



Stan sanitarny kraju w roku 2014



Główny Inspektorat Sanitarny
03-729 Warszawa, ul. Targowa 65

tel.: +48 22 536 13 00
fax: +48 22 635 61 94
e-mail: inspektorat@gis.gov.pl

www.gis.gov.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp	4
95-lecie służb sanitarnych w Polsce / 60-lecie Państwowej Inspekcji Sanitarnej	6
Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych	15
1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych	15
2. Zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe	17
3. Krztusiec	18
4. Różyczka	19
5. Odra	20
6. Poliomyelitis	21
7. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę	22
8. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	24
9. Choroby tropikalne	26
10. Działania podejmowane w związku z epidemią choroby wirusowej Ebola (EVD) w Afryce Zachodniej (Liberia, Gwinea i Sierra Leone).	28
11. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych	29
12. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową	34
13. Zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową	35
14. Gruźlica	36
15. Występowanie ognisk epidemicznych w podmiotach leczniczych w Polsce w 2014 roku	38
16. Szczepienia ochronne jako element zwalczania chorób zakaźnych	45
17. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych	45
18. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej związane z dystrybucją szczepionek w Polsce	46
19. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz promocji szczepień ochronnych	47
20. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych – działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień.	47
Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku.	51
1. Zakres nadzoru sanitarnego	51
2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia	54
3. Stan sanitarny środków transportu żywności	55
4. Jakość zdrowotna środków spożywczych	55
5. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	63
6. Ocena sposobu żywienia	64
7. Podsumowanie	65
Zapobiegawczy nadzór sanitarny	67
1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny	67
2. Podsumowanie	71
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej.	73
1. Informacje ogólne	73
2. Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów.	74
3. Odpady medyczne	79

Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami.	81
1. Wprowadzenie	81
2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	81
3. Choroby zawodowe	84
4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy	86
5. Podsumowanie	87
Higiena radiacyjna	89
1. Informacje ogólne	89
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich	90
3. Ochrona radiologiczna pacjenta	90
4. Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	90
5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych	91
6. Podsumowanie	91
Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety w 2014 r.	93
1. Zakres nadzoru sanitarnego	93
2. Jakość zdrowotna suplementów diety	94
Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	97
1. Zakres nadzoru sanitarnego	97
2. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	97
Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie przeciwdziałania narkomanii w obszarze środków zastępczych w 2014 r.	101
1. Wprowadzenie	101
2. Sytuacja epidemiologiczna	102
3. Egzekwowanie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych	103
4. Działania profilaktyczne	105
5. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2014 r. w produktach zabezpieczonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ich charakterystyka	106
6. Podsumowanie	107
Jakość wody przeznaczonej do spożycia	109
1. Wstęp	109
2. Zaopatrzenie ludności w wodę	109
3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia	112
4. Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia	113
5. Analiza przekroczeń wybranych parametrów z załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia	115
6. Podsumowanie	116
Kąpieliska	119
1. Wstęp	119
2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie kąpielisk	120
3. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie miejsc wykorzystywanych do kąpeli	121
4. Stan sanitarny kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w 2014 r.	122
5. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk	130

6. Terminarz organizacji kąpielisk	131
7. Kontrola planowa NIK.	131
Pływalnie	133
1. Wstęp	133
2. Stan sanitarny pływalni	134
3. Nadzór nad jakością wody na pływalni	136
4. Działania Głównego Inspektora Sanitarnego.	138
Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia	141
1. Profilaktyka nadwagi i otyłości	141
2. Profilaktyka palenia tytoniu	142
3. Profilaktyka innych uzależnień	145
4. Profilaktyka chorób zakaźnych	147
Ocena stanu sanitarnego placówek dla dzieci i młodzieży w 2014 roku.	149
1. Informacje ogólne	149
2. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży.	149
3. Stan sanitarny budynków, w których funkcjonują placówki dla dzieci i młodzieży	149
4. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej	150
5. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży	150
6. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne	151
7. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	151
8. Bezpieczeństwo użytkowania substancji chemicznych w szkołach	152
9. Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole	152
10. Żywnienie w szkołach	152
11. Zabezpieczenie piaskownic przed dostępem zwierząt	152
12. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży	152
13. Żłobki	153
14. Postępowanie administracyjne.	153
15. Podsumowanie i porównanie z rokiem poprzednim	153
Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej	155
1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej	155
2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną	155
3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych	155
4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2014 roku	156
5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega.	157
6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej	158
7. Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ))	159
8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia	159

WSTĘP

Szanowni Państwo

Mam przyjemność zaprezentować raport „Stan sanitarny kraju w roku 2014” przygotowywany corocznie przez Główny Inspektorat Sanitarny na podstawie informacji i materiałów nadesłanych przez państwowych wojewódzkich, powiatowych i granicznych inspektorów sanitarnych.

Publikacja ta, stanowiąca swego rodzaju kompendium wiedzy na temat działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, będzie z pewnością przydatna dla innych instytucji publicznych, jednostek samorządu terytorialnego, ośrodków naukowych oraz wszelkich podmiotów zainteresowanych aktualnymi danymi w zakresie zdrowia publicznego.

W roku 2014 Państwowa Inspekcja Sanitarna świętowała dwa znamienite jubileusze: 95-lecie powstania służb sanitarnych w Polsce oraz 60-lecie funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Twórcy odrodzonej Rzeczypospolitej, planując jej przyszły kształt, uważali sprawne służby sanitarne za nieodłączny atrybut niepodległego i silnego państwa. Już w 1919 roku Naczelnik Państwa Józef Piłsudski dekretem powołał do życia Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Do zakresu działania tego Ministerstwa, zgodnie z zasadniczą ustawą sanitarną z dnia 19 lipca 1919 roku, należało m.in. zwalczanie chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. W tym samym roku, na bazie Instytutu Epidemiologicznego Uniwersytetu Warszawskiego powołano Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny, który dał początek budowie struktur służb sanitarnych w Polsce. Natomiast Państwową Inspekcję Sanitarną powołano dekretem z dnia 14 sierpnia 1954 roku, regulując w ten sposób funkcjonowanie już istniejących wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych i Państwowego Zakładu Higieny



Marek Posobkiewicz
p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego

Od momentu powstania, Państwowa Inspekcja Sanitarna rozwija się i modernizuje, by jak najlepiej wypełniać swoją misję i czuwać nad bezpieczeństwem zdrowotnym mieszkańców naszego kraju. Dzięki nowoczesnemu wyposażeniu laboratoriów oraz fachowej kadrze jest instytucją w pełni uprawnioną do obiektywnej i całościowej oceny stanu sanitarnego uwzględniającej zarówno istniejące, jak i mogące się pojawić w przyszłości zagrożenia dla zdrowia ludzi. Ocena stanu warunków zdrowotnych ludności w kraju, w znacznym stopniu zależy od wielu elementów otoczenia. Można do nich zaliczyć m.in.:

- żywność;
- wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi;
- środowisko pracy;
- stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnościowych, podmiotów leczniczych, placówek nauczania i wychowania i innych obiektów użyteczności publicznej.

W celu kształtowania postaw i zachowań prozdrowotnych, Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną, która obejmuje także realizację programów edukacyjnych oraz kampanii społecznych w zakresie promocji zdrowego stylu życia. Największym przedsięwzięciem tego typu jest program dedykowany zachowaniom zdrowotnym kobiet w ciąży, wspierany finansowo przez Szwajcarsko-Polski Program Współpracy.

W roku 2014 szczególną uwagę nie tylko specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego, ale również środków masowego przekazu, wzbudziła epidemia gorączki krwotocznej Ebola w Afryce Zachodniej. Wydane zostały zalecenia dla osób wyjeżdżających w ten rejon świata. Opracowane zostały także we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny materiały dla lekarzy, pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i innych służb medycznych. Drugim zagadnieniem przykuwającym uwagę opinii publicznej w ostatnich miesiącach była rosnąca liczba rodziców odstępujących od szczepień ochronnych swoich dzieci. Raport zawiera wiele cennych informacji na ten temat i szczegółową analizą tego niepokojącego zjawiska.

Polecając Państwa lekturze „Stan sanitarny kraju w roku 2014” dziękuję pracownikom Państwowej Inspekcji Sanitarnej za włożony trud w działania na rzecz zdrowia publicznego, Radzie Sanitarno-Epidemiologicznej i wielu innym ekspertom, którzy służą wsparciem merytorycznym w naszej codziennej pracy.

95-LECIE SŁUŻB SANITARNYCH W POLSCE / 60-LECIE PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ

W roku 2014 przypadł podwójny jubileusz dla służb sanitarnych w Polsce: 95-lecie służb sanitarnych działających w naszym kraju i 60 lat funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W dniu 16 grudnia 2014 roku, w warszawskim Teatrze Palladium odbyła się konferencja jubileuszowa przypominająca wydarzenia związane z powstaniem instytucji, które po I wojnie światowej, dały początek budowie struktur nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, funkcjonującego do dziś.

Uroczystość została przygotowana przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Polskim Towarzystwem Higienicznym i Europejskim Urzędem Bezpieczeństwa Żywności (EFSA). Patronat honorowy nad jubileuszem objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Pan Bronisław Komorowski. Patronat medialny sprawował portal internetowy Medexpress.pl

Przemówienie inauguracyjne wygłosił Pan Marek Posobkiewicz pełniący obowiązki Głównego Inspektora Sanitarnego. W przemówieniu podkreślono znaczenie działań zapobiegawczych i przeciwepidemicznych Państwowej Inspekcji Sanitarnej dla zdrowia publicznego na przestrzeni minionych dziesięcioleci, a także przypomniano sylwetki Głównych Inspektorów Sanitarnych okresu powojennego i ich wkład w budowanie systemu nadzoru nad bezpieczeństwem zdrowotnym kraju.

W programie uroczystości przewidziano trzy wykłady. Historię rozwoju służb sanitarnych w Polsce, którą przypomniał Prof. Jerzy T. Marcinkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Higienicznego; o wyzwaniach dla zdrowia publicznego mówił Andrzej Wojtczak Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym, natomiast o sprawowaniu nadzoru nad bezpieczeństwem żywności i żywienia przez Państwową Inspekcję Sanitarną – Prof. Tadeusz Wijaszka Członek Zarządu EFSA. Podczas konferencji nie zabrakło wystąpień gości honorowych. Głos zabrali m. in. Pan Maciej Piróg Doradca Prezydenta RP do spraw zdrowia, Pan Tomasz Latos Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia oraz Pani Paulina Miśkiewicz Dyrektor Biura WHO w Polsce. W jubileuszu uczestniczyła również Pani Beata Małecka-Libera Poseł na Sejm RP, Przewodnicząca Podkomisji Stałej ds. Zdrowia Publicznego Sejmowej Komisji Zdrowia, a obecnie Pełnomocnik Rządu ds. Opracowania Projektu Ustawy o Zdrowiu Publicznym.

W uroczystości udział wzięli przedstawiciele świata nauki z jednostek naukowych stale współpracujących z Państwową Inspekcją Sanitarną, administracji państwowej, służb sanitarnych Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, związków pracodawców, związków zawodowych oraz konsultanci krajowi w ochronie zdrowia. Na galę zostali zaproszeni Państwo Wojewódzcy, Państwo Powiatowi i Państwo Graniczni Inspektorzy Sanitarni z całego kraju.

Podczas jubileuszu Doradca Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pan Minister Maciej Piróg wręczył odznaczenia Prezydenta RP: Krzyże Zasługi oraz Medale Złote za długoletnią służbę dla Pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz osób współpracujących z Inspekcją na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego.

Pracownikom Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz innym osobom zasłużonym dla zdrowia publicznego przyznane zostały również odznaki honorowe Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Dekoracji dokonali Igor Radziejewicz-Winnicki Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz Pan Marek Posobkiewicz pełniący obowiązki Głównego Inspektora Sanitarnego.

Z okazji Jubileuszu 95-lecia służb sanitarnych w Polsce oraz 60-lecia Państwowej Inspekcji Sanitarnej słowa pozdrowień i gratulacji przesłały następujące Osobistości:

Pani Ewa Kopacz, Prezes Rady Ministrów

Pan Radosław Sikorski, Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Pan Marek Michałak, Rzecznik Praw Dziecka

Pan Cezary Grabarczyk, Minister Sprawiedliwości

Pan Władysław Kosiniak-Kamysz, Minister Pracy i Polityki Społecznej

Pan Jacek Kapica, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów, Szef Służby Celnej

Pan Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia

Pan Helmut Tschiersky, Prezydent Federalnego Urzędu Bezpieczeństwa Żywności i Ochrony Konsumenta w Brunszwicku, Niemcy

Pan Mirosław J. Wysocki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

Pan Adam Wasiak, Dyrektor Generalny Lasów Państwowych

Pan Janusz Włodarski, Prezes Państwowej Agencji Atomistyki

Pan Maciej Hamankiewicz, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Pan Mirosław Jarosz, Dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia

Pan Grzegorz Cessak, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Pan Stanisław Kowalczyk, Główny Inspektor Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych

Arcybiskup Henryk Hoser, Biskup Warszawsko-Prski

Pan Jerzy Hennig, Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Pan Bernhard Url, Executive Director EFSA (European Food Safety Authority)

Prof. Marek Krawczyk, Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Pan Hubert Rokossowski, długoletni Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Poznaniu

Pani Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

Pan Wojciech Matuszewicz, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych

Pani Iwona Paradowska-Stankiewicz, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Epidemiologii

Pani Maria Korzeniewska-Koseła, Kierownik – Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

gen. brygadier Wiesław B. Leśniakiewicz, Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej

Pani Aleksandra Szczygła, Zastępca Dyrektora ds. Naukowych Instytutu Żywności i Żywienia im. Prof. Dra med. Aleksandra Szczygła

Pan Wiesław Jaszczyński, Główny Inspektor Sanitarny w latach 1990–91 i 1993–97

Przemówienie inauguracyjne konferencji jubileuszowej zorganizowanej w dniu 16 grudnia 2014 r. z okazji 95-lecia służb sanitarnych w Polsce i 60-lecia Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Szanowni Państwo! Drodzy Goście!

Serdecznie witam na dzisiejszej uroczystości poświęconej 95-leciu służb sanitarnych w Polsce i 60-leciu Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zabierając głos przed tak znakomitym gremium, mam poczucie uczestniczenia w wyjątkowym wydarzeniu. Celebруем daty jubileuszów ważnych instytucji nie tylko, aby podziwiać ich przeszłość i dokonania, ale przede wszystkim, by śmiało spojrzeć w przyszłość i wyraźniej dostrzec cel naszych aktualnych działań. Obecność tylu znamienitych gości na dzisiejszej uroczystości jest dowodem, że niezmiennie doceniają Państwo rolę Państwowej Inspekcji Sanitarnej na polu bezpieczeństwa zdrowotnego i rozumieją wagę naszej misji.

Warto również sięgnąć jeszcze dalej w przeszłość. Współgospodarzem dzisiejszych uroczystości jest Polskie Towarzystwo Higieniczne, którego geneza sięga końca XIX wieku, kiedy to grupa polskiej inteligencji, w warunkach niewoli zmanifestowała ogromną potrzebę działalności praktycznej na polu higieny i kultury zdrowia. Historia Państwowej Inspekcji Sanitarnej sięga pierwszych lat naszej niepodległości. W lutym 1919 roku Naczelnik Państwa Józef Piłsudski dekretem powołał do życia Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Ministerstwo, miało za zadanie m.in. zwalczanie chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. Ustawa sanitarna z dnia, wydana w dniu 19 lipca 1919 roku określała organizację oraz cele i zadania służby zdrowia. Był to dokument o bardzo ważnym znaczeniu, dający podstawę organizacji całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Urzędowi, który sprawował pieczę nad zdrowiem obywateli nadano nazwę Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Warto przypomnieć ten fakt dziś, gdy gorąco dyskutowana jest kwestia projektu ustawy o zdrowiu publicznym.

Zmieniają się uwarunkowania, ustroje, ale dla każdego kolejnego pokolenia i dla każdego człowieka jego zdrowie i zdrowie jego rodziny stanowi wartość nie do przecenienia. Jest w tym dla mnie i jestem przekonany, że dla Państwa, wielka moralna satysfakcja, że jako pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej możemy pomagać ludziom w trosce o ich zdrowie i przyczyniać się do zachowania tego wielkiego daru.

Przez lata funkcjonowania służb sanitarnych zostało wydanych wiele aktów prawnych mających zasadniczy wpływ na poprawę sytuacji epidemiologicznej, szczególnie w dziedzinie chorób zakaźnych, warunków zdrowotnych żywności i żywienia, zaopatrzenia w wodę do picia odpowiedniej jakości, parametrów środowiska pracy, środowiska bytowania itp. Jednym z kolejnych, znaczących etapów funkcjonowania służb sanitarnych w Polsce, było powołanie w 1954 r. Państwowej Inspekcji Sanitarnej jako wydzielonej służby państwowej. Z upływem czasu zasadnicze zagrożenia zdrowia i życia człowieka przesunęły się z chorób zakaźnych w kierunku zagrożeń środowiskowych. Aby sprostać wyzwaniom, wymagało to ze strony inspekcji sanitarnej nowych rozwiązań organizacyjnych i badawczych. Poszerzone zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej nabrały szczególnego znaczenia w kontekście procesów integracyjnych z Unią Europejską. Wynika to z przyjętego przez Unię Europejską założenia, mówiącego w Traktacie z Maastricht, że „wspólnota europejska posiada ponadnarodowe kompetencje do prowadzenia polityki zapobiegania chorobom i promocji zdrowia”. Ostatecznym celem tych działań jest utrzymanie w społeczeństwach Wspólnoty wysokich standardów zdrowia publicznego. Wymogi i cele ustanowione przez Unię Europejską są zbieżne z zadaniami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która stanęła przed nowym wyzwaniem związanym z szybką adaptacją prawa wspólnotowego do naszych warunków społeczno-ekonomicznych. Należy o tym przypominać oraz stale umacniać kompetencje Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ma to istotne znaczenie chociażby w obszarze sprawowania nadzoru nad bezpieczeństwem żywności i żywienia. Jak istotnym elementem polityki zdrowotnej państwa jest ten obszar naszej działalności niech świadczy fakt, że zgodnie z ustawą o działach administracji rządowej to ministrowi właściwemu do spraw zdrowia powierzono koordynację bezpieczeństwa żywności w naszym kraju.

