w pomieszczeniach do ich magazynowania, nieprawidłowości w odprowadzaniu ścieków, niedrożne odpływy przelewowe, zniszczone i brudne ściany i sufity hali basenowej, szatni i zaplecza sanitarnego, uszkodzona stolarka drzwiowa w łazienkach, toaletach i szatniach, uszkodzenia i zabrudzenia szafek do przechowywania odzieży w szatniach, niedostatecznie wyposażona apteczka pierwszej pomocy, brak lub niedostateczna ilość dozowników mydła w płynie i ręczników jednorazowych przy umywalkach.

Podobnie jak w przypadku kąpielisk, poszczególne województwa znacznie różniły się pod względem liczby basenów kąpielowych na swoim terenie. Najwięcej basenów kąpielowych objętych kontrolą stanu sanitarnego znajdowało się w województwach: śląskim (247 basenów, z czego 1,2 % nie odpowiadało wymaganiom), dolnośląskim (143 baseny kąpielowe, z czego 11,1 % nie odpowiadało wymaganiom), małopolskim (133 obiekty, 1,4 % nie odpowiadało wymaganiom), zachodniopomorskim (126 basenów kąpielowych, z czego wymagań sanitarnych nie spełniało ok. 9 %). Jak wynika z powyższego zestawienia, różnice dotyczyły także procentowego udziału obiektów basenowych, których stan sanitarny oceniony został jako zły. Wahał się on od 0 do 11 %. W województwach: kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, pomorskim i warmińsko-mazurskim stan wszystkich skontrolowanych basenów kąpielowych oceniono pozytywnie.

W porównaniu z rokiem ubiegłym, zwiększyła się łączna liczba basenów kąpielowych, których stan sanitarny oceniono jako zły (z 42 obiektów 2005 r. do 58 w 2006 r.). Zwiększył się także udział procentowy tych obiektów wśród ogółu

skontrolowanych z 3,3 % w 2005 r. do 3,9 % z 2006 r. W przypadku basenów krytych liczba obiektów w złym stanie sanitarnym utrzymywała się na niezmiennym poziomie – ocena taka zarówno w 2005 i 2006 roku dotyczyła 30 basenów, co stanowiło odpowiednio 3,6 % oraz 3,4 % skontrolowanych obiektów tej grupy.

Podsumowanie

W roku 2006 kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono łącznie w 79 420 obiektach. W grupie skontrolowanych obiektów zwiększył się procentowy udział placówek, których stan sanitarny oceniony został jako zły. Wyniósł on 4,0 %, podczas gdy w roku 2005 obiekty w złym stanie sanitarnym stanowiły 3,3 % ogółu skontrolowanych.

W porównaniu z rokiem wcześniejszym, w 2006 r. odnotowano wzrost udziału obiektów w złym stanie sanitarnym wśród objętych kontrolą basenów kąpielowych (z 3,3 % do 3,9 %), ustępów publicznych (z 3,0 % do 3,4 %), noclegowni dla bezdomnych (z 3,4 % do 6,1 %), domów pomocy społecznej (z 3,4 % do 4,6 %), zakładów fryzjerskich, kosmetycznych i odnowy biologicznej (z 4,3 % do 6,4 %). Jednocześnie odsetek obiektów, których stan sanitarny oceniono negatywnie zmniejszył się w przypadku kąpielisk (z 18,9 % do 17,4 %), obiektów komunikacji publicznej (z 10,1 % do 8,1 %), w tym dworców i stacji kolejowych (z 13,1 % do 8,6 %), drogowych przejść granicznych (z 9,1 % do 8,4 %).

VI. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej

1. Wprowadzenie

Nadzór sanitarny nad zakładami służby zdrowia ma na celu kontrolę panujących w nich warunków sanitarnych oraz eliminację zagrożeń i zapewnienie bezpiecznych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. W 2006 r. spośród ujętych w ewidencji ogółem 63 900 obiektów tej grupy kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 38 094 placówkach (59,6 %). Należały do nich:

- zakłady opieki zdrowotnej – skontrolowano 17 666 obiektów (84 % zewidencjonowanych),
- praktyki lekarskie i pielęgniarские:
 - indywidualna praktyka lekarska – 6704 obiekty (47,1 %)
 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska – 24 922 obiekty (46,1 %),
 - grupowa praktyka lekarska – 667 obiektów (58,5 %),
- indywidualna i grupowa praktyka pielęgniariska – 1360 placówek (68,2 %),
- inne podmioty, świadczące usługi medyczne – 1045 obiektów (61,3 %).

Odsetek zakładów objętych kontrolą sanitarną był niższy w porównaniu z latami wcześniejszymi i na przestrzeni ostatnich 4 lat wykazywał stały spadek, co ilustruje poniższa tabela.

Tabela 6.1. Obiekty służby zdrowia, skontrolowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną w latach 2003-2006

Rodzaj placówki	Rok	Liczba skontrolowanych obiektów	% obiektów objętych ewidencją
Zakłady opieki zdrowotnej ogółem	2006	17 666	84,0
	2005	17 444	88,6
	2004	17 344	93,9
	2003	17 414	95,0
Praktyki lekarskie i pielęgniarские ogółem oraz inne podmioty świadczące usługi medyczne	2006	20 428	47,7
	2005	21 215	52,3
	2004	23 453	57,4
	2003	23 718	60,6
Razem	2006	38 094	59,6
	2005	38 659	64,3
	2004	40 797	68,8
	2003	41 132	71,6

2. Zakłady opieki zdrowotnej ogółem

W 2006 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 17 666 obiektów tej grupy, co stanowiło 84 % ujętych w ewidencji, a zarazem blisko połowę ogółu skontrolowanych placówek służby zdrowia (46,3 %). Liczba obiektów, w których przeprowadzono kontrolę zwiększyła się w porównaniu z rokiem wcześniejszym (z 17 444 w 2005 r.), jednak ich odsetek uległ zmniejszeniu z 88 % w 2005 r. do 84 % w 2006 r. z powodu wzrostu liczby obiektów w ewidencji. Wśród skontrolowanych placówek przeważały zakłady znajdujące się na obszarze miast (74,3 % skontrolowanych) oraz placówki o charakterze niepublicznym (72,7 %). Wynika to z dużego udziału niepublicznych przychodni i poradni w strukturze zakładów opieki zdrowotnej – spośród ogółu 14 349 objętych kontrolą obiektów tej grupy placówki niepubliczne stanowiły 65,9 %. Najmniejszy udział placówek niepublicznych odnotowano w przypadku szpitali (15,9 %). Wzrost udziału obiektów niepublicznych w ogólnej liczbie zakładów opieki zdrowotnej obserwowany jest od kilku lat, co ilustruje poniższa tabela.

Tabela 6.2. Udział placówek niepublicznych w ogólnej liczbie zakładów opieki zdrowotnej ujętych w ewidencji

Rok	% zoz niepublicznych
2006	75,4
2005	73,0
2004	71,3
2003	69,4

Stan sanitarny skontrolowanych zakładów oceniono negatywnie ogółem w 734 obiektach (4,1 %). W porównaniu z rokiem wcześniejszym wskaźnik ten nie uległ zmianie. Podobnie jak w latach poprzednich, nieco lepiej oceniane były zakłady opieki zdrowotnej w miastach, gdzie negatywnie oceniono stan 3,7 % skontrolowanych obiektów, podczas gdy na wsi 5,5 % placówek. Lepiej oceniano także stan sanitarny w grupie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, w której ocenę negatywną otrzymało 3,4 % skontrolowanych obiektów. W przypadku placówek publicznych odsetek ten wyniósł 5,9 %. Wynika to z faktu, że wśród placówek niepublicznych więcej jest obiektów nowych, przy tym naogół mniejszych, w przypadku których łatwiej o zapewnienie należytej funkcjonalności pomieszczeń i dostosowanie ich do obowiązujących wymagań. Ponadto obiekty te są częściej modernizowane i poddawane renowacji.

Tabela 6.3. Zakłady opieki zdrowotnej w złym stanie sanitarnym wg kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2006 r. (odsetek ogółu skontrolowanych obiektów)

ZOZ		Miasto	Wieś	Ogółem
Publiczne	skontrolowano	3167	1654	4821
	w złym stanie sanitarnym	194 (6,1 %)	91 (5,5 %)	285 (5,9 %)
Niepubliczne	skontrolowano	10014	2832	12846
	w złym stanie sanitarnym	298 (2,9 %)	151 (5,3 %)	449 (3,4 %)
Ogółem	skontrolowano	13181	4485	17666
	w złym stanie sanitarnym	492 (3,7 %)	242 (5,3 %)	734 (4,1 %)

3. Zakłady lecznictwa zamkniętego

Powyższa grupa obiektów obejmuje szpitale, sanatoria i szpitale uzdrowiskowe, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady opieki hospicyjno-paliatywnej. W grupie tej obserwowano stopniowy wzrost udziału obiektów niepublicznych, który jednak był mniejszy niż w przypadku placówek ambulatoryjnych i nieznacznie przekraczał 50 %.

3.1. Szpitale

Szpitale należą do obiektów o najwyższym stopniu objęcia kontrolą sanitarną. W 2006 r. spośród znajdujących się w ewidencji 798 szpitali skontrolowano stan sanitarny 794 (99,4 %), co oznacza, że kontroli poddano praktycznie wszystkie czynne placówki. Zły stan sanitarny stwierdzono ogółem w 116 obiektach, co stanowiło 14,6 % objętych kontrolą. Liczba szpitali zewidencjonowanych i skontrolowanych nie uległa istotnej zmianie w porównaniu z rokiem poprzednim, zmniejszył się natomiast o 0,9 % odsetek obiektów, których stan sanitarny oceniono jako niedostateczny.

Zdecydowaną większość szpitali stanowią obiekty publiczne (84,0 % ujętych w ewidencji i skontrolowanych). Udział obiektów objętych kontrolą sanitarną był wśród nich równie wysoki, jak w grupie szpitali ogółem, natomiast stan sanitarny uznany został za niedostateczny w 16,4 % skontrolowanych placówek. Zarówno w całej grupie, jak i w podgrupie szpitali publicznych negatywna ocena stanu sanitarnego częściej dotyczyła obiektów znajdujących się w miastach (odpowiednio 14,6 % oraz 16,4 %) w porównaniu z obszarami wiejskimi (13,4 % i 15,5 %).

3.1.1. Stan techniczny i funkcjonalny szpitali

W myśl obowiązujących w 2006 r. regulacji prawnych, kierownicy szpitali byli zobowiązani do opracowania i przedstawienia do zatwierdzenia programu dostosowania

podległych im obiektów do wymagań określonych w przepisach (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 116, poz. 985). Ww. rozporządzenie utraciło moc prawną z dniem 9 grudnia 2006 r., kiedy to weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 213, poz. 1568). Nowa regulacja cechuje się większą elastycznością przyjętych rozwiązań, przy utrzymaniu wszystkich podstawowych wymagań. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. wprowadziło w przypadku szpitali wydłużony – do dnia 31 grudnia 2012 r. – termin dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w rozporządzeniu. W przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej utrzymano dotychczas obowiązujący termin 31 grudnia 2008 r. Równocześnie utrzymano nałożony na kierowników placówek obowiązek przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr programu dostosowania obiektów do obowiązujących wymagań, wraz z podaniem terminów przewidywanych działań. Program ten powinien być złożony do dnia 30 czerwca 2007 r., po uprzednim pozytywnym zaopiniowaniu przez właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego – w przypadku szpitali lub przez właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego – w przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej.

Część obiektów szpitalnych mieści się w starych budynkach, stwarzających bardzo ograniczone możliwości dostosowania ich do aktualnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia szpitalne. Ponadto budynki te często są zniszczone i wyeksploatowane.

Do najczęściej występujących uchybień stanu sanitarno-technicznego należały: niewłaściwy stan techniczny ścian, sufitów i podłóg w salach chorych, korytarzach, blokach operacyjnych, laboratoriach, pomieszczeniach pralni i bloków żywienia, ubytki w okładzinach ceramicznych na ścianach, brak cokołów przy podłogach, ściany przy umywalkach nie pokryte materiałem zmywalnym i nie nasiąkliwym do wymaganej wysokości, zniszczona stolarka drzwiowa i okienna, brak węzłów sanitarnych przy salach chorych, brak wentylacji mechanicznej, zniszczona armatura sanitarna, uszkodzone grzejniki ze śladami rdzy, niewłaściwe montowanie grzejników utrudniające ich czyszczenie, zniszczone łóżka w salach chorych, zbyt duża ilość łóżek w pomieszczeniach, nie dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, brak wydzielonych

brudowników i składzików porządkowych lub niewłaściwe ich wyposażenie, brak lub niewystarczająca ilość zamykanych wózków do przewożenia brudnej bielizny i odpadów medycznych, zły stan pomieszczeń do przechowywania odpadów medycznych (brak doprowadzenia wody, ubytki w powierzchni ścian, sufitów i posadzek), niesprawna wentylacja, której konstrukcja w licznych przypadkach uniemożliwia czyszczenie i konserwację, niewystarczająca ilość urządzeń dźwigowych, brak podjazdów dla karetek, brak lub niewłaściwie wyposażone pomieszczenia do przechowywania odpadów medycznych, bez możliwości schładzania. Wiele zastrzeżeń dotyczyło stanu technicznego i funkcjonalnego pomieszczeń, w których wymagane jest zachowanie aseptyki, w tym bloków operacyjnych, centralnych sterylizatori. Wśród najczęściej występujących uchybień należy wymienić: zbyt małą powierzchnię pomieszczeń, brak oddzielnych dróg transportu materiałów czystych i brudnych oraz odpadów medycznych, zwłaszcza na blokach operacyjnych, w centralnych sterylizatoriach, pralniach, ciągach komunikacyjnych, brak centralnych sterylizatori lub ich niewłaściwe urządzenie, brak klimatyzacji, brak wentylacji mechanicznej, brak filtrów powietrza, brak antyelektrostatycznych wykładzin podłogowych, brak rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę lub nieodpowiednią jakość wody z tego ujęcia, brak zaokrąglonych miejsc styku cokołów z podłogą w pomieszczeniach wymagających zachowania aseptyki, brak lub zbyt małą ilość śluz fartuchowo-umywalkowych, brak węzłów sanitarnych dla personelu bloków operacyjnych, niewłaściwy stan wyposażenia sal operacyjnych i gabinetów zabiegowych, utrudniający jego mycie i dezynfekcję.

W wielu szpitalach prowadzone były prace remontowe, w tym mające na celu dostosowanie obiektów do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*. Zgodnie z obowiązującym do dnia 8 grudnia 2006 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. część szpitali opracowała i przedłożyła właściwym terenowo organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej do zaopiniowania programy dostosowawcze.

3.1.2. Zaopatrzenie w wodę

Podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę w większości szpitali (70 %) są wodociągi publiczne. Część szpitali posiada własne ujęcia wody, wykorzystując wodociągi publiczne jako źródło awaryjnego zaopatrzenia w wodę. Nadal wiele szpitali nie posiada awaryjnego źródła zaopatrzenia w wodę. Dotyczy to około 30 % ogółu placówek, w tym

przede wszystkim szpitali korzystających z publicznej sieci wodociągowej, wśród których odsetek takich obiektów w niektórych województwach przekracza 50 %. Część obiektów wyposażona jest w zbiorniki, zapewniające w razie awarii zaopatrzenie w wodę przez 24-48 godzin.

Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w znacznej większości placówek odpowiadała wymaganiom. Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości dotyczyły częściej wody z własnych ujęć szpitali i polegały prawie wyłącznie na przekroczeniach dopuszczalnych wartości barwy, mętności, twardości, żelaza i manganu. W większości województw odnotowano pojedyncze przypadki nieodpowiedniej jakości mikrobiologicznej wody, w tym występowania bakterii grupy coli, co w części obiektów było następstwem prac remontowych instalacji wodociągowej. We wszystkich przypadkach podjęte zostały działania mające na celu zapewnienie odpowiedniej jakości wody. Szczególny problem stanowiło skażenie instalacji wody ciepłej bakteriami *Legionella pneumophila*, odnotowane w 2 obiektach, z uwagi na wysoki stopień zagrożenia epidemiologicznego i trudności w eliminacji mikroorganizmu i przywrócenia należytej jakości wody. Należy oczekiwać, że w następstwie podjęcia regularnych badań wody ciepłej w szpitalach przypadki wykrycia skażenia instalacji mogą być częstsze, co wymagać będzie wdrożenia odpowiednich procedur dezynfekcji instalacji i zachowania należytej temperatury wody ciepłej. Jest to niezbędny warunek ograniczenia ryzyka infekcji wewnątrzszpitalnych o ciężkim przebiegu, spowodowanych wdychaniem skażonego aerozolu wodno-powietrznego.

3.1.3. Dezynfekcja i komory dezynfekcyjne

W większości skontrolowanych szpitali nie stwierdzano rażących uchybień dotyczących preparatów dezynfekcyjnych i procedur dezynfekcji. Stosowane były wyłącznie środki zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, posiadające ponadto ważny termin przydatności do użycia. Do dezynfekcji niewielkich powierzchni coraz częściej stosowane są preparaty w formie gotowej do użycia, często w sprayu, które są wygodne w stosowaniu z uwagi na pominięcie procedury sporządzania roztworu roboczego. W większości obiektów dezynfekcja sprzętu przeprowadzana jest w gabinetach zabiegowych lub dyżurkach pielęgniarek. Jedynie w niewielu obiektach znajdują się wydzielone do tego celu pomieszczenia z prawidłową wentylacją, przeważnie na blokach

operacyjnych lub przy oddziałach noworodkowych.

Sposób przechowywania preparatów dezynfekcyjnych nie budził na ogół zastrzeżeń – magazynowane były w zamykanych szafkach, w prawidłowo oznakowanych i szczelnych pojemnikach. Stałym problemem jest niższe od wymaganego stężenie roztworów roboczych środków dezynfekcyjnych. W niektórych województwach kontrola pobranych próbek roztworów roboczych wykazała, że relatywnie często nie osiągają one wymaganego stężenia (11 % w woj. podlaskim), choć na przestrzeni ostatnich kilku lat widoczna jest poprawa w tym zakresie. Badania te nie były jednak wykonywane we wszystkich województwach.

W 2006 r. liczba komór dezynfekcyjnych w szpitalach nie uległa istotnym zmianom w porównaniu z rokiem wcześniejszym. Odsetek szpitali wyposażonych w komory dezynfekcyjne w poszczególnych województwach wynosił 16-36 %, co oznacza, że przeciętnie w każdym z województw znajdowało się od kilku do kilkunastu szpitali wyposażonych w komory dezynfekcyjne. Były one regularnie poddawane kontroli technicznej i obsługiwane przez przeszkolonych pracowników, posiadających stosowane uprawnienia. Dezynfekcja odbywała się zgodnie z opracowanym harmonogramem oraz doraźnie, w zależności od potrzeb oddziałów szpitala. Podlegają jej poduszki, koce, materace, przede wszystkim te, z których korzystali chorzy zakaźnie. Rzadziej natomiast komory dezynfekcyjne były wykorzystywane do rutynowej dezynfekcji wyposażenia łóżek. Czynnikiem dezynfekcyjnym stanowiła para wodna pod ciśnieniem, formalina, amoniak. Koce i poduszki były ponadto poddawane dezynfekcji w trakcie prania z zastosowaniem środków piorąco-dezynfekcyjnych w pralniach wewnętrznych lub zewnętrznych. Należy odnotować zwiększenie się liczby szpitali, stosujących zmywalne pokrowce na materace i poduszki. Szpitale nie posiadające komór dezynfekcyjnych korzystały z usług firm zewnętrznych.

W ramach nadzoru sanitarnego wykonywane były badania kontrolne cykli, spośród których przeważnie tylko pojedyncze były kwestionowane. Odsetek kwestionowanych cykli wahał się od 0 do 14 %, największy stwierdzono w województwie podlaskim, gdzie na 20 badań zakwestionowano 8.

Skuteczność dezynfekcji oceniano także na podstawie wymazów czystościowych, pobieranych z powierzchni poddanych uprzednio dezynfekcji. W poszczególnych województwach zarówno liczba wykonanych badań (od 203 w woj. łódzkim do 1590 w woj. dolnośląskim), jak i ich wyniki wahały się dość znacznie. Odsetek zakwestionowanych wymazów wynosił od 8,9 % do 20 %.

Pomieszczenia wymagające zwiększonego reżimu sanitarnego, w tym sale operacyjne, sale noworodków i gabinety zabiegowe wyposażone są w lampy bakteriobójcze UV, wykorzystywane do naświetlania pomieszczeń podczas przerw w ich użytkowaniu. W każdym oddziale prowadzona jest ewidencja czasu pracy lamp w postaci rejestru lub automatycznego licznika.

Znajomość zasad dezynfekcji wśród personelu szpitali w większości z nich uznana została za zadowalającą. Uchybienia dotyczące dezynfekcji stanowiły nieliczną grupę nieprawidłowości. Należały do nich: brak opracowanych procedur dezynfekcji i mycia sprzętu medycznego, brak oznakowania pojemników z roboczymi roztworami środków dezynfekcyjnych, brak odpowiednich pojemników do dezynfekcji sprzętu medycznego, wyposażonych w sita i szczelne pokrywy, nie przestrzeganie zasady całkowitego zanurzenia sprzętu, zbyt krótki czas dezynfekcji, brak lub niewystarczająca ochrona dezynfekowanego sprzętu przed ponownym zanieczyszczeniem, przechowywanie preparatów dezynfekcyjnych bez zabezpieczenia w miejscach ogólnodostępnych, brak wydzielonych pomieszczeń do przygotowywania roztworów roboczych środków dezynfekcyjnych, niewłaściwy dobór preparatów dezynfekcyjnych, stosowanie zbyt małej ilości środka dezynfekcyjnego, niewystarczające zaopatrzenie w środki do dezynfekcji rąk, brak rejestracji zużycia preparatów dezynfekcyjnych.

3.1.4. Sterylizacja

Najbardziej skuteczną sterylizację narzędzi, materiałów i sprzętu medycznego w ilościach niezbędnych dla sprawnego funkcjonowania szpitala, a ponadto właściwą organizację tego procesu i nadzór nad jego przebiegiem umożliwia centralna sterylizatornia.

W poszczególnych województwach centralne sterylizatornie posiada od 20 % szpitali (wielkopolskie) do 50 % (opolskie, lubelskie), spośród których jednak tylko pojedyncze placówki dysponują obiektami spełniającymi w całości wymagania sanitarno-techniczne, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. (zależnie od województwa 7,4 %-22,1 % ogółu skontrolowanych szpitali). Zgodnie z powyższymi regulacjami centralne sterylizatornie powinny posiadać 3 wyodrębnione strefy – brudną, czystą i sterylną, rozdzielone śluzami umywalkowo-fartuchowymi oraz powinny być wyposażone w przelotowe urządzenia do mycia, dezynfekcji i sterylizacji, zapewniające ścisły rozdział dróg materiałów brudnych i czystych. Część centralnych sterylizatori posiada wydzielone przepisowe strefy, jednak brak przelotowych urządzeń w

sterylizatorach gazowych nie zapewnia prawidłowego przeprowadzenia procesu sterylizacji. W obiektach zlokalizowanych w zaadaptowanych pomieszczeniach krzyżują się drogi materiałów brudnych i czystych. Ponadto mycie i dezynfekcja sprzętu przeprowadzane są w większości obiektów na oddziałach szpitalnych. Część szpitali zlecała sterylizację narzędzi innym placówkom, w niektórych stosowano wyłącznie sprzęt jednorazowego użytku.

Sterylizację narzędzi przeprowadzano korzystając przede wszystkim ze sterylizatorów parowych (autoklawów), stanowiących zdecydowaną większość aparatury stosowanej do tego celu (w zależności od województwa od 68 % do 89,4 %, przy czym wskaźnik ten wykazuje tendencję wzrostową). Używane były także sterylizatory gazowe na tlenek etylenu, przede wszystkim do sterylizacji narzędzi i materiałów z tworzyw sztucznych, odkształcających się pod wpływem wysokiej temperatury. Stanowiły one od 2,2 % do 15,8 % ogółu urządzeń do sterylizacji w obiektach szpitalnych poszczególnych województw. Ich liczba nie uległa w 2006 r. istotnej zmianie. Pojedyncze szpitale korzystały także ze sterylizatorów niskotemperaturowych (plazmowych). Przeprowadzone w ramach nadzoru sanitarnego kontrole wskazują, że w 2006 r. w szpitalach nadal trwał proces wycofywania ze stosowania sterylizatorów na suche gorące powietrze. W szpitalach niektórych województw w ogóle nie były one wykorzystywane, w pozostałych stosowano je wyłącznie w aptekach, laboratoriach, kuchenkach mlecznych oraz do sterylizacji kieliszków do leków i szpatulek metalowych. Stanowią one od 8,5 % do 15,3 % czynnych urządzeń do sterylizacji.

Narzędzia, materiały i sprzęt medyczny poddawano sterylizacji w rękawach, torebkach papierowych, rękawach papierowo-foliowych, podwójnej warstwie papieru krepowego, profesjonalnych kontenerach zaopatrzonych w filtry. Opakowania oznaczano podając datę sterylizacji oraz datę przydatności do użycia sterylizowanych narzędzi.