Choć struktura, zadania i metody działania służb sanitarnych podlegały stałej ewolucji, to ich misja pozostaje niezmienna. Wyraża się ona w stałym dążeniu do osiągnięcia pożądaných norm zdrowotnych, zapewniających zachowanie lub przywracanie bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi. Państwowa Inspekcja Sanitarna stoi bowiem na straży zdrowia ludzi, rozumianego w wymiarze zarówno jednostki, jak i całego społeczeństwa. Służy temu podejmowanie działań, których celem jest identyfikacja i szacowanie

zagrożeń, inicjowanie i organizowanie skoordynowanego nadzoru oraz kontroli mających na celu zapobieganie zagrożeniom fizycznym, chemicznym i biologicznym, a także podejmowanie przedsięwzięć służących kształtowaniu postaw i zachowań sprzyjających zdrowiu. Inspekcja sanitarna to nie tylko tradycja, ale również nowoczesność. Dysponujemy największą w kraju siecią nowoczesnych laboratoriów, nieraz o unikalnych możliwościach, pracujących w zintegrowanym systemie. Posiadamy nowoczesne systemy informatyczne gromadzące i przetwarzające dane dotyczące szeroko rozumianej sytuacji epidemiologicznej i możliwych zagrożeń dla zdrowia. Współpracujemy z wieloma organizacjami międzynarodowymi, takimi jak Światowa Organizacja Zdrowia czy Europejskie Centrum Kontroli Chorób. W dziedzinie promocji zdrowia wielokrotnie udowodniliśmy skuteczność i możliwość realizacji dużych projektów wspieranych przez m.in. przez Rząd Szwajcarii, Fundację Bloomburga z Nowego Jorku, czy – w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego Polską Federację Producentów Żywności Związków Pracodawców. Państwowa Inspekcja Sanitarna odgrywa zatem istotną rolę w realizacji polityki zdrowotnej państwa.

Nie byłoby tych znakomych osiągnięć bez pracy Ludzi: świetnie wykształconych, zaangażowanych całym sercem, pracujących z poświęceniem, często w dni wolne od pracy. Z tego miejsca pragnę podziękować wszystkim obecnych i byłym Pracownikom Państwowej Inspekcji Sanitarnej za ich wspaniałą pracę.

Z wyrazami głębokiego szacunku zwracam się do byłych Głównych Inspektorów Sanitarnych.

Pragnę przypomnieć Postać Pana Profesora dr hab. Ryszarda Brzozowskiego-Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej i Głównego Inspektora Sanitarnego w latach 1968–1984. Nie sposób w kilku słowach omówić jego niezwykle bogaty dorobek. Pan Profesor Ryszard Brzozowski, obecnie Redaktor Naczelny miesięcznika Postępy Nauk Medycznych, w swojej niezwykle bogatej i wielostronnej tematyce prac naukowych, szczególnie miejsce poświęcał epidemiologii i medycynie społecznej. Przykładem prac z tej ważnej dziedziny są opracowania dotyczące przyczyn nadumieralności mężczyzn w Polsce. Działalność naukowa Pana Profesora Ryszarda Brzozowskiego dotyczy także epidemiologii chorób zakaźnych w Polsce. Publikacje z tego zakresu stanowiły cenny materiał dla rozwoju zdrowia publicznego.

Obecnie mam przyjemność współpracy z Panem dr Andrzejem Kosiniakiem-Kamyszem – Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej w latach 1989–1991 oraz Głównym Inspektorem Sanitarnym w roku 1989. Pan dr Andrzej Kosiniak-Kamysz jest Członkiem Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, grona naukowców i ekspertów wspierających merytorycznie Głównego Inspektora Sanitarnego.

Na dzisiejszą uroczystość nie mógł niestety przybyć Pan dr Wiesław Jaszczczyński Główny Inspektor Sanitarny – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej w latach 1990–1991 i 1993–1997. Trudno w kilku słowach zamknąć doświadczenie zawodowe Pana dr Wiesława Jaszczczyńskiego. Pracował on na stanowiskach wojewódzkiego inspektora sanitarnego w Warszawie i w Szczecinie, był też lekarzem portowym w Szczecinie. Wiele lat swojego życia zawodowego poświęcił m. in. medycynie morskiej i tropikalnej.

Przy okazji jubileuszu wspominam również postać Pana dr Zbigniewa Hałata – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Głównego Inspektora Kraju w latach 1991–1993. W latach 80-tych pracując w Afryce Zachodniej był świadkiem narastania nowej epidemii – epidemii HIV/AIDS. Po powrocie do kraju poświęcił się m. in. pionierskiej działalności oświatowo-zdrowotnej na tym polu.

Pan dr Paweł Policzkiewicz był Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Głównym Inspektorem Sanitarnym w latach 1999–2000 oraz 2000–2001. Pan dr Paweł Policzkiewicz przyczynił się m. in. do stworzenia zasad finansowania całości zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej przez Ministra Zdrowia.

Ważnym krokiem w kierunku usprawniania pracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej było wprowadzenie w roku 2004 przez Pana Generała dr Andrzeja Trybusza, Głównego Inspektora Sanitarnego w latach 2001–2006, jednolitych standardów kontroli i procedur postępowania organów Inspekcji. Dzięki wypracowaniu narzędzi służących jednolitemu dokumentowaniu sprawowanego nadzoru oraz usystematyzowaniu planowania kontroli, działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej zyskały na skuteczności.

Pan dr hab. Andrzej Wojtyła Minister Zdrowia w Rządzie Hanny Suchockiej, Poseł I, III i IV kadencji Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, Główny Inspektor Sanitarny w latach 2006–2010 – położył akcent na te działania Inspekcji Sanitarnej, które wiążą się z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną. Podczas swojego urzędowania podkreślał, że kształtowanie prawidłowych nawyków zdrowotnych, jest wielką inwestycją w zdrowie publiczne.

Kontynuatorem tej polityki był jego następca – Pan dr Przemysław Biliński. Mówiąc o Postaci Pana dr Przemysława Bilińskiego, należy podkreślić jego wielki wkład w rozpoczęcie, ciągle trwającego, procesu budowania w Polsce systemu nadzoru nad zakazem wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Zdecydowane, skoordynowane działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zainicjowane przez Pana dr Przemysława Bilińskiego doprowadziły do zamknięcia w całym kraju, w dniu 2 października 2010 roku ponad 1300 sklepów handlujących tzw. dopalaczami. Rok 2010 był przełomowym w tym zakresie i stanowił początek systematycznej pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na tym polu.

W dniu jubileuszu należy przy tej okazji wspomnieć Osobę Pana Prof. Wiesława Magdzika Dyrektora Departamentu Inspekcji Sanitarnej w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, jednego z twórców nowoczesnego podejścia do zagadnień, którymi zajmuje się Państwowa Inspekcja Sanitarna. Pan Profesor brał udział w zwalczaniu ospy prawdziwej w Indiach, pełnił funkcję doradcy czasowego w zakresie zwalczania chorób zakaźnych w Biurze Regionalnym WHO w Kopenhadze, a następnie w New Delhi.

Dzisiejszy jubileusz jest okazją do wspomnienia tych, którzy Państwową Inspekcję Sanitarną tworzyli i rozwijali, a których już dzisiaj z nami nie ma. Wspominam:

1. Pana Prof. nadz. Bogusława Kożuszniaka Pierwszego Głównego Inspektora Sanitarnego Kraju w latach powojennych 1955–1959.
2. Pana Dr hab. Jana Rutkiewicza Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Głównego Inspektora Sanitarnego w latach 1959–1961.
3. Pana Prof. Jana Karola Kostrzewskiego Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Głównego Inspektora Sanitarnego w latach 1961–1968, a także Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w latach 1968–1972.
4. Pana Gen. Profesora zwyczajnego dr hab. Jerzego Bończaka, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Głównego Inspektora Sanitarnego w latach 1984–1988.
5. Panią dr Irenę Głowaczowską Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Głównego Inspektora Sanitarnego w latach 1997–1999.

Bardzo proszę Państwa o powstanie i uczczenie pamięci zmarłych minutą ciszy.....Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, Dostojni Goście. Jubileusz jest również okazją do wyrażenia słów uznania i podziękowań ekspertom i naukowcom, z którymi na co dzień pracujemy. Na ręce Pana Profesora Mirosława Wysockiego Dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny składam podziękowania dla Pracowników Instytutu, zaangażowanych we współpracę z Państwową Inspekcją Sanitarną. Państwowy Zakład Higieny dał początek służbom sanitarnym w Polsce. Do dziś ta placówka i jej Pracownicy stanowią kluczowe wsparcie naukowe dla organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Składam również podziękowania dla Kierownictwa i Pracowników:

- Narodowego Instytutu Leków w Warszawie,
- Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi,
- Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie,
- Instytutu Chemii i Techniki Jądrowej,
- Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii,
- Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc,
- Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie,
- Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu
- oraz kierownictwu i pracownikom Instytutu Żywności i Żywnienia w Warszawie.

Bardzo dziękuję Panu Pułkownikowi Tadeuszowi Nierebińskiemu Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu Wojska Polskiego i Panu dr Maciejowi Kisielowi – Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych za sprawną, efektywną współpracę. Dzięki otwartości i profesjonalizmowi Panów, Inspekcja Sanitarna stawia skutecznie czoła wielu wyzwaniom.

W dniu dzisiejszego jubileuszu chcę szczególnie podziękować gronu naukowców, którzy poświęcają swój czas i wiedzę ekspercką dla usprawniania działań Głównego Inspektora Sanitarnego i Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na ręce Pana Profesora Andrzeja Wojtczaka Przewodniczącego Rady Sanitarno-Epidemiologicznej składam wielkie podziękowania dla wszystkich Członków Rady. Szanowny Panie Profesorze składam również podziękowania dla Pana, za poświęcany czas i dyspozycyjność zawsze, kiedy Pana ekspercki głos jest nieodzowny.

Dziękuję Konsultantom Krajowym: Pani Prof. Walerii Hryniewicz, Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, Pani dr Iwone Paradowskiej-Stankiewicz, Konsultantowi krajowemu w dziedzinie epidemiologii. Dziękuję również Panu Prof. Andrzejowi Horbanowi Konsultantowi krajowemu ds. chorób zakaźnych, Panu dr Waławowi Leszkowi Nahorskiemu – konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej, jak również Panu dr Piotrowi Burdzie Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie toksykologii. Dziękuję za wieloletnią współpracę z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, także Pani Prof. Lidii Brydak oraz Panu Prof. Andrzejowi Zielińskiemu.

W sposób szczególny chcę podkreślić dzisiaj obecność Państwowych Wojewódzkich, Powiatowych i Granicznych Inspektorów Sanitarnych z całego kraju. Państwo jesteście realizatorami zadań z zakresu zdrowia publicznego w tzw. terenie. To Państwa decyzje wpływają bezpośrednio na poziom zabezpieczenia zdrowotnego obywateli. Jest to często niewidoczne w codziennej, rutynowej pracy, ale chyba każdy z obecnych na tej Sali przyzna, że każdy obywatel naszego kraju wie, gdzie udać się, gdy kupi niewłaściwej jakości żywność, czy dostrzeże niewłaściwe warunki sanitarne w miejscach publicznych. Wszyscy wtedy po prostu szukają Sanepidu. Za tą trudną, czasami niewdzięczną pracę, bardzo Państwu dziękuję. Proszę Państwa również, aby podziękowania i wyrazy szacunku przekazać dla Pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, którymi Państwo kierujecie. To dzięki Państwa codziennej wyteżonej pracy, możemy cieszyć się obecnym poziomem bezpieczeństwa zdrowotnego w naszym Kraju. Dziękuję również Pracownikom Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Jestem zaszczycony, że dane mi jest kierować pracą tak zdyscyplinowanej i wiarygodnej w swoich działaniach służby, jaką jest Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Szanowni Państwo, proszę o wybaczenie jeśli nie wszyscy zasłużeni dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ludzie zostali przez mnie wymienieni. 95 lat funkcjonowania służb sanitarnych i 60 lat Państwowej Inspekcji Sanitarnej to wysiłek wielu pokoleń. Dziękuję zatem wszystkim, którzy swoją codzienną pracą budują obecny poziom bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce. Jeszcze raz witam wszystkich dostojnych Gości. Dziękuję Państwu za przybycie i świętowanie razem z nami.

Marek Posobkiewicz

p.o. Główny Inspektor Sanitarny





PREZES RADY MINISTRÓW

Warszawa, dnia 16 grudnia 2014 r.

Szanowni Państwo,

serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczystość obchodów 95-lecia służb sanitarnych w Polsce i 60-lecia powołania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Nie mogąc być osobiście, pragnę - za pośrednictwem tego listu - zwrócić się do Państwa z wyrazami należnego Wam szacunku i serdecznymi pozdrowieniami.

Odradzająca się II Rzeczpospolita była dla Polaków wielkim sukcesem politycznym. Warto wciąż pamiętać, w jak trudnych warunkach musieli pracować twórcy naszej państwowości. A jednak wśród tak wielu wyzwań, nie brakło im wyobrazni, determinacji i dalekowzroczności, by nie zaniedbać tak wrażliwej sfery ochrony obywateli, jaką było bezpieczeństwo sanitarno - epidemiologiczne. Podjęty wysiłek zaowocował stworzeniem struktur służb sanitarnych i mechanizmów na miarę ówczesnych zagrożeń.

Dzisiaj także stoją przed nami wyzwania, jakie przynosi rozwój cywilizacyjny. Państwu ofiarna służba to szczególnie ważny element podnoszenia jakości zdrowia publicznego w Polsce. Nad nowymi, groźnymi dla zdrowia i życia zjawiskami czuwają ludzie odważni i profesjonalni.

W tym szczególnym dniu, w dniu jubileuszu, mam zaszczyt skierować do wszystkich Państwa wyrazy uznania i podziękowania za pełną poświęcenia pracę. Proszę przyjąć życzenia niesłabnącej energii, zawodowego spełnienia i satysfakcji z wykonywania jakże odpowiedzialnej i trudnej misji.

Z wyrazami szacunku

Ewa Kopacz

Pan Marek Posobkiewicz

p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego

Rada Sanitarno-Epidemiologiczna

Rada Sanitarno-Epidemiologiczna jest organem doradczym i opiniodawczym Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawach objętych zakresem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Rada Sanitarno-Epidemiologiczna składa się z przewodniczącego, sekretarza i 15 członków, których powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego, spośród pracowników nauki i osób posiadających wybitne przygotowanie praktyczne z dziedziny sanitarno-epidemiologicznej. W pracach Rady, na zaproszenie Głównego Inspektora Sanitarnego, uczestniczą przedstawiciele centralnych organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz związków zawodowych, organizacji pracodawców i organizacji społecznych statutowo zajmujących się problemami sanitarno-epidemiologicznymi.

W ramach Rady Sanitarno-Epidemiologicznej tworzony jest również, działający jako organ opiniodawczo-doradczy Głównego Inspektora Sanitarnego, Zespół do spraw Suplementów Diety, do którego zadań należy wsparcie merytoryczne i naukowe Głównego Inspektora Sanitarnego przy wyjaśnianiu okoliczności dotyczących produktów objętych powiadomieniem, o których mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Inne zadania to: przygotowanie listy składników roślinnych z uwzględnieniem ich maksymalnych dawek w suplementach diety, określanie maksymalnych dawek witamin i składników mineralnych w zalecanej porcji w suplementach diety, powyżej których wykazują one działanie lecznicze, monitorowanie interakcji i działań niepożądanych suplementów diety. Rada Sanitarno-Epidemiologiczna działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu zatwierdzonego, w drodze zarządzenia, przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

W dniu 21 lutego 2014 r. Minister Zdrowia powołał członków X kadencji Rady Sanitarno – Epidemiologicznej, w osobach:

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtczak	dr Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn
Sekretarz: dr hab. n. med. Piotr Tyszko	prof. nzw. dr hab. n. med. Leszek Markuszewski
dr Maciej Bobkowski	prof. dr hab. n. med. Mirosław Jarosz
prof. dr hab. n. med. Waleria Hryniewicz	prof. dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski
prof. dr hab. n. med. Andrzej Zieliński	prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński
prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki	dr n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz
prof. dr hab. n. przyr. Lidia Brydak	prof. nzw. dr n. przyr. Bogdan J. Wojtyniak
prof. nzw. dr hab. n. med. Józef Knap	dr n. med. Andrzej Kosiniak Kamysz
prof. dr hab. n. med. Jacek Wysocki	

Zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, kadencja członków Rady trwa 3 lata; X kadencja Rady Sanitarno-Epidemiologicznej upływa w dniu 20 lutego 2017 r.

Oprócz Zespołu do spraw Suplementów Diety, którego Przewodniczącą jest dr Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn, w ramach Rady Sanitarno-Epidemiologicznej działają następujące Komisje:

Komisja sanitarnej ochrony granic – Przewodniczący dr Maciej Bobkowski;

Komisja bezpieczeństwa żywności i żywienia – Przewodniczący prof. dr hab. n. med. Mirosław Jarosz;

Komisja do spraw bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody – Przewodniczący prof. dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski;

Komisja epidemiologii chorób niezakaźnych i promocji zdrowia – Przewodniczący płk prof. nzw. dr hab. n. med. Leszek Markuszewski;

Komisja epidemiologii chorób zakaźnych i bioterroryzmu – Przewodniczący prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki;

Komisja bezpieczeństwa zdrowotnego środowiska - Przewodniczący prof. nzw. dr n. przyr. Bogdan J. Wojtyniak.



SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W ZAKRESIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2014 roku należy uznać za ogólnie dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych na terenie kraju zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 1), w oparciu o przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, *Meldunki dwutygodniowe o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszone w 2014 r.* Prezentowane dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie.

Tabela 1. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005–2014 (dane za 2014 rok są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Jednostka chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1. AIDS	157	167	173	190	142	157	241	190	191	152
2. Zakażenia HIV (nowowykryte)	310	587	699	958	689	765	1 188	1 135	1 159	1 114
3. Dur brzuszny	3	3	2	5	4	0	2	2	2	3
4. Dury rzekome A, B i C	3	1	3	2	5	6	2	5	5	1
5. Salmonelozy – ogółem	16 007	13 364	11 702	9 605	8 964	9 732	8 813	8 444	7 578	8 402
6. Czerwonka bakteryjna	80	35	64	32	30	30	17	13	19	44
7. Inne bakteryjne zakażenia jelitowe – ogółem:	5 058	6 303	6 620	7 451	6 741	6 388	6 539	7 046	9 624	11 334
8. w tym: kamylobakteriozy	47	154	193	270	360	375	354	431	552	654
9. Jersiniozy	b.d.	b.d.	b.d.	213	288	206	234	201	199	216
10. Wirusowe zakażenia jelitowe	12 533	20 671	21 748	32 535	32 660	32 723	44 906	39 462	42 699	51 561
11. w tym rotawirusowe	9 996	15 702	15 187	23 646	22 045	20 902	30 769	23 692	23 529	33 789
12. Biegunki u dzieci do lat 2	17 284	21 310	22 706	29 188	31 320	30 144	38 205	34 458	38 101	41 573
13. Krztusiec	1 925	1 525	1 985	2 167	2 391	1 266	1 669	4 684	2 183	2 102
14. Tężec	15	22	19	14	19	16	14	19	14	13
15. Odra	13	120	36	97	114	13	38	70	84	110

16. Różyczka	7946	20668	22886	13145	7586	4196	4290	6263	38548	5891
17. Ospa wietrzna	147751	141218	160161	129545	140115	183446	172885	208276	178501	221628
18. Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	71999	15114	4147	3273	2954	2754	2582	2779	2436	2508
19. Nagminne porażenie dziecięce – poszczipienne	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
20. Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1075	1578	1201	708	737	1184	1069	1285	1077	1822
21. Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	387	608	510	406	538	183	201	187	172	156
22. Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	174	316	233	200	344	294	221	189	227	197
23. Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	208	234	392	369	306	229	296	241	251	186
24. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – meningokokowe	126	137	213	214	192	146	193	165	163	120
25. Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	72	54	46	29	20	26	31	36	25	44
26. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – <i>Haemophilus influenzae</i>	56	39	37	20	14	11	11	11	9	11
27. Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	175	211	273	268	275	364	430	436	540	714
28. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – pneumokokowe	110	117	162	148	163	180	192	145	195	194
29. Zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – inne bakteryjne lub o nieustalonej etiologii	954	1087	1104	953	917	1263	1142	1210	1417	1310
30. Wirusowe zapalenie wątroby typu A	54	109	42	209	652	155	65	71	48	76
31. Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1724	1751	1523	1375	1515	1671	1613	1583	1541	2769
32. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2993 ¹	3025 ¹	2811 ¹	2391 ¹	(1979) ¹ 1891 ²	2178 ²	2189 ²	2359	2664	2553
33. Włośnica	62	135	292	4	36	51	23	1	9	32
34. Bakteryjne zatrucia pokarmowe – ogółem:	20065	17264	15241	12215	10817	11464	10847	10231	9053	9740
35. w tym: salmonelozowe	15621	13216	11566	9473	8847	9549	8652	8444	7407	8206
36. gronkowcowe	658	417	407	202	146	217	283	147	128	68
37. jadem kielbasianym	28	50	48	46	31	32	35	22	24	29
38. <i>Clostridium perfringens</i>	4	5	4	3	1	8	24	5	18	16
39. Borelioza (choroba z Lyme)	4406	6679	7731	8248	10333	9005	9170	8786	12759	13875
40. Grypa (i podejrzenia grypy) – ogółem	733234	251815	374042	227346	1081975	551054	1156357	1460037	3164405	3137056
41. Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42. Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7711	7510	7092	6887	6874	7524	7842	7999	7844	8661
43. Choroba Creutzfeldta-Jakoba	10	10	11	11	17	18	21	17	23	24

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

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

- brak przypadków

b.d. brak danych



2. Zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe

W 2014 r. zaobserwowano niewielki wzrost liczby bakteryjnych zatruc i zakażeń pokarmowych. Wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. W 2013 r. potwierdzono 7 578 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 7 407 zatruc pokarmowych). Jest to więcej niż w roku poprzednim, w którym liczba ta wyniosła 8 444 przypadki (w tym 8 267 zatruc pokarmowych). Zakażenia wywołane *Salmonella* powszechnie występują u zwierząt hodowlanych.

W roku 2014 stwierdzono wzrost zakażeń pokarmowych wywoływanych przez bakterie z rodzaju *Campylobacter* (z 552 w 2013 r. do 654 w 2014 r.). Uważa się, że główną przyczyną zatruc i zakażeń pokarmowych spowodowanych tymi drobnoustrojami jest niewłaściwa obróbka mięsa drobiowego i jego przetworów.

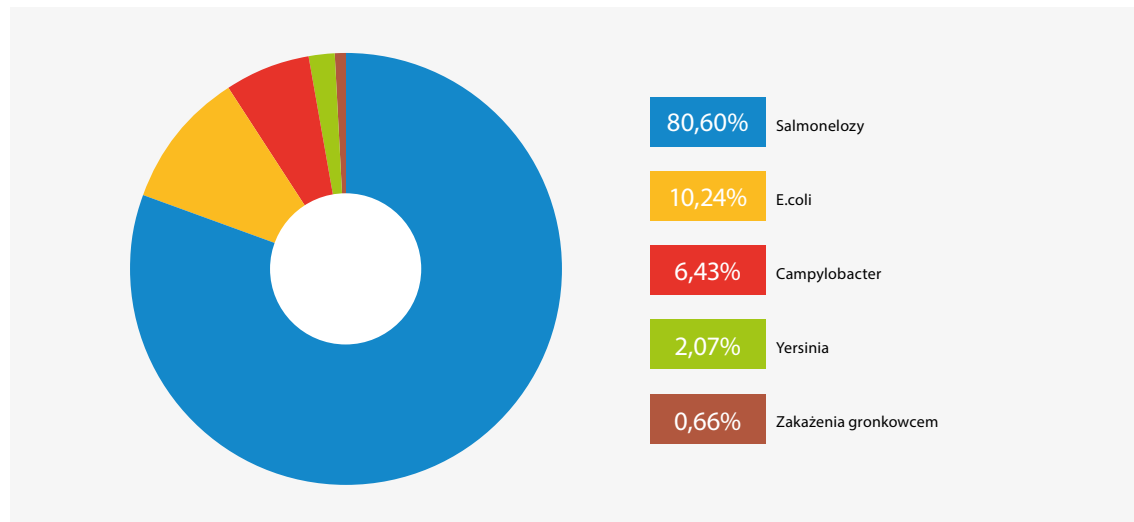
W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* również obserwowany był niewielki wzrost (ze 199 przypadków w 2013 r. do 216 w 2014 r.).

W związku z ciągle wzrastającą turystyką do egzotycznych krajów nastąpił wzrost przypadków zachorowań na czerwonkę bakteryjną (z 19 przypadków w 2013 r. do 44 w 2014 r.).

Sporadycznie występowały zachorowania na: dur brzuszny i dury rzekome. W 2014 r. zgłoszono 3 zachorowania na dur brzuszny (w 2013 r. – 2 zachorowania) oraz 1 zachorowanie na dury rzekome (w 2013 r. – 5 zachorowań). Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat notowane są na niezmiernie niskim poziomie i głównie u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru nadal powszechnie bytują w środowisku. W 2014 r. odnotowano spadek gronkowcowych zatruc pokarmowych ze 128 w 2013 r. do 68 w 2014 r. Jednakże obserwuje się niewielki wzrost liczby bakteryjnych zakażeń jelitowych o innej znanej etiologii. Świadczy to o poprawiających się możliwościach diagnozowania czynników chorobotwórczych wywołujących biegunki bakteryjne. Udział wybranych czynników bakteryjnych w ogólnej liczbie zakażeń i zatruc pokarmowych w Polsce przedstawia Wykres 1.



Wykres 1. Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2014 r.



W 2014 r. zgłoszono 51 561 wirusowych zakażeń pokarmowych (42 699 przypadków zgłoszono w 2013 r.), w większości wywołanych przez rotawirusy.

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

3. Krztusiec

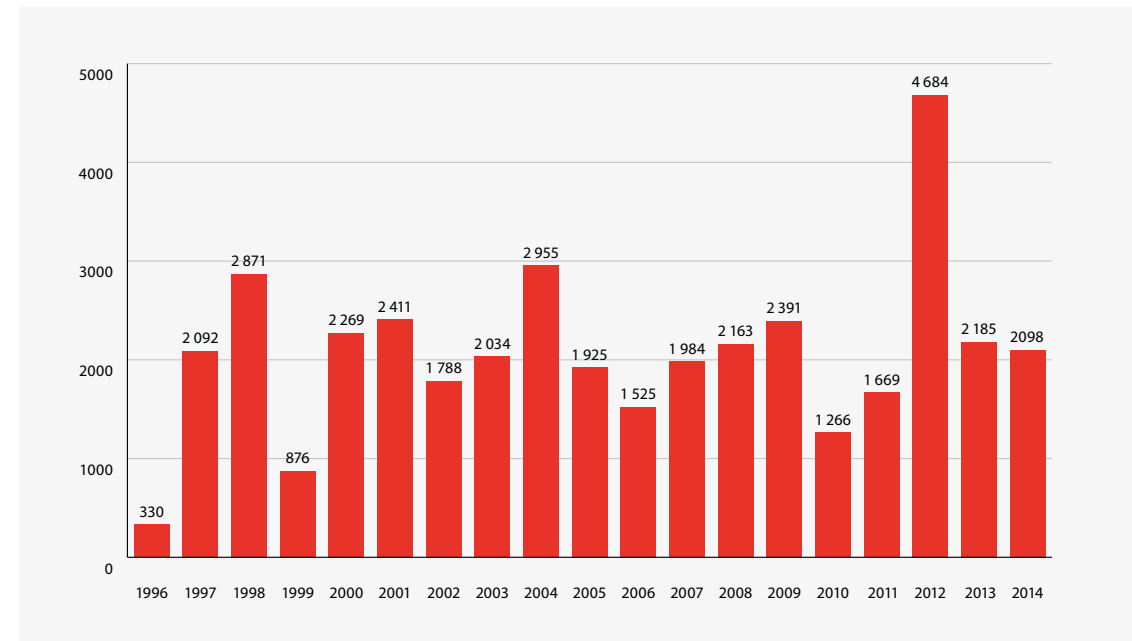
Krztusiec jest bakteryjną chorobą zakaźną wywołaną przez pałeczkę krztuśca *Bordetella pertusis*. Choroba przenosi się drogą oddechową i jest bardzo zaraźliwa – w wyniku kontaktu z chorą osobą zakażeniu ulega do 90% nieuodpornionych osób.

W roku 2014 zanotowano 2 102 przypadki zachorowań na krztusiec. Odnotowano niewielki spadek liczby zachorowań w stosunku do roku 2013 r., w którym wystąpiły 2 183 zachorowania. Powyższe dane mogą wskazywać na trwanie okresu międzyepidemicznego krztuśca po epidemii wyrównawczej krztuśca, która wystąpiła w 2012 r. W 2012 r. odnotowano 4 684 przypadki zachorowań. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996–2014 obrazuje Wykres 2.

Epidemie wyrównawcze chorób zakaźnych to cykliczne występowanie (co kilka lat) wzrostów liczby zachorowań. Są one najczęściej spowodowane zwiększeniem w populacji puli osób wrażliwych na zakażenie. W przypadku krztuśca niezwykle istotnym zjawiskiem jest stopniowa utrata odporności u osób, które wcześniej ją już nabyły.

W przypadku krztuśca, oprócz odporności indywidualnej, występuje również zjawisko odporności zbiorowiskowej, które chroni przed zachorowaniem również osoby nieuodpornione. Odporność zbiorowiskowa polega na przerwaniu krążenia czynnika zakaźnego w populacji (zakażenia człowiek–człowiek) poprzez osiągnięcie odpowiednio dużego odsetka osób odpornych. W takiej sytuacji chorzy, którzy mogą stanowić źródło zakażenia dla osób nieodpornych są od nich odizolowani dużą liczbą osób uodpornionych w wyniku szczepień. Niestety, uzyskanie maksymalnego efektu odporności zbiorowiskowej, pozwalającego na eliminację choroby z użyciem dostępnych obecnie szczepionek przeciw krztuścowi jest niezwykle trudne, ze względu na wspomniany wyżej spadek odporności poszczepiennej po 5–7 latach od szczepienia, co wymagałoby okresowego, powszechnego ponawiania szczepień u całości populacji. Dlatego też w zwalczaniu krztuśca rekomenduje się, obok prowadzenia powszechnych szczepień u dzieci i młodzieży zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych, także szczepienia przypominające u osób dorosłych z najbliższego otoczenia noworodków i małych dzieci (rodzice, opiekunowie, dziadkowie) oraz pracowników sektora ochrony zdrowia.

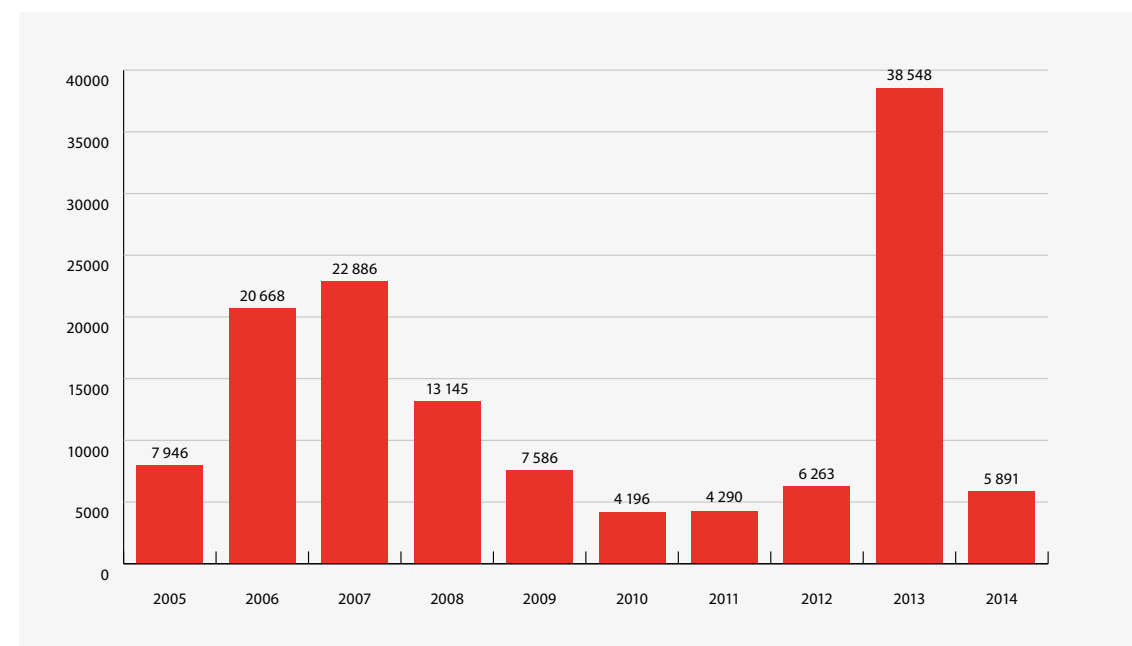
Wykres 2. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996–2014.