Skuteczność sterylizacji była systematycznie weryfikowana przez użytkowników urządzeń w ramach kontroli wewnętrznej, poprzez stosowanie testów chemicznych do kontroli każdego procesu oraz bioindykatorów raz w miesiącu. Wyniki kontroli były archiwizowane. Ponadto w ramach nadzoru sanitarnego skuteczność procesów sterylizacji kontrolowana była przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ogółem przeprowadzono blisko 60 000 kontroli procesów, kwestionując ok. 1 %. Miało to miejsce zwykle w przypadku sterylizatorów na suche gorące powietrze (odsetek kwestionowanych procesów sięgał w niektórych województwach 15,1 %) i nieco rzadziej na tlenek etylenu (do 10,8 %). Odsetek kwestionowanych procesów w przypadku autoklawów nie

przekraczał 1,5 %, a w wielu województwach wynosił 0 %.

Najczęstszymi uchybieniami dotyczącymi procesu sterylizacji były: przechowywanie uszkodzonych pakietów, brak odpowiedniego oznakowania pakietów, w szczególności oznaczenia daty oraz przechowywanie pakietów bez ważnego terminu przydatności, brak zamkniętych szczelnych pojemników do transportu sprzętu sterylnego, brak pomieszczenia dystrybucji materiału sterylnego, brak testowania biologicznego urządzeń sterylizujących, przechowywanie sterylnego sprzętu w sąsiedztwie odpadów medycznych.

3.1.5. Bieżący stan czystości i porządku

Utrzymanie należytego stanu czystości w oddziałach szpitalnych należy do obowiązków pracowników szpitala lub jest zlecane firmom zewnętrznym. To ostatnie rozwiązanie przyjmuje coraz więcej szpitali – wg szacunkowych danych ok. 30 %. Liczne szpitale posiadają opracowane i wdrożone procedury sprzątania i zachowania czystości. W znacznej większości szpitali zaopatrzenie w sprzęt myjący i środki myjąco-czyszczące i dezynfekcyjne było prawidłowe i były one prawidłowo oznakowane i przechowywane – w wydzielonym pomieszczeniu, zamykanych szafach, szczelnych opakowaniach. Sprzęt stosowany do mycia, w tym wózki dwukomorowe i mopy bawełniane, jest oznakowany i stosowany zgodnie z podziałem na strefy czystości mikrobiologicznej. Oddzielne i oznakowane mopy stosowane są do mycia i do dezynfekcji. Po każdorazowym użyciu są one umieszczane w workach i przesyłane do prania.

W większości skontrolowanych szpitali utrzymany był należyty stan czystości bieżącej.

3.1.6. Bloki żywienia

Zapewnienie odpowiednich warunków sanitarnych przygotowania i dystrybucji posiłków jest niezbędne z uwagi na specyfikę osób żywionych. Z tego powodu wymaga się wdrożenia w powyższych obiektach zasad dobrej praktyki produkcyjnej i higienicznej oraz systemu HACCP, utrzymania należytego stanu czystości i spełnienia wymagań sanitarnych w części kuchennej wraz z magazynem oraz w trakcie transportu posiłków na oddziały szpitalne. Wdrożenie tych zasad napotyka w części szpitali na trudności, co wynika z niedostatecznych środków finansowych, jak również trudności w adaptacji niefunkcjonalnych pomieszczeń. Mimo to podejmowane są próby poprawy stanu bloków żywienia, które poddawane są remontom lub przebudowie. W roku 2006, podobnie jak w

latach poprzednich, część szpitali korzystała z systemu cateringowego przygotowania i dystrybucji posiłków. W zależności od województwa odsetek takich obiektów wynosił od 30 % do 50 %.

Najczęstsze uchybienia dotyczące stanu sanitarnego bloków żywienia obejmowały: brak opracowanych procedur GHP/GMP i HACCP, zły stan techniczny ścian i sufitów z ubytkami powierzchni, niewystarczającą wentylację pomieszczeń, wyeksploatowane i zniszczone urządzenia i sprzęt kuchenny, brak czystości w magazynie żywności, brak segregacji w urządzeniach chłodniczych, brak lub nieprawidłowo odkładane i oznakowane próbki posiłków, nieodpowiednie warunki transportu posiłków z kuchni centralnej do kuchенок oddziałowych, nie zapewniające utrzymania właściwej temperatury i ochrony posiłków przed wtórnym zanieczyszczeniem, niewłaściwy sposób mycia pojemników transportowych, obecność insektów (karaczany, mrówki), brak siatek przeciwko owadom w oknach, niewłaściwe zagospodarowanie odpadów żywności, kuchenki oddziałowe zbyt małe w stosunku do potrzeb i nie zapewniające rozdzielania drogi czystej i brudnej, brak sprzętu do dezynfekcji umytych naczyń stołowych.

Mimo zmniejszenia się w latach wcześniejszych liczby tradycyjnych kuchni mlecznych, funkcjonują one nadal, w większości przypadków przy oddziałach dziecięcych, nieco rzadziej przy kuchni centralnej, a sporadycznie – w oddzielnych budynkach. Przygotowują one posiłki dla niemowląt, obejmujące mieszanki mleczne, kleiki, kaszki z gotowych produktów sypkich, zupy jarzynowe, napoje oraz gotowe preparaty w jednorazowych opakowaniach, podgrzewane w kuchenkach mikrofalowych. Butelki wielorazowe po użyciu są myte i sterylizowane w centralnej sterylizatorni lub sterylizatorach na suche i gorące powietrze, smoczki – w centralnej sterylizatorni lub też stosowane są smoczki jednorazowego użytku. W około 25 % skontrolowanych kuchенок mlecznych stwierdzono uchybienia sanitarno-techniczne, polegające na zniszczonych powierzchniach ścian i sufitów, zbyt małej powierzchni pomieszczeń roboczych, braku właściwego wyposażenia do sporządzania mieszanek mlecznych.

3.1.7. Gospodarka bielizną szpitalną i pralnictwo

Zasady postępowania z bielizną szpitalną określają opracowane procedury, stosowane w poszczególnych oddziałach. Brudna bielizna jest pakowana przy łóżku chorego w worki foliowe, a następnie w worki płócienne lub brezentowe. Bielizna mająca kontakt z materiałem zakaźnym jest poddawana dezynfekcji w oddziałach, po czym

pakowana jest w podwójne, odpowiednio oznakowane worki foliowe. Następnie transportowana jest ręcznie lub specjalnie przeznaczonym do tego celu wózkiem do pralni szpitalnej lub do magazynu bielizny brudnej, skąd przekazywana jest do pralni. Magazyny te przeważnie znajdują się w pomieszczeniach po byłych pralniach, skąd bielizna jest odbierana przez specjalistyczne firmy świadczące usługi pralnicze. W niektórych szpitalach brudna bielizna przekazywana jest bezpośrednio z oddziału do środka transportu przewożącego ją do pralni zewnętrznej.

Bielizna czysta, zwykle pakowana w foliowe worki, wkładane następnie w ochronny worek foliowy, składowana jest w magazynie bielizny czystej, skąd dociera na oddziały, lub trafia od razu na właściwy oddział. Tu zewnętrzny worek ochronny jest usuwany, a bielizna składana w wydzielonych pomieszczeniach lub zamykanych szafach, przeznaczonych do przechowywania bielizny czystej. Bielizna noworodków i małych dzieci jest transportowana oddzielnie i prana w oddzielnych pralnicach, a następnie sterylizowana w centralnej sterylizatorni lub pralni. Bielizna zanieczyszczona materiałem biologicznym, z sal operacyjnych i pooperacyjnych dezynfekowana jest poprzez namaczanie wstępne w roztworze środka dezynfekcyjnego. Następnie poddawana jest praniu dezynfekcyjnemu, tj. praniu w temp. 60-90 C przez określony czas oraz praniu chemicznemu z zastosowaniem środka chemicznego, dopuszczonego do obrotu.

Przeprowadzone w 2006 r. kontrole sanitarne obiektów szpitalnych wykazały, że podobnie jak w latach poprzednich, kolejne placówki zaprzestały eksploatacji pralni mieszczących się w ich własnych obiektach. Większość szpitali nie posiada własnych pralni, lecz zleca pranie bielizny wyspecjalizowanym firmom, dysponującym pralniami z barierą sanitarną i w pełni zautomatyzowanymi. Odsetek szpitali utrzymujących własne pralnie waha się w zależności od województwa od 9,1 % do 27,5 %.

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

Najczęstsze nieprawidłowości, związane z obrotem bielizną szpitalną i stanem pralni polegały na krzyżowaniu się dróg bielizny czystej i brudnej, braku przelotowych urządzeń pralniczych, niewłaściwej organizacji magazynu brudnej bielizny, złym stanie technicznym ścian i sufitów w magazynie brudnej bielizny i pomieszczeniach pralniczych,

braku sanitariatów dla personelu w strefie brudnej i czystej pralni, niedostatecznej wentylacji pomieszczeń pralni oraz wyeksploatowanym sprzęcie pralniczym.

3.1.8. Gospodarka odpadami stałymi

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

Odpady komunalne gromadzone były w workach foliowych o odrębnym kodzie kolorystycznym i odbierane przez przedsiębiorstwa komunalne.

Nieliczne szpitale posiadały własne spalarnie odpadów medycznych (ok. 10-15 % w zależności od województwa). Z uwagi na fakt, że są to na ogół obiekty niewielkie i w złym stanie technicznym oraz niespełniające warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Gospodarki z dnia 21 marca 2002 r. w *sprawie wymagań dotyczących procesu termicznego przekształcania odpadów* (Dz. U. Nr 37, poz. 339 z późn. zm.) ulegają one stopniowej likwidacji. Szpitale, które nie posiadają pieców do spalania odpadów mają zawarte umowy z przedsiębiorstwami dysponującymi spalarniami o standardzie technicznym zgodnym z wymaganiami ww. rozporządzenia, na podstawie których odpady są odbierane z magazynów szpitalnych i utylizowane.

Najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny miejsc składowania odpadów, gdzie były one składowane do czasu odebrania przez przedsiębiorstwa zajmujące się ich utylizacją. Dotyczyły one przechowywania odpadów w miejscach niezabezpieczonych przed dostępem osób niepowołanych i gryzoni, złego stanu technicznego ścian i sufitów w pomieszczeniu, gdzie odpady są magazynowane, braku odpływu w podłodze, braku doprowadzenia bieżącej wody, niedostatecznej czystości

bieżącej pomieszczenia. Inne uchybienia obejmowały: zły stan techniczny zamykanych wózków do transportu odpadów z oddziałów do magazynu, brak ważnych umów z przedsiębiorstwami wyspecjalizowanymi w utylizacji odpadów, sporadycznie niewłaściwą segregację odpadów.

3.1.9. Gospodarka nieczystościami płynnymi

W większości szpitali nieczystości płynne kierowane są bezpośrednio do ogólnej sieci kanalizacyjnej. W nielicznych przypadkach, zwłaszcza szpitali posiadających oddziały zakaźne, ścieki podlegają wstępnemu oczyszczeniu i dezynfekcji przed odprowadzeniem ich do kanalizacji. Jeszcze mniejszy odsetek szpitali posiada własne oczyszczalnie ścieków (ok. 7 %).

3.2. Sanatoria i szpitale uzdrowiskowe

Spośród 270 placówek wykazanych w ewidencji kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 252 (93,3 %), co było wskaźnikiem nieznacznie niższym w porównaniu z rokiem wcześniejszym. W liczbie tej były 43 szpitale uzdrowiskowe.

Najwięcej skontrolowanych placówek znajdowało się na terenach województw: dolnośląskiego (47), zachodniopomorskiego (43), małopolskiego (34), podkarpackiego (13), kujawsko-pomorskiego (26). Większość z nich znajdowała się na terenie miast (83,6 %).

Stan sanitarny oceniono negatywnie ogółem w 2,7 % skontrolowanych obiektów (2,8 % w miastach, 2,3 % na wsi). Oznacza to poprawę w stosunku do roku 2005, w którym wskaźnik ten wyniósł 4,9 %. W przypadku szpitali uzdrowiskowych odsetek placówek w złym stanie sanitarnym był nieco wyższy i wynosił 4,6 %, jednakże również w tym przypadku odnotowano poprawę w stosunku do roku poprzedniego, kiedy to wskaźnik ten wyniósł 5,5 %.

3.3. Zakłady opiekuńcze

Od kilku lat odnotowywany jest wzrost liczby placówek tej grupy. W omawianym okresie sprawozdawczym tendencja ta utrzymywała się, co ilustruje poniższa tabela.

Tabela 6.4. Liczba skontrolowanych zakładów opiekuńczo-leczniczych

Rodzaj zakładu	Liczba skontrolowanych obiektów
----------------	---------------------------------

Rodzaj zakładu	Liczba skontrolowanych obiektów			
	2002	2004	2005	2006
opiekuńczo- lecniczy	271	278	289	316
opieki hospicyjno-paliatywnej	56	68	66	73

Łącznie spośród objętych ewidencją 420 zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów opieki hospicyjnej w 2006 r. objęto kontrolą stanu sanitarnego 389 obiektów. W 33 spośród nich stan sanitarny oceniono jako zły (8,9 %). Wskaźnik ten utrzymuje się na poziomie zbliżonym do roku 2005. Należy podkreślić, że wśród tych obiektów były wyłącznie placówki opiekuńczo-lecznicze, nie oceniono natomiast negatywnie stanu sanitarno-technicznego żadnego z poddanych kontroli hospicjów.

4. Zakłady lecznictwa ambulatoryjnego

Grupa zakładów lecznictwa otwartego obejmuje różne typy obiektów, w których udzielane są świadczenia ambulatoryjne – przychodnie, poradnie i ośrodki zdrowia. W 2006 roku kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono ogółem w 14 349 obiektach tej grupy, co stanowiło 54,7 % placówek ujętych w ewidencji. Znaczna ich większość znajdowała się na terenie miast (73,2 %). Samodzielne niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stanowiły 79,7 % skontrolowanych obiektów, co oznacza utrzymywanie się ich udziału na niezmiennym poziomie w porównaniu z rokiem wcześniejszym. Podobnie jak w latach ubiegłych, odnotowano tendencję do zmienności podmiotów udzielających świadczeń medycznych w lecznictwie otwartym. Poza otwieraniem nowych placówek lub filii istniejących, występowały także przypadki łączenia się małych przychodni lub indywidualnych praktyk lekarskich w specjalistyczne lub grupowe praktyki lekarskie. Jednocześnie część praktyk indywidualnych była zamykana, a część przenoszona do innych pomieszczeń; niekiedy w tym samym pomieszczeniu w różnych terminach udzielane były świadczenia medyczne przez lekarzy różnych specjalności. Utrudniało to sprawowanie nadzoru nad stanem sanitarnym tych placówek.

Stan sanitarno-techniczny oceniono negatywnie ogółem w 3,8 % skontrolowanych zakładów lecznictwa otwartego (w roku 2005 – 3,6%). Częściej był on kwestionowany w przypadku placówek publicznych (5,3 %). Spośród obiektów niepublicznych zły stan sanitarny stwierdzono w 3,4 % zakładów (tab. 6.5).

Tabela 6.5. Stan sanitarny zakładów lecznictwa otwartego – obiekty skontrolowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2006 r.

Zakłady lecznictwa otwartego		Miasto	Wieś	Ogółem
Publiczne	skontrolowano	1731	1250	2981
	zły stan sanitarny	132 (7,2 %)	63 (5,0 %)	195 (6,5 %)
Niepubliczne	skontrolowano	8874	2510	11384
	zły stan sanitarny	274 (3,1 %)	125 (4,9 %)	403 (3,5 %)
Ogółem	skontrolowano	10343	3748	14091
	zły stan sanitarny	380 (3,6 %)	134 (3,5 %)	514 (3,6 %)

Do najczęstszych przyczyn negatywnej oceny stanu sanitarnego tego typu obiektów należy zaliczyć: nieprawidłowy stan porządkowy pomieszczeń, w tym zwłaszcza magazynów bielizny czystej i brudnej oraz składzików porządkowych – brudne ściany i sufity, zniszczone i uszkodzone podłogi, brak instalacji ciepłej wody w toaletach i składzikach porządkowych, brak wydzielonych toalet dla personelu, brak kabin higieny osobistej w poradniach dla kobiet, nieprzestrzeganie segregacji bielizny czystej i brudnej, niewystarczająca ilość środków czystości i środków dezynfekcyjnych, niewłaściwy sposób ich przechowywania, niewłaściwy sposób przygotowania roztworów środków dezynfekcyjnych do użytku, stosowanie nieoznakowanych i przeterminowanych roztworów środków dezynfekcyjnych, błędy w zakresie dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i sprzętu, nieprawidłowe pakowanie i przechowywanie narzędzi medycznych po sterylizacji, nieprawidłową gospodarkę odpadami medycznymi – nieprawidłowości dotyczyły zwykle braku wystarczającej ilości atestowanych zbiorników do gromadzenia zużytego sprzętu jednorazowego oraz przechowywania odpadów w nie przeznaczonych do tego miejscach w oczekiwaniu na ich odbiór przez specjalistyczne firmy, przeprowadzające unieszkodliwianie odpadów.

Spośród stwierdzonych uchybień, największy problem stanowią nieprawidłowości związane z utrzymaniem czystości w obiekcie, postępowaniem z bielizną oraz odpadami medycznymi.

Nadal obserwuje się duże zróżnicowanie w zakresie stanu technicznego zakładów lecznictwa otwartego i ich wyposażenia. Część z nich mieści się w budynkach starych, wyeksploatowanych, zaadaptowanych dla potrzeb służby zdrowia, lecz o pierwotnie innym przeznaczeniu, w których warunki lokalowe nie pozwalają na dostosowanie obiektu do

wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady opieki zdrowotnej. W placówkach tych z reguły stwierdza się zbyt małą powierzchnię pomieszczeń, w tym gabinetów lekarskich i zabiegowych, istniejące bariery architektoniczne i brak rozwiązań umożliwiających korzystanie z zakładów opieki zdrowotnej przez osoby niepełnosprawne, w tym podjazdów, podchwyków, wyposażenia pomocniczego w sanitariatach, brak miejsca na oddzielne poczekalnie dla dorosłych i dzieci oraz na rozdzielanie poradni dla dzieci zdrowych i chorych, brak urządzeń dźwigowych. Stan ten wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na warunki udzielania świadczeń leczniczych w powyższych obiektach. Dalszy nadzór ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej powinien uwzględniać również działania podejmowane przez zakłady opieki zdrowotnej w celu ich dostosowania do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku.

5. Praktyki lekarskie i pielęgniarские

Indywidualne praktyki lekarskie i pielęgniarские stanowią blisko połowę obiektów, w których udzielane są świadczenia medyczne. W 2006 roku w ewidencji ujęto ogółem 41 169 takich placówek, spośród których kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 19 383 (47,1 %). W porównaniu z wcześniejszym okresem sprawozdawczym odnotowano wzrost liczby zewidencjonowanych obiektów tego typu o 2000. Negatywnie oceniono łącznie stan sanitarny 262 placówek, co stanowiło 1,3 % ogółu obiektów objętych kontrolą.

Podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejszą grupę wśród omawianych placówek stanowiły indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (59,2 %). Indywidualne praktyki lekarskie stanowiły 34,5 % skontrolowanych obiektów, a grupowe praktyki lekarskie oraz indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarские odpowiednio 2,1 % i 4,2 %. Wśród powyższych grup, negatywna ocena stanu sanitarnego dotyczyła najczęściej grupowych praktyk lekarskich, wśród których obiekty w złym stanie stanowiły 1,3 %. Najrzadziej zastrzeżenia dotyczyły indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarских, wśród których na 806 skontrolowanych obiektów negatywną ocenę otrzymały 3 (0,4 %).

6. Inne obiekty świadczące usługi medyczne

Do grupy tej zaliczono pracownie protetyczne, laboratoria analiz medycznych, gabinety pielęgniarские w zakładach pracy chronionej, gabinety fizykoterapii. Spośród

ujętych w ewidencji 1704 takich obiektów kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 1045 (61,3 %). Negatywnie oceniono stan sanitarny 19 obiektów, co stanowiło 1,8 % skontrolowanych placówek. Skontrolowane obiekty były w większości wystarczająco zaopatrzone w sprzęt jednorazowego użytku, odzież ochronną, środki indywidualnej ochrony personelu, preparaty dezynfekcyjne i środki czystości, a ich pomieszczenia i wyposażenie były prawidłowo dezynfekowane i utrzymane w należyтым stanie czystości. Najczęstsze uchybienia dotyczyły sposobu postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi.

Podsumowanie

Liczba obiektów świadczących usługi medyczne ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynosiła w 2006 r. 63 900 i uległa zwiększeniu w stosunku do roku 2005 o 3649 placówek. Kontrolą Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęto 38 094 obiekty (59,6 %), stwierdzając niedostateczny stan sanitarny w 4,1 %, co oznacza niewielką poprawę wskaźnika w porównaniu z rokiem wcześniejszym, kiedy wynosił on 4,6 %. Podobnie jak w latach ubiegłych, lepiej oceniane były obiekty niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku których udział placówek ocenionych negatywnie wśród objętych kontrolą wynosił 3,7 %. Analogiczny wskaźnik dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosił 5,3 %. Wśród niepublicznych placówek, w których udzielano świadczeń medycznych, przeważały obiekty nowe lub po renowacji, zlokalizowane w dobrze dostosowanych do pełnionych funkcji pomieszczeniach. Podobnie jak w latach wcześniejszych, najczęściej oceniany był negatywnie stan sanitarno-techniczny szpitali, w przypadku których istotne zastrzeżenia dotyczyły 14,6 % skontrolowanych placówek. Należy jednakże zauważyć niewielką poprawę w stosunku do roku poprzedniego, kiedy to analogiczny wskaźnik wynosił 15,5 %. Dostosowanie szpitali do wymagań określonych w przepisach prawnych dokonuje się powoli, zarówno z uwagi na niewystarczające nakłady finansowe, jak i trudności techniczne, jakie nastęrcza adaptacja starych i wyeksploatowanych budynków i ich pomieszczeń do współczesnych wymagań. Powoduje to, iż nadal w licznych obiektach zastrzeżenia budzi ich stan techniczny, zwłaszcza bloków operacyjnych, procesy sterylizacji narzędzi medycznych i sprzętu, gospodarka odpadami medycznymi, stan bloków żywienia, jakość wody, w którą zaopatrywane są szpitale. Najlepiej oceniany był stan szpitali uzdrowiskowych, hospicjów, indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarskich, w przypadku których udział obiektów ocenianych negatywnie nie przekraczał 1 %.

VII. Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy

1. Wprowadzenie

W 2006 roku działalność kontrolna z zakresu higieny pracy realizowana była we wszystkich wojewódzkich oraz powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Funkcjonujące w stacjach sanitarno-epidemiologicznych komórki realizujące zadania higieny pracy charakteryzowały się różnym umiejscowieniem w strukturze organizacyjnej stacji (działy, oddziały, sekcje, samodzielne stanowiska ds. nadzoru), i co z tym związane, różną obsadą kadrową.

Wszystkie stacje wojewódzkie oraz 103 placówki szczebla podstawowego (34,6 %) dysponowały bazą laboratoryjną do przeprowadzania badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy. W większości laboratoriów higieny pracy stacji sanitarno-epidemiologicznych wdrożony był system zarządzania jakością, akredytację posiadało 14 laboratoriów wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz 37 laboratoriów placówek szczebla podstawowego.

2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Bieżący nadzór sanitarny nad zakładami pracy polegał na kontroli przestrzegania przez pracodawców przepisów dotyczących higieny i warunków środowiska pracy. W zakresie prowadzonego nadzoru sanitarno-higienicznego stosowana była zasada zróżnicowania kontroli, biorąc pod uwagę przede wszystkim wzmożoną obecność i podwyższony poziom występujących w zakładach zagrożeń, obecność czynników rakotwórczych lub mutagennych, czynników biologicznych, a także w związku z występowaniem chorób zawodowych. Ponadto w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolowały przestrzeganie przepisów z zakresu substancji i preparatów chemicznych, produktów biobójczych, prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3.

Należy zaznaczyć, iż pogłębienie wiedzy pracowników pionu higieny pracy, szczególnie poprzez intensywne szkolenia prowadzone w ciągu kilku ostatnich lat w ramach pomocowych projektów unijnych, zwiększyło skuteczność sprawowania nadzoru

nad warunkami pracy. Dotyczy to szczególnie przepisów Unii Europejskiej (dyrektywy), których postanowienia, w związku z przystąpieniem Polski do struktur unijnych, musiały zostać wdrożone do prawodawstwa polskiego.