4. Różyczka

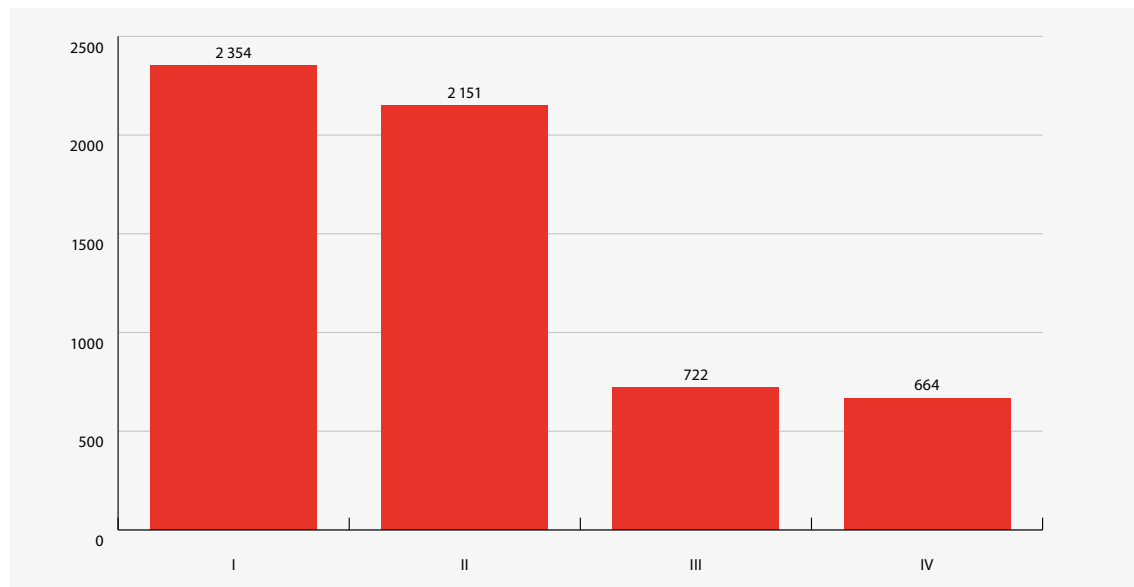
Liczba zachorowań na różyczkę cechuje się dużą zmiennością. W 2014 r. odnotowano spadek zachorowań – zgłoszono 5 891 przypadków, podczas gdy w 2013 r. było ich 38 548 (wliczając 2 przypadki różyczki wrodzonej CRS). Tym samym zmieniony został trend trwający od ostatniego kwartału 2012 r. W 2013 r. miała bowiem miejsce epidemia wyrównawcza w Polsce. Zapadalność w 2014 r. w skali Polski wyniosła 153 na 100 000 mieszkańców (Wykres 3). Największą zapadalność zaobserwowano w województwach śląskim – 1 218, mazowieckim – 1 104 oraz wielkopolskim – 693.

Wykres 3. Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2004–2014.



Według danych NIZP-PZH, we wszystkich kwartałach obserwujemy spadek zgłoszeń przypadków (Wykres 4).

Wykres 4. Liczba przypadków zachorowań na różyczkę w poszczególnych kwartałach.



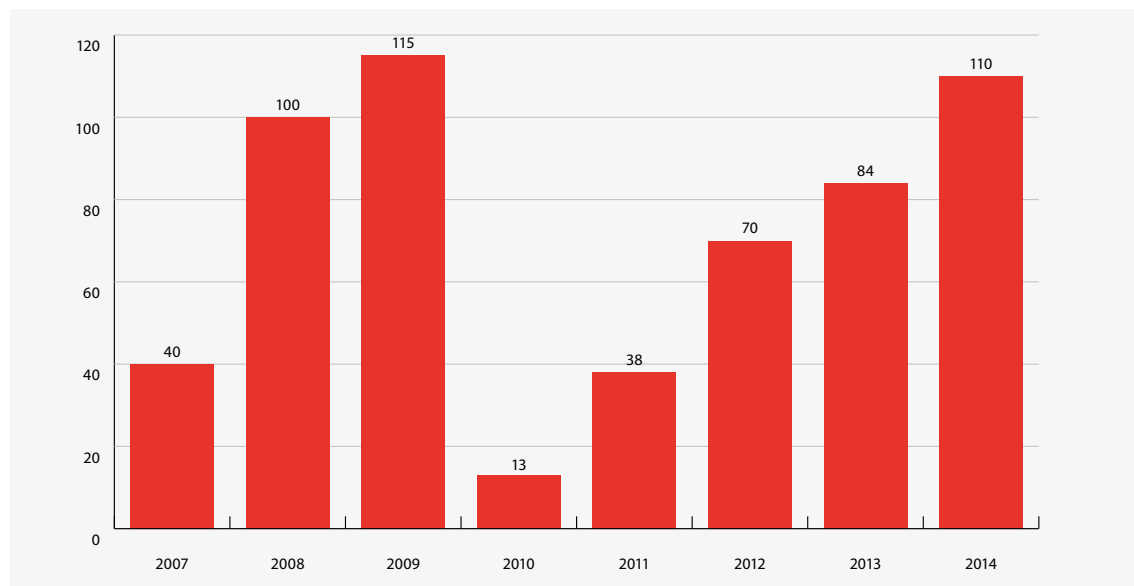
Źródło: ECDC

Pomimo wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, w Regionie Europejskim WHO, różyczka najprawdopodobniej nie zostanie wyeliminowana do końca 2015 r.

5. Odra

Podobnie jak różyczka, również odra została objęta przez WHO programem eliminacyjnym do końca 2015 r. W Polsce sytuacja epidemiologiczna w porównaniu z różyczką jest znacznie lepsza – w 2014 r. zgłoszono 110 przypadków odry (zapadalność – 2,9 na 100 000 mieszkańców), co jednak nie spełnia założonego przez WHO celu, tj. zapadalności – 1 na 100 000 mieszkańców. Najwięcej zachorowań na odrę zgłoszono w województwach wielkopolskim – 68 przypadków i mazowieckim – 23.

Wykres 5. Liczba przypadków odry w Polsce.



Analizując liczbę zgłoszeń przypadków odry w Polsce, należy zauważyć, że trend zapoczątkowany w 2010 r. utrzymuje się do dnia dzisiejszego tzn. liczba przypadków odry systematycznie wzrasta. Zachorowania są odnotowywane w większości pośród niezaszczepionych osób należących do mniejszości etnicznych. Niepokojący jest również fakt wzrostu osób odmawiających szczepień dzieci (w 2014 r. było to 12,7 tys. odmów przy 7,2 tys. w roku poprzednim). W krajach, w których % osób niezaszczepionych jest znacznie niższy niż w Polsce, obserwuje się znacznie większy odsetek przypadków odry. W okresie od października 2013 r. do października 2014 r. w 30 krajach UE/EEA odnotowano łącznie blisko 5 tys. zachorowań na odrę. Najwięcej przypadków odnotowano w Niemczech, Włoszech oraz w Holandii. Spośród osób chorych aż 85,1% stanowiły osoby, które nigdy nie otrzymały szczepienia przeciwko tej chorobie. Większość z nich, bo aż 75% stanowiły dzieci w wieku 1–4 lata. Ponadto odnotowano ogniska epidemii odry w Austrii, Danii oraz Wielkiej Brytanii. Także poza Europą.

6. Poliomyelitis

W odniesieniu do poliomyelitis, zarówno Polska, jak i cała Unia Europejska są oficjalnie wolne od tej choroby od 2002 r. Ostatni przypadek poliomyelitis spowodowany dzikim wirusem polio odnotowano w Polsce w 1984 r. Jednak groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa do UE pozostanie realna aż do momentu całkowitej eliminacji tej choroby. W tym celu konieczne jest między innymi utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia obywateli oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażenia wiotkich. Wirus polio od wielu lat jest pod szczególnym nadzorem WHO. Głównym celem jest jego całkowite zwalczenie. Jednak mimo wielu działań, wirus nie uległ eradykacji. Zgodnie z postanowieniami WHO w Kamerunie, Gwinei Równikowej, Pakistanie i Syrii może jednak nadal dochodzić do rozprzestrzenienia się dzikiego szczepu wirusa polio. Transmisję dzikiego szczepu wirusa polio stwierdzono w Afganistanie, Etiopii, Iraku, Izraelu, Nigerii i Somalii.



Źródło: CDC

WHO zwraca szczególną uwagę na Pakistan, gdzie mimo sezonowego spadku zgłoszeń, nadal nie udało się przerwać transmisji wirusa. W dniu 5 maja 2014 r. WHO wydała komunikat, w którym określiła transgraniczne rozprzestrzenianie się dzikiego wirusa polio w roku 2014 jako wydarzenie nadzwyczajne, stanowiące międzynarodowe zagrożenie dla zdrowia publicznego. Podkreśliła także, że obecna sytuacja może skutkować niepowodzeniem w prowadzonym od lat ogólnoswiatowym programie mającym na celu eradykację poliomyelitis na całym świecie. Szacuje się, że pod koniec 2013 r., 60% przypadków choroby było wynikiem międzynarodowego szerzenia się dzikiego szczepu wirusa polio.

Szczepienia przeciwko poliomyelitis są prowadzone w Polsce od połowy lat 50-tych. W ramach Programu Szczepień Ochronnych wszystkim dzieciom w Polsce podawane są 4 dawki szczepionki. Pomimo, iż Polska od 2002 r. należy do regionu oficjalnie wolnego od poliomyelitis sytuacja epidemiologiczna na świecie wymaga dalszego prowadzenia nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi (OPW). W ramach programu eradykacji poliomyelitis, OPW są zgłaszane w cotygodniowych raportach do WHO. Polska bierze udział w globalnym planie eradykacji poliomyelitis.



7. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę

Nadzór epidemiologiczny nad grypą prowadzony jest w ciągu całego roku, ze szczególnym wzmocnieniem nadzoru wirusologicznego w okresie zwiększonej liczby zachorowań, która w Polsce trwa zwykle od września do kwietnia następnego roku.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej grypy, według wstępnych danych z biuletynu rocznego NIZP-PZH „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w roku 2014”, zarejestrowano ogółem 3 137 056 przypadków grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 8151,6/100 000), w tym 10 118 osób skierowano do szpitala. Zgłoszono 1 530 240 zachorowań na grypę i podejrzeń zachorowań na grypę u dzieci w wieku do lat 14 (zapadalność wynosiła 26543,6/100 000), w tym 6 437 dzieci skierowano do szpitala. W kwestii zachorowań, które były w 2014 roku diagnozowane laboratoryjnie, w 437 przypadkach potwierdzono obecność wirusa grypy. Próbkę do badań laboratoryjnych w kierunku potwierdzenia zakażenia wirusami grypy pochodziły głównie od pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu ich stanu klinicznego lub współistniejącej choroby.

Według meldunków epidemiologicznych liczba zarejestrowanych zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne w sezonie 2013/2014 (tj. od września 2013 do kwietnia 2014) wynosiła 2 221 876 przypadków. Zgłoszono 16 zgonów osób, u których stwierdzono obecność wirusa grypy na podstawie badań wykonanych metodą RT-PCR w laboratoriach wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w omawianym sezonie przypadł na okres od 23 do 31 stycznia 2014 roku, a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 08 do 15 marca 2014 roku, w którym zachorowało 116 170 osób (zapadalność wynosiła 37,72/100 000). Dla porównania w sezonie 2012/2013 szczyt zachorowań przypadł na okres od 23 do 31 stycznia 2013 roku, w którym zachorowało 219 511 osób. Dane o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę w Polsce, zarejestrowanych od 1 stycznia do 15 marca 2014 roku oraz w porównywalnym okresie 2013 roku przedstawia Tabela 2.

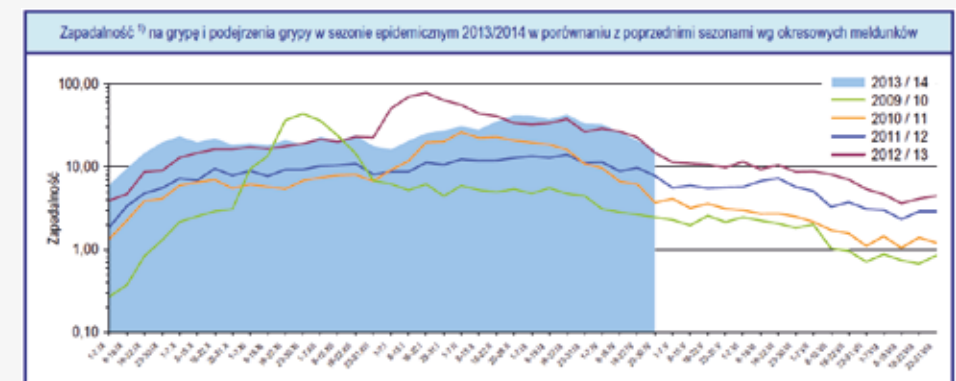
Tabela 2. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce zarejestrowane w okresie od 1 stycznia do 15 marca 2014 r. oraz w porównywalnym okresie 2013 r.

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01–15.03.2014 r. ¹		1.01–15.03.2013 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	Ogółem	862 330	2 240,75	1 449 620	3 761,95
	u dzieci w wieku 0–14 lat	400 232	6 942,44	550 783	9 482,65

1. Wstępne dane, które mogą ulec zmianie w trakcie weryfikacji

Średnią dzienną zapadalność (na 100 000 ludności) na grypę i podejrzenia grypy w sezonie epidemicznym 2013/2014 w porównaniu z poprzednimi sezonami przedstawia Wykres 6.

Wykres 6. Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2013/2014 w porównaniu z poprzednimi sezonami.



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2012/2013 i 2013/2014 przedstawia Tabela 3.

Tabela 3. Liczba zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2012/2013 i 2013/2014.

Miesiąc/Rok	Liczba przypadków sezon 2012/2013	Liczba przypadków sezon 2013/2014
Wrzesień	75 919	144 632
Październik	179 690	246 285
Listopad	204 298	222 357
Grudzień	261 024	249 360
Styczeń	777 678	268 935
Luty	472 053	359 886
Marzec	380 453	456 638
Kwiecień	262 798	273 783
RAZEM	2 613 913	2 221 876

Stosownie do wymogów European Influenza Surveillance Network (EISN) oraz European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) jak co roku prowadzono zintegrowany program nadzoru epidemiologicznego z uwzględnieniem diagnostyki wirusologicznej typu sentinel. Uczestniczyli w nim wybrani lekarze świadczący podstawową opiekę zdrowotną, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH, pełniący rolę koordynatora.

Jednocześnie z danych wspólnotowego nadzoru epidemiologicznego nad grypą wynika, iż szczepki wirusów grypy A(H1)pdm09 i A(H3) były dominującymi podtypami wirusa grypy występującymi w Europie, które wchodziły w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych przewidzianych do szczepień w sezonie 2013/2014.

W Polsce w sezonie epidemicznym 2013/2014 pomimo, iż szczepienia przeciw grypie są jedyną i bezpieczną metodą profilaktyki przeciw tej chorobie oraz jej powikłaniom, a także udowodnionej skuteczności i powszechnej dostępności na rynku szczepionek przeciwko grypie sezonowej oraz akcji informacyjnej skierowanej do wielu grup ludności, zaszczepiło się jedynie 3,8% populacji.

W celu budowania świadomości potrzeby profilaktyki przeciwgrypowej, a co za tym idzie zwiększenia liczby osób zaszczepionych przeciw tej chorobie, w ramach przeprowadzonych wielu akcji profilaktycznych udało się zatrzymać niepokojący trend spadku poziomu wyszczepialności. Zapoczątkowano nowy zwyczaj obchodów Ogólnopolskiego Dnia Profilaktyki Grypy, który przypada na 1 października każdego roku, kiedy to obchodzony jest także Dzień Seniora. Należy zaznaczyć, że osoby w wieku senioralnym to jedna z głównych grup ryzyka narażenia na wystąpienie powikłań pogrypowych

8. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W ostatnich latach obserwuje się trend wzrostowy zachorowań spowodowanych wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Zgodnie z wstępnymi danymi w 2014r. zgłoszono 3553 zakażenia HCV, podczas gdy w 2013r. odnotowano 2644 zakażeń. Dla porównania w 2012r. zgłoszono 2359 zakażeń HCV, w 2011 roku – 2338 zakażeń, w 2010 roku – 2178, a w 2009 roku – 1891.

Około 80% przypadków zakażeń HCV przebiega w sposób przewlekły i zwykle w pierwszym okresie, który może trwać nawet kilkadziesiąt lat. Zakażenie to przebiega bezobjawowo. Z tego powodu zakażenia HCV są rozpoznawane niemal wyłącznie u osób chorujących objawowo na wirusowe zapalenie wątroby typu C lub w trakcie przesiewowych badań laboratoryjnych wykonywanych z innych powodów np. u krwiodawców lub kobiet ciężarnych.

Szacunkowe dane epidemiologiczne pozwalają sądzić, że liczba osób, które miały kontakt z wirusem typu C w Polsce sięga ok. 1,1% populacji, natomiast aktywne i wymagające leczenia zakażenia wirusem wzv typu C posiada ok. 0,43% populacji Polski. Dostępne dane pokazują także, że tylko co 10 dorosła osoba zakażona wirusem HCV wie o swojej chorobie. Natomiast, z uwagi na skryty charakter choroby, aż 95% Polaków zakażonych HCV nie jest świadomych zakażenia i związanych z nim następstw, takich jak możliwość rozwinienia się w jego wyniku marskości wątroby lub raka wątrobowo-komórkowego, w związku z czym może nieświadomie zakażać inne osoby.

HCV znajduje się we krwi i innych tkankach osoby zakażonej. Do zakażenia dochodzi, gdy wirus ten przedostanie się z krwi osoby zakażonej do krwi osoby zdrowej, poprzez naruszenie ciągłości skóry lub błon śluzowych (czynności takie jak: wstrzyknięcie, nakłucie, nacięcie, uraz ciała powodujący rany). Ryzyko zakażenia HCV, ale również innymi wirusami przenoszonymi drogą krwi, takimi jak HBV (wirus zapalenia wątroby typu B) czy HIV, istnieje wówczas, gdy w trakcie wykonywania medycznych lub niemedycznych zabiegów np. kosmetycznych, którym towarzyszy przerwanie ciągłości tkanek, nie są przestrzegane standardy higieniczno-sanitarne. Ryzyko zakażenia wiąże się z czynnościami, które niewielu osobom kojarzą się z jakimkolwiek ryzykiem, jak np.: manicure, pedicure, tatuaż, piercing, zabiegi odmładzające skórę ciała i twarzy (np. mikrodermabrazja, usuwanie zmarszczek, botoks). Wysokie ryzyko zakażenia HCV może dotyczyć również domowników osób zakażonych (najczęściej nieświadomych zakażenia) w wyniku używania wspólnych szczoteczki do zębów, cążek do paznokci, maszynek do strzyżenia lub golenia itp.

Z uwagi na brak metod zapobiegania zakażeniom HCV w drodze szczepień ochronnych, szerzeniu się zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C można zapobiec jedynie w drodze działań nieswoistych polegających na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz zabiegów o charakterze niemedycznym przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek. Nie bez znaczenia pozostają także działania o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym mające na celu podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa w zakresie wzv typu C i kształtowanie właściwych postaw oraz zachowań zdrowotnych.

Od lat w ramach działań przeciwepidemicznych podejmowane są przez Państwową Inspekcję Sanitarną działania w zakresie uregulowań prawnych w obszarze bieżącego nadzoru sanitarnego, jak i zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W obliczu narastającego w Polsce problemu występowania wirusowych zapaleń wątroby typu C Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuuje działania edukacyjno-szkoleniowe.

W maju 2012r. rozpoczęto realizację współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia, programu pn.: „Zapobieganie zakażeniom HCV”. Liderem programu jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, który wraz z trzema partnerami, w tym Głównym Inspektoratem Sanitarnym, realizuje łącznie 5 podprojektów. Informacje na temat programu „Zapobieganie zakażeniom HCV” są dostępne pod adresem: www.hcv.pzh.gov.pl.

- O HCV**
- Niebezpieczeństwo choroby polega na tym, że HCV jest na początku bezobjawowa, lub słabo-objawowa (tylko co 10 osoba wie o swojej chorobie, a 80% zakażonych nie widziało u siebie żadnych szczególnych objawów). Dlatego o zakażeniu zazwyczaj dowiadujemy się przypadkowo.
 - Dopiero po długim czasie HCV daje bardzo groźne konsekwencje (ostre lub przewlekłe zapalenie wątroby, marskość, pierwotny rak wątroby) i zazwyczaj dopiero wtedy dowiadujemy się o zakażeniu.
 - Przeciwko HCV (WZV C) nie ma szczepionki, dlatego tak ważne jest zapobieganie, czyli wiedza...

WAŻNE ADRESY:

- Lista placówek i harmonogram szkoleń: <http://szkoleniahcv.pzh.gov.pl>
- Ogólny opis projektu informacyjno-edukacyjnego, dla pracowników sektora ochrony zdrowia, pracowników sektora usług pozamedycznych (studia tatuażu, salony kosmetyczne): <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Pago/projekt-5-1-1-0-projektia-1>

KONTAKT*

*proszę wpisać telefon/e-mail kontaktowy osoby koordynującej szkolenia w danym województwie

Institucja realizująca:



Partnerzy:



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH: 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24
 centrala: (+48 22) 54 21 400, Sekretariat: (+48 22) 849 76 12, Fax: (+48 22) 849 74 84

www.hcv.pzh.gov.pl

Źródło: www.hcv.gov.pl

W ramach podprojektu 5 „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”, którego partnerem jest Główny Inspektorat Sanitarny, w 2014r. zakończono prace przygotowawcze i z końcem roku rozpoczęto realizację działań edukacyjno-szkoleniowych na terenie kraju. Za realizację szkoleń w terenie odpowiedzialni są Koordynatorzy Merytoryczni wyłonieni spośród pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Szkolenia odbywają się we współpracy z wykładowcami – ekspertami w dziedzinie chorób zakaźnych, pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii, na podstawie opracowanego pakietu materiałów dydaktycznych, materiałów edukacyjnych dla uczestników szkoleń, a także przygotowanych dokumentów związanych z realizacją szkoleń. W ramach projektu przygotowanych zostało 8 filmów o charakterze edukacyjno-szkoleniowym, które są wykorzystywane podczas szkoleń.

Ogółem w 2014r. Koordynatorzy Merytoryczni przeprowadzili 25 szkoleń, w tym 8 dla personelu medycznego i 17 dla personelu usług pozamedycznych. Przeszkolono ponad 1100 osób. Uzyskano wysoki odsetek pozytywnie zdanych testów wiedzy, co wskazuje na wysoką jakość kształcenia i dostosowaną do potrzeb, ciekawą formę przekazu wiedzy. Celem podprojektu 5 jak również całego Programu „Zapobieganie zakażeniom HCV” jest stworzenie długofalowej i kompleksowej strategii przeciwdziałania i zwalczania zakażeń HCV w Polsce.



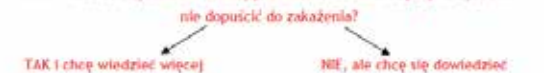
Program „Zapobieganie zakażeniom HCV”



Jedynie 37% badanych spontanicznie zadeklarowało, że słyszało o HCV, jednak tylko 28% trafnie powiązało go z chorobami związanymi z wątrobą!!! Tylko 64% z tych 37% osób wie, że odkażanie narzędzi w salonach kosmetycznych, fryzjerskich i tatuażu jest właściwym sposobem zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń HCV...

...To za mało, by uchronić przed zakażeniem HCV siebie, swoich klientów i pacjentów!

A TY wiesz co to jest HCV? Jak się przenosi? Jakie choroby wywołuje? Jak nie dopuścić do zakażenia?



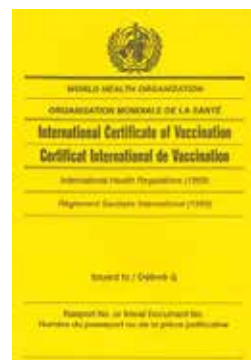
ZAPRASZAMY
 pracowników usług pozamedycznych (fryzjerzy, kosmetyczki, tatuażysty) oraz pracowników sektora ochrony zdrowia na darmowe szkolenia w zakresie prewencji HCV



9. Choroby tropikalne

Warunki klimatyczne w Polsce nie sprzyjają występowaniu stawonogów będących zwierzęcymi wektorami przenoszącymi typowe dla krajów położonych w strefach podzwrotnikowej i zwrotnikowej choroby takie jak: malaria, gorączka

denga, żółta gorączka, chikungunya, czy gorączka zachodniego Nilu. Tym samym choroby te nie znajdują naturalnych warunków do szerzenia się w Polsce, a rejestrowane w kraju przypadki są zachorowaniami zawleczonymi z innych krajów, z uwagi na duże zainteresowanie Polaków podróży do egzotycznych rejonów świata.



W 2014 roku w Polsce odnotowano 15 zachorowań na gorączkę denga (w 2013 r. – 13) oraz 19 przypadków malarii (w 2013 r. – 36). Wszystkie zachorowania zaklasyfikowano jako zaimportowane. Aktualizowany raz w roku wykaz punktów, w których można zaszczepić się przed wyjazdem za granicę i uzyskać poradę lekarską w zakresie profilaktyki znajduje się na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, w zakładce pn.: „Szczepienia ochronne”.

Państwowa Inspekcja Sanitarna od wielu lat podejmuje działania mające na celu informowanie osób podróżujących

w odległe, egzotyczne regiony świata o istniejącym narażeniu na występujące tam choroby zakaźne. W tym celu na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego została utworzona zakładka pt. „Informacje dla podróżujących”, na której zamieszczane są aktualne komunikaty które są opracowywane w oparciu o oficjalne źródła informacji tj. serwisy międzynarodowych organizacji działających w sektorze ochrony zdrowia: Światowej Organizacji Zdrowia, Europejskiego Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób, Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób w Atlancie, USA (CDC).

Informowanie turystów o zagrożeniach zdrowotnych i sanitarnych nabiera szczególnego znaczenia w kontekście aktualnej sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w regionie europejskim.

W 2012 roku stwierdzono pierwsze rodzime przypadki gorączki denga na popularnej turystycznie wśród Europejczyków wyspie Madera. Jednakże dzięki odpowiednim staraniom władz lokalnych wspieranych przez ECDC udało się ograniczyć rozwój wektora wirusa dengi na wyspie i doprowadzić do wygaszenia epidemii. W 2013 r. jak i w 2014 r. na Maderze nie odnotowano nowych zachorowań na gorączkę Denga.

Od kilku lat sezonowo występują zachorowania na gorączkę zachodniego Nilu (WNF) w krajach basenu Morza Śródziemnego oraz w Rosji. Zachorowania u ludzi występują przeważnie w okresie od maja do listopada, przy czym największa zachorowalność odnotowywana jest w miesiącach letnich (głównie sierpień, wrzesień). W 2014 r. zarejestrowano

210 przypadków WNF w regionie europejskim. Dla porównania w analogicznym okresie 2013 r. odnotowano łącznie 226 przypadków w krajach UE. Zachorowania nie wystąpiły w Polsce.

W 2014 r. obserwowano także dalszy, choć nie gwałtowny, wzrost liczby zachorowań wywołanych nowym koronawirusem MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*) w regionie Półwyspu Arabskiego, będącego częstym kierunkiem wyjazdów Europejczyków. Choć wszystkie zachorowania wywołane tym wirusem miały bezpośredni związek z pobytem w krajach Bliskiego Wschodu to jednak odnotowano kolejne, choć pojedyncze przypadki zaimportowane do innych państwa świata (USA, Maleszja, Filipiny, Algieria, Tunezja, Turcja, Grecja, Austria). MERS-CoV może przebiegać nie tylko pod postacią ciężkich infekcji układu oddechowego, ale również mieć przebieg bezobjawowy, czy skąpo objawowy. Istotnym elementem w transmisji wirusa MERS na człowieka są wielbłądy. W krajach regionu Półwyspu Arabskiego odnotowano także dużą liczbę zakażeń szpitalnych oraz zachorowań wśród personelu medycznego, co może wskazywać na niewystarczające starania w zakresie zachowania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń. W 2014 r. uległa dalszemu pogorszeniu sytuacja epidemiologiczna w zakresie zakażeń wywołanych wirusem chikungunya. Zwiększeniu uległa zarówno liczba zachorowań jak również zasięg terytorialny występowania zakażeń znacznie się powiększył. Pierwsze zachorowania w regionie Wysp Karaibskich pod koniec 2013 r. Zachorowania występują również w wielu krajach Ameryki Środkowej i Południowej, a także na wyspach Pacyfiku. Odnotowano także pierwsze zaimportowane przypadki zakażeń wirusem chikungunya do krajów UE (Grecja, Francja, Włochy, Holandia, Hiszpania, Szwajcaria). Jednocześnie w listopadzie 2014 r. w regionie Montpellier we Francji potwierdzono 11 rodzimych przypadków gorączki chikungunya, co pozwala potwierdzić obecność wektora tego wirusa na terenie południowej Francji.

Wśród innych chorób zakaźnych, których sytuacja epidemiologiczna nie jest zadowalająca należy uznać cholere, której epidemia nieprzerwanie trwa od końca 2010 r. na Haiti, Dominikanie i Kubie. W 2014 r. odnotowano także pierwsze pojedyncze zachorowania w Meksyku. W drugiej połowie 2014 r. na Madagaskarze wystąpiła epidemia dżumy, która objęła swoim zasięgiem również stolicę tego kraju. Ponadto należy wspomnieć, że pogorszyła się sytuacja w zakresie chorób, które podlegają zapobieganiu w drodze szczepień tj. odry oraz polio.



Źródło: ECDC



Źródło: ECDC

10. Działania podejmowane w związku z epidemią choroby wirusowej Ebola (EVD) w Afryce Zachodniej (Liberia, Gwinea i Sierra Leone)

Gorączka krwotoczna Ebola (EVD) jest ciężką chorobą, często ze skutkiem śmiertelnym, wywoływaną przez wirus Ebola, który przenosi się przez bezpośredni kontakt z krwią lub innymi płynami ustrojowymi (jak ślina, mocz, wymiociny lub sperma) osób zakażonych, żywych lub zmarłych.

Epidemia EVD w Afryce utrzymuje się od lutego 2014 r. w 3 krajach Afryki Zachodniej (Gwinea, Liberia i Sierra Leone), gdzie choroba szerzy się obecnie na rozległych obszarach w rozmiarach epidemicznych. W odróżnieniu od wcześniejszych ognisk zachorowań w Afryce, które występowały na odległych, izolowanych terenach wiejskich, po raz pierwszy epidemia EVD dotarła do obszarów miejskich. Również w Mali, Nigerii i Senegal odnotowano pojedyncze przypadki zachorowań. Były to zarówno przypadki zawleczone jak i przypadki zakażeń wtórnych, do których doszło na terenie kraju. Jednakże podjęcie szybkich działań przeciwepidemicznych powstrzymało szerzenie się zachorowań w Mali, Nigerii i Senegal. Odnotowano też pojedyncze przypadki zawleczenia tej choroby do krajów umiarkowanej strefy klimatycznej (USA, Wielka Brytania), jak również przypadki zakażeń szpitalnych (wtórnych) od chorych przetransportowanych z Afryki na planowe leczenie (USA, Hiszpania). Pomimo, iż w działania przeciwepidemiczne włączyły się kluczowe światowe organizacje oraz państwa oferując wsparcie finansowe, materiałowe i kadrowe, pod koniec roku 2014 w Liberii, Sierra Leone oraz Gwinei nadal utrzymywała się niekorzystna sytuacja epidemiologiczna, z prognozowanym trendem narastania.



Dyrektor Generalny WHO w dniu 8 sierpnia 2014 r. na podstawie opinii Komitetu ds. Sytuacji Nadzwyczajnych Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, ogłosił trwającą w Afryce epidemię EVD jako sytuację zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym. Obecne ryzyko zawleczenia wirusa Ebola do Polski jest niezwykle niskie, jednak biorąc pod uwagę przedłużający się czas trwania epidemii, nie można go całkowicie wykluczyć. Ryzyko zawleczenia zachorowania przez osobę podróżującą do krajów UE znajdującą się w okresie inkubacji pozostaje na niskim poziomie, ale należy przyjąć, iż istnieje tak długo, jak w krajach dotkniętych chorobą utrzymuje się transmisja zakażeń.

W związku z powyższym, Polska, podobnie jak inne państwa członkowskie Unii Europejskiej, podjęła wieloresortowe działania mające na celu przygotowanie do ewentualnego pojawienia się w kraju osób zakażonych lub podejrzanych o zakażenie wirusem Ebola.

WHO nie rekomendowała wprowadzania ograniczenia swobód obywatelskich wobec osób zdrowych tylko dlatego, że powrócili z podróży z krajów Afryki Zachodniej. Jednak dla osób, które zamierzały udać się do kraju, w którym wykryto przypadki zakażenia, przygotowano pakiet bieżących informacji rekomendując jednocześnie zalecenie o odłożeniu podróży do czasu ustąpienia

zagrożenia. Kluczowym zaleceniem dla powracających jest, aby osoba, u której wystąpią objawy EVD w okresie 3 tygodni od powrotu z podróży, niezwłocznie skontaktowała się z numerem 999 lub 112 i poinformowała o przebytej podróży, a następnie postępowała zgodnie z wskazówkami dyspozytora.

Podejmowano ponadto działania mające na celu m.in. przygotowanie służb medycznych do sytuacji pojawienia się np. w podmiocie leczniczym, w tym w szpitalu osoby z objawami EVD, u której stwierdzono dodatkowo w wywiadzie epidemiologicznym możliwe narażenie. Opracowano w tym celu jednolite, obowiązujące na terenie kraju procedury.

Brak skutecznego leczenia i duża zakaźność wirusów wymusza stosowanie odpowiednich zabezpieczeń przez osoby kontaktujące się lub opiekujące osobą zakażoną lub chorą. W sytuacji zawleczenia na teren kraju przypadku zachorowania, nie ulega wątpliwości, iż osoba podejrzana lub chora musi bezwzględnie zostać objęta opieką medyczną w jednym z wytypowanych do tego celu podmiotów leczniczych (wyspecjalizowanych do leczenia przypadków zakażeń i zachorowań na choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne). Leczenie osób chorych w warunkach izolacji pozostaje jednym z kluczowych środków zapobiegających szerzeniu się zakażeń w populacji, ponieważ skutecznie eliminuje źródło kolejnych zakażeń, jednak nie wyczerpuje katalogu możliwych do podjęcia działań.