W roku 2006 pracownicy pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowali nadzorem bieżącym 108 491 zakładów pracy, zatrudniających ogółem 4 220 486 pracowników. Liczba podmiotów gospodarczych będących w ewidencji pionu higieny pracy od 2002 roku ulegała systematycznemu zwiększaniu w stosunku do lat wcześniejszych (w 2002 r. o 3,4 %, w 2003 r. o 0,2 %, w 2004 r. o 2,7 %, w 2005 r. o 1,4 %). Tym samym zwiększała się liczba zatrudnionych będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W roku 2006 nastąpił natomiast spadek liczby zakładów, będących w ewidencji pionu higieny pracy o 688 (0,6 %).

Zmniejszeniu uległa liczba zakładów pracy zatrudniających do 5 pracowników – o 241 zakładów, zakładów zatrudniających od 6 do 20 pracowników – o 312, zakładów zatrudniających od 21 do 50 pracowników – o 229 zakładów. Natomiast nieznacznie wzrosła liczba zakładów zatrudniających od 51 do 100 osób (o 25 zakładów). Łącznie w grupie zakładów zatrudniających do 100 osób nastąpił spadek o 757 zakładów. Mimo znacznego zmniejszenia ich liczby, nadal była to największa grupa objęta nadzorem pionu higieny pracy – 100 222 zakłady, tj. 92,4 % wszystkich zakładów nadzorowanych przez pion higieny pracy. Dominacja w ewidencji pionu higieny pracy zakładów zatrudniających do 100 osób obserwowana jest od wielu lat.

Tabela 7.1. Struktura podmiotów gospodarczych objętych ewidencją pionu higieny pracy w latach 2005-2006 według liczby zatrudnionych

Liczba zatrudnionych w zakładzie pracy	Liczba zakładów pracy		Odsetek całkowitej liczby zakładów nadzorowanych przez pion higieny pracy w 2006 r.
	w 2005 r.	w 2006 r.	
do 5	42 246	42 005	38,7 %
6-20	35 410	35 098	32,4 %
21-50	15 722	15 493	14,3 %
51-100	7601	7626	7,0 %
101-250	5327	5368	4,9 %
>251	2873	2901	2,7 %
Razem	109 179	108 491	100,0 %

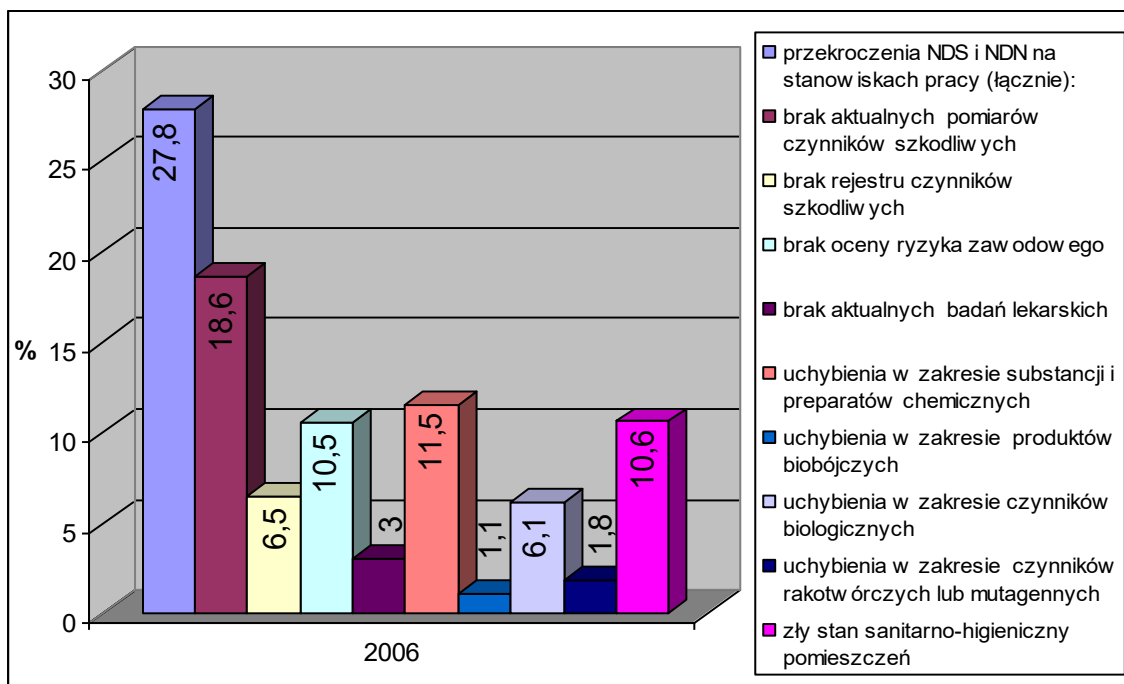
Pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 73 736 kontroli w 46 430 zakładach, co oznacza, że w 2006 r. kontrolą objęto 42,8 % podmiotów gospodarczych będących w ewidencji pionu higieny pracy. Liczba kontroli zmniejszyła się w stosunku do roku 2005 o 1661. Wpływ na taką sytuację miały przede wszystkim szersze zakresy przeprowadzanych kontroli, ograniczenia wynikające z przepisów prawnych (ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. *o swobodzie działalności gospodarczej*, Dz. U. Nr 173, poz. 1807 z późn. zm.), jak również mniejsza liczba zakładów pracy będących w ewidencji pionu higieny pracy. Przeprowadzona liczba kontroli przewyższa liczbę skontrolowanych zakładów, ponieważ niektóre zakłady kontrolowane były więcej niż jeden raz w roku. Wynikało to najczęściej z konieczności przeprowadzania kontroli sprawdzających, potwierdzających usunięcie uchybień.

W ramach nadzoru nad substancjami i preparatami chemicznymi pracownicy pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili 24 308 kontroli, w tym skontrolowali 15 828 obiektów stosujących substancje i preparaty chemiczne. W ramach nadzoru nad prekursorami kategorii 2 i 3 przeprowadzono 1859 kontroli w 737 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami tych kategorii. W zakresie czynników biologicznych pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 7817 kontroli w 6011 obiektach, natomiast w zakresie produktów biobójczych – 3751 kontroli w 683 obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze.

W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego wydano 22 155 decyzji, które obejmowały 58 662 nakazy obowiązków.

W zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego pracownicy pionu higieny pracy wydali:

- 6196 nakazów w zakresie substancji i preparatów chemicznych,
- 139 – w zakresie prekursorów kategorii 2 i 3,
- 375 – w zakresie produktów biobójczych,
- 977 – w zakresie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy,
- 3375 – w zakresie czynników biologicznych w środowisku pracy,
- 10 243 – dotyczących badań i pomiarów środowiska pracy,
- 2297 – dotyczących obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych,
- 4949 – w zakresie oceny ryzyka zawodowego.



Ryc. 7.1. Procentowe zestawienie uchybień w kontrolowanych zakładach pracy

Przeprowadzane kontrole wykazywały szereg uchybień higieniczno-sanitarnych. Należy podkreślić, że w wielu przypadkach zakłady usuwały nieprawidłowości bezpośrednio po wszczęciu postępowania administracyjnego, jeszcze przed wydaniem decyzji administracyjnych.

Największy odsetek uchybień stwierdzono w zakresie przekroczeń normatywów higienicznych na stanowiskach pracy ogółem – 27,8 %, z czego przekroczenia NDN hałasu wyniosły 9372, tj. 72,6 % ogółu uchybień przekroczeń normatywów higienicznych. Przekroczenia NDS pyłów wyniosły 16,1 % (2084).

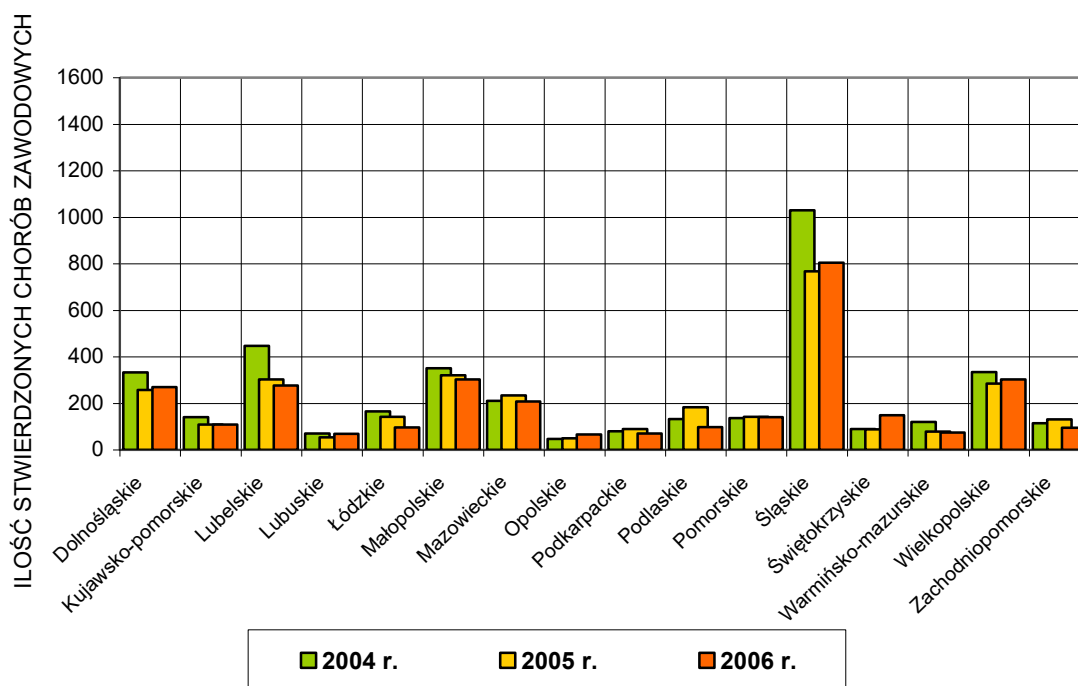
W 2006 r. istotne uchybienia stanu sanitarnego stwierdzono w 4925 zakładach objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej, co stanowiło 10,5 % ogółu skontrolowanych zakładów pracy. Stosunkowo duży odsetek uchybień stwierdzono w zakresie braku aktualnych pomiarów czynników szkodliwych – 18,6 %. Uchybienia w zakresie substancji i preparatów chemicznych stanowiły ogółem 11,5 % (w 2005 r. – 13,6 %).

3. Choroby zawodowe

W 2006 r. do stacji sanitarno-epidemiologicznych wpłynęło łącznie 6956 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych. W porównaniu z rokiem 2005 liczba zgłoszeń uległa zwiększeniu o 256. W związku z prowadzonym postępowaniem w sprawach chorób

zawodowych, pracownicy szczebla podstawowego pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili 5744 wizytacje w zakładach pracy oraz sporządzili 7437 kart ocen narażenia zawodowego.

W 2006 r. w wyniku prowadzonych postępowań administracyjnych organy I instancji wydały: 3190 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, 3608 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej oraz 1949 postanowień. Liczba chorób zawodowych stwierdzonych prawomocną decyzją wyniosła łącznie 3129. W porównaniu do roku ubiegłego zanotowano spadek rozpoznanych chorób o 101 przypadków, a do 2004 aż o 664 jednostki chorobowe. Ilość stwierdzanych chorób zawodowych w Polsce ulega systematycznemu zmniejszaniu.



Ryc. 7.2. Liczba chorób zawodowych stwierdzonych w województwach w latach 2004 - 2006

W 2006 r., analogicznie do roku 2005, na pierwszym miejscu pod względem zapadalności były przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym – 760 przypadków (w 2005 r. – 683), następnie pylice płuc – 667 (w 2005 r. – 668), choroby zakaźne lub pasożytnicze – 600 (w 2005 r. – 609) i uszkodzenia słuchu – 294 przypadki (w 2005 r. – 332). Spośród wymienionych jednostek chorobowych stwierdzono wzrost – w porównaniu do roku 2005 – liczby stwierdzonych przewlekłych

chorób narządu głosu o 79 przypadków. W przypadku pozostałych jednostek chorobowych nie odnotowano istotnych zmian.

Należy zaznaczyć, że mimo odnotowanego w 2006 r. niewielkiego wzrostu liczby stwierdzonych chorób zawodowych narządu głosu oraz faktu, że choroby te należą do najczęściej stwierdzanych chorób zawodowych, w perspektywie wieloletniej obserwowany jest systematyczny spadek schorzeń tej grupy. Spadek ten można tłumaczyć poprawą diagnostyki foniatrycznej w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy i wprowadzeniem od 2002 r. kryteriów prawnych odnośnie wymaganego okresu narażenia (co najmniej 15 lat) na nadmierny wysiłek głosowy.

Choroby zakaźne lub pasożytnicze znalazły się na trzecim miejscu pod względem liczby przypadków chorób zawodowych. W 2006 r. nastąpił nieznaczny spadek liczby stwierdzonych chorób zawodowych zakaźnych lub pasożytniczych (w 2005 r. – 609; w 2006 r. – 600 przypadków), wymienionych w poz. 26 wykazu chorób zawodowych, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (Dz. U. Nr 132, poz. 1115). W grupie tej w 2006 r. przeważały: borelioza – 315 przypadków (w 2005 r. – 333), wirusowe zapalenie wątroby – 176 przypadków (w 2005 r. – 151). W 50 przypadkach stwierdzono WZW B, w 124 przypadkach – WZW C oraz w 2 przypadkach WZW B i C.

W 2006 r. rozpoznano 77 przypadków gruźlicy, co oznacza nieznaczny spadek w stosunku do roku poprzedniego (86 przypadków). Choroba ta zajmuje nadal trzecie miejsce w grupie chorób zakaźnych.

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.

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

W ramach działalności laboratoryjnej pracownicy pionu higieny pracy w 2006 r. wykonali 328 156 oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych w celu dokonania higienicznej oceny stanowisk pracy w nadzorowanych zakładach (w 2005 r. – 279 388). W badaniach i pomiarach czynniki chemiczne stanowiły 38 857 (11,8 %) wykonanych oznaczeń, pyły – 24 276 (7,4 %), hałas – 159 920 (48,8 %), drgania – 11 736 (3,6 %), mikroklimat – 6289 (1,9 %) oraz oświetlenie – 87 078 (26,5 %) oznaczeń.

Pracownicy pionu higieny pracy w całym kraju przeprowadzili badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia na 133 739 stanowiskach pracy. Na 10 990 stanowiskach pracy, co stanowi 8,3 % wszystkich skontrolowanych przez laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej pomiarami stanowisk, stwierdzono przekroczenia wartości obowiązujących normatywów higienicznych NDS i NDN (w 2005 r. – 8,7 %), natomiast na 17 633 (13,2 %) stwierdzono niezgodność z obowiązującymi normatywami czynników uciążliwych: mikroklimatu i oświetlenia. We wszystkich przypadkach przekroczeń obowiązujących normatywów higienicznych czynników szkodliwych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobowiązały pracodawców w drodze decyzji administracyjnej do usunięcia stwierdzonych uchybień w wyznaczonym terminie.

Zgodnie z planem zasadniczych przedsięwzięć Państwowej Inspekcji Sanitarnej na 2006 r. dokonano wdrożenia metod pomiarowych umożliwiających oznaczanie czynników biologicznych w powietrzu na stanowiskach pracy.

W 2006 r. pracownicy laboratoriów Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili pilotażowe badania czynników biologicznych na stanowiskach pracy w 18 zakładach pracy, istotnych ze względu na występowanie tego rodzaju szkodliwości (m.in. na wysypiskach odpadów, w oczyszczalniach ścieków i w zakładach drobiarskich), które wykazały obecność drobnoustrojów należących do 2 grupy zagrożenia.

5. Podsumowanie

W ewidencji zakładów pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2006 r. było zarejestrowanych 108 491 zakładów (w 2005 r. – 109 179). Podobnie jak w poprzednich latach większość przedsiębiorstw znajdujących się w ewidencji stanowiły zakłady zatrudniające do 100 pracowników (100 222 – tj. 92,4 % wszystkich zakładów nadzorowanych przez pion higieny pracy).

W wyniku bieżącego nadzoru sanitarnego w 2006 r. wydanych zostało 22 155 decyzji (w 2005 r. – 22 116). Największy odsetek uchybień stwierdzonych w kontrolowanych zakładach stanowiły przekroczenia normatywów higienicznych

czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (27,8 %).

W 2006 r. stwierdzono 3129 chorób zawodowych. W porównaniu z ubiegłym rokiem sprawozdawczym stanowi to spadek o 101 przypadków. Największy odsetek stanowiły choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (24,3 %).

Na 10 990 skontrolowanych badaniach i pomiarach stanowiskach pracy (8,3 % wszystkich ocenionych stanowisk) stwierdzono przekroczenia wartości NDS i NDN czynników szkodliwych dla zdrowia (w 2005 r. odpowiednio – 10 019 i 8,7 %).

Laboratoria higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na 17 633 ocenionych stanowiskach pracy (13,2 %) stwierdziły niezgodność z obowiązującymi normatywami czynników uciążliwych: mikroklimatu i oświetlenia (w 2005 r. odpowiednio – 13 737 i 12 %).

W działalności kontrolnej organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej stosowane były w skali całego kraju ujednolicone procedury kontroli oraz ich dokumentowanie.

W 2006 r. w laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej zainicjowano oznaczanie czynników biologicznych w powietrzu na stanowiskach pracy.

VIII. Higiena radiacyjna

1. Informacje ogólne

Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny radiacyjnej w 2006 r. prowadzona była na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które funkcjonowały w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Prowadziły one nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników zatrudnionych w zakładach (opieki zdrowotnej, przemysłowych, naukowo-badawczych i innych) stosujących źródła promieniowania jonizującego lub pola elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz oraz nadzór nad ochroną populacji i środowiska przed zbędnym napromieniowaniem i skażeniami promieniotwórczymi.

Zadania pionu higieny radiacyjnej realizowane były między innymi poprzez:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz innych użytkowników źródeł promieniowania jonizującego i pól elektromagnetycznych pod kątem spełniania wymagań przepisów ochrony radiologicznej, wykonywanie pomiarów dozymetrycznych wokół źródeł promieniowania jonizującego i źródeł pól elektromagnetycznych oraz ocenę warunków pracy,
- wykonywanie pomiarów skażeń promieniotwórczych artykułów spożywczych i elementów środowiska naturalnego,
- prowadzenie postępowań administracyjnych (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń, itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości,
- ewidencjonowanie i ocenę wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne,
- kontrolę przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-lecznym, w tym prowadzenie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów nowopowstających lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- szkolenie osób odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich (inspektorów ochrony radiologicznej),

- prowadzenie działań zabezpieczających i wyjaśniających w przypadku wystąpienia awarii radiologicznej lub powstania zagrożenia radiologicznego,
- prowadzenie szeroko rozumianej działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.

2. Nadzór nad aparatami rtg

W 2006 roku nadzorem objętych było 7077 pracowni rentgenowskich, aparatów rtg nie zlokalizowanych w pracowniach oraz ambulansów rtg (w 2005 r. – 6973 pracowni rentgenowskich i zakładów pracy bez pracowni stosujących aparaty rentgenowskie). W 2006 r. przy 652 aparatach wykonano pomiary w zakresie kontroli jakości, przy których przeprowadzono łącznie 3800 testów kontroli fizycznych parametrów aparatury rtg. W wyniku testów wycofano z użytkowania 14 aparatów. Przeprowadzono 2628 kontroli pracowni i zakładów (2931 w 2005 r.), w których było zatrudnionych 33 726 (31 614 w 2005 r.) osób pracujących w kontakcie z promieniowaniem jonizującym. Kontrolą dawek indywidualnych objętych było 28 564 osób (26 329 w 2005 r.), z których ok. 90 % stanowili pracownicy służby zdrowia. Przekroczenia limitów granicznych odnotowano jedynie w jednym przypadku. Z powyższego wynika, że zdecydowana większość zawodowo narażonej grupy na promieniowanie rtg otrzymała dawki promieniowania nieprzekraczające 1 mSv, która to wartość jest wartością graniczną dla populacji. W porównaniu z 2005 r. średnie parametry narażenia populacji zawodowo narażonej na promieniowanie rtg nie uległy istotnym zmianom.

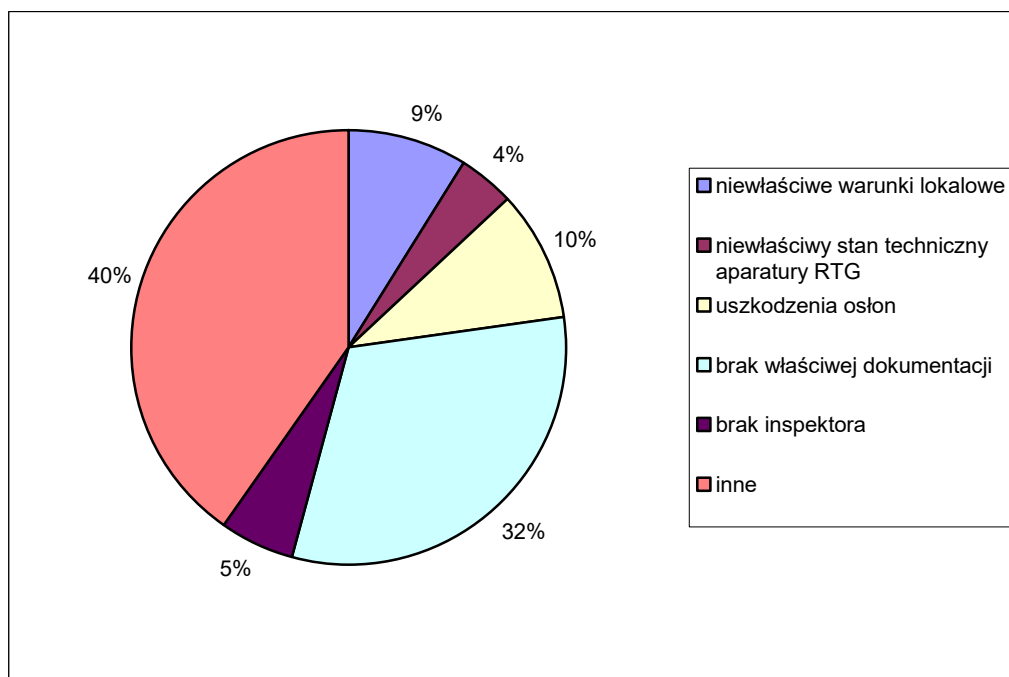
3. Ochrona radiologiczna w pracowniach rentgenowskich

Podczas kontroli pracowni rentgenowskich w części pracowni stwierdzono szereg nieprawidłowości zarówno w ich urządzeniu, jak i w posługiwaniu się aparatami rentgenowskimi:

- niewłaściwe warunki lokalowe i zły stan techniczny pracowni i pomieszczeń z aparaturą rentgenowską został stwierdzony w 87 przypadkach,
- niewłaściwy stan techniczny aparatury rentgenowskiej został stwierdzony w 39 pracowniach,

- uszkodzenia osłon przed promieniowaniem (uszkodzone drzwi, ubytek tynków, uszkodzone osłony aparatów rentgenowskich), bądź niedostateczną liczbę środków ochrony indywidualnej stwierdzono w 94 pracowniach,
- brak wymaganej przepisami prawnymi właściwej dokumentacji stwierdzono w 304 przypadkach,
- brak osoby odpowiedzialnej za stan ochrony radiologicznej w pracowni rentgenowskiej lub brak aktualnych szkoleń w tym zakresie został stwierdzony w 52 przypadkach,
- inne nieprawidłowości związane z brakiem:
 - badań lekarskich pracowników,
 - łączności akustycznej: sterownia – gabinet rtg,
 - oznakowania pracowni,
 - testów akceptacyjnych,
 - kontroli jakości aparatury,
 - właściwej ewidencji pracowników,
 - sygnalizacji świetnej,
 - rejestracji fizycznych parametrów ekspozycji,
 - odpowiednich kwalifikacji pracownikówstwierdzono w 389 pracowniach.

Procentowy rozkład stwierdzonych nieprawidłowości występujących podczas kontroli przeprowadzonych w 2006 r. w medycznych pracowniach rentgenowskich przedstawia ryc. 8.1.