Opracowane zostały także we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny materiały dla lekarzy POZ i służb medycznych obejmujące m.in. :

- podstawowe informacje na temat gorączki Ebola dla lekarzy,
- ogólny schemat postępowania w zależności od rodzaju narażenia osoby na zakażenie wirusem Ebola,
- informacja nt. badań diagnostycznych w kierunku zakażenia wirusem Ebola,
- formularz zlecenia badania diagnostycznego w kierunku zakażenia wirusem Ebola,
- szczegółowy opis zasad pobrania i transportu materiału do badań,
- definicję przypadku,
- algorytm dedykowany dyspozytorom Państwowego Ratownictwa Medycznego,
- informację dot. środków ochrony osobistej dla pracowników ochrony zdrowia sprawujących opiekę nad pacjentem podejrzanym o zakażenie/zakażonym wirusem Ebola,
- standardy wymagań dla personelu, środków transportu i pomieszczeń do leczenia osób podejrzanych lub chorych na gorączkę Ebola.

Wszystkie wyżej wymienione materiały, a także kluczowe informacje Światowej Organizacji Zdrowia oraz Europejskiego Centrum Kontroli Chorób udostępnione zostały dla podmiotów zaangażowanych w działania na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego w zakładce: „Informacja dotycząca wirusowej gorączki Ebola (EVD)”.

Opracowano także we współpracy z Ministerstwem Zdrowia procedury EVD przeznaczone dla:

1. dyspozytorów medycznych w przypadku otrzymania zgłoszenia telefonicznego,
2. dyspozytorów medycznych PRM w przypadku stwierdzenia podejrzenia EVD w trakcie udzielania pomocy przez Zespół Ratownictwa Medycznego,
3. personelu izby przyjęć/SOR szpitala,
4. personelu lecznictwa ambulatoryjnego,
5. personelu międzynarodowych portów lotniczych w przypadku wystąpienia podejrzenia u osoby podróżującej drogą lotniczą.

11. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych

Rozprzestrzenianiu czynników chorobotwórczych ze zwierząt na ludzi sprzyja wciąż niewystarczająca świadomość Polaków, co do sposobów ich przenoszenia oraz sposobów unikania zakażenia.

Nadzór nad chorobami odzwierzęcymi w Polsce realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną. Obie służby realizują te zadania w ramach swoich kompetencji określonych w przepisach prawa, w oparciu o zalecenia i wytyczne organizacji międzynarodowych takich jak WHO, FAO, OIE, oraz instytucji europejskich takich jak ECDC, EFSA, powołanych w celu zapewnienia skutecznego systemu monitorowania i powiadamiania o wystąpieniu zagrożeń dla zdrowia ludzkiego w związku z obecnością niebezpiecznych czynników chorobotwórczych, w tym odzwierzęcych.

W Polsce sytuacja epidemiologiczna dotycząca zoonoz w 2014 r. była stabilna. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzanych przypadków tych chorób są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

Niezależnie od prowadzonego monitoringu i nadzoru nad chorobami odzwierzęcymi, sytuacja epidemiologiczna w zakresie niektórych zoonoz staje się niepokojąca i należy uznać, że w najbliższej przyszłości będą one stawać się narastającym problemem. W szczególności na zoonozy narażone są pewne grupy zawodowe, jak leśnicy i rolnicy (borelioza, zakażenie hantawirusowe) oraz osoby zajmujące się zbieractwem runa leśnego (bąblowica). Nie można również zapominać o odzwierzęcych chorobach, które występują w innych strefach klimatycznych, ale w związku ze zmianą klimatu oraz wzmożonym ruchem turystycznym i globalizacją handlu, stają się również zagrożeniem dla społeczeństwa europejskiego.



Od wielu lat większość zgłaszanych zoonoz jest związana ze spożyciem pokarmów pochodzenia zwierzęcego, które mogą być zanieczyszczone lub skażone patogenami odzwierzęcymi, chorobotwórczymi dla ludzi. Zgodnie z danymi ECDC oraz EFSA, najczęstszymi zoonozami, dla których od kilku lat odnotowuje się trend wzrostowy w całej UE są kamylobakterioza oraz zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *E. coli*.

W 2014 r. w Polsce zarejestrowano 654 zachorowania wywołane przez bakterie z rodzaju *Campylobacter sp.* Dla porównania w 2013 r. odnotowano 552 przypadki tego bakteryjnego zakażenia jelitowego. Głównym nośnikiem chorobotwórczym dla człowieka bakterii

Campylobacter są: surowy, niedogotowany lub niedopieczony drób lub inne mięso, niepasteryzowane lub źle pasteryzowane mleko krowie i kozie oraz jego przetwory. Pewnym problemem mogą być również zakażenia wywołane przez bakterię *Listeria monocytogenes*. Warunki chłodnicze, krótka pasteryzacja, czy mrożenie nie chronią żywności przed namnożeniem się tego drobnoustroju. Do zakażenia człowieka dochodzi poprzez spożycie skażonej żywności, głównie wieprzowiny, drobiu, serów z niepasteryzowanego mleka krowiego. W Polsce w 2014 r. zarejestrowano ogółem 85 przypadków listeriozy, dla porównania w 2013 r. było ich 58, przy czym w obydwu latach odnotowano po 4 przypadki listeriozy wrodzonej.

Występowaniu zatruc i zakażeń pokarmowych wywołanych przez odzwierzęce drobnoustroje można zapobiegać. Należy zawsze pamiętać o konieczności przestrzegania 5 najważniejszych zasad higieny zebranych i opisanych przez WHO: utrzymywać czystość (rąk przed przygotowaniem i spożyciem żywności, miejsc w których jest przygotowywane posiłki), oddzielać żywność surową od ugotowanej, poddawać żywność właściwej obróbce termicznej (gotowanie, pieczenie itp.), przechowywać żywność w prawidłowych warunkach chłodniczych, używać świeżej i bezpiecznej wody i żywności.

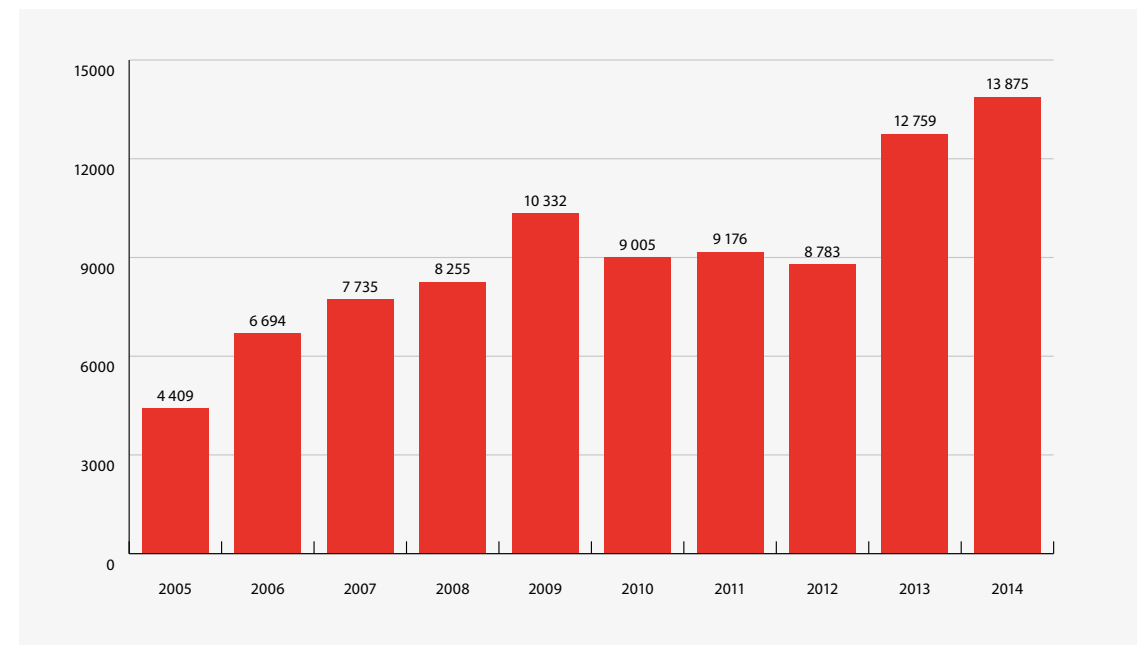
W ostatnich kilku latach obserwuje się w Europie wyraźny wzrost częstości występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, przede wszystkim boreliozy. Zachorowania na boreliozę w Polsce cechuje obserwowany od wielu lat trend wzrostowy. W 2014 r. zanotowano w Polsce blisko 14 tys. przypadków (zapadalność 36,1/100 tys. osób). Jest to liczba większa niż w roku 2013 r., w którym zarejestrowano blisko 13 tys. nowych zachorowań (zapadalność 33,12/100 tys.). Dla porównania w latach poprzednich liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 tys. rocznie. Największą zapadalność odnotowuje się w województwach: śląskim, podlaskim, małopolskim, mazowieckim. Ze względu na niespecyficzne i rozciągnięte w czasie objawy, wiele przypadków może być zgłaszanych ze znacznym opóźnieniem.

Przyczyny wzrostu zachorowalności na boreliozę należy upatrywać w stale zmieniającym się zasięgu geograficznym bytowania kleszczy, wydłużaniu okresu ich żerowania, zmianach klimatu, zmianach ekonomicznych i społecznych w otoczeniu ludzi. Istotną rolę odgrywają też migrujące zwierzęta przenoszące zakażone kleszcze na obszary, na których krętki *Borrelia burgdorferi* dotychczas nie występowały. Wzrastająca liczba rejestrowanych, potwierdzonych przypadków boreliozy świadczy także o poprawiającej się diagnostyce tej choroby.



Przeciwno boreliozie nie ma szczepionki, co potęguje problem i skutecznie uniemożliwia szybkie jego opanowanie. Dlatego warto jest w dbałości o swoje zdrowie poszukiwać informacji o możliwych sposobach uniknięcia zakażenia.

Wykres 7. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005–2014.

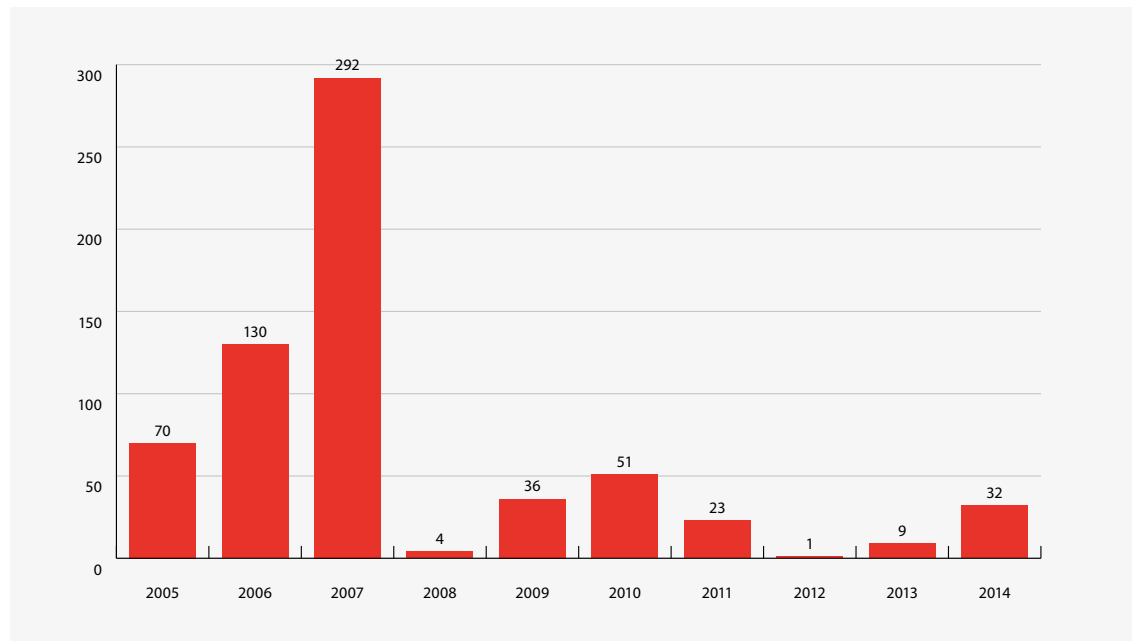


Zakażenia wywołane przez hantawirusy (gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym – HFRS oraz nefropatia epidemiczna – NE) występują na wszystkich kontynentach i rozpoznawane są we wszystkich krajach Europy. Rezerwuarem drobnoustrojów są dziko żyjące gryzonie. Do zakażenia człowieka dochodzi w drodze inhalacji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

Leptospiroza uznawana jest obecnie za jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób odzwierzęcych na świecie. Czynnikiem ją wywołującym są bakterie, którymi człowiek zakaża się głównie poprzez kontakt z moczem zakażonych zwierząt (głównie gryzoni) lub poprzez spożycie skażonej wody, żywności oraz brudne ręce. Grupami szczególnie narażonymi na zakażenie są rolnicy, osoby pracujące na plantacjach owoców sezonowych, obsługujące zwierzęta, lekarze weterynarii, pracownicy zakładów mięsnych. W Polsce liczba rejestrowanych rocznie przypadków zachorowań nie przekracza 10 i utrzymuje się od kilku lat na stałym poziomie choć w 2014 r. odnotowano 25 przypadków tej choroby. Większość z nich dotyczyła Polaków, którzy w sezonie wakacyjnym pracowali przy zbiorach owoców sezonowych poza granicami kraju.

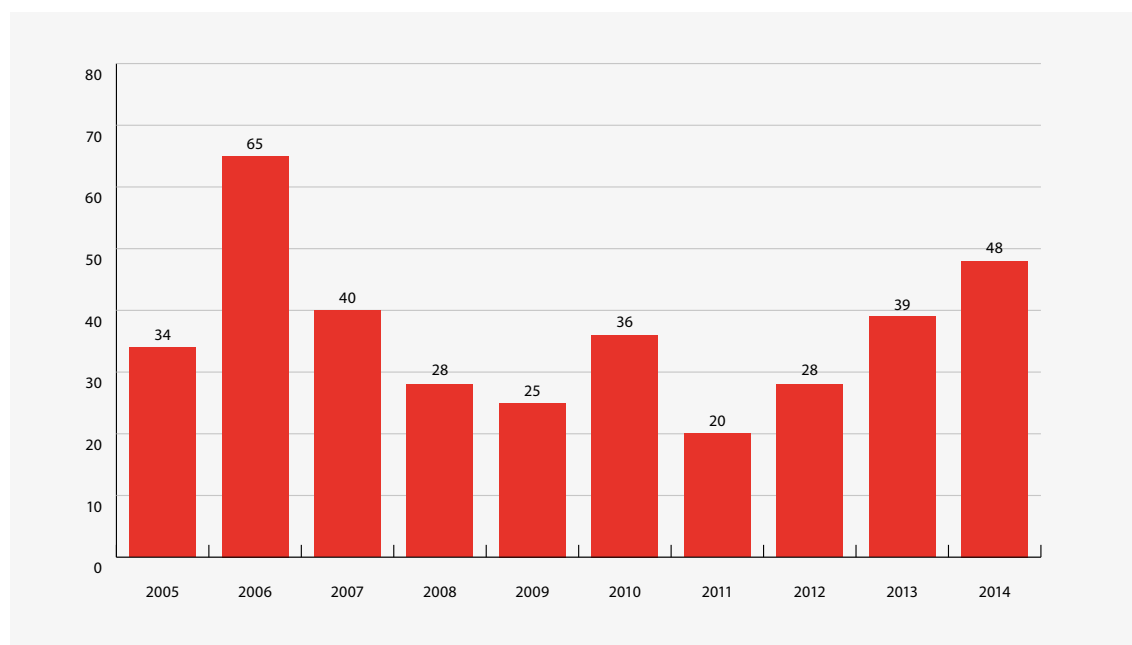
Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi także wzmożone działania w zakresie ochrony zdrowia przed pasożytami, jako czynnikami chorobotwórczymi stanowiącymi wciąż istotne oraz realne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia ludzi. Wiele z chorób pasożytniczych występuje w Polsce, a wzrost liczby zachorowań na przestrzeni lat ma charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2005, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy. Także w 2014 r. wystąpiły dwa ogniska. Przeważająca większość zbiorowych zachorowań na włośnicę wynika ze spożycia produktów wędliniarskich przygotowanych na własny użytek z mięsa pozyskanego przez środowiska łowieckie bez uprzedniego przekazania próbek mięsa upolowanego dzikiego zwierzęcia do badania przez organy Inspekcji Weterynaryjnej.

Wykres 8. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005–2014.



Za istotny problem należy uznać także bąblowicę. Jest to zoonoza powodowana przez larwy tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*. Jaja tasiemca uwalniane są z kałem zakażonych psów i lisów i mogą dostać się do organizmu człowieka zarówno przez bliski kontakt z tymi zwierzętami, przeniesienie jaj do ust za pomocą brudnych rąk, jak i spożycie skażonej jajami żywności lub wody. Szczególną uwagę należy zwrócić na dokładne mycie owoców runa leśnego (jagody, poziomki), które mogą być zanieczyszczone odchodami zarażonych bąblowcem lisów. Cysty tasiemców najczęściej umiejscawiają się w tkankach ciała i mogą tam przebywać nawet kilka lat po zjedzeniu jaj pasożyta. Objawy choroby związane są głównie z powiększaniem się cyst, uciskiem na otaczające tkanki i narządy, i zależą od miejsca ich lokalizacji (np. cysty w płucach doprowadzają do zmian przypominających nowotwór, a nieleczone doprowadzają do śmierci).

Wykres 9. Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005–2014.



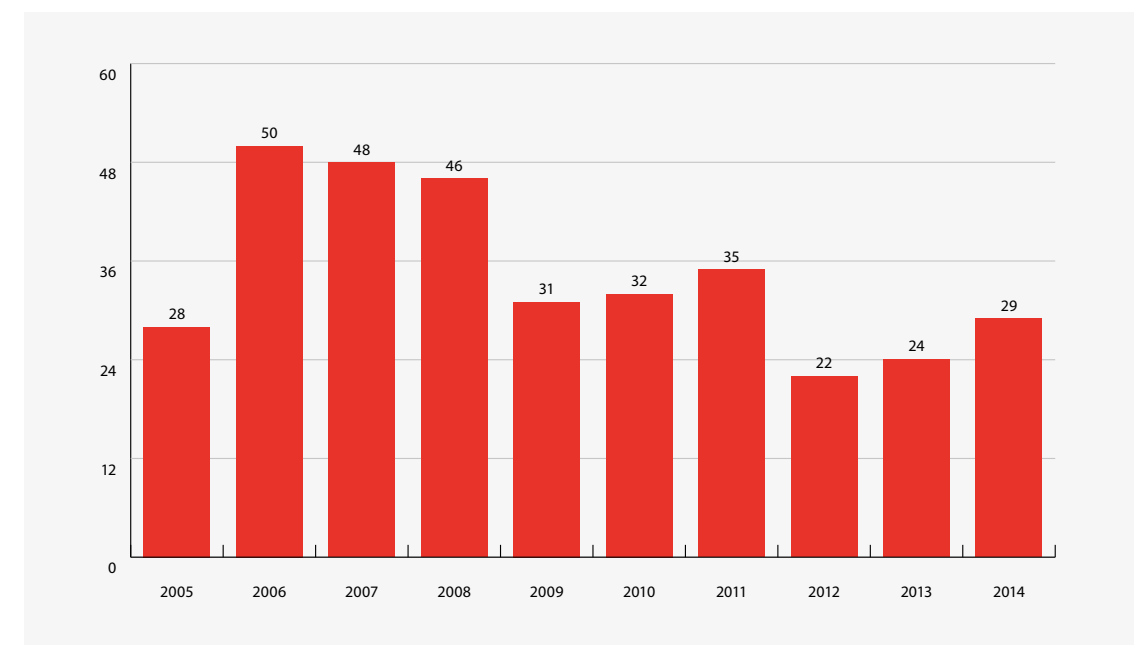
Botulizm, czyli zatrucie jadem kiełbasianym, występuje u ludzi oraz zwierząt i jest efektem działania toksyny wytwarzanej przez beztlenową laseczkę *Clostridium botulinum*. Do tej pory rozpoznanych jest 7 typów toksyny botulinowej. Toksyna jadu kiełbasianego jest najsilniejszą ze znanych trucizn, śmiertelna dawka dla człowieka wynosi 0,12 mikrograma, efektem jej chorobotwórczego działania jest wiotkie porażenie mięśni szkieletowych ciała.

Naturalnym i powszechnym miejscem bytowania *Clostridium botulinum* oraz jej przetrwalników są gleba, osady wodne oraz przewód pokarmowy wielu ssaków i ryb. Wraz z odchodami zwierząt laseczki jadu kiełbasianego oraz ich przetrwalniki są wydalone do środowiska, gdzie mogą długo pozostawać ze względu na swoją odporność.

Do zatrucia jadem kiełbasianym u ludzi najczęściej dochodzi w wyniku spożycia zanieczyszczonych toksyną botulinową niewłaściwie konserwowanych, czy pasteryzowanych przetworów mięsnych (kiełbasy, peklowane mięso), konserw oraz innych typów weków, przygotowywanych w warunkach domowych.

Występowanie w Polsce, częściej niż w innych krajach, zachorowań na botulizm można tłumaczyć przede wszystkim wciąż żywą tradycją konserwowania pokarmów metodami domowymi (sporządzanie weków). Przeprowadzone w sposób nieprawidłowy procesy konserwowania, prowadzą do produkcji toksyny przez namnażające się w tej żywności bakterie *Clostridium botulinum*.

Wykres 10. Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005–2014.





Choć zoonozy takie jak tasiemczyce, toksokaroza, toksoplazmoza, świerz b nie znajdują się w grupie chorób zakaźnych, które podlegają obowiązkowi zgłaszania do właściwego terenowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego to jednak nie powinny umykać uwadze. Człowiek może nabyć je w drodze bezpośredniego kontaktu ze zwierzętami towarzyszącymi takimi jak psy, koty, domowe gryzonie. Chorobom tym zapobiega się w drodze regularnej kontroli stanu zdrowia zwierząt, działania profilaktyczne (np. odrobaczanie zwierząt) oraz dbanie o ich dobrostan. Nie można również bagatelizować wścieklizny, której przypadki wśród dzikich jak i udomowionych zwierząt na terenie naszego kraju wciąż występują. W zakresie zwierząt towarzyszących konieczne jest regularne poddawanie zwierząt szczepieniu przeciwko tej chorobie.

W ślad za wydarzeniami w 2013 r. na terenie Białorusi i Litwy, również w Polsce w 2014 r. w północno-wschodnich regionach przygranicznych odnotowano przypadki afrykańskiego pomoru świń (ASF) u dzików (łącznie 30). ASF jest to wirusowa choroba świń domowych wszystkich ras i dzików. Człowiek nie jest wrażliwy na zakażenie wirusem ASF dlatego choroba ta nie stanowi zagrożenia dla życia ludzi, ani też nie wywiera negatywnego wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne.

12. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową

W Polsce w 2014 roku zgłoszono 186 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (zapadalność 0,48/100 000). Było to o 65 zachorowań mniej niż w roku poprzednim. W roku 2013 zgłoszono 251 zachorowań (zapadalność 0,65/100 000). Najwięcej zachorowań obserwuje się wśród ludzi młodych między 11 a 24 rokiem życia, stanowiących grupę podwyższonego ryzyka zakażeniem meningokokami.

Tabela 4. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r. oraz w porównywalnym okresie 2013 r. (NIZP-PZH).

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności				
	1.01–31.12.2014 r. ¹		1.01–31.12.2013 r.		
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność	
Ogółem	186	0,48	251	0,65	
Choroba meningokokowa inwazyjna	Zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	120	0,31	163	0,42
	Posocznica	116	0,3	167	0,43
	inna określona i nieokreślona	3	0,01	4	0,01

1. Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

W roku 2014, tak samo jak w 2013 r., nie występowały lokalne ogniska zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową.

Dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Neisseria meningitidis*, meningokok) są powszechnie występującymi drobnoustrojami kolonizującymi nosogardło (kolonizacji ulega ok. 5–10% populacji) i wywołującymi sporadyczne zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową. Najczęstszymi w Polsce czynnikami wywołującymi zachorowania sporadyczne są dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z gr. B i gr. C. Przyjmuje się, że epidemiczne zachorowania występują przy przekroczeniu odsetka 20–25% osób skolonizowanych przez meningokoki w ogólnej populacji. Polska jest jednym z krajów, w których w ostatniej dekadzie wzrosła liczba zakażeń wywołanych przez dwoinkę zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z gr. C, która obecnie jest przyczyną ok. 60% zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (wg danych Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń OUN).

Wpływ na obniżenie się liczby epidemicznych zachorowań wywołanych przez meningokoki z gr. C mają podobnie, jak w ubiegłych latach: poprawiający się nadzór epidemiologiczny nad zachorowaniami na inwazyjną chorobę meningokokową i wdrażanie działań profilaktycznych zapobiegających kolonizacji dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u osób mających styczność z osobą chorą. Nie bez znaczenia pozostaje dostępność szczepień ochronnych przeciw meningokokom gr. C (szczepienie zalecane w ramach PSO), a także działania edukacyjne na temat sposobów ochrony przed zakażeniami meningokokowymi, w tym w drodze szczepień ochronnych i profilaktycznego leczenia osób ze styczności. Dla osób podróżujących, które udają się do krajów o wysokiej zapadalności na inwazyjną chorobę meningokokową wywołaną meningokokami z gr. A zalecane jest szczepienie szczepionką skojarzoną przeciwko meningokokom z gr. A i C. Na początku 2013 roku została zarejestrowana w Unii Europejskiej szczepionka przeciw meningokokom grupy B.

13. Zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową

W Polsce w 2014 roku zgłoszono 714 przypadki zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową (zapadalność 1,86/100 000). W roku 2013 zgłoszono 540 zachorowań (zapadalność 1,40/100 000). Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w skrajnych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż. oraz u osób powyżej 65 r.ż.

Tabela 5. Zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r. oraz w porównywalnym okresie 2013 r. (NIZP-PZH).

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności				
	1.01–31.12.2014 r. ¹		1.01–31.12.2013 r.		
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność	
Ogółem	714	1,86	540	1,40	
Choroba pneumokokowa inwazyjna	Zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	194	0,50	195	0,51
	Posocznica	460	1,20	344	0,89
	inna określona i nieokreślona	225	0,58	121	0,31

1. Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

Streptococcus pneumoniae (pneumokok, dwoinka zapalenia płuc) to Gram-dodatnia, katalazo-ujemna dwoinka, wytwarzająca otoczkę wielocukrową, która stanowi jeden z najważniejszych czynników zjadliwości pneumokoków. Szczepy *S. pneumoniae* są najczęstszą przyczyną zachorowalności i umieralności w skali świata, powodując około 3,5 mln zgonów rocznie, z czego około 1 mln z powodu zapalenia płuc. Do najczęstszych chorób inwazyjnych wywołanych przez pneumokoki należą: zapalenie płuc z bakteriami, sepsa i zapalenie opon mózgowo rdzeniowych, określane mianem inwazyjnej choroby pneumokokowej. Drobnoustroj ten odpowiada również za zakażenia nieinwazyjne, z których najczęstsze to ostre zapalenie ucha środkowego, zatok, zaostrzenia POChP oraz zapalenie spojówek.



U człowieka naturalnym miejscem bytowania pneumokoków jest jama nosowo-gardłowa, a kolonizacja dotyczy około 5–10% zdrowych dorosłych i 20–60% zdrowych dzieci.

Pneumokoki są przenoszone drogą kropelkową lub przez kontakt bezpośredni.

Zachorowania najczęściej występują w miesiącach zimowych i wczesną wiosną, co koreluje ze wzrostem zakażeń wirusowych dróg oddechowych (wg danych Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń OUN).

Jedyną skuteczną metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym jest szczepienie ochronne, ponieważ bakteria ta występuje powszechnie i kontakt z nią jest nieunikniony.

Wg. PSO szczepionka w Polsce jest nieodpłatna tylko dla niektórych dzieci do 5. roku życia z grup ryzyka (chorych przewlekle) oraz dla wcześniaków.

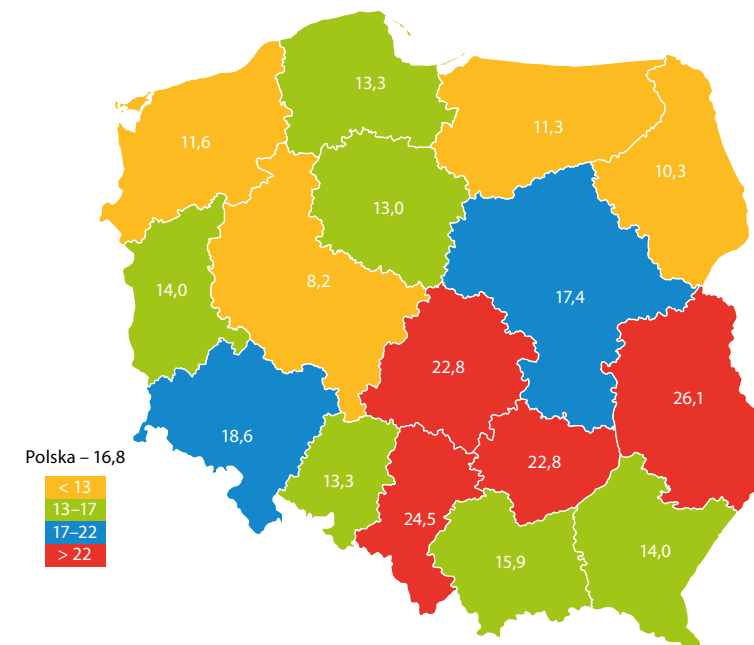
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom za działanie priorytetowe w zakresie szczepień ochronnych u dzieci we wszystkich krajach (WHO, *Weekly epidemiological record*. 2007; 82(12): 93–104; WHO WER, 2008; 83(1):1–16). Od 2004 roku WHO rekomenduje wprowadzenie tego szczepienia do wszystkich narodowych programów szczepień obowiązkowych.

14. Gruźlica

W 2014 roku zarejestrowano 6 465 zachorowań na gruźlicę tj. o 787 zachorowań mniej, niż w roku poprzednim i o 2 815 mniej, niż przed dziesięcioma laty (dane za rok 2014 są w trakcie weryfikacji przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie i mogą ulec zmianie). Współczynnik zapadalności na gruźlicę w 2013 roku wyniósł 16,8 i był niższy o 10,8%, niż w roku 2012 i niższy o 30,9%, niż przed dziesięcioma laty.

Utrzymują się różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W 2014 roku najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w województwach: lubelskim śląskim i świętokrzyskim, najniższą w województwach: wielkopolskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim. Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano w województwach: podkarpackim – wzrost o 6,8% i śląskim – wzrost o 2,6%. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2014 roku wg województw przedstawia Wykres 11.

Wykres 11. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2014 roku wg województw. Współczynniki na 100 000 ludności.

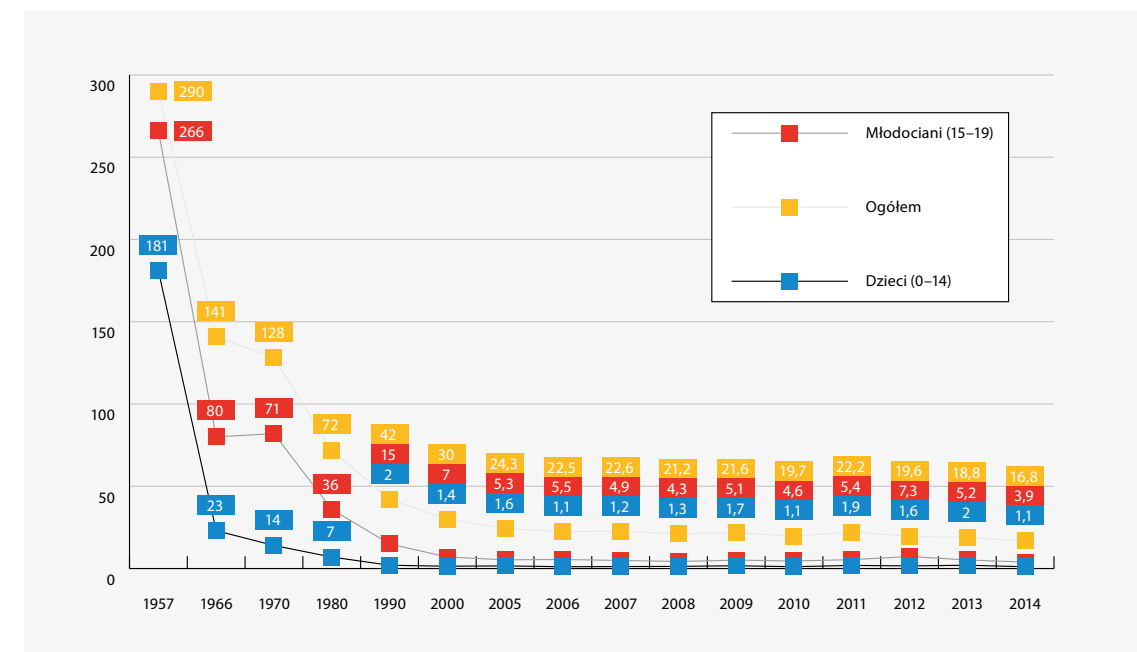


Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2014 r.

W 2014 roku wśród postaci klinicznych najczęściej występowała gruźlica płuc – 6 096 zachorowań. Przypadki gruźlicy płuc stanowiły 94,3% wszystkich zachorowań. Chorzy na gruźlicę pozapłucną stanowili 5,7% ogółu zarejestrowanych w 2014 r. przypadków zachorowań.

Zarejestrowano 66 zachorowania u dzieci do 14 roku życia. Współczynnik zapadalności u dzieci wyniósł 1,1/100000. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957–2014 przedstawia Wykres 12.

Wykres 12. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957–2014.



Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2014 r.

W 2014 roku gruźlica została potwierdzona bakteriologicznie u 4569 chorych (tym w 4408 to potwierdzone przypadki gruźlicy płuc). Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na najmniej 1 lek przeciwprątkowy stwierdzano u 227 osób, stanowili oni 5,0% wśród chorych na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie. Gruźlicę wielolekooporną stwierdzono u 25 osób, stanowili oni 0,5% wśród chorych na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie.

Swobodną metodą zapobiegania gruźlicy są stosowane od 80 lat szczepienia BCG, obowiązkowe w Polsce, wykonywane zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków najpóźniej w ciągu 24 h od urodzenia. W roku 2013 zaszczepiono tą szczepionką 346777 noworodków, co stanowiło 92,4% ogółu dzieci żywo urodzonych.