Ryc. 8.1. Procentowy rozkład stwierdzonych nieprawidłowości występujących podczas kontroli przeprowadzonych w 2006 roku w medycznych pracowniach rentgenowskich

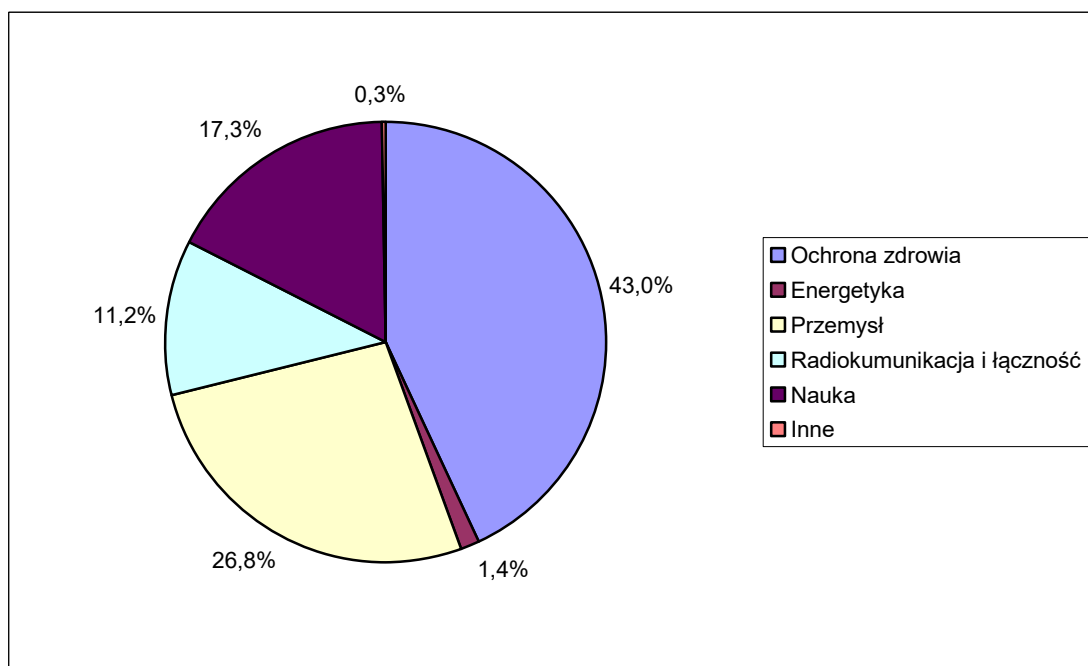
4. Ochrona radiologiczna w zakładach stosujących źródła izotopowe

Zgodnie z art. 63 ust. 2 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2004 r., Nr 161, poz. 1689 z późn. zm.) nadzór i kontrolę w zakresie przestrzegania warunków bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w zakładach stosujących źródła izotopowe i urządzenia techniki jądrowej sprawują organy dozoru jądrowego podległe Prezesowi Państwowej Agencji Atomistyki. W związku z powyższym, nadzór w tym zakresie prowadzony przez pion higieny radiacyjnej został ograniczony do działań wynikających z Porozumienia zawartego między Głównym Inspektorem Sanitarnym i Prezesem Państwowej Agencji Atomistyki w sprawie współdziałania w realizacji zadań z zakresu ochrony radiologicznej i wspólnych kontroli prowadzonych z dozorem jądrowym. Zatrudnienie na stanowiskach odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej osób posiadających uprawnienia inspektorów ochrony radiologicznej znacząco wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa i przestrzeganie zasad ochrony radiologicznej. Fachowy nadzór gwarantuje, iż konserwacja i badanie szczelności źródeł są prowadzone na bieżąco.

5. Pola elektromagnetyczne

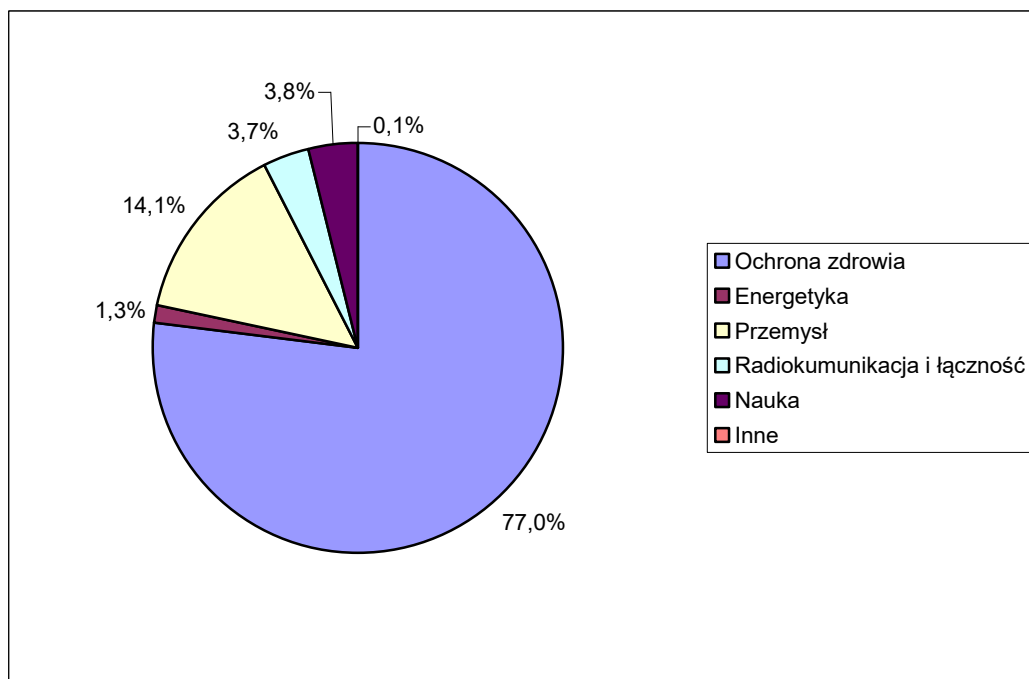
W roku 2006 kontynuowano zbieranie danych z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi 0 Hz-300 GHz w środowisku pracy według ustaleń, które obowiązywały w 2005 r. Wyniki analizy tych danych przedstawiają się następująco:

- w 2006 roku objęto nadzorem 1104 (1356 w 2005 r.) zakładów pracy na 5103 (7237 w 2005 r.) zakładów ujętych w ewidencji, w tym: 671 (858 w 2005 r.) na 2369 (2847 w 2005 r.) zewidencjonowanych w ochronie zdrowia, 13 na 75 zewidencjonowanych w energetyce, 181 na 889 zewidencjonowanych w przemyśle, 226 na 1702 zewidencjonowanych w radiokomunikacji i łączności oraz 3 na 30 zewidencjonowanych w nauce i 10 na 38 zewidencjonowane jako inne. Liczba zewidencjonowanych urządzeń wynosiła odpowiednio: 7941; 259; 4950; 2079; 3205; 49 i została przedstawiona graficznie na ryc.8.2.



Ryc. 8.2. Procentowy rozkład urządzeń i instalacji stanowiących źródła pól elektromagnetycznych, wg sprawozdania MZ-52 za rok 2006.

- liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach osób wynosiła 30 589, z czego w ochronie zdrowia 23 556 (77 %), w energetyce 383 (1,3 %), w przemyśle 4315 (14,1 %), w radiokomunikacji i łączności 1134 (3,7 %), w nauce 1165 (3,8 %) a w pozostałych przypadkach: 36 (0,1 %). Rozkład ten ilustruje ryc. 8.3.

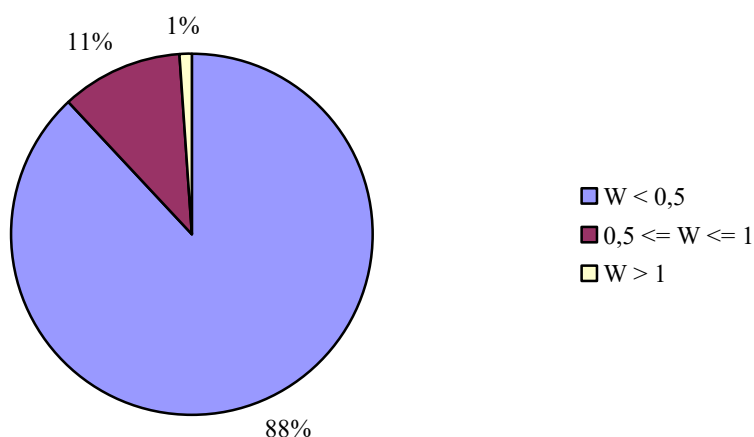


Ryc. 8.3. Procentowy rozkład osób zatrudnionych przy źródłach pól elektromagnetycznych wg sprawozdania MZ-52 za rok 2006

Przepisy dotyczące najwyższych dopuszczalnych wartości natężenia pola elektromagnetycznego na stanowiskach pracy wprowadziły do oceny wielkości ekspozycji wskaźnik ekspozycji W (W – wskaźnik ekspozycji przedstawia stosunek wielkości ekspozycji rzeczywistej do dopuszczalnej, stąd jego znacząca rola zarówno w ocenie ekspozycji, jak i klasyfikowaniu źródeł promieniowania elektromagnetycznego do pomiarów kontrolnych; wskaźnik $W=1$ jest dopuszczalną wartością graniczną). Wskaźnik ekspozycji $W>1$ dotyczył 308 osób (204 w 2005 r.), co oznacza, że 308 osób podlegało ekspozycji niedopuszczalnej. W szczególności dotyczyło to osób zatrudnionych przy aparatach do elektrochirurgii (91 osób), diatermiach i innych urządzeniach medycznych (54 osoby), zgrzewarkach (100 osób), a także iskiernikach i urządzeniach do hartowania (21 osób). Wzrost, w porównaniu do roku 2005, liczby osób, w przypadku których odnotowano wskaźnik $W>1$, spowodowany jest cyklicznością wykonywania pomiarów kontrolnych, co powoduje, że aktualne dane napływają w okresie dwuletnim. Ponadto, tylko w jednym przypadku, podczas pomiarów kontrolnych w zakładzie wykorzystującym zgrzewarki punktowe, dla ok. 30 osób stwierdzono wskaźnik $W>1$ (województwo świętokrzyskie).

Wprowadzenie w 2006 r. do formularza statystycznego MZ-52 rubryki dotyczącej aparatów MRI (magnetyczny rezonans jądrowy) wpłynęło na wzrost liczby osób, których dotyczył wskaźnik $W > 1$, o 26 osoby pracujące przy tych urządzeniach. Liczba aparatów MRI stosowanych w Polsce, dla których typowe jest wytwarzanie pól elektromagnetycznych o dużym natężeniu, systematycznie ulega zwiększeniu. W chwili obecnej prowadzone są prace w Komisji Europejskiej na temat możliwości i sposobu ograniczenia narażenia pracowników na silne pola elektromagnetyczne wytwarzane przez te aparaty.

Dla 2534 osób (2810 w 2005 r.) wskaźnik W zawierał się w przedziale 0,5-1, w tym 86 % dotyczyło pracowników ochrony zdrowia. Dla zdecydowanej większości, tj. 20 859 osób (21 505 w 2005 r.), wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5. Ilustrację wielkości ekspozycji zawodowej na pola elektromagnetyczne, ocenianej wartością wskaźnika ekspozycji przedstawiono na ryc. 8.4.



Ryc. 8.4. Procentowe zestawienie rozkładu wskaźników ekspozycji na pole elektromagnetyczne przy zarejestrowanych urządzeniach (źródłach pola elektromagnetycznego) wg sprawozdania MZ-52 za rok 2006

5.1. Baza danych

Centralny Rejestr Źródeł Emisji Pól Elektromagnetycznych dla celów higieniczno-sanitarnych prowadzi, na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, ściśle współpracując z pionem higieny radiacyjnej Państwowej Inspekcji

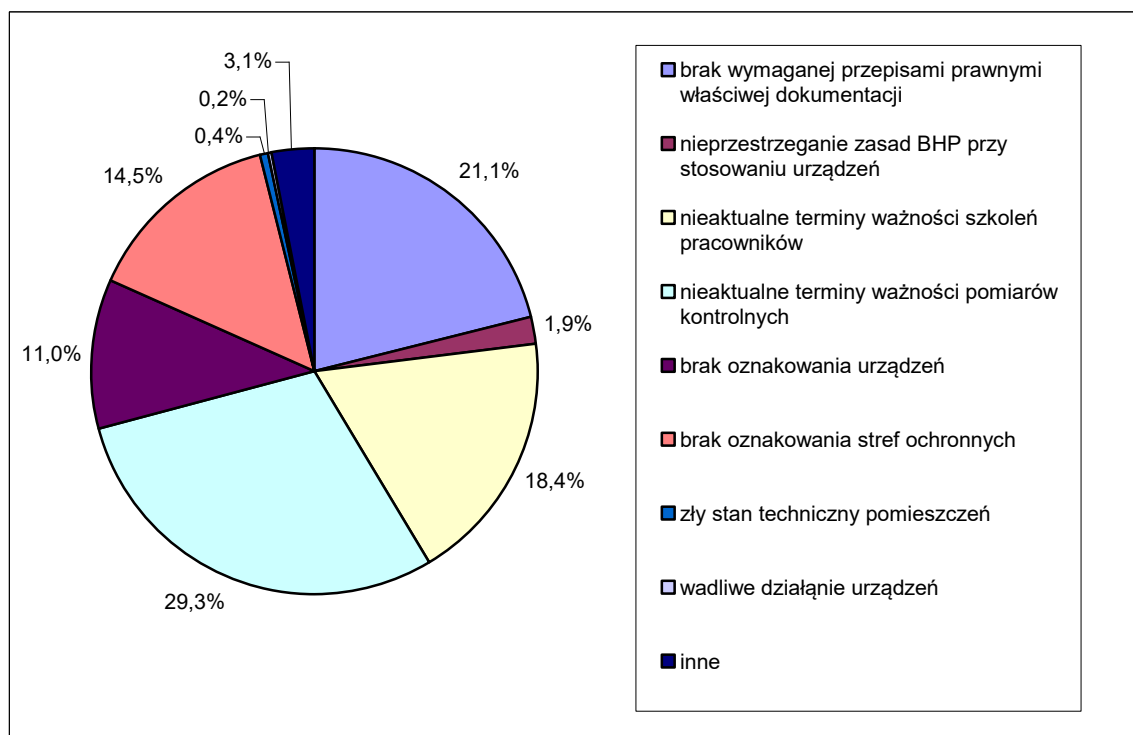
Sanitarnej. Centralny Rejestr oparty jest na informatycznym systemie gromadzenia danych, tworzących zbiór pod nazwą „Baza Danych o Źródłach PEM”.

5.2. Ochrona przed polami elektromagnetycznymi o częstotliwości w zakresie 0 Hz–300 GHz

W toku kontroli dotyczących przestrzegania zasad BHP przy stosowaniu urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne o częstotliwości w zakresie 0 Hz-300 GHz stwierdzono u części użytkowników następujące nieprawidłowości:

- brak wymaganej przepisami prawnymi właściwej dokumentacji (263 przypadki),
 - nieprzestrzeganie zasad BHP przy stosowaniu urządzeń (24 przypadki),
 - nieaktualne terminy ważności szkoleń pracowników (229 przypadków),
 - nieaktualne terminy ważności pomiarów kontrolnych (365 przypadków),
 - brak oznakowania urządzeń/pomieszczeń (137 przypadków),
 - brak oznakowania stref ochronnych (181 przypadków),
 - zły stan techniczny pomieszczeń (5 przypadków),
 - wadliwe działanie urządzeń (3 przypadki),
 - inne nieprawidłowości związane z:
 - nieaktualnymi badaniami lekarskimi,
 - nie przekazaniem właściwemu państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu wyników pomiarów PEM,
 - brakiem protokołu z pomiarów na stanowisku pracy,
- zostały stwierdzone w 39 przypadkach.

Procentowy rozkład nieprawidłowości występujących podczas kontroli w 2006 r. w zakresie przestrzegania zasad BHP przy stosowaniu urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne o częstotliwości w zakresie 0 Hz-300 GHz przedstawia ryc. 8.5.



Ryc. 8.5. Procentowy rozkład nieprawidłowości występujących podczas kontroli w 2006 roku w zakresie przestrzegania zasad BHP przy stosowaniu urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne o częstotliwości w zakresie 0 Hz–300 GHz

6. Pomiary skażeń promieniotwórczych

W wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych działa 38 Placówek Podstawowych Pomiarów Skażeń Promieniotwórczych.

Ww. placówki prowadzą pomiary zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, mleka i innych produktów żywnościowych oraz pasz surowych.

W roku 2006 wykonano łącznie 1246 oznaczeń aktywności Cs-137 (719 oznaczeń metodą radiochemiczną i 527 oznaczeń metodą spektrometryczną), 19 oznaczeń aktywności Sr-90 oraz 2289 innych pomiarów (m.in. K-40, aktywność globalna beta, pomiar mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu). W ramach Systemu Bezpieczeństwa Żywności prowadzony był w roku ubiegłym monitoring produktów żywnościowych. W tym zakresie wykonano w sumie 484 oznaczeń aktywności Cs-137 (117 metodą radiochemiczną i 367 metodą spektrometryczną) oraz 95 pomiarów uzupełniających.

Ponadto, w ramach badań na zlecenie, wykonano 57 oznaczeń Cs-137 metodą radiochemiczną, 149 oznaczeń metodą spektrometryczną, 4 oznaczenia Sr-90, a także 2351 innych oznaczeń.

Tabela 8.1. Zestawienie wyników oznaczeń Cs-137 z uwzględnieniem podziału na poszczególne produkty żywnościowe wykonane w ramach placówek pomiaru skażeń promieniotwórczych

	Rodzaj próbki (produkt)		Przedział w jakim mieściły się wyniki oznaczeń w Bq/kg (Bq/l)
1.	Mleko	płynne lub w proszku	0,05 – 21,2
2.	Mięso	wołowina lub wieprzowina	0,04- 76,7
3.	Ryby	ryby słodkowodne lub ryby morskie	0,3 – 13,6
4.	Drób		0,05 – 8,43
5.	Jaja		0,04 – 7,19
6.	Zboża	pszenica lub żyto	0,08 – 8,13
7.	Ziemniaki		0,25 – 3,72
8.	Warzywa	kapusta lub marchew lub buraki	0,06 – 6,62
9.	Owoce	jabłka	0,14 – 5,87
10.	Woda wodociąg.		0,003 – 1,99
11.	Woda powierch.	rzeka lub jezioro	0,003 – 1,38
12.	Środki żywienia zwierząt	pasze zielone	0,08 – 7,64

Otrzymane wyniki są wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów – 370 Bq/kg dla mleka i jego przetworów oraz 600 Bq/kg dla innych produktów. W skali całego roku kilka przekroczeń zanotowano podczas badania próbek suchych grzybów (maksymalny wynik 808 Bq/kg), które jednak nie stanowią zagrożenia dla populacji.

7. Podsumowanie

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję

Sanitarną wydano 3040 decyzji (3046 w 2005 r.), w tym 367 decyzji i zaleceń pokontrolnych dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym oraz 297 decyzji (207 w 2005 r.) dotyczących ochrony przed polami elektromagnetycznymi. Podobnie jak w latach ubiegłych, pomimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości, nie zanotowano przypadków nadmiernego zagrożenia zdrowia osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania jonizującego oraz urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne. Osobne zagadnienie stanowią aparaty MRI (magnetyczny rezonans jądrowy), które są źródłem silnych pól elektromagnetycznych. W chwili obecnej prowadzone są w Komisji Europejskiej prace mające na celu ograniczenie zagrożeń elektromagnetycznych wywołanych przez aparaty MRI, w których ze strony polskiej uczestniczą również przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

IX. Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych

1. Informacje wstępne

W roku 2006 pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad warunkami pobytu dzieci i młodzieży w placówkach nauki i wychowania skontrolowali ogółem 32 814 szkół i innych placówek oświatowo-wychowawczych spośród 35 779 ujętych w ewidencji. Wśród skontrolowanych 20 465 szkół były: 9982 szkoły podstawowe, 587 filii szkół podstawowych, 2960 gimnazjów, 46 filii gimnazjów, 56 zasadniczych szkół zawodowych, 31 średnich szkół zawodowych, 15 techników, 781 liceów ogólnokształcących, 12 liceów profilowanych, 4 licea uzupełniające, 4 technika uzupełniające, 3352 zespoły szkół ogólnokształcących, 2335 zespołów szkół ponadpodstawowych, 361 szkół policealnych.

W skontrolowanych placówkach uczyło się 5 738 881 (w 2005 r. – 5 952 152) dzieci i młodzieży.

Ponadto skontrolowano 364 żłobki, 7003 przedszkola oraz 4721 innych placówek oświatowo-wychowawczych.

2. Funkcjonalność budynków

Odsetek obiektów szkolnych nieprzystosowanych do procesów nauczania nie uległ istotnej zmianie w porównaniu z rokiem 2005. Spośród skontrolowanych ogółem szkół, w 2,6 % zajęcia odbywały się w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania (w 2005 r. – 2,7 %, w 2004 r. – w 3,2 % szkół).

Użytkowanie obiektów nieprzystosowanych do procesu nauczania miało miejsce najczęściej w przypadku średnich szkół zawodowych, z których 9,6 % mieściło się w takich budynkach. Problem ten dotyczył także 8,3 % liceów profilowanych, 7,3 % filii szkół podstawowych oraz 6,6 % techników.

3. Stan techniczny oraz sanitarny budynków

Oceniając stan sanitarno-techniczny obiektów szkolnych w roku 2006 nie stwierdzono znaczącej poprawy w stosunku do lat poprzednich.

Zły stan techniczny odnotowano ogółem w 7 % szkół (w 2005 r. – w 7,4 %). Problem ten dotyczył 10,7 % zespołów szkół ponadpodstawowych, 10 % liceów

ogólnokształcących, 9,6 % średnich szkół zawodowych, 8,3 % liceów profilowanych oraz 7,5 % zespołów szkół ogólnokształcących. Zły stan techniczny występował także w 6,1 % szkół podstawowych i 6,3 % gimnazjów.

Zły stan sanitarny budynków stwierdzono natomiast w przypadku niewielkiej (0,3 %) części szkół, co odpowiada wielkości odnotowanej w roku 2005.

4. Wodociągi i kanalizacja

Analizując sytuację dotyczącą zapewnienia uczniom warunków do utrzymania higieny stwierdzono, że ogółem 26 (0,1 %) szkół nie miało zainstalowanej bieżącej wody, a 61 (0,2 %) nie miało kanalizacji (w 2005 r. odpowiednio – 0,1 % i 0,4 %). Najgorsza sytuacja miała miejsce wśród filii szkół podstawowych. W ewidencji znalazło się 8 (1,5 %) filii bez wodociągu i 16 (2,7 %) filii bez kanalizacji.

W 1249 szkołach (4,6 %) odnotowano ponadnormatywną liczbę uczniów przypadającą na urządzenia ustępowe (w 2005 r. – 5,2 %). Niespełnienie wymogu dostatecznej dostępności toalet z powodu nadmiernej liczby uczniów stwierdzono w 16,6 % liceów profilowanych, 8,8 % zespołów szkół ponadpodstawowych, 9,9 % liceów ogólnokształcących, 6,7 % techników, 5,5 % gimnazjów, 4,6 % zespołów szkół ogólnokształcących oraz w 3,2 % szkół podstawowych.

Ogółem 142 (0,6 %) skontrolowane szkoły posiadały ubikacje zewnętrzne. W 2006 r. z sanitariatów zewnętrznych korzystało najwięcej uczniów z filii szkół podstawowych – miało to miejsce w przypadku 3,5 % szkół tego rodzaju. Oznacza to niewielką poprawę w stosunku do roku poprzedniego, kiedy to analogiczny wskaźnik wynosił 5,2 %.

5. Infrastruktura do prowadzenia zajęć WF

Pomimo odnotowanej poprawy w zakresie posiadania przez szkoły pełnej infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego, nadal zastrzeżenia Państwowej Inspekcji Sanitarnej budziła niedostateczna liczba sal gimnastycznych. W szkołach, w których nie było sali gimnastycznej zajęcia odbywały się na korytarzach lub w salach lekcyjnych. Ogółem odnotowano 3967 (19,3 %) szkół nieposiadających ani sali gimnastycznej, ani rekreacyjnej (18,8 % w 2005 r., 25,4 % 2004 r.). Oceniając placówki pod względem posiadania infrastruktury do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stwierdzono, że 17,4 % szkół podstawowych, 57,9 % filii szkół podstawowych,

23,6 % gimnazjów, 80,4 % filii gimnazjów, 55,3 % zasadniczych zawodowych, 64,5 % średnich zawodowych, 21,6 % liceów ogólnokształcących, 91,6 % liceów profilowanych, 75 % liceów uzupełniających, 40 % techników, 75 % techników uzupełniających, 9,8 % zespołów szkół podstawowych, 15,4 % zespołów szkół ponadpodstawowych oraz 73,3 % szkół policealnych nie posiadało ani sali gimnastycznej, ani sali rekreacyjnej (zastępczej).

Pod względem posiadania pełnej infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego najlepiej sytuacja przedstawiała się w zespołach szkół ponadpodstawowych (67,6 %), w zespołach szkół ogólnokształcących (76,6 %), w liceach ogólnokształcących (61,3 %) i w gimnazjach (60,2 %). Ogółem szkół posiadających pełną infrastrukturę do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego było, podobnie jak w roku 2005, 62,8 %.

Podczas kontroli w 2006 r. oceniono również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po odbytych zajęciach sportowych. W porównaniu z rokiem 2005 zarejestrowano nieznaczny wzrost liczby szkół posiadających czynne natryski z ciepłą wodą oraz wzrost liczby szkół, w których uczniowie korzystali z natrysków po zajęciach sportowych. Stwierdzono, iż 79,8 % (w 2005 r. – 79,4 %) skontrolowanych szkół posiadało czynne natryski z ciepłą wodą, z czego w 59,8 % (w 2005 r. – 58,9 %) tych szkół dzieci i młodzież korzystała z natrysków tylko po dodatkowych zajęciach sportowych.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej brali pod uwagę również możliwość korzystania przez dzieci i młodzież z innych form aktywności ruchowej. Stwierdzono, iż ogółem 7,3 % szkół zapewniło uczniom możliwość korzystania z basenu (21,3 % liceów ogólnokształcących, 17,5 % gimnazjów, 18,2 % zespołów szkół ogólnokształcących, 13,4 % zespołów szkół ponadpodstawowych oraz 17,1 % szkół podstawowych), 8,8 % szkół zapewniło możliwość korzystania z hali sportowej oraz 7,3 % szkół z siłowni lub klubu fitness.

6. Opieka medyczna

W 2006 r. stwierdzono nieznaczny wzrost liczby szkół posiadających gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej. Ogółem odnotowano 45,9 % (w 2005 r. – 44,4 %) szkół posiadających gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej (78,8 % zespołów szkół ponadpodstawowych, 51,5 % zespołów szkół ogólnokształcących, 52,2 % gimnazjów, 34,7 % szkół podstawowych, 35,7 % zasadniczych szkół zawodowych oraz 40 % techników).

Oceniając sytuację dotyczącą profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

w szkołach stwierdzono, że brak było opieki pielęgniarskiej ogółem w 25,2 % szkół różnego typu.

Ponadto szkoły zapewniły ponadstandardową opiekę lekarską w 23,8 % szkół, a także zapewniono opiekę stomatologiczną w 10,4 % szkół.

7. Dożywianie dzieci i młodzieży

W 2006 r. skontrolowano szkoły podstawowe i gimnazja pod kątem prowadzonego dożywiania dzieci i młodzieży stwierdzając, iż zwiększył się odsetek szkół wydających obiady, natomiast zmalała liczba uczniów korzystających z posiłków.

Pełne obiady wydawano w 60,1 % (w 2005 r. – 59,8 %) ww. szkół (w tym wyłącznie posiłek jednodaniowy – w 46,4 %), a skorzystało z nich ogółem 1 040 340 dzieci i młodzieży. W 2005 r. z obiadów skorzystało 1 048 897 uczniów, a w 2004 r. - 811 818 uczniów. Natomiast zaledwie 19,6 % szkół organizowało śniadania dla 158 204 dzieci. Mając na uwadze, iż duża liczba dzieci nie ma zapewnionego w domu obiadu, a także nie spożywa przed wyjściem do szkoły śniadania, szkoły dofinansowywały posiłek dla 663 954 uczniów (w 2005 r. – 657 805, w 2004 r. – dla 483 729 uczniów). Ponadto 543 168 uczniów otrzymywało napój w 33,7 % szkół podstawowych i gimnazjów (w 2005 r. – 637 141 uczniów).

8. Oświetlenie

Pomiary sztucznego oświetlenia wykonane przez Państwową Inspekcję Sanitarną wykazały niezgodność z wymogami Polskich Norm w:

- 37,2 % oddziałów w 45,4 % skontrolowanych szkół podstawowych,
- 45,4 % oddziałów w 50 % skontrolowanych filii szkół podstawowych,
- 40 % oddziałów w 46,6 % skontrolowanych gimnazjów,
- 41,6 % oddziałów w 58,4 % skontrolowanych szkół ponadgimnazjalnych.

W porównaniu z 2005 r. wzrósł o 16,7 % odsetek filii szkół podstawowych, w których odnotowano niewłaściwe oświetlenie miejsc nauki i pobytu uczniów.

9. Ergonomia w szkole

W zakresie użytkowania mebli szkolnych dostosowanych do wzrostu dzieci i młodzieży zaobserwowano znaczną poprawę. Stwierdzono, iż używanie mebli niedostosowanych do wzrostu uczniów dotyczyło:

- 28,8 % szkół podstawowych (w 2005 r. – 31,4 %, w 2004 r. – 40,9 %),
- 16,1 % filii szkół podstawowych (w 2005 r. – 17,9 %, w 2004 r. – 32,3 %),
- 21,2 % gimnazjów (w 2005 r. – 26,1 %, w 2004 r. – 43,3 %).

10. Rozkłady zajęć szkolnych

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

W roku 2006 stwierdzono niezgodność tygodniowego rozkładu lekcji z przepisami prawnymi oraz z zasadami higieny w:

- 27,7 % oddziałów w 32,1 % skontrolowanych szkół podstawowych,
- 18,3 % oddziałów w 22,3 % skontrolowanych filii szkół podstawowych,
- 36 % oddziałów w 39,6 % skontrolowanych gimnazjów,
- 30,7 % oddziałów w 36,8 % skontrolowanych filii gimnazjów,
- 32,7 % oddziałów w 33,1 % skontrolowanych szkół ponadgimnazjalnych.

W porównaniu z rokiem ubiegłym, zaobserwowano poprawę sytuacji w tym zakresie.

Stwierdzone rokrocznie, podczas oceny higienicznego rozkładu lekcji, nieprawidłowości dotyczyły:

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

11. Substancje i preparaty chemiczne w szkolnych pracowniach chemicznych

Spośród 18 851 skontrolowanych szkół, 4700 szkół (24,9 %) w swoich pracowniach chemicznych posiadało substancje i preparaty chemiczne. Ilość posiadanych przez ww. szkoły substancji i preparatów niebezpiecznych wyniosła 71 715,83 kg i 1 691,51 l, w tym przeterminowanych 26 287,32 kg oraz 385,12 l (w 2005 r. – 29 863,23 kg oraz 493,07 l, a w 2004 r. – 64 411,72 kg oraz 42,49 l).

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolując szkoły w zakresie posiadanych substancji i preparatów niebezpiecznych zwrócili uwagę na:

- brak aktualnego spisu posiadanych substancji i preparatów niebezpiecznych – odnotowano w 1,6 % szkół (2,6 % w 2005 r.),
- brak wymaganych kart charakterystyki substancji i preparatów chemicznych – odnotowano w 2,4 % szkół (3,7 % w 2005 r.),
- brak oznakowania bądź oznakowanie niezgodne z przepisami – odnotowano w 3,4 % szkół (4 % w 2005 r.)
- przechowywanie substancji i preparatów niebezpiecznych w nie zamkniętych pomieszczeniach – odnotowano w 0,6 % szkół (0,8 % w 2005 r.).

Należy zauważyć, iż w wyniku prowadzonych systematycznych kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej w tym zakresie, znacznie zmniejszyła się ilość posiadanych przez szkoły przeterminowanych substancji i preparatów chemicznych.

12. Inne placówki oświatowo-wychowawcze

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2006 r. spośród 5457 będących w ewidencji skontrolowali ogółem 4721 (81,4 %) innych placówek oświatowo-wychowawczych. Do placówek tych zaliczało się:

- 306 domów dziecka,
- 365 internatów i burs,
- 403 domy studenckie,
- 2163 placówki z pobytem dziennym lub/i całodobowym (takie jak: pogotowia opiekuńcze, świetlice i kluby środowiskowe, ogniska wychowawcze, schroniska młodzieżowe, młodzieżowe/turnusowe ośrodki socjoterapii, młodzieżowe ośrodki wychowawcze),
- 1128 placówek pracy pozaszkolnej (pałace młodzieżowe, domy kultury, międzyszkolne ośrodki sportowe, ogniska pracy pozaszkolnej, ogrody jordanowskie, itp.),
- 356 placówek rekreacyjnych (domy wczasów dziecięcych, „zielone szkoły”, schroniska młodzieżowe).

W ww. placówkach przebywało 977 976 dzieci i młodzieży.

Oceniając budynki, w jakich mieściły się placówki brano pod uwagę ich funkcjonalność oraz stan sanitarno-techniczny.

Użytkowanie obiektów o złym stanie technicznym dotyczyło przede wszystkim internatów i burs (9,5 %) oraz domów studenckich (7,2 %).

Pozostałe placówki oświatowo-wychowawcze charakteryzowały się właściwym stanem sanitarno-technicznym.

13. Szkoły wyższe

W 2006 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znalazły się 223 państwowe szkoły wyższe, mieszczące się w 1436 obiektach oraz 263 niepaństwowe szkoły wyższe, mieszczące się w 372 obiektach.

Do uczelni państwowych uczęszczało 710 738 studentów stacjonarnych i 393 592 zaocznych, natomiast w uczelniach niepaństwowych liczba studentów stacjonarnych wyniosła 94 013, a zaocznych – 283 587.

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono, iż:

- 0,2 % uczelni państwowych oraz 1,4 % uczelni niepaństwowych znajdowało się w budynkach nieprzystosowanych,
- 7,2 % uczelni państwowych oraz 1,5 % uczelni niepaństwowych znajdowało się w budynkach o złym stanie technicznym.

Uczelnie państwowe należały do placówek, które:

- w 90,6 % posiadały laboratoria,
- w 39,3 % posiadały bibliotekę/czytelnię,
- w 13,1 % posiadały infrastrukturę do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego.

W przypadku uczelni niepaństwowych jedynie 22,3 % posiadało laboratoria, a 11,5 % infrastrukturę do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego. Stosunkowo wysoki (56,5 %) był natomiast odsetek placówek tego rodzaju posiadających bibliotekę/czytelnię.

14. Wypoczynek dzieci i młodzieży

W 2006 r. zakwalifikowano 8496 placówek wypoczynku dla dzieci i młodzieży (o 99 placówek mniej, niż w roku 2005), w tym 6346 placówek wypoczynku letniego oraz 2150 placówek wypoczynku zimowego. Z różnego rodzaju form wypoczynku skorzystało 722 951 dzieci i młodzieży (o 16 238 mniej niż w roku 2005), w tym 569 865 uczestników skorzystało z wypoczynku letniego a 153 086 z wypoczynku zimowego.

Wypoczynek dzieci i młodzieży organizowany był zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w różnego rodzaju formach wyjazdowych. Wypoczynek w miejscu zamieszkania organizowany był na bazie szkół, klubów osiedlowych czy domów kultury.

Natomiast formy wyjazdowe wypoczynku, takie jak kolonie oraz obozy, organizowane były na bazie obiektów stałych: szkół, internatów, schronisk młodzieżowych i ośrodków wczasowych.

Pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych kontrolując placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży ocenili warunki pobytu uczestników. Uchybienia w zakresie zaniedbań natury sanitarnej stwierdzono ogółem w 1,8 % placówek (w 2005 r. – 1,1 %).

Ponadto odnotowano wzrost liczby placówek wypoczynku dla dzieci i młodzieży, które nie zapewniły uczestnikom opieki medycznej. Ogółem odsetek tych placówek wyniósł 11 % (w 2005 r. – 8,1 %).

15. Podsumowanie

W wyniku prowadzonego w 2006 r. nadzoru nad szkołami i innymi placówkami oświatowo-wychowawczymi, a także nad placówkami wypoczynku dzieci i młodzieży stwierdzono, iż:

1. Nie uległa poprawie sytuacja w zakresie odbywania się zajęć w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania.
2. Stan sanitarno-techniczny był właściwy w większości szkół, jednakże w 10,7 % zespołów szkół ponadpodstawowych oraz w 10 % liceów ogólnokształcących stwierdzono zły stan techniczny obiektów.
3. Nie uległa wyraźnej poprawie sytuacja dotycząca liczby szkół z niedostateczną ilością urządzeń sanitarnych dla uczniów.
4. Systematycznie, choć nieznacznie, poprawia się sytuacja w zakresie korzystania przez uczniów z ubikacji zewnętrznych, gdyż w porównaniu z rokiem 2005 zmniejszył się o 1,7 % odsetek filii szkół podstawowych posiadających takie sanitariaty.
5. Posiadane przez szkoły gabinety profilaktycznej opieki medycznej odznaczały się dobrym stanem sanitarno-technicznym. Natomiast aż 25,2 % szkół nie zapewniło uczniom profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki.
6. Odnotowano poprawę odnośnie liczby szkół prowadzących żywienie, gdyż zwiększył się odsetek szkół wydających obiady, natomiast zmalała liczba uczniów korzystająca z tych posiłków.
7. Niewłaściwe oświetlenie stwierdzono w 58,4 % szkół ponadgimnazjalnych i 50 % filii szkół podstawowych.
8. Nastąpiła znaczna poprawa w zakresie zapewnienia mebli dostosowanych do wzrostu uczniów.

9. Nadal wiele zastrzeżeń Państwowej Inspekcji Sanitarnej budziła organizacja procesu nauczania i wychowania. Odsetek szkół, w których odnotowano nieprawidłowości w tygodniowym rozkładzie lekcji wyniósł 32,1 % w przypadku szkół podstawowych, 39,6 % w przypadku gimnazjów oraz 33,1 % w przypadku szkół ponadgimnazjalnych.
10. Placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży w większości zostały zorganizowane prawidłowo i nie budziły zastrzeżeń. Zmniejszyła się natomiast liczba placówek organizujących wypoczynek dla dzieci i młodzieży, a także liczba uczestników wypoczynku.

X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku

1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2006 nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej były objęte 338 803 obiekty żywności, żywienia i przedmiotów użytku.

W nadzorowanych obiektach przeprowadzono 381 417 kontroli i rekontroli. Wydano 52 600 decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 1430 decyzji przerwania działalności, a winnych zaniedbań ukarano 28 819 mandatami, na łączną kwotę 4 857 035 PLN. Stan sanitarny tych obiektów w latach 2001-2006 przedstawia Tabela 10.1.

Tabela 10.1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o złym stanie sanitarnym w latach 2001-2005

Lata	Odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym
2001	14,5
2002	12,4
2003	10,2
2004	8,6
2005	2,9
2006	2,3

Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że następuje systematyczna poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu żywnością oraz przedmiotami użytku. Odsetek zakładów o złym stanie sanitarnym zmniejszył się z 14,5 % w 2001 r. do 2,3 % w 2006 r.

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, które wprowadzono do stosowania w 2004 r. i zaktualizowano w roku 2006.

Należy podkreślić, że w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej nastąpiło dostosowanie polskiego prawa żywnościowego do przepisów wspólnotowych,

w tym także w zakresie wymagań higieniczno-sanitarnych dla obiektów produkcji i obrotu żywnością. Zgodnie z przepisami unijnymi to przedsiębiorcy branży spożywczej zobowiązani są do zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności, poprzez wdrożenie i stosowanie zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) oraz wprowadzanie systemu HACCP.

Z porównania różnych rodzajów obiektów wynika, że w okresie ostatnich sześciu lat najgorszy stan sanitarny utrzymywał się w tych samych grupach obiektów (tab. 10.2).

Tabela 10.2. Odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym w wybranych grupach obiektów w latach 2001-2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
targowiska	34,5	29,0	26,8	25,3	12,3	11,9
zakłady zbożowo-młynarskie	33,3	24,8	20,7	14,6	6,7	5,1
piekarnie	16,0	14,6	15,2	12,6	4,8	4,2
zakłady garmazeryjne	21,1	21,5	20,8	14,0	4,5	3,6

Należy równocześnie podkreślić, iż we wszystkich tych grupach obiektów nastąpiła dalsza poprawa w stosunku do lat wcześniejszych. Niepokojące jest jednak, że nadal 11,9 % targowisk nie spełnia wymagań sanitarnych.

Odnotować należy fakt poprawy w stosunku do roku 2005 stanu sanitarnego: wytwórni tłuszczów roślinnych – o 4,6 %, wytwórni koncentratów spożywczych – o 1,7%, zakładów zbożowo-młynarskich – o 1,6 %, kiosków spożywczych – o 1,5 % oraz zakładów garmazeryjnych – o 0,9 %.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętych skontrolowano 25 687 obiektów. Pomimo poprawy ich stanu sanitarnego w stosunku do roku poprzedniego, niepokoi dys kwalifikacja 318 zakładów, co stanowi 1,2 % obiektów tego typu (w 2005 r. – 2,4 %), w tym m.in. 2,0 % bloków żywienia w szpitalach (w 2005 r. – 3,7 %) oraz 1,8 % stołówek przedszkolnych (w 2005 r. – 3,2 %). W roku 2006 skontrolowano 6911 stołówek szkolnych, z których 88 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 1,3 % (w 2005 r. – 3,3 %). Najczęściej występujące w stołówkach szkolnych uchybienia dotyczyły m.in.: zniszczonego i wyeksploatowanego sprzętu i urządzeń, braku segregacji żywności oraz monitoringu temperatur w urządzeniach chłodniczych, nieprawidłowego oznakowania i pobierania próbek kontrolnych, braku odpowiednich warunków do mycia i dezynfekcji naczyń stołowych i sprzętu kuchennego, braku wydzielonych pomieszczeń do prowadzenia obróbki wstępnej

surowców oraz mycia i dezynfekcji jaj, niewystarczającej ilości umywalek do mycia rąk w części produkcyjnej, złego stanu technicznego podłóg, ścian i sufitów, braku opracowanych i wdrożonych zasad GHP i GMP.

Do grup obiektów, w których nie stwierdzono złego stanu sanitarnego należą wytwórnice: tłuszczów roślinnych, mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi, środków dietetycznych, octu, majonezu i musztardy, substancji dodatkowych oraz browary i słodownie. Jednakże zakłady te nie mają istotnego znaczenia w ogólnej statystyce oceny stanu sanitarnego kraju w zakresie higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku, bowiem stopień zagrożenia zdrowia związany z tymi zakładami w ujęciu populacyjnym jest stosunkowo niewielki.

Porównanie stanu sanitarnego poszczególnych grup obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz środków transportu żywności w latach 2005-2006 przedstawia Tabela 10.5.

2. Najczęściej stwierdzane uchybienia

I. W przypadku grup obiektów, których stan sanitarny budzi najczęściej zastrzeżeń, najczęściej występującymi uchybieniami były:

- 1) Targowiska (na 960 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 114 targowisk, co stanowi 11,9 % ocenianych):
 - brak zaopatrzenia w bieżącą ciepłą i zimną wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi,
 - brak wydzielonych WC dla sprzedawców środków spożywczych,
 - niedostateczna czystość na zapleczach stanowisk sprzedaży środków spożywczych,
 - brak podłączenia do sieci kanalizacyjnej,
 - nieutwardzony teren w całym otoczeniu obiektu,
 - brak warunków chłodniczych do przechowywania środków spożywczych łatwo psujących się.

Problem utwardzenia całego terenu, skanalizowania i doprowadzenia wody występuje głównie na targowiskach wiejskich.

W roku sprawozdawczym na targowiskach wzmocniono nadzór nad produktami pochodzenia zwierzęcego i w związku z tym przeprowadzono wspólne kontrole z Inspekcją Weterynaryjną w zakresie oceny warunków sprzedaży tych produktów,

prawidłowości przechowywania i oznakowania masy towarowej oraz udokumentowania pochodzenia mięsa.

2) Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego (na 608 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 31 zakładów, co stanowi 5,1 % ocenianych):

- brak bieżącej, zimnej i ciepłej wody,
- obecność gryzoni i innych szkodników zbożowo-mącznych,
- brak właściwie urządzonego węzła sanitarnego,
- zły stan techniczny,
- niewłaściwa wentylacja lub całkowity jej brak.

W tej grupie obiektów większość stanowią młyny gospodarcze usługowo mielące zboża na potrzeby okolicznych mieszkańców. Są to na ogół stare, niewielkie zakłady, wyposażone w wyeksploatowane urządzenia. Obiekty nierentowne są likwidowane, o czym świadczy zmniejszenie liczby zakładów objętych nadzorem z 941 w 2003 r. do 732 w 2006 r. (spadek o 22,2 %).

3) Piekarnie (na 6 566 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 277 piekarni, co stanowi 4,2 % ocenianych):

- stwierdzenie obecności szkodników zbożowo-mącznych, a także brak skutecznej ochrony zakładu przed szkodnikami,
- brak zachowanej ciągłości łańcucha chłodniczego środków spożywczych łatwo psujących się,
- stwierdzenie surowców niewłaściwej jakości zdrowotnej,
- nieprawidłowe znakowanie wyrobów gotowych (brak pełnego składu surowcowego lub skład niezgodny ze stanem faktycznym),
- zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- brak aktualnych orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych osób mających kontakt z żywnością.

Liczba piekarni zmniejsza się systematycznie w ciągu ostatnich lat. W 2004 r. objętych nadzorem było 7339 piekarni, w 2005 r. – 7151, natomiast w 2006 r. – 6971. Likwidacji najczęściej ulegają małe zakłady o złych warunkach sanitarno-technicznych.

Nadzorowane obiekty charakteryzują się zróżnicowanym stanem sanitarno-technicznym. Znaczną część zakładów stanowią rzemieślnicze piekarnie rodzinne o niedużej produkcji, prowadzące sprzedaż głównie na rynku lokalnym i w powiatach ościennych. Funkcjonują one często w starych, adaptowanych i wyeksploatowanych

budynkach, w których utrudnione jest (również z przyczyn ekonomicznych) prowadzenie modernizacji. Niemniej następuje dalsza poprawa warunków sanitarno-technicznych obiektów – poprzez sukcesywne modernizacje, polegające na zwiększeniu funkcjonalności zakładów, wydzieleniu pomieszczeń do mycia pojemników transportowych do pieczywa, wymianie urządzeń, wyposażenia i sprzętu produkcyjnego itp.

4) Zakłady garmażeryjne (na 503 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 18 zakładów, co stanowi 3,6 % ocenianych):

- brak wydzielonego pomieszczenia lub stanowiska do wychładzania wyrobów gotowych,
- nieprawidłowa funkcjonalność pomieszczeń,
- nie zachowana segregacja wyrobów gotowych, półproduktów i surowców w chłodniach,
- brak wydzielonego pomieszczenia do mycia pojemników transportowych.

W większości są to wytwórnie produkujące szeroki asortyment mącznych wyrobów garmażeryjnych oraz surówek i sałatek na rynek lokalny. Znaczna część obiektów to zakłady rzemieślnicze, działające w pomieszczeniach wymagających modernizacji.

II. W przypadku pozostałych grup obiektów najczęściej występującymi uchybieniami były:

1) Kioski spożywcze (na 12 679 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 361 obiektów, co stanowi 2,8 % ocenianych):

- brak podłączenia do sieci wodno-kanalizacyjnej,
- przechowywanie nietrwałych artykułów spożywczych poza urządzeniem chłodniczym,
- przechowywanie artykułów spożywczych w opakowaniach bezpośrednio na podłodze,
- rozszerzenie działalności handlowej bez możliwości jednoczesnego zapewnienia właściwych warunków sanitarno-higienicznych,
- brak czystości i porządku w pomieszczeniach.

Systematycznie zwiększa się liczba kiosków podłączonych do sieci wodno-kanalizacyjnej, co wpływa na zmniejszanie się odsetka obiektów o niedostatecznym stanie sanitarnym.

2) Sklepy spożywcze (na 92 638 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 2699 obiektów, co stanowi 2,9 % ocenianych).

Sklepy spożywcze są najliczniejszą grupą ewidencjonowanych obiektów żywności i żywienia, tj. 43,9 %. Liczba nadzorowanych sklepów utrzymuje się na podobnym

poziomie (w 2006 r. – 149 864, w 2005 r. – 150 060, w 2004 r. – 150 906). Stan sanitarny sklepów spożywczych jest zróżnicowany. Nieliczną grupę stanowią hiper i supermarkety, które są wyposażone w odpowiednie urządzenia i sprzęt, zapewniające prawidłowe warunki do przechowywania i sprzedaży żywności. Zdecydowaną większość stanowią sklepy małe, które znajdują się głównie na terenach wiejskich.

Od kilku lat zauważalna jest systematyczna poprawa stanu sanitarnego sklepów spożywczych, co znajduje potwierdzenie w zmniejszającym się odsetku obiektów ocenionych negatywnie: w 2002 r. – 13,1 %, w 2003 r. – 10,0 %, w 2004 r. – 8,7 %, w 2005 r. – 3,3 % i w 2006 r. – 2,9 %.

Nadal najwięcej uchybień stwierdzano w małych sklepach. Do najczęściej stwierdzanych należą:

- przechowywanie artykułów nietrwałych w niewłaściwej temperaturze lub poza urządzeniami chłodniczymi,
 - nie zachowanie należytej czystości, zwłaszcza na zapleczu sklepu,
 - brak zabezpieczenia pieczywa nie opakowanego przed zanieczyszczeniami,
 - nieodpowiednia higiena osobista personelu, brak prawidłowej odzieży ochronnej,
 - oferowanie do sprzedaży przeterminowanych środków spożywczych,
 - sprzedaż środków spożywczych paczkowanych bez etykiet lub niewłaściwie oznakowanych,
 - brak prawidłowych zapisów kontroli wewnętrznej, w tym rejestrów temperatury przechowywania łatwo psującej się żywności.
- 3) Zakłady żywienia zbiorowego otwarte (na 19 577 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 550 obiektów, co stanowi 2,8 % ocenianych):
- niefunkcjonalność pomieszczeń,
 - zbyt mała powierzchnia, złe wyposażenie przygotowalni do wstępnej obróbki surowców,
 - używanie do produkcji zniszczonego sprzętu i urządzeń,
 - brak wydzielonej zmywalni naczyń stołowych od zmywalni naczyń kuchennych lub sprzętu do ich wyparzania,
 - nie oznakowane deski do krojenia poszczególnych rodzajów żywności.
- 4) Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte (na 25 687 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 318 obiektów, co stanowi 1,2 % ocenianych):

- nieprawidłowe mycie naczyń stołowych, kuchennych i transportowych,
- brak wydzielonej zmywalni naczyń stołowych,
- niewystarczająca ilość urządzeń chłodniczych,
- niefunkcjonalność pomieszczeń,
- uszkodzone, nieprawidłowe podłogi i ściany w pomieszczeniach produkcyjnych i magazynowych,
- używanie do produkcji wyeksploatowanych urządzeń oraz zniszczonego sprzętu i naczyń,
- brak przygotowalni do obróbki wstępnej surowców (czynności te wykonuje się w kuchni właściwej).

3. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

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

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

W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań.

Skuteczność mycia i dezynfekcji sprzętu, urządzeń, opakowań, a także rąk pracowników ocenia się poprzez badanie próbek sanitarnych, tj. wymazów z powierzchni rąk, urządzeń, sprzętu i opakowań. W 2006 r. zbadano 2269 próbek tego rodzaju, z czego zakwestionowano 340, co stanowi 15,0 % zbadanych (18,0 % w 2005 r.). Najwięcej próbek sanitarnych kwestionowano w automatach do lodów – 46,2 %, sklepach spożywczych – 21,0 % i piekarniach – 13,2 %. Świadczy to o nie zachowaniu podstawowego reżimu higienicznego przez pracowników.

4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2006 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 15 466 środków transportu żywności, spośród których 16 (0,10 %) oceniono jako niezgodne z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi (w 2005 r. – 0,36 %).

Najczęściej stwierdzane uchybienia sanitarne w środkach transportu żywności dotyczyły:

- braku zapisów w rejestrach mycia i dezynfekcji,
- niedostatecznej higieny personelu – braku odzieży ochronnej,
- braku oznakowania pojazdu,
- nieprawidłowej temperatury przewożonych artykułów spożywczych,
- nie zachowania odpowiedniej segregacji przewożonych środków spożywczych,
- zniszczonej powierzchni wewnętrznej.

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

5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do roku 2005, jak również do lat wcześniejszych, w 2006 r. uległa dalszej poprawie jakość zdrowotna środków spożywczych produkcji krajowej. Natomiast jakość produktów importowanych wprowadzanych do obrotu w Polsce pozostaje na podobnym poziomie. Pod pojęciem „importowane” mieszczą się środki spożywcze oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością produkcji innej niż krajowa.

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2000-2006 przedstawia Tabela 10.3.

Tabela 10.3. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze <i>Razem</i>		W tym:			
	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %	<i>krajowe</i>		<i>importowane</i>	
			Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %
2000	375 767	10,6	265 152	12,4	110 615	6,3
2001	346 034	9,4	233 249	11,2	112 785	5,8

2002	312 972	8,5	210 823	10,6	102 149	7,4
2003	205 234	7,5	140 740	8,2	64 494	6,1
2004	134 390	5,8	107 783	6,1	26 607	4,7
2005	96 114	5,1	79 412	5,1	16 702	5,2
2006	92 118	4,0	75 928	3,4	16 190	6,7

W 2006 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej działające w systemie zintegrowanego badania żywności zbadały ogółem 92 118 próbek środków spożywczych, z których 3680, tj. 4,0 % nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2005 r. – 5,1 %).

Porównanie odsetka próbek środków spożywczych (krajowych i importowanych) zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach 2005-2006 za niewłaściwą jakość zdrowotną – w rozbiciu na asortymenty – przedstawia Tabela 10.6.

Pod względem mikrobiologicznym z 58 590 zbadanych próbek produktów zakwestionowano 2,0 % (w 2005 r. – 4,5 %), z powodu zanieczyszczenia bakteriami chorobotwórczymi – 0,8 %, w tym Salmonellą – 0,4 %, oraz pozostałymi bakteriami – 3,6 %. Zmniejszenie się odsetka próbek zakwestionowanych mikrobiologicznie można wiązać m.in. ze zmianą od dnia 1 stycznia 2006 r. kryteriów mikrobiologicznych dla większości nietrwałych środków spożywczych i ich badaniem głównie w kierunku obecności bakterii chorobotwórczych – zgodnie z rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2073/2005 z dnia 15 listopada 2005 r. w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych (Dz. Urz. WE L 338 z 22.12.2005 r.).

W Tabeli 10.4 przedstawiono produkty najczęściej kwestionowane w latach 2002-2006 (wg odsetka prób kwestionowanych ogółem) z uwagi na niedopuszczalne zanieczyszczenia mikrobiologiczne.

Tabela 10.4. Produkty spożywcze o najczęściej kwestionowanej jakości zdrowotnej

	2002	2003	2004	2005	2006
Lody	9,9	11,4	4,5	8,2	5,0
Mleko spożywcze (z obrotu)	14,6	19,4	11,2	12,5	4,6
Ciastka z kremem	27,1	20,1	13,4	7,7	3,1
Napoje bezalkoholowe	3,4	3,8	1,0	2,2	3,1
Masło (z obrotu)	19,6	19,4	13,4	13,4	3,0
Wyroby garmażeryjne	11,4	10,6	6,4	2,4	0,8

Należy zwrócić uwagę na fakt, że pomimo znacznej poprawy w niektórych asortymentach (np. masło – o 10,4 %, mleko spożywcze – o 7,9 %, ciastka z kremem – o 4,6 %, lody – o 3,2 % oraz wyroby garmażeryjne – o 1,6 %) ww. produkty należą do najbardziej zanieczyszczonych mikrobiologicznie. Szczególnie należy podkreślić zmniejszenie o 24 % ilości kwestionowanych próbek ciastek z kremem (z 27,1 % w 2002r. do 3,1 % w roku 2006) oraz zmniejszenie o 10,6 % ilości kwestionowanych próbek wyrobów garmażeryjnych (z 11,4 % w 2002 r. do 0,8 % w 2006 r.). Ich jakość zdrowotna stanowi istotny problem z uwagi na to, że są one często przyczyną zatruc pokarmowych.

Próbki mleka i jego przetworów do badań pobierane były z obrotu – zgodnie z kompetencjami Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 2006 roku znacznie polepszyła się jakość mleka płynnego oraz przetworów mlecznych. Szczegółowe dane o jakości zdrowotnej mleka i jego przetworów zawiera Tabela 10.7.

W 2006 r. jakość zdrowotna importowanych produktów spożywczych pozostała na podobnym poziomie w stosunku do lat poprzednich. Najczęstsze przyczyny kwestionowania środków spożywczych z importu były następujące:

- ze względu na obecność szkodników lub ich pozostałości – 9,9 % zbadanych próbek (w 2005 r. – 7,6 %) – głównie dotyczyło to kawy, herbaty, ziarna kakaowego,
- z powodu nadmiernych zanieczyszczeń chemicznych ogółem kwestionowano 1,7 % zbadanych próbek (w 2005 r. – 1,0 %), w tym za zawartość metali szkodliwych dla zdrowia – 0,4 % (w 2005 r. – 0,2 %), za zawartość substancji konserwujących – 1,8 % (w 2005 r. – 0,8 %)
- z uwagi na zmienione cechy organoleptyczne – 0,6 % (w 2005 r. – 0,4 %), w tym widoczne zapleśnienie (np. orzechy arachidowe, ziarno kakaowe).

Wymagań mikrobiologicznych nie spełniało 0,2 % (w 2005 r. – 2,2 %) ogółem zbadanych próbek żywności importowanej.

5. 1. Znakowanie środków spożywczych

W roku 2006, podobnie jak w latach wcześniejszych, podczas kontroli sanitarnych przeprowadzanych w nadzorowanych obiektach zwracano uwagę na prawidłowość znakowania środków spożywczych.

Pomimo pewnej poprawy w stosunku do lat poprzednich znakowanie środków spożywczych nie jest jeszcze w wielu przypadkach prawidłowe. Świadczy to o nie przestrzeganiu przepisów prawnych zawartych w rozporządzeniu Ministra Rolnictwa

i Rozwoju Wsi z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie znakowania środków spożywczych i dozwolonych substancji dodatkowych (Dz. U. Nr 220, poz. 1856 z późn. zm.).

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w znakowaniu środków spożywczych były:

- brak daty minimalnej trwałości lub terminu przydatności do spożycia,
- brak określenia nazwy producenta lub jego siedziby (dotyczyło to w szczególności pieczywa, wędlin i niektórych przetworów zbożowych),
- brak etykiety na mięsie mielonym i wędlinach, bądź umieszczanie etykiet w pojemnikach tak, aby nie były one widoczne dla konsumentów,
- etykiety nietrwale przymocowane do opakowań,
- nietrwale, łatwo usuwalne napisy na folii z tworzywa sztucznego.

5. 2. Badanie żywności w kierunku GMO

W 2006 r. zbadano 571 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych.

Do badań zostały pobrane próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, takich jak np.: produkty sojowe, owoce i warzywa, przetwory mięsne i drobiowe, przetwory piekarnicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Badania zostały przeprowadzone w 3 Laboratoriach Badania Żywności Genetycznie Zmodyfikowanej działających w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Spośród zbadanych próbek 7 zostało zakwestionowanych ze względu na nieprawidłowe oznakowanie produktów w których wykryto genetycznie zmodyfikowaną soję Roundup Ready. Pięć z nich nie posiadało odpowiedniego oznakowania na opakowaniu pomimo zawartości tego GMO w ilości powyżej 0,9%.

Soja Roundup Ready jest organizmem genetycznie zmodyfikowanym autoryzowanym jako żywność oraz do produkcji żywności zgodnie z rozporządzeniem nr 1829/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy. Soja ta może znajdować się na rynku pod warunkiem, że jest oznakowana zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia. Produktami w których wykryto soję genetycznie zmodyfikowaną były:

- mąka sojowa (1 próbka),
- wafle o smaku kakaowym (1 próbka),

- szynka mielona (1 próbka),
- kiełbasa (2 próbki).

W pozostałych 2 próbkach izolatu białka sojowego stwierdzono również białko soi Roundup Ready, jednakże na opakowaniu nie tylko nie była umieszczona informacja o jego obecności, lecz została umieszczona deklaracja o nieobecności GMO w produkcie – “NON GMO”.

Ponadto, w ramach wypełniania zobowiązań wynikających z decyzji Komisji nr 2006/601 z dnia 5 września 2006 r. w sprawie środków nadzwyczajnych w odniesieniu do niedozwolonego genetycznie zmodyfikowanego organizmu pod nazwą LL RICE 601 w produktach z ryżu, zmienionej decyzją nr 2006/754 z dnia 6 listopada 2006 r., do badań zostały pobrane 54 próbki produktów ryżowych. W trzech próbkach znaleziono genetycznie zmodyfikowany materiał.

5.3. System RASFF

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

W roku 2006 Krajowy Punkt Kontaktowy otrzymał 286 powiadomień o niebezpiecznych produktach żywnościowych (w roku 2005 – 229, w 2004 – 179, w 2003 – 118 powiadomień), w tym:

- 193 powiadomienia dotyczące niezgodności wykrytych podczas kontroli urzędowej w 2006 r. (w 2005 r. wpłynęły 102 powiadomienia, w 2004 r. – 137 powiadomień, w 2003 r. – 94 powiadomienia),
- 93 powiadomienia z Komisji Europejskiej dotyczące produktów pochodzących z Polski (w 2005 r. z Komisji Europejskiej wpłynęło 87 powiadomień, w 2004 r. 42 powiadomienia, natomiast w 2003 r. KE przesłała 13 powiadomień).

Do najczęściej występujących rodzajów zagrożeń zgłoszonych do systemu RASFF w 2006 roku należały chemiczne zanieczyszczenia żywności (130 zgłoszeń – z kraju 96, zaś z KE – 34).

5.3.1. Powiadomienia krajowe

W 2006 r. zgłoszone zostały do systemu RASFF 22 przypadki przekroczenia dopuszczalnego poziomu obecności aflatoksyn, z czego większość dotyczyła orzeszków,

daktyli, fig, pistacji, masła orzechowego, chili w proszku. Natomiast najczęściej występującym zagrożeniem w zakresie chemicznych zanieczyszczeń żywności, zgłaszanym w ramach RASFF, była obecność metali ciężkich (14) oraz barwników Sudan I-IV (7), które nie są dopuszczone do stosowania w produktach spożywczych. W zakresie ww. barwników powiadomienia dotyczyły surowców importowanych z Indii, a także produktów gotowych pochodzących z Polski (2) oraz Hiszpanii (1). Dotyczyły one głównie chili i papryki ostrej oraz mieszanek przyprawowych z ich udziałem. Natomiast w sześciu przypadkach do systemu zostały zgłoszone sosy sojowe i przyprawy do zup zanieczyszczone 3-MCPD (3-mono-chloropropan-1,2-diolem), z czego 3 powiadomienia dotyczyły produktów pochodzących z Polski.

Pośród zagrożeń mikrobiologicznych, które stwierdzono w 51 powiadomieniach (z kraju – 34, z KE – 17), ok. 50 % powiadomień krajowych dotyczyło obecności Salmonelli, głównie w importowanej śrucie sojowej (12), produktach pochodzenia zwierzęcego (2), pieprzu (1). Przesyłano również powiadomienia dot. nadmiernego zanieczyszczenia *Listerią monocytogenes* ryb (pstrąg i makrela). Natomiast zanieczyszczenia pleśnią wykryto w 16 przypadkach (w figach suszonych, pieprzu, jabłkach suszonych, w imbirze, kawie i czerwonej fasoli).

Krajowy Punkt Kontaktowy otrzymał również informację o przypadku wykrycia chloramfenikolu –pozostałości leków weterynaryjnych w mrożonych filetach z pangii.

W zakresie obecności pestycydów w żywności zgłoszonych zostało 27 powiadomień. Ponadto wpłynęły również dwa powiadomienia w związku z usiłowaniami wprowadzenia na rynek unijny produktów pochodzenia zwierzęcego (mleko, masło) wytworzonych przez firmy nie zatwierdzone do wprowadzania swoich produktów na rynek UE.

Na podstawie oceny ryzyka dokonywanej każdorazowo przez zespół ekspertów naukowych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania zapewniające wyeliminowanie zagrożenia. Zakwestionowane produkty były wycofywane z rynku zgodnie z ustawowymi kompetencjami, podejmowano również działania wyjaśniające i działania zaradcze, stosownie do stanu faktycznego.

W 93 przypadkach do Krajowego Punktu Kontaktowego przesłane zostały powiadomienia dotyczące wykrycia zanieczyszczeń biologicznych (szkodników martwych, żyjących, a także ich ekskrementów).

5. 3. 2. Powiadomienia przesłane przez Komisję Europejską

Spośród 93 powiadomień przesłanych przez KE dotyczących żywności produkowanej lub importowanej do Polski 16 dotyczyło produktów pochodzenia zwierzęcego zanieczyszczonych mikrobiologicznie. Były to produkty wyprodukowane w zakładach nadzorowanych przez Inspekcję Weterynaryjną. Większość stanowiły zanieczyszczenia *Salmonellą* różnych asortymentów mięs chłodzonych lub mrożonych.

Listeria monocytogenes obecna była w 4 produktach. Natomiast jedno powiadomienie związane było ze stwierdzeniem zanieczyszczenia bakteriami *E. coli* w naturalnej wodzie źródlanej.

Przedmiotem powiadomień były również środki spożywcze zawierające niedozwolone barwniki (azorubinę, czerwien Allura, tartrazynę w dekoracjach cukierniczych, fiolet krystaliczny w węgorku, a także inne barwniki w żelkach o smaku malinowym).

Komisja Europejska przesłała ponadto 2 powiadomienia odnośnie stwierdzenia obecności pasożytów w wątróbkach rybich w puszcze – pochodzących z Polski. KE poinformowała także o pięciu przypadkach dyskwalifikacji żywności ze względu na obecność aflatoksyn (pistacje i masy pistacjowe, orzeszki prażone, ryż, ciastka arachidowe i orzeszki laskowe). Ponadto 4 powiadomienia dotyczyły stwierdzenia ochratoksyny A w rodzynekach i kawie rozpuszczalnej oraz fumonizyn B₁ i B₂ obecnych w paście i w makaronie bezglutenowym. Przekroczone dopuszczalne limity dioksyn wykryto w czterech przypadkach (tłuszcz wieprzowy, wątróbki z dorsza, pasze). Ponadto w trzech przypadkach stwierdzono nadmierną zawartość benzo(a)pirenu w wędzonych szprotkach.

W pięciu przypadkach stwierdzono brak na opakowaniu deklaracji o potencjalnej obecności orzeszków ziemnych/migdałów (ciasteczka w polewie czekoladowej, czekolady oraz kakao).

Wystąpiło również pięć przypadków zagrożeń fizycznych, z czego trzy dotyczyły lizaków z Chin zawierających małe elementy zabawek.

Ponadto trzy powiadomienia dotyczyły wykrycia pozostałości leków weterynaryjnych w miodzie.

Spośród środków importowanych, zakwestionowanych w wyniku granicznej kontroli sanitarnej żywności, powiadomienie zostało przesłane w 110 przypadkach. Największą grupę (19) stanowiły przekroczenia dopuszczalnej zawartości aflatoksyn w orzechach ziemnych, daktylach i figach. Produkty te były zwracane do producenta bądź utylizowane.

W zakresie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością z krajowej sieci powiadamiania przesłano trzy powiadomienia (talerze deserowe, salaterki porcelanowe) oraz otrzymano 2 powiadomienia z Komisji Europejskiej – szklanki, zestawy dla dzieci. W większości kwestionowane produkty importowane były z Chin. Stwierdzono w nich nadmierną migrację ołowiu, kadmu i formaldehydu.

6. Jakość zdrowotna przedmiotów użytku

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 2006 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 2,4 % (w 2005 r. – 2,3 %) próbek, w tym produkcji krajowej – 1,2 % (w 2005 r. – 1,7 %), z importu – 6,1 % (w 2005 r. – 4,7 %).

Odsetek kosmetyków produkcji krajowej niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wynosił 1,3 % (w 2005 r. – 1,3 %), importowanych – 6,2 % (w 2005 r. – 0,0 %).

Przedmioty użytku z importu zakwestionowano w 4,26 % (w 2005 r. – 8,2 %), a krajowe w 3,6 % (w 2005 r. – 3,9 %).

Wśród głównych przyczyn kwestionowania ww. produktów należy wymienić:

- przeterminowanie kosmetyków,
- niewłaściwe oznakowanie przedmiotów z tworzyw sztucznych,
- nieprawidłowości w zakresie znakowania kosmetyków – nieprawidłowo podany termin trwałości, brak numeru partii.

W ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) w roku 2006 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały ok. 56 powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów.

Po przeprowadzeniu stosownego postępowania wyjaśniającego w stosunku do ww. powiadomień stwierdzono, że żaden z notyfikowanych kosmetyków nie został zgłoszony do Krajowego Systemu Informowania o Kosmetykach, zatem nie powinien znajdować się w obrocie na terenie Polski. Fakt, że kosmetyki te nie znalazły się na rynku polskim został potwierdzony przez państwowych inspektorów sanitarnych.

Jakość zdrowotną przedmiotów użytku w latach 2005-2006 przedstawia Tabela 10.8.

7. Ocena sposobu żywienia

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

W 2006 r. oceniono sposób żywienia w 4417 zakładach żywienia zbiorowego stwierdzając następujące nieprawidłowości:

- wady jadłospisów i racji pokarmowych – w 20,0 % próbek zbadanych teoretycznie (w 2005 r. – 25,2 %),
- niewłaściwa wartość energetyczna oraz składniki pokarmowe, co stwierdzono w 58,3 % próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2005 r. – 63,6%), w tym w odniesieniu do wartości energetycznej – w 41,8 % próbek (w 2005 r. – 50,0 %).

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w zakresie sporządzania jadłospisów były:

- małe urozmaicenie posiłków,
- brak dodatków owocowo-warzywnych, szczególnie w posiłkach śniadaniowych i kolacjach,
- brak w posiłkach produktów stanowiących źródło pełnowartościowego białka zwierzęcego.

Ponadto stwierdzono nadmierne spożycie tłuszczów (margaryny, smalcu), cukru i słodczy, ziemniaków, przy drastycznych w niektórych przypadkach niedoborach w spożyciu owoców i warzyw, mleka i jego przetworów, masła, jaj.

W przyrządzanych posiłkach stwierdzano także niedobory istotnych składników pokarmowych, tj. wapnia, białka zwierzęcego, żelaza, witaminy C.

8. Podsumowanie

Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w roku 2006 poprawił się w stosunku do roku 2005, a także lat wcześniejszych. W grupie tych obiektów są zarówno zakłady produkujące środki spożywcze, jak również te, które wprowadzają je do obrotu. Poprawa stanu sanitarnego osiągana jest poprzez modernizację obiektów oraz przez wprowadzanie systemów zapewnienia jakości.

Systematycznie poprawia się jakość zdrowotna środków spożywczych produkcji krajowej, w szczególności: masła, mleka, ciastek z kremem, lodów, pieczywa, innych przetworów zbożowo-mącznych, mrożonek oraz wyrobów garmażeryjnych.

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

- poprawy funkcjonalności obiektów,
- stosowania prawidłowych procesów mycia i dezynfekcji,
- prawidłowego znakowania wyrobów,
- właściwego stosowania substancji dodatkowych,
- zachowania higieny osobistej i higieny miejsca pracy,
- 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),
- identyfikowalności surowców i produktów,
- zachowania łańcucha chłodniczego na całej drodze od surowca do gotowego produktu wydawanego konsumentom, co ma szczególne znaczenie w przypadku środków spożywczych łatwo psujących się,
- produkcji i obrotu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementów diety – szczególnie w aspekcie prawidłowości znakowania.

Tabela 10.5. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w latach 2005- 2006

L.p.	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2005	2006	
1	Wytwornie lodów	0,4	0,8	+ 0,4
2	Automaty do lodów	0,4	1,4	+ 1,0
3	Wytwornie tłuszczów roślinnych	4,6	-	- 4,6
4	Wytwornie mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	-	-
5	Piekarnie	4,8	4,2	- 0,6
6	Ciastkarnie	3,0	2,6	- 0,4
7	Przetwornie owocowo-warzywne i grzybowe	1,7	1,4	- 0,3
8	Browary i słodownie	-	-	-
9	Wytwornie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	1,7	2,3	+ 0,6
10	Zakłady garmażeryjne	4,5	3,6	- 0,9
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	6,7	5,1	- 1,6
12	Wytwornie makaronów	1,1	1,2	+ 0,1
13	Wytwornie wyrobów cukierniczych	2,8	2,4	- 0,4
14	Wytwornie koncentratów spożywczych	2,6	0,9	- 1,7
15	Wytwornie octu	-	-	-
16	Wytwornie majonezu i musztardy	-	-	-
17	Wytwornie środków dietetycznych	-	-	-
18	Wytwornie substancji dodatkowych	-	-	-
19	Wytwornie używek	1,6	2,1	+ 0,5
20	Inne wytwornie żywności	1,3	1,1	- 0,2
21	Sklepy spożywcze	3,3	2,9	- 0,4
22	Kioski spożywcze	4,3	2,8	- 1,5
23	Targowiska	12,3	11,9	- 0,4
24	Magazyny hurtowe	2,5	2,1	- 0,4
25	Inne obiekty obrotu żywnością	3,1	2,0	- 1,1
26	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2,8	2,1	- 0,7
27	Zakłady małej gastronomii	2,8	2,2	- 0,6
28	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	2,4	1,2	- 1,2
29	Środki transportu żywności	0,4	0,1	- 0,3
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	2,9	2,4	- 0,5
31	Wytwornie przedmiotów użytku w tym:	1,8	0,7	- 1,1
	a) kosmetyków	4,4	1,6	- 2,8
	b) chemii gospodarczej	-	-	-
	c) opakowań do żywności	0,9	0,3	- 0,6
	d) inne	-	-	-
32	Miejsca obrotu przedmiotami użytku	0,2	-	- 0,2
33	Razem (obiekty dot. przedmiotów użytku)	0,5	0,1	- 0,4
	OGÓLEM – obiekty objęte nadzorem	2,9	2,3	- 0,6

- brak przypadków

Tabela 10.6. Jakość zdrowotna środków spożywczych w latach 2005 - 2006

Lp.	Rodzaj środków spożywczych	% zdyskwalifikowanych próbek środków spożywczych											
		krajowych						z importu					
		ogółem		w badaniach mikrobiolog.		w badaniach chemicznych		ogółem		w badaniach mikrobiolog		w badaniach chemicznych	
		2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Mięso i przetwory mięsne (bez konserw)	2,8	3,4	1,7	1,7	0,3	0,4	5,1	0,4	2,7	-	-	-
2	Konserwy mięsne	1,9	1,4	0,2	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-
3	Ryby i przetwory rybne (bez konserw)	2,9	2,0	1,6	0,6	1,7	1,1	0,9	3,5	0,4	-	0,6	0,3
4	Konserwy rybne	1,1	-	-	-	0,4	-	2,9	6,6	-	-	-	1,7
5	Mleko spożywcze (płynne)	13,2	5,9	12,5	4,6	1,4	0,6	-	-	-	.	-	-
6	Przetwory mleczne (bez masła i lodów)	4,7	1,7	2,8	0,1	0,8	0,2	1,6	2,9	1,3	-	-	0,9
7	Masło	16,3	3,9	14,0	3,1	-	-	2,6	-	2,6	-	-	-
8	Lody	9,3	5,9	8,2	5,1	-	-	7,7	-	7,8	-	-	.
9	Tłuszcze zwierzęce	3,2	8,8	-	-	7,7	1,2	.	.	.	.	.	.
10	Tłuszcze roślinne	1,2	0,6	0,1	-	0,1	0,2	5,2	2,6	-	-	0,8	-
11	Mieszanki tłuszczów zwierzęcych i roślinnych	1,0	0,7	-	-	0,7	-	-	.	-	.	-	.
12	Pieczywo - w tym cukiernicze suche	2,4	1,9	0,4	0,2	0,2	0,2	1,9	2,1	-	-	-	2,0
13	Inne przetwory zbożowo- mączne	4,1	2,4	3,2	1,2	0,7	0,4	0,9	10,6	-	0,4-	0,2	0,3
14	Owoce, warzywa, grzyby i przetwory (bez konserw)	3,1	3,9	0,4	1,7	2,2	1,7	1,8	2,4	-	0,2	1,1	2,6

X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	Konserwy owocowe, warzyw. i warz.- mięsne	2,6	2,6	1,0	-	1,9	1,5	1,2	1,4	-	-	0,2	0,3
16	Wyroby garmazeryjne	3,8	3,5	2,5	0,8	1,2	1,1	4,4	8,8	-	-	-	-
17	Mrożonki z wyjątkiem owoców i warzyw	3,3	1,6	0,3	0,1	-	-	3,6	-	-	-	-	-
18	Ciastka z kremem	8,0	3,3	7,8	3,1	-	-	-	-	-	.	-	-
19	Koncentraty	2,1	2,1	-	0,3	1,8	0,6	3,7	2,0	-	-	5,6	1,7
20	Cukier i wyroby cukiernicze	2,3	4,1	0,3	0,1	2,1	1,1	8,2	0,3	1,5	-	-	-
21	Napoje bezalkoholowe	4,0	6,5	2,2	3,1	0,8	2,7	3,1	12,7	-	-	-	-
22	Napoje alkoholowe	4,0	6,8	-	-	1,4	2,5	2,1	1,6	.	.	-	-
23	Używki	0,8	2,1	-	-	-	2,2	12,2	15,3	-	-	2,2	2,5
24	Środki spożywcze dietetyczne	0,7	2,4	-	-	0,1	-	4,7	7,5	2,2	2,2	1,5	8,1
25	Odżywki suche	2,1	1,7	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-
26	Mleko w proszku	2,5	6,9	-	-	-	-	-	3,3	-	-	-	-
27	Mieszanki dla niemowląt	-	-	-	-	.	.	.	.	.	.	.	.
28	Próbki kontr. posiłków	2,4	5,8	2,4	5,8	.	.	.	.	.	.	.	.
29	Inne środki spożywcze	3,3	3,6	1,1	1,6	3,1	1,5	7,2	5,82	13,4	2,7	1,8	3,8
30	Substancje dodatkowe	1,1	0,7	-	-	-	-	0,8	0,4	-	-	0,4	-
31	Razem środki spożywcze krajowe	5,1	3,4	4,7	2,1	1,2	1,0	.	.	.	.	.	.
32	Razem środki spożywcze z importu	.	.	.	.	.	.	5,2	6,7	2,2	2,2	1,0	1,7
33	Razem środki spożywcze	5,1	4,0	4,5	2,0	1,1	1,2	.	.	.	.	.	.

- brak przypadków
- nie zbierano danych

Tabela 10.7. Ocena jakości zdrowotnej mleka i jego przetworów (odsetek zdyskwalifikowanych próbek mleka i jego przetworów w latach 2005 - 2006)

RODZAJE PRODUKTÓW	POWODY DYSKWALIFIKACJI	2005	2006
mleko spożywcze (płynne)	ogółem	13,19	5,89
	mikrobiologiczne	12,47	4,63
	chemiczne	1,34	0,61
przetwory mleczne */	ogółem	4,48	1,78
	mikrobiologiczne	2,70	0,12
	chemiczne	0,66	0,30
masło	ogółem	15,54	3,83
	mikrobiologiczne	13,35	3,01
	chemiczne	-	-

*/ bez masła i lodów

Tabela 10.8. Jakość zdrowotna przedmiotów użytku w latach 2005 - 2006

Rodzaj próbek Przedmioty Użytku	% próbek zakwestionowanych									
	2005					2006				
	ogółem	mikrobiologi- cznie ogółem	chemicznie ogółem	za zaw. substan. konserwujących	organolepty- cznie	ogółem	mikrobiologi- cznie ogółem	chemicznie ogółem	za zaw. substan. konserwujących	organolepty- cznie
A. krajowe	1,71	1,45	0,8	0,6	0,57	1,18	1,30	0,35	-	0,23
1) kosmetyki	1,32	1,45	-	-	-	1,31	1,30	-	-	-
2) opakowania do żywności	1,60	.	0,59	2,47	0,62	0,90	.	0,07	-	0,27
3) inne	3,86	.	3,91	.	-	3,61	.	3,68	.	-
B. z importu	4,73	-	2,28	-	2,35	6,13	-	3,37	-	3,15
1) kosmetyki	-	-	-	-	.	6,25	-	-	-	.
2) opakowania do żywności	4,13	.	0,83	-	2,43	6,60	.	3,41	-	3,45
3) inne	8,22	.	7,80	.	1,82	4,55	.	4,22	.	1,52
Ogółem	2,28	1,43	1,11	0,56	0,85	2,42	1,29	1,18	-	0,84

- brak przypadków
- nie zbierano danych

XI. Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia

1. Wprowadzenie

Działania podejmowane w 2006 roku przez pion oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wynikały z założeń krajowych, regionalnych i lokalnych programów oraz z sytuacji epidemiologicznej w całym kraju.

W 2006 roku w Państwowej Inspekcji Sanitarnej zatrudnionych było 600 specjalistów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, spośród których 422 (70 %) posiadało wykształcenie wyższe, głównie pedagogiczne, medyczne i socjologiczne. Do ich zadań należało inicjowanie i koordynowanie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia w szerokiej współpracy środowiskowej.

Tematyka działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia dotyczyła:

- profilaktyki chorób układu krążenia,
- profilaktyki schorzeń układu oddechowego,
- profilaktyki nowotworowej,
- profilaktyki uzależnień, w tym: palenia tytoniu, picia alkoholu i zażywania substancji psychoaktywnych,
- profilaktyki HIV/AIDS,
- profilaktyki chorób zakaźnych wieku dziecięcego,
- profilaktyki innych chorób zakaźnych (WZW typu A i B, Hib, grypa),
- profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia,
- profilaktyki cukrzycy,
- pierwotnej profilaktyki wad cewy nerwowej,
- promocji zdrowia psychicznego,
- higieny osobistej i otoczenia,
- zapobiegania zatruciom pokarmowym,
- propagowania szczepień ochronnych,
- promowania zdrowego stylu życia, w tym zbilansowanej diety i aktywności fizycznej,
- zapobiegania wypadkom, ze szczególnym uwzględnieniem wypadków drogowych,
- opieki nad matką i dzieckiem.

Programy i akcje prozdrowotne inicjowane i przeprowadzane przez Państwową Inspekcję Sanitarną skierowane były do:

- rodziców i opiekunów dzieci,
- dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym,
- młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych,
- studentów,
- nauczycieli, wychowawców i pedagogów szkolnych,
- kobiet w wieku rozrodczym,
- pacjentów zakładów opieki zdrowotnej,
- konsumentów produktów spożywczych,
- pracowników zakładów pracy, w szczególności zakładów produkujących i wprowadzających żywność do obrotu,
- pracowników służby zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, położnych i pielęgniarek środowiska szkolnego),
- strażników miejskich, strażaków, policjantów, żołnierzy, pracowników służby więziennej.

2. Realizacja zagadnień problemowych

W 2006 roku realizowano programy o zasięgu krajowym, inicjowane przez Główny Inspektorat Sanitarny, dotyczące rozwiązywania następujących problemów zdrowotnych:

2.1. Profilaktyka próchnicy zębów

„Radosny Uśmiech - Radosna Przyszłość”

W 2006 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła 10 edycję programu edukacyjnego. Adresatami programu są uczniowie klas II szkół podstawowych.

Celem programu jest:

- zapobieganie próchnicy zębów i przyzębia wśród dzieci,
- kształtowanie u dzieci odpowiedzialności za zdrowie poprzez edukację w zakresie higieny jamy ustnej,

- zachęcanie rodziców do współdziałania z dziećmi na rzecz prawidłowej higieny jamy ustnej.

Głównym zadaniem tego programu jest nauczenie dzieci odpowiedzialności i umiejętności dbania o zdrowie jamy ustnej. Program realizowany jest systematycznie od 10 lat, a wyniki przeprowadzonych badań świadczą o jego wysokiej efektywności. Szkoły biorące udział w programie otrzymują specjalnie przygotowane pakiety zawierające materiały wydawnicze i pomoce dydaktyczne ułatwiające przeprowadzenie zajęć z dziećmi. W roku szkolnym 2005/06 oddziaływaniami programowymi objęto 405 329 odbiorców.

2.2. Zapobieganie chorobom zakaźnym

„Przedszkolny Program Profilaktyki WZW typu A”

Program był społeczną kampanią edukacyjną mającą na celu przedstawienie zagrożeń związanych z ewentualnym wystąpieniem epidemii wyrównawczej WZW typu A w naszym kraju oraz upowszechnienie wiedzy o szczepieniach profilaktycznych – zalecanych.

Celem programu było:

- zmniejszenie występowania zachorowań na WZW typu A u dzieci w przypadku wystąpienia tzw. „epidemii wyrównawczej”,
- dostarczenie rodzicom i opiekunom dzieci wiedzy o WZW typu A i możliwych sposobach zapobiegania, m.in. przez szczepienia ochronne.

Program skierowany był do rodziców i opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym oraz do dyrektorów i nauczycieli przedszkoli. Jego realizacja prowadzona była, początkowo w formie pilotażu, od października 2002 roku.

IV edycja programu realizowana była w całym kraju w okresie od września 2005 r. do czerwca 2006 r.

Realizatorami programu byli specjaliści oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wychowawcy grup przedszkolnych, personel medyczny zakładów opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki medycyny szkolnej.

Partnerami podejmowanych działań programowych były: kuratoria oświaty, Zarządy Rejonowe PCK, zakłady opieki zdrowotnej, organy samorządu terytorialnego, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, regionalne i lokalne środki masowego przekazu.

IV edycja „Przedszkolnego Programu Profilaktyki WZW typu A” objęła 3768 przedszkoli na terenie całego kraju. Ponadto realizacją programu objęto: 72 szkoły podstawowe (województwa mazowieckie i świętokrzyskie), 1 żłobek (województwo mazowieckie) oraz 5 domów dziecka (województwo zachodniopomorskie)

W ramach realizacji programu w okresie od września 2005 r. do czerwca 2006 r. działaniami informacyjno-edukacyjnymi objęto łącznie 599 176 osób, w tym dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów oraz kadrę pedagogiczną przedszkoli. W wyniku działań programowych w ww. okresie zaszczepiono ogółem 2387 dzieci w wieku przedszkolnym.

Decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego realizacja programu edukacyjnego na poziomie krajowym została zakończona.

„Program Profilaktyki WZW typu A w Zakładach Produkujących i Dystrybuujących Żywność”

II Edycja „Programu Profilaktyki WZW typu A w Zakładach Produkujących i Dystrybuujących Żywność” realizowana była w całym kraju w okresie od września 2005 r. do czerwca 2006 r.

Celem programu było podniesienie poziomu ochrony zdrowia konsumentów poprzez bezpieczną produkcję i dystrybucję żywności.

Cele szczegółowe to:

- podniesienie poziomu świadomości w zakładach produkujących i dystrybuujących żywność o zagrożeniach ze strony produkowanej i wprowadzonej do obrotu żywności,
- kształtowanie prawidłowych postaw i zachowań zdrowotnych pracodawców i pracowników w zakresie higieny i stwarzania optymalnych warunków sanitarnych w procesie produkcji i obrotu żywnością,
- promowanie w środowisku zakładów podnoszących bezpieczeństwo produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności.

Grupę docelową stanowili pracownicy zakładów produkujących i wprowadzających żywność do obrotu. Oddziaływaniami programowymi byli objęci również pracownicy służby zdrowia sprawujący opiekę nad pracownikami.

II edycja „Programu Profilaktyki WZW typu A w Zakładach Produkujących i Dystrybuujących Żywność” realizowana była w 3916 zakładach na terenie całego kraju.

W wyniku działań programowych w okresie od września 2005 r. do czerwca 2006 r. zaszczepiono ogółem 4162 pracowników zakładów produkujących i dystrybuujących żywność.

Decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego realizacja programu edukacyjnego na poziomie krajowym została zakończona.

„Zapobieganie HIV/AIDS”

Państwowa Inspekcja Sanitarna po raz kolejny włączyła się w realizację multimedialnej kampanii społecznej zainicjowanej przez Krajowe Centrum ds. AIDS, dotyczącej profilaktyki HIV/AIDS w całym kraju. Kampania przebiegała pod hasłem: „Rodzina razem przeciw AIDS” i realizowana była we wszystkich województwach.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w szerokiej współpracy lokalnej prowadzili działania ukierunkowane na:

- promocję wartości rodzinnych, życia w stałych związkach partnerskich.
- przekazywanie wiedzy na temat HIV i AIDS.
- włączenie do realizacji treści kampanii rodziców, z uwagi na ich decydującą rolę w procesie tworzenia osobowości młodego człowieka.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej starali się również uświadomić rodzicom ważną rolę, jaką w prawidłowym funkcjonowaniu rodziny pełni dialog z dziećmi.

Honorowy patronat nad kampanią na poziomie krajowym objęli:

- Minister Zdrowia,
- Minister Edukacji Narodowej,
- Główny Inspektor Sanitarny.

Ponadto Państwowa Inspekcja Sanitarna we wszystkich województwach nawiązała współpracę z władzami rządowymi i samorządowymi, m.in. w formie patronatu wojewodów i marszałków województw nad kampanią, w celu nawiązania szerokiego współdziałania przy organizacji i prowadzeniu działań edukacyjnych w środowiskach lokalnych.

Dzięki staraniom pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych w realizację kampanii aktywnie włączyły się media regionalne i lokalne, poprzez przygotowanie audycji radiowych, programów telewizyjnych, spotów oraz artykułów prasowych mających na celu dotarcie z treściami kampanii do szerokiego grona odbiorców. W kilku województwach w propagowaniu treści kampanii wzięły udział również inne podmioty, jak np. kina, domy kultury.

Na terenie kraju odbywały się spotkania i wykłady ze specjalistami w dziedzinie HIV/AIDS, w tym z naukowcami specjalizującymi się w tej dziedzinie oraz lekarzami zajmującymi się w codziennej praktyce zawodowej chorymi na AIDS i zakażonymi wirusem HIV, a także z pedagogami i psychologami zajmującymi się profilaktyką w tym zakresie.

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej były skierowane w szczególności do placówek oświatowo-wychowawczych oraz zakładów opieki zdrowotnej.

W szkołach oprócz pakietu edukacyjnego nauczyciele korzystali z podręcznika pt. „Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej”, gdzie przedstawione były różne formy przeprowadzania zajęć edukacyjnych, a także gotowe scenariusze i ankiety dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Niezależnie od zajęć dydaktycznych w szkołach, młodzi ludzie czynnie uczestniczyli w przygotowaniu materiałów informacyjnych, tzn. ulotek, folderów, plakatów oraz zakładek z informacjami na temat profilaktyki HIV/AIDS oraz pod hasłem: „Rodzina razem przeciw AIDS”. Materiały te były oceniane podczas konkursów plastycznych i dystrybuowane do ośrodków kulturalnych, przychodni oraz placówek oświatowo-wychowawczych. Treści kampanii propagowały również przygotowywane przez uczniów różnego rodzaju formy teatralne.

Zorganizowane zostało również szereg wystaw tematycznych w centrach miast, urzędach oraz innych miejscach często uczęszczanych i ogólnie dostępnych dla społeczności lokalnej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna nawiązała współpracę z Kuriami Metropolitalnymi, a także bezpośrednio z parafiami. Kapłani oraz pracownicy parafialnych poradni rodzinnych podczas spotkań z wiernymi (szczególnie nauk przedmażeńskich), uświadamiali ludziom jak ważna jest wierność jednemu, stałemu partnerowi oraz miłość i wsparcie rodziny skierowane do dorastających dzieci.

Ważnym przedsięwzięciem w prowadzonej kampanii była działalność bezpłatnych punktów konsultacyjno-diagnostycznych powstałych we wszystkich województwach (z tego 7 usytuowanych jest w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych). W czasie trwania kampanii specjaliści oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy udziale mediów lokalnych przekazywali informacje dotyczące możliwości skorzystania z testów na obecność wirusa HIV, szczególnie przez kobiety planujące potomstwo.

Podsumowanie działań kampanijnych przypadło na dzień 1 grudnia 2006 r., kiedy to w całym kraju obchodzony był Światowy Dzień AIDS. W ramach obchodów Państwowa Inspekcja Sanitarna organizowała:

- happeningi,
- marsze,
- rozdawnictwo ulotek informacyjnych,
- projekcje filmów,
- koncerty.

Działania te propagowały hasła kampanii oraz głosiły solidarność z zakażonymi HIV i chorymi na AIDS.

2.3. Poprawa sposobu żywienia i jakości zdrowotnej żywności

„ Pierwotna Profilaktyka Wad Cewy Nerwowej”

Program zainicjowany został w 1997 roku przez Ministerstwo Zdrowia, a od 1999 roku koordynowany jest na poziomie krajowym przez Główny Inspektorat Sanitarny we współdziałaniu z Instytutem Matki i Dziecka. W całym kraju stacje sanitarno-epidemiologiczne we współpracy ze szkołami, zakładami opieki zdrowotnej – poradniami dla kobiet, parafialnymi poradniami rodzinnymi, docierają z edukacją do kobiet w wieku rozrodczym. Głównym celem programu jest dostarczanie wiedzy młodym kobietom planującym potomstwo na temat potrzeby zażywania kwasu foliowego w dawce profilaktycznej, w celu uzupełnienia niedoboru tej witaminy w pożywieniu.

Celem działań edukacyjnych podejmowanych w różnych środowiskach i grupach kobiet jest:

- upowszechnienie wiedzy na temat potrzeby codziennego przyjmowania kwasu foliowego w okresie planowania potomstwa,
- skorygowanie nawyków żywieniowych pod kątem zwiększenia w diecie witamin z grupy B.

Program w roku szkolnym 2005/06 był realizowany w 2083 szkołach ponadgimnazjalnych, 514 gimnazjalnych oraz w 870 innych placówkach szkolno-wychowawczych (szkoły policealne, uczelnie wyższe), zakładach opieki zdrowotnej (poradnie „K”, szpitale, gabinety ginekologiczno-położnicze, szkoły rodzenia) i parafiach rzymsko-katolickich w całym kraju, a oddziaływaniami edukacyjnymi objęto

1 069 672 osób.

2.4. Profilaktyka raka piersi

„Różowa Wstążeczka”

Program adresowany jest do dziewcząt szkół ponadgimnazjalnych. Celem programu jest uświadomienie młodych kobiet w zakresie samokontroli i samobadania piersi w celu profilaktyki nowotworowej.

Program pt. „Różowa Wstążeczka” zainicjowany został w 2002 roku przez Kancelarię Prezydenta RP i realizowany jest przez Państwową Inspekcję Sanitarną w całym kraju, w szerokiej współpracy lokalnej.

W roku 2005/06 program realizowany był w ok. 3000 placówek nauczania i wychowania, w tym w 2556 szkołach ponadgimnazjalnych, 121 szkołach gimnazjalnych i 177 innych placówkach oświatowych.

Działaniami edukacyjnymi objęto 601 194 osoby, w tym uczniów oraz ich matki, a także nauczycieli i innych pracowników szkół. Celem dotarcia do szerszej grupy kobiet podejmowano liczne działania w środowiskach pozaszkolnych.

W ramach profilaktyki nowotworowej Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z różnymi partnerami, a przede wszystkim z władzami lokalnymi i fachowym personelem medycznym z zakładów opieki zdrowotnej, zorganizowała różnorodne, ogólnodostępne, spotkania informacyjno-edukacyjne w środowiskach lokalnych.

2.5. Profilaktyka astmy oskrzelowej

„Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie”

Program edukacyjny zainicjowany został w 2003 roku przez Główny Inspektorat Sanitarny we współdziałaniu z Polskim Towarzystwem Alergologicznym, Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej oraz Centrum Zdrowia Dziecka.

W roku szkolnym 2005/06 Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała na terenie kraju kolejną edycję programu w 13 województwach.

Głównym celem programu jest przybliżenie społeczeństwu istoty astmy oskrzelowej u dzieci, a przede wszystkim upowszechnienie umiejętności rozpoznania jej objawów oraz przedstawienie wiedzy na temat znaczenia wczesnego wykrywania oraz wdrożenia właściwego postępowania z chorym dzieckiem.

W roku szkolnym 2005/06 program realizowano w 716 szkołach podstawowych.

Odbiorcami było 86 029 uczniów klas I-III oraz ich rodzice.

Na terenie kraju pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej angażowali do współpracy władze lokalne, fachowych pracowników medycznych, dyrektorów szkół, nauczycieli, rodziców oraz społeczność lokalną.

W celu zapewnienia właściwej realizacji programu zostały przygotowane pakiety materiałów oświatowo-zdrowotnych, które stacje sanitarno-epidemiologiczne dostarczały do szkół. W prowadzeniu zajęć z uczniami przez nauczycieli i pielęgniarki środowiska szkolnego pomocna okazała się książeczka pt. „W szkole z Jasiem”, stanowiła ona podstawowe narzędzie, na podstawie którego realizatorzy opracowywali konspekty lekcji lub scenariusze zajęć z uczniami. Dzięki tej pomocy dydaktycznej zajęcia były bardziej atrakcyjne.

Rodzice uczniów objętych działaniami edukacyjnymi włączyli się aktywnie w realizację programu. Za najatrakcyjniejszą formę edukacji uznali film, który w sposób przystępny przedstawiał najważniejsze zagadnienia dotyczące astmy. Ponadto rodzice uczniów z astmą dzielili się swoją wiedzą i osobistymi doświadczeniami związanymi z opieką nad chorymi dziećmi, podkreślając, że życie codzienne ich dzieci nie odbiega zasadniczo od codzienności zdrowych rówieśników. Uznali, że istotnym przesłaniem programu jest obalenie stereotypu siedzącego (bez wysiłku fizycznego) i pozbawionego zabaw z rówieśnikami trybu życia chorych na astmę, ponieważ aktywność fizyczna jest bardzo ważnym elementem prawidłowego rozwoju młodych ludzi.

2.6. Profilaktyka nadwagi i otyłości

Główny Inspektorat Sanitarny i Stowarzyszenie „Polska Federacja Producentów Żywności”, wychodząc naprzeciw zaleceniom strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia, rozpoczęli w roku szkolnym 2006/07 wprowadzanie programu edukacyjnego pt. „Trzymaj Formę!”, dotyczącego promocji zasad zbilansowanej diety i aktywności fizycznej w 5000 szkół, głównie gimnazjalnych, w całym kraju. Celem programu „Trzymaj Formę!” jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

Program przeznaczony jest dla uczniów szkół gimnazjalnych i ostatnich klas szkół podstawowych. Realizacja programu oparta jest na metodzie projektu, dzięki

której uczniowie wspólnie z nauczycielami, rodzicami i środowiskiem lokalnym, opracowują najlepsze i najciekawsze metody propagowania zasad zdrowego stylu życia zarówno w szkole, jak i w rodzinie.

Dla nauczycieli, rodziców i uczniów został przygotowany specjalny pakiet materiałów edukacyjnych. Ułatwiają one szybki dostęp do wiedzy niezbędnej w realizacji programu, gdyż zawierają treści z kilku różnych przedmiotów realizowanych w różnym czasie w ramach ogólnych programów nauczania.

Pakiet składa się z:

1. Poradnika merytoryczno-metodycznego dla nauczycieli z aneksami nt.:

- zasad dobrych praktyk w zakresie higieny i bezpieczeństwa żywności w sklepikach szkolnych,
- zasad promocji zdrowia środkami kultury fizycznej,
- produktów zalecanych do rozszerzenia asortymentu produktów żywnościowych w sklepikach szkolnych.

2. Broszur dla uczniów.

3. Plakatu z piramidą żywienia (z uwzględnioną aktywnością fizyczną).

4. Strony internetowej oraz płyt z wersją offline.

Program „Trzymaj Formę!” jest pierwszym tego typu programem opartym na partnerstwie publiczno-prywatnym.

Program został zatwierdzony do realizacji przez Głównego Inspektora Sanitarnego Andrzeja Wojtyłę w dniu 9 listopada 2006 roku. Patronat nad programem objęły: Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu, Instytut Żywności i Żywienia.

Wstępna realizacja programu w tej wersji planowana jest na 3 lata.

2.7. Realizacja kampanii antytytoniowych będących częścią obchodów Światowego Dnia bez Tytoniu oraz ogólnopolskiej akcji „Rzuć Palenie Razem z Nami”

Obchody Światowego Dnia bez Tytoniu – 31 maja 2006 r. pt. „Każdy papieros niszczy Twoje zdrowie”.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, podobnie jak każdego roku, również w 2006 roku czynnie włączyła się do obchodów Światowego Dnia bez Tytoniu, które przebiegały pod hasłem „Każdy papieros niszczy Twoje zdrowie”, a których celem było dostarczenie społeczeństwu rzetelnej wiedzy na temat skutków palenia tytoniu i zysków

płynących z niepalenia.

Zadania związane z profilaktyką palenia tytoniu realizowane są przez specjalistów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ciągu całego roku. Wynikają one z oceny sytuacji epidemiologicznej występowania w Polsce chorób odtytoniowych oraz wyników badań określających, że ok. 10 milionów Polaków pali tytoń, a inicjowanie palenia następuje u coraz młodszych osób. Nasilenie działań antytytoniowych nastąpiło z okazji Światowego Dnia bez Tytoniu, i podobnie jak w latach ubiegłych, także w 2006 roku starano się zachęcić jak najwięcej Polaków do zapoznania się z korzyściami wynikającymi z niepalenia.

Wszystkie jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej w kraju włączyły się do działań podejmowanych na poziomie wojewódzkim i lokalnym, pozyskując partnerów do współrealizacji przedsięwzięć prozdrowotnych w tym zakresie.

Specjaliści oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia stacji sanitarno-epidemiologicznych zachęcali różne instytucje i organizacje do wzięcia udziału w obchodach Światowego Dnia bez Tytoniu w 2006 roku, przesyłając pisma do starostw powiatowych, urzędów miejskich i gminnych, komend policji, straży pożarnej, zakładów karnych, urzędów pracy, powiatowych centrów pomocy rodzinie, ośrodków pomocy społecznej, świetlic socjoterapeutycznych, Komendy ZHP, OHP, PKS, PKP, Caritas, regionalnych i lokalnych środków masowego przekazu, a także szkół i zakładów opieki zdrowotnej.

W ramach profilaktyki tytoniowej stacje sanitarno-epidemiologiczne podjęły szereg działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym. Większość realizowanych przedsięwzięć miała charakter masowy i obejmowała zasięgiem szeroką grupę odbiorców.

Adresatami działań byli:

- osoby palące i ich rodziny, m. in. bierni palacze,
- młodzież uzależniona od tytoniu, bądź rozpoczynająca palenie,
- uczniowie szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych,
- studenci,
- rodzice uczniów,
- pacjenci zakładów opieki zdrowotnej, w tym także kobiety ciężarne i pacjentki poradni dla kobiet,

- społeczności lokalne.

Za szczególnie ważną uznano zwłaszcza edukację prowadzoną wśród dzieci i młodzieży. Na terenie całego kraju w większości placówek nauczania i wychowania odbyły się zajęcia dotyczące profilaktyki palenia tytoniu. W prowadzeniu zajęć często stosowano metody problemowe, tj. dyskusje dydaktyczne oraz zajęcia warsztatowe, które prowadzone były pod kierunkiem pedagogów i psychologów szkolnych, a dotyczyły w znacznej mierze treningu asertywności.

W ramach obchodów Światowego Dnia bez Tytoniu Państwowa Inspekcja Sanitarna zorganizowała 728 lokalnych akcji, imprez i happeningów. Podczas trwania festynów, happeningów i form ulicznych zorganizowano punkty informacyjne, w których można było dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pomiaru zawartości tlenu węgla w wydychanym powietrzu, poziomu cukru, masy ciała i indeksu BMI, poziomu cholesterolu, badań spirometrycznych, a także otrzymać materiały tematyczne i informację na temat skutecznych sposobów walki z nałogiem.

Propagowane hasła i treści Światowego Dnia bez Tytoniu wspierała także kampania informacyjna w środkach masowego przekazu. Do obchodów bardzo aktywnie włączyły się regionalne i lokalne media, w których publikowane były artykuły, informacje oraz transmisje z happeningów i imprez oświatowo-zdrowotnych. Ukazało się 226 artykułów w prasie lokalnej, a w regionalnych, lokalnych, kablowych i osiedlowych telewizjach i stacjach radiowych wyemitowano 112 reportaży z organizowanych imprez.

Akcja „Rzuć Palenie Razem z Nami” - 16 listopada 2006 roku

Państwowa Inspekcja Sanitarna w dniu 16 listopada 2006 roku organizowała i przeprowadziła z udziałem licznych partnerów i sojuszników ogólnopolską akcję pn. „Rzuć Palenie Razem z Nami”.

Stacje sanitarno-epidemiologiczne podejmowały działania oświatowo-zdrowotne, mające na celu dostarczenie społeczeństwu informacji o zyskach płynących z niepalenia i negatywnych skutkach dla zdrowia wynikających z tego nałogu.

Większość działań podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną miała charakter masowy, a ich adresatami byli:

- uczniowie szkół podstawowych, gimnazjów, szkół ponadgimnazjalnych, ich nauczyciele i rodzice,
- studenci,

- pacjenci zakładów opieki zdrowotnej, w szczególności kobiety w ciąży,
- pracownicy zakładów pracy,
- ogół społeczeństwa, ze szczególnym nasileniem oddziaływań w środowiskach lokalnych.

Główne przedsięwzięcia prozdrowotne kierowane były do dzieci i młodzieży szkolnej, którzy stanowili najliczniejszą grupę odbiorców, zarówno podczas działań realizowanych w szkołach, obiektach sportowych, teatrach, domach kultury, jak też w trakcie imprez plenerowych i ulicznych.

W 2006 roku, w trakcie jesiennej akcji antytytoniowej, specjaliści oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej zorganizowali 178 lokalnych imprez i happeningów. Podczas trwania festynów, happeningów i akcji ulicznych zorganizowali 212 punktów informacyjnych, m.in. w marketach, miejscach organizacji imprez, przejściach granicznych itp. W punktach tych dokonywano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pomiaru zawartości tlenu węgla w wydychanym powietrzu, poziomu cukru, masy ciała i indeksu BMI, poziomu cholesterolu, badań spirometrycznych, a także udzielano porad na temat skutecznych sposobów zerwania z nałogiem. Rozdawano standardowe materiały oświatowo-zdrowotne i inne wydawnictwa opracowywane przez uczestników imprez.

Wzorem lat ubiegłych, celem dotarcia do szerokiego grona odbiorców, Państwowa Inspekcja Sanitarna zaprosiła do udziału w tej akcji przedstawicieli środków masowego przekazu. Regionalne i lokalne media (prasa, radio, telewizja) informowały o problemie palenia tytoniu oraz znaczeniu profilaktyki, a także relacjonowały i transmitowały organizowane lokalnie przedsięwzięcia prozdrowotne.

Ukazało się około 182 artykułów w prasie i około 140 reportaży w stacjach telewizyjnych i radiowych (regionalnych, lokalnych, kablowych, osiedlowych, szkolnych).

Należy zaznaczyć, że profilaktyka palenia tytoniu zgodnie ze wskazaniami Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowana jest w ciągu całego roku, głównie w ramach szkolnych programów profilaktycznych i realizowana jest w ramach ścieżki międzyprzedmiotowej w ciągu roku szkolnego.

2.8. Obchody Światowego Dnia Zdrowia w roku 2006 ogłoszonego przez Światową Organizację Zdrowia pod hasłem „Pracując dla Zdrowia”.

Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Biurem Światowej Organizacji

Zdrowia w Polsce po raz kolejny zaangażowała się w zorganizowanie i przeprowadzenie obchodów Światowego Dnia Zdrowia, które przebiegały pod hasłem „Pracując dla Zdrowia”.

Głównym przesłaniem Światowego Dnia Zdrowia 2006 było zwrócenie uwagi na rolę pracowników ochrony zdrowia w podnoszeniu poziomu zdrowia i rozwoju ludzkości. Ponadto obchody miały za zadanie przybliżyć specyfikę działania ochrony zdrowia, naświetlić obecną, trudną sytuację, związaną z brakiem wykwalifikowanej kadry medycznej oraz ograniczonymi środkami finansowymi. Wskazano odbiorcom, że sami wiele mogą zrobić dla własnego zdrowia prowadząc zdrowy styl życia.

W ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia Państwowa Inspekcja Sanitarna podjęła na terenie całego kraju następujące działania:

- zorganizowano 250 narad nagłaśniających przesłania obchodów, w których uczestniczyli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, pielęgniarki, położne, dyrektorzy szkół, nauczyciele, przedstawiciele organizacji pozarządowych, PCK, pracownicy ośrodków kultury, reprezentanci samorządów lokalnych, przedstawiciele mediów;
- współdziałano z zakładami opieki zdrowotnej w zakresie przeprowadzania badań profilaktycznych oraz pogadank i instruktaży na temat:
 - samobadania piersi,
 - zdrowego odżywiania,
 - profilaktyki HIV/AIDS,
 - profilaktyki wad cewy nerwowej,
 - propagowania szczepień ochronnych,
 - profilaktyki nowotworowej;
- w placówkach oświatowo-wychowawczych zorganizowano następujące przedsięwzięcia prozdrowotne:
 - konkursy wiedzy o zdrowiu (427),
 - imprezy (65) organizowane na terenie całego kraju,
 - pokazy filmów (101) o tematyce prozdrowotnej,
 - wystawy tematyczne oraz pogadanki (650).

Na terenie całego kraju stacje sanitarno-epidemiologiczne angażowały do współpracy władze lokalne, fachowych pracowników medycznych, nauczycieli, dyrektorów ośrodków oświatowo-wychowawczych, organizacje pozarządowe, a także całe społeczności lokalne do czynnego udziału w pogłębianiu wiedzy o zasadach

dbałości o zdrowie i działaniach umożliwiających jego poprawę. Prowadzone działania miały również na celu zwiększenie komunikacji ze społecznościami lokalnymi i pacjentami na temat zapotrzebowania na usługi medyczne oraz wprowadzenia polityki zmierzającej do podwyższenia efektywności pracy pracowników ochrony zdrowia.

Główne obchody Światowego Dnia Zdrowia przypadły na dzień 7 kwietnia 2006 roku, ale wiele przedsięwzięć prozdrowotnych wynikających z przesłania WHO było realizowane przez cały rok 2006, a także będzie realizowane w następnych latach.

3. Współpraca

Przy realizacji programów edukacyjnych, kampanii społecznych, akcji i innych przedsięwzięć prozdrowotnych Główny Inspektorat Sanitarny na poziomie krajowym współpracował z:

- Ministerstwem Edukacji Narodowej,
- Ministerstwem Sportu,
- Centrum Onkologii – Instytutem im. M. Skłodowskiej-Curie,
- Krajowym Centrum ds. AIDS,
- wyższymi uczelniami (m.in. Szkołą Główną Gospodarstwa Wiejskiego, Akademią Wychowania Fizycznego w Warszawie),
- Instytutem Żywienia i Żywności,
- Centrum Zdrowia Dziecka,
- Instytutem Matki i Dziecka,
- środkami masowego przekazu (radio, prasa, TV, Internet).

Ponadto wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przy realizacji własnych, autorskich programów prozdrowotnych, których tematyka wynikała z sytuacji epidemiologicznej oraz potrzeb zdrowotnych ludności w regionach współpracowały z:

- urzędami wojewódzkimi, starostwami, urzędami miejskimi i gminnymi,
- komendami wojewódzkimi i rejonowymi policji,
- pełnomocnikami wojewodów ds. HIV/AIDS,
- poradniami psychologiczno-pedagogicznymi,
- PCK,
- Monarem,
- Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej,

- Polskim Towarzystwem Rozwoju Rodziny,
- Komisjami Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- stowarzyszeniami przeciwdziałania alkoholizmowi i innym uzależnieniom,
- zakładami opieki zdrowotnej,
- placówkami nauczania i wychowania, w tym Szkołami Promującymi Zdrowie,
- placówkami kulturalno-oświatowymi,
- regionalnymi i lokalnymi środkami masowego przekazu (radio, telewizja, prasa, Internet),
- innymi (organami samorządowymi, instytucjami państwowymi, zakładami pracy, organizacjami pozarządowymi oraz z sektorem prywatnym – podmiotami gospodarczymi, indywidualnymi sponsorami).

Dodatkowo stacje przygraniczne w ramach działań związanych z profilaktyką HIV/AIDS nawiązały współpracę transgraniczną:

- z Niemcami w ramach projektu Bordernet (Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie),
- z Litwą, Białorusią, Rosją i Ukrainą w ramach przedsięwzięcia pn. „Bezpieczne Granice 2006” (Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku),
- z Ukrainą (Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Rzeszowie).

4. Podsumowanie

W 2006 roku, podobnie jak w latach ubiegłych, największy zasięg miały ogólnopolskie programy edukacyjne, inicjowane przez Główny Inspektorat Sanitarny, które były wdrażane, nadzorowane i koordynowane przez specjalistów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych na terenie całego kraju. Programy te wyposażone były w pomoce dydaktyczne i materiały oświatowo-zdrowotne przeznaczone zarówno dla adresatów programów, jak i osób przeprowadzających działania edukacyjne. Pomoce dydaktyczne i materiały wydawnicze dostarczane były przez Państwową Inspekcję Sanitarną do placówek oświatowo-wychowawczych, zakładów opieki zdrowotnej i innych jednostek organizacyjnych zapraszanych do współdziałania w programach i przeprowadzanych akcjach.

Tematyka podejmowanych działań wynikała ze wskazań Komisji Europejskiej,

WHO, sytuacji epidemiologicznej w Polsce oraz problemów i potrzeb zdrowotnych, występujących w różnych regionach. Prowadzona i rozwijana działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynikała z realnych możliwości prowadzenia nowoczesnej edukacji zdrowotnej w całym kraju.

XII. Ochrona sanitarna granic państwa

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wymusiło wprowadzenie szeregu zmian w funkcjonowaniu granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych na południowo-zachodniej granicy państwa. Zgodnie z ustawą z dnia 11 maja 2001 r. *o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia* (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 265 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 12 grudnia 2003 r. *o ogólnym bezpieczeństwie produktów* (Dz. U. Nr 229, poz. 2275, z późn. zm.) zmiany te polegają przede wszystkim na stopniowym znoszeniu kontroli, w tym sanitarnej, na wewnętrznej granicy Unii Europejskiej.

Przywóz do Polski towarów dopuszczonych do obrotu w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej nie podlega już kontroli. Większość towarów przywożonych z państw trzecich transportowana jest przez państwa członkowskie, gdzie obejmowana jest procedurą dopuszczenia do obrotu, co powoduje, że zakres zadań związanych z kontrolą żywności jest obecnie marginalny na granicy wewnętrznej. Ponadto, po podpisaniu przez Polskę Układu z Schengen kontrola osób zostanie całkowicie zniesiona, a kontrola towarów ograniczona do minimum.

Spowodowało to konieczność wprowadzenia odpowiednich zmian w systemie ochrony sanitarnej granic państwa. Z dniem 31 stycznia 2006 r., rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2005 r. *zmieniającym rozporządzenie w sprawie wykazu granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych* (Dz.U. Nr, poz 2114), zostało zlikwidowane 5 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych znajdujących się na granicy zachodniej i południowej Polski; tym samym liczba granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych uległa zmniejszeniu do 10.

Graniczna kontrola sanitarna żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2006 prowadzona była przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na zasadach określonych w rozporządzeniu (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. *w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regulami 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). Ponadto podstawą w roku 2006 była ustawa z dnia 11 maja 2001 r. *o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia* oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2004 r. w sprawie wykazu towarów, które podlegają granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. Nr 86, poz. 809),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2004 r. w sprawie granicznej kontroli sanitarnej środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (Dz. U. Nr 104, poz. 1097),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przewozu żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (Dz. U. Nr 104, poz. 1105),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. Nr 122, poz. 1284).

Od dnia 28 października 2006 r. weszła w życie ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225), która zastąpiła ww. ustawę z dnia 11 maja 2001 r. o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia.

Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stosowały, opracowane w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, jednolite procedury, w tym procedurę kontroli PK/NG/01 „Kontrola jakości zdrowotnej przywożonej z zagranicy żywności, składników żywności, substancji pomagających w przetwarzaniu oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością”.

W 2006 roku w ramach nadzoru nad jakością zdrowotną importowanej żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pobrały do badań:

- 16 190 próbek żywności, z których 1078, tj. 6,66 %, nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2005 r. – 5,21 %),
- 591 próbek opakowań do żywności, z których 39, tj. 6,60 %, nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań (w 2005 r. – 4,13 %).

Pod pojęciem „importowane” mieszczą się środki spożywcze oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością produkcji innej niż krajowa.

Najczęstsze przyczyny kwestionowania importowanych produktów przedstawiono w rozdziale X.

Zakończenie

W roku 2006 Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wykonywanie zadań określonych ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Działalność Inspekcji w 2006 roku skierowana była również na zacieśnianie i doskonalenie współdziałania w ramach Unii Europejskiej, zarówno z instytucjami i agendami wspólnotowymi, jak i poszczególnych krajów członkowskich. Sprawowanie przez Państwową Inspekcję Sanitarną zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego przyczyniło się do stabilizacji sytuacji sanitarnej w kraju. W porównaniu z rokiem 2005 w większości obszarów objętych nadzorem nie odnotowano istotnych zmian; większość obserwowanych zjawisk stanowiła kontynuację trendów wieloletnich.

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w 2006 r. w Polsce należy ocenić jako dobrą. Obserwowany w roku 2006 wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne, podobnie jak w latach ubiegłych, miał charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej.

W roku 2006 w Polsce po raz pierwszy stwierdzono występowanie wirusa wysocepatogennej grypy ptaków wywołanej wirusem H5N1. Wirus stwierdzono tylko w populacji ptaków dzikich, nie stwierdzono przypadków zakażeń u ptactwa domowego i ludzi. W 2006 r. na terenie całego kraju wystąpiło 9 ognisk H5N1. Ostatnie ognisko wysoce zjadliwej grypy ptaków zostało wygaszone w dniu 5 czerwca 2006 r. Od tego dnia w Polsce nie notuje się żadnych ognisk grypy ptaków.

Wymaga odnotowania istotny spadek liczby zachorowań na choroby wieku dziecięcego: nagminne zapalenie przyusznic (świnkę) – z 71 999 zachorowań w 2005 r. do 15 115 w roku 2006 oraz krztusiec – z 1925 zachorowań w 2005 r. do 1525.

Utrzymujący się ciągły spadek liczby zachorowań na krztusiec oraz świnkę może być spowodowany wprowadzeniem do kalendarza szczepień ochronnych szczepień przypominających, ale może być również wynikiem cyklicznej zmienności liczby zachorowań na te choroby. Należy bowiem zauważyć, iż 2006 r. wzrosła, w porównaniu z rokiem 2005, liczba zachorowań na różyczkę (z 7946 do 20 668 zachorowań). W przypadku tej choroby również obserwowana jest, występująca co kilka lat, powtarzająca się zmienność liczby zachorowań.

Szczególnie istotny problem społeczny stanowi natomiast w chwili obecnej kwestia szerzenia się zakażeń wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV). Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C cechuje obserwowany od wielu lat

trend wzrostowy ilości zachorowań. Oznacza to, że nadal istnieją warunki umożliwiające szerzenie się zakażeń, zwłaszcza w zakładach opieki zdrowotnej i gabinetach lekarskich oraz innych miejscach świadczenia usług, w trakcie których wykonywania dochodzi, lub może dojść, do naruszenia ciągłości tkanek (gabinety tatuażu, kosmetyczne, fryzjerskie itp.). Wskazuje to kierunki dalszych działań niezbędnych do ograniczenia szerzenia się zakażeń HCV. W chwili obecnej szczególnie istotne jest dokonanie możliwie dokładnej diagnozy sytuacji epidemiologicznej HCV w Polsce. W 2006 r. można było zauważyć poprawę zgłaszalności zakażeń HCV, na co miała wpływ m.in. kampania edukacyjna „*HCV można pokonać*”, w realizacji której uczestniczyła Państwowa Inspekcja Sanitarna. Obecnie za najważniejszy cel w tym zakresie należy uznać wdrożenie Narodowego Programu Zwalczenia Zakażeń HCV.

Z omówionym wyżej problemem łączy się ściśle kwestia stanu sanitarno-technicznego zakładów opieki zdrowotnej, a zwłaszcza szpitali. W 2006 r. stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej nie uległ istotnym zmianom w odniesieniu do roku poprzedniego. W przypadku szpitali odnotowano w omawianym zakresie niewielką poprawę (o 0,9 %). Nadal jednak znaczący odsetek szpitali (14,6 % – 116 obiektów) otrzymał negatywną ocenę sanitarną.

W 2006 roku nastąpiła zmiana przepisów prawnych, określających wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Dotychczas obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 116, poz. 985 z późn. zm.) zostało zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 213, poz. 1568). Nowa regulacja wprowadziła w przypadku szpitali istotną zmianę terminu dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w rozporządzeniu. Został on wydłużony do dnia 31 grudnia 2012 r., podczas gdy w przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej utrzymano dotychczas obowiązujący termin 31 grudnia 2008 r. Jednocześnie kierownicy placówek zostali zobowiązani do przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr programu dostosowania obiektów do obowiązujących wymagań, wraz z podaniem terminów przewidywanych działań. Program ten powinien być złożony do dnia 30 czerwca 2007 r., po uprzednim pozytywnym zaopiniowaniu przez właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora

sanitarnego – w przypadku szpitali lub przez właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego – w przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej.

W związku z rozwijającym się rynkiem świadczenia usług kosmetycznych spowodowanym wzrostem popytu na tego typu usługi oraz ich dostępnością istnieje obecnie potencjalnie większa możliwość zakażenia wirusami hepatotropowymi, w tym zwłaszcza wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV), w przypadku niewłaściwego postępowania z narzędziami powodującymi przerywanie ciągłości tkanek. Za niepokojący należy zatem uznać fakt pogorszenia się w 2006 r. stanu sanitarnego obiektów, w których świadczone są usługi, w trakcie których dochodzi lub może dojść do naruszenia ciągłości tkanek (zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, fryzjersko-kosmetyczne, salony tatuażu). Odsetek obiektów tej grupy o złym stanie sanitarnym wzrósł z 4,3 % w 2005 r. do 6,4 % w 2006 r. Realizacja niezbędnych działań, mających na celu dostosowanie tych obiektów do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2004 r. w *sprawie wymagań sanitarnych, jakim powinny odpowiadać zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej* (Dz. U. Nr 31, poz. 273), napotyka często na istotne trudności, zwłaszcza w przypadku zakładów mieszczących się w starych budynkach.

Pomimo niewielkiej poprawy w stosunku do roku 2005 nadal wysoki odsetek ludności kraju zaopatrywany jest w wodę nie spełniającą wymagań jakości zdrowotnej. W 2006 r. wodę spełniającą wymagania sanitarne dostarczało około 81,7 % skontrolowanych wodociągów (w 2005 r. – 80,8 %), zaopatrujących ok. 91 % odbiorców (prawie 32 mln ludzi). Nadal jednak do ok. 3,3 mln ludzi dostarczana była woda nie spełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych.

Jakkolwiek większość przypadków niezgodności wody przeznaczonej do spożycia z obowiązującymi normami dotyczyła odbiegającego od wymagań składu fizykochemicznego, w szczególności ponadnormatywnej zawartości żelaza oraz manganu i związanej z tym podwyższonej mętności i barwy wody, co w większości przypadków nie przekładało się na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów, to sytuację w omawianym zakresie nadal należy ocenić jako niezadowalającą. Szczególnie uwzględniając kryterium terytorialne, widoczne są niekorzystne różnice pomiędzy poszczególnymi województwami w zakresie stopnia rozbudowy i struktury sieci wodociągowej, jakości wody dostarczanej przez wodociągi oraz odsetka ludności korzystającej z wody wodociągowej spełniającej wymagania wody do spożycia.

W roku 2006 miała miejsce dalsza poprawa stanu sanitarnego obiektów żywności i żywienia. Odsetek obiektów żywności i żywienia o kwestionowanym stanie sanitarnym

zmniejszył się w stosunku do roku 2005 z 2,9 % do 2,3 %. Poprawa stanu sanitarnego obiektów tej grupy jest widoczna zwłaszcza biorąc pod uwagę dane wieloletnie – w roku 2001 negatywną ocenę sanitarną otrzymało 14,5 % obiektów. Za najpoważniejszy problem w przypadku obiektów żywności i żywienia należy uznać utrzymujący się na stosunkowo wysokim (11,9 %), i praktycznie nie zmienionym w stosunku do roku 2005, poziomie, odsetek targowisk o złym stanie sanitarnym.