Krajowe przepisy nakładają na osoby chore na gruźlicę obowiązek leczenia gruźlicy, hospitalizacji z jej powodu w okresie wydalenia prątków gruźliczych (prątkowania) lub z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Leczenie osób chorych na gruźlicę jest bezpłatne dla wszystkich osób przebywających w Polsce (także dla cudzoziemców, uchodźców). Czynnikiem ryzyka szerzenia się gruźlicy oraz pojawiania się szczególnie groźnego zjawiska lekooporności prątków gruźlicy jest:

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

Więcej informacji można znaleźć na stronie www.gruzlica.gis.gov.pl.

15. Występowanie ognisk epidemicznych w podmiotach leczniczych w Polsce w 2014 roku

W ostatnich latach obserwuje się narastający w polskich szpitalach problemem lekooporności drobnoustrojów na dostępne antybiotyki, a także wzrost liczby pacjentów zakażonych patogenami wielolekoopornymi, jak *Enterobacteriaceae*, trudnymi do wyeliminowania ze środowiska szpitalnego. Należy podkreślić, iż w 2014 roku zarejestrowano 7 ognisk epidemicznych wywołanych przez *Klebsiella pneumoniae* NDM-1. Ogniska te wystąpiły w podmiotach leczniczych w województwie: lubuskim, wielkopolskim, mazowieckim. Ogółem zakażeniu w tych ogniskach uległy 23 osoby.



Opierając się na informacjach pochodzących z opracowań Krajowego Konsultanta w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, bakterie z genem NDM-1 po raz pierwszy opisano w grudniu 2009 r. Wykryto je u Szweda leczonego w szpitalu w New Delhi. Gen NDM-1 koduje karbapenemazy – enzymy rozkładające wszystkie karbapenemy, czyli antybiotyki uważane do niedawna za leki „ostatniej szansy” w leczeniu zakażeń wywołanych przez pałeczki Gram-ujemne. Obecność tego enzymu dotychczas była rzadko wykrywana wśród bakterii z gatunków *E. coli* i *Klebsiella*, natomiast częściej wśród *Pseudomonas* i *Acinetobacter*. Przekazanie genów kodujących ten enzym odbyło się więc zapewne między tymi gatunkami. Niestety, bakterie z gatunków *E. coli* i *Klebsiella*, które posiadały zdolność produkcji enzymu NDM-1, wykazują oporność na wiele innych antybiotyków, w tym aminoglikozydów, fluorochinolonów. Jedyne dwa antybiotyki, które są skuteczne wobec tych bakterii to kolistyna i tigecyklina. Obecnie, w zdecydowanej większości przypadków NDM-1 bytują w przewodzie pokarmowym nie stanowiąc zagrożenia i nie powodują powstania objawów zakażenia. W rzadkich przypadkach, mogą wywołać objawowe zakażenie, np. gdy pacjent jest poddany chemioterapii, zabiegom inwazyjnym czy intensywnej terapii. Nosicielstwo w przewodzie pokarmowym może utrzymywać się przez wiele miesięcy, ale większość pacjentów samoistnie traci nosicielstwo, co powinno być potwierdzone badaniami.

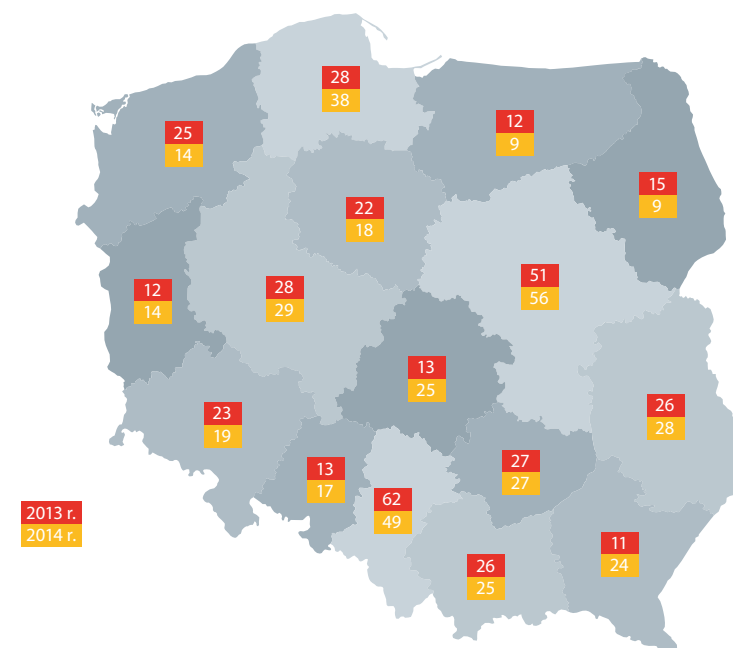
Bakterie z genem NDM-1 i pałeczki KPC są również niebezpieczne ze względu na sekwencje DNA znajdujące się na ruchomym elemencie genetycznym. Może on być przekazywany innym bakteriom, które nabywają w ten sposób oporność na antybiotyki.

W odpowiedzi na niekorzystną sytuację epidemiologiczną związaną z narastaniem liczby przypadków osób objętych ogniskami zakażeń wywołanych przez *Clostridium difficile* oraz pałeczki jelitowe wytwarzające karbapenemazy w polskich szpitalach, Krajowy Konsultant w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej w porozumieniu z Głównym Inspektorem Sanitarnym podjął inicjatywę i zorganizował warsztaty szkoleniowe dedykowane członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, przedstawicielom szpitali, a także Państwowej Inspekcji Sanitarnej z terenu całego kraju. Podczas warsztatów przedstawiona została sytuacja epidemiologiczna tych zakażeń w Polsce oraz omówione procedury wygaszania ognisk epidemicznych w przedmiotowym zakresie. Zaprezentowano także działania zmierzające do ograniczenia zakażeń związanych z opieką zdrowotną i opornością na antybiotyki, a także monitorowania i szybkiego rozpoznawania bakteryjnych zakażeń.

Z analizy sprawozdań rocznych za 2014 rok wynika, iż do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych zgłoszono 401 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, to jest o 1,8% więcej niż w 2013 roku, w którym liczba ta wynosiła 394. W ogniskach łącznie zachorowało 2978 osób, w tym 162 pracowników medycznych. Głównym czynnikiem etiologicznym, który wywołał zakażenie wśród personelu to świerzbowiec, rotawirus oraz adenowirus, który wywołał zapalenie spojówek.

Sytuację epidemiologiczną w zakresie ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych w latach 2013–2014 w Polsce przedstawia Grafika 1.

Grafika 1. Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2013–2014.

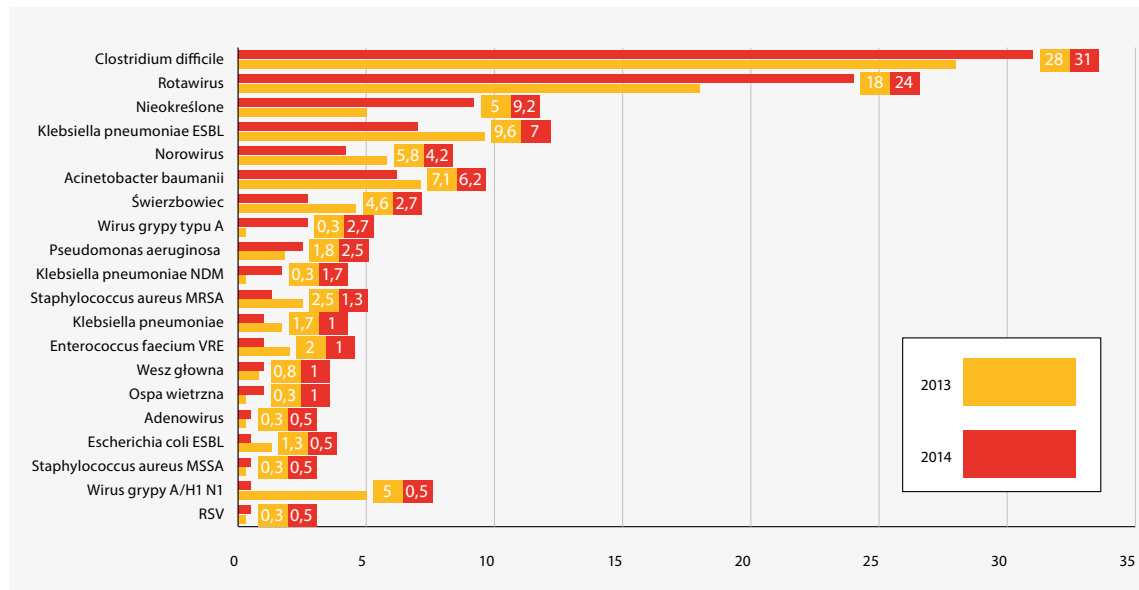


Jak wynika z przedstawionych danych liczba ognisk epidemicznych w 2014 roku w województwie świętokrzyskim utrzymywała się na tym samym poziomie co w roku 2013.

Wyraźny wzrost liczby ognisk epidemicznych odnotowano w województwach: podkarpackim, łódzkim, pomorskim, mazowieckim, opolskim, natomiast nieznaczny wzrost w województwach: lubelskim, lubuskim, i wielkopolskim. Zmniejszyła się natomiast liczba ognisk epidemicznych zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwach: zachodniopomorskim, dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, podlaskim, śląskim, warmińsko-mazurskim.

Najczęstsze czynniki alarmowe, które wywoływały ogniska epidemiczne w szpitalach, w ostatnich dwóch latach, przedstawia Wykres 13.

Wykres 13. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w latach 2013–2014.



Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że Clostridium difficile jest w ostatnich 3 latach najczęstszym czynnikiem alarmowym zgłaszanym w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych. Od 2012 roku zaznaczył się trend wzrostowy występowania tego patogenu w podmiotach leczniczych i tak w 2012 r. zarejestrowano 82 ogniska epidemiczne co stanowiło 27%, w roku 2013 zarejestrowano 112 ognisk co stanowiło 28,4% zaś 2014 r. zgłoszone zostały ogniska epidemiczne w liczbie 124 co stanowiło 31% wszystkich zgłoszonych ognisk.

Ze względu na stale rosnącą ilość zachorowań, a także ze względu na ciężkość ich przebiegu oraz oporność na stosowane leczenie oraz rosnącą śmiertelność ważne jest, aby każdy szpital miał możliwość wykonania badań w kierunku Clostridium difficile, u wszystkich pacjentów z biegunką, u których występują czynniki ryzyka.

Ważne jest także, aby działania podejmowane w sytuacji rozpoznania ogniska epidemicznego miały charakter wielokierunkowy i były koordynowane przez zespół „zadaniowy” powołany w celu wygaszenia ogniska epidemicznego. Istotne jest, aby w skład zespołu weszli przedstawiciele: zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych, oddziału objętego ogniskiem, personelu laboratorium mikrobiologicznego, przedstawiciele służb pomocniczych odpowiedzialnych za sprząatanie oddziału. Zespół powinien posiadać kompetencje do wprowadzania zmian koniecznych do wygaszenia ogniska epidemicznego (np. monitorowanie nowych zachorowań, ocena możliwości szybkiej diagnostyki, edukacja personelu, weryfikacja procedur i zaleceń obowiązujących w szpitalu).

Należy podkreślić, iż w 2014 roku ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych Clostridium difficile zostały zgłoszone ze wszystkich województw.

Wśród innych czynników etiologicznych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, podobnie jak w poprzednich latach, dominowały wirusy wywołujące ostre zakażenia żołądkowo-jelitowe, a ich udział w łącznej liczbie zgłoszonych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zwiększył się z 23,3% w roku 2013 do 28,2% w roku 2014.

Zmniejszył się odsetek ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych wywoływanych przez norowirusy – z 5,8% w 2013 roku do 4,2% w 2014 roku, natomiast zwiększył się odsetek zakażeń wywołanych przez rotawirusy z 17,5% w 2013 roku do 24% w 2014 roku.

W porównaniu z rokiem 2013, w roku 2014 odnotowano zmiany w zakresie występowania czynników wywołujących ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych i tak nastąpił:

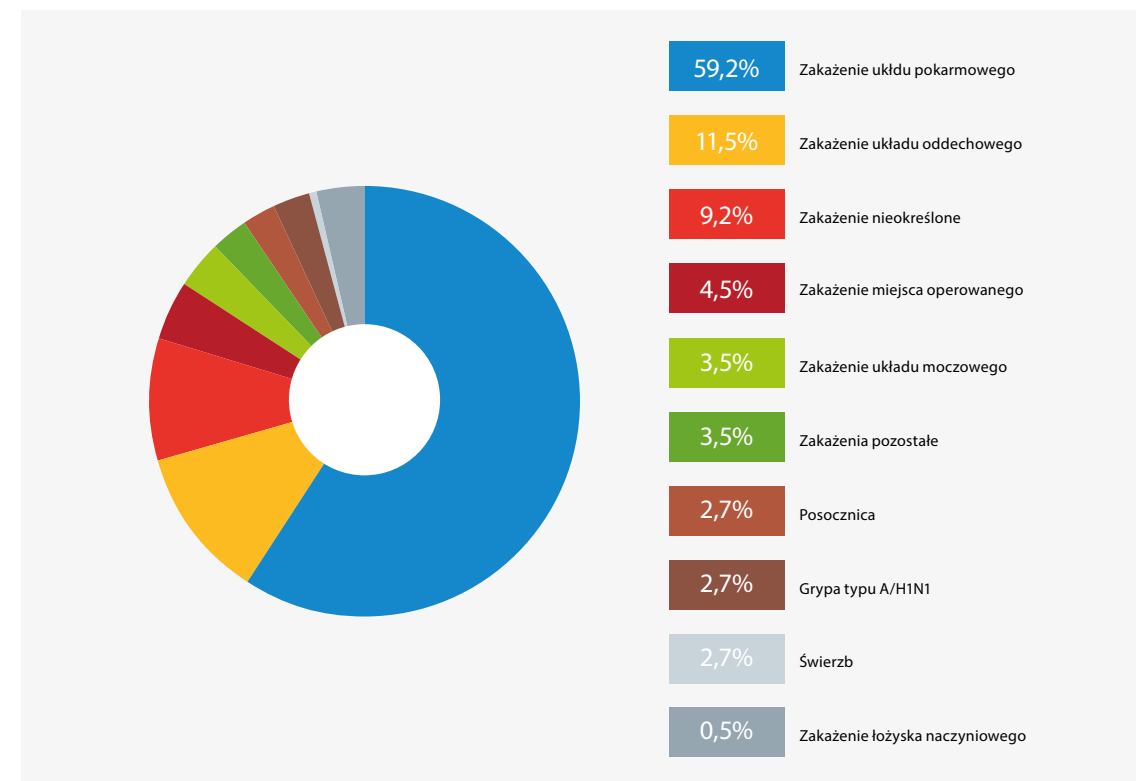
- wzrost liczby ognisk wywołanych przez: Pseudomonas aeruginosa z 1,8% w 2013 r. do 2,5% w roku 2014;
- spadek liczby ognisk wywołanych przez: Staphylococcus aureus MRSA z 2,5% w 2013 r., do 1,3% w 2014 r. ogółu zgłoszonych ognisk, Enterococcus faecium VRE z 2% w 2013 r. do 1,0% w 2014 r., Klebsiella pneumoniae z 1,7% w 2013 r. do 1,0% w 2014 r., Klebsiella pneumoniae ESBL z 9,6% w roku 2013 do 7,0% w 2014 r., Acinetobacter baumannii z 7,1% w 2013 r. do 6,2% w 2014 r. ogółu zgłoszonych ognisk;

- osobną grupę stanowią ogniska epidemiczne wywołane przez Klebsiella pneumoniae NDM-1 – w roku 2013 zgłoszono 1 ognisko co stanowi 0,3%, zaś 2014 zgłoszono 7 ognisk epidemicznych co stanowi 1,7%, ogółu zgłoszonych ognisk;
- spadek liczby ognisk wywołanych wirusem grypy A/H1N1 z 5% w 2013 r. do 0,5% 2014 r. w 2014 roku zarejestrowano natomiast 2,7% ognisk epidemicznych wywołanych wirusem grypy typu A.

Pod względem postaci klinicznych zakażeń w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych (wykres 14):

- zakażenia przewodu pokarmowego w 2013 stanowiły 52% ogółu zgłoszonych ognisk, natomiast w 2014 r. wskaźnik ten wzrósł do 59,2% w związku ze wzrostem liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez Clostridium difficile i rotawirusy;
- zakażenia układu oddechowego stanowiły w 2013 roku 20,5%, w 2014 r. 11,5% (głównym czynnikiem wywołującym zakażenia układu oddechowego, szczególnie u pacjentów poddawanych leczeniu respiratorem był Acinetobacter baumannii, Klebsiella pneumoniae ESBL oraz wirus grypy A/H1N1 oraz grypa typu A);
- zakażenia miejsca operowanego stanowiły w 2013 r. 6,9%, w 2014 r. 4,5% (czynnikami alarmowymi najczęściej wywołującymi zakażenia miejsca operowanego w 2014 roku były: Klebsiella pneumoniae ESBL, Enterococcus faecium VRE, Staphylococcus aureus MRSA);
- zakażenia układu moczowego stanowiły w 2013 roku 4,1%, w 2014 r. 3,5%, (głównym czynnikiem wywołującym zakażenie to Klebsiella pneumoniae ESBL, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae NDM-1);
- posocznica stanowiła w 2013 roku 3,2%, zaś w 2014 r. 2,7% (głównym czynnikiem wywołującym zakażenie to: Klebsiella pneumoniae, Klebsiella pneumoniae NDM-1)

Wykres 14. Ogniska wg postaci klinicznej zakażenia w 2014 roku.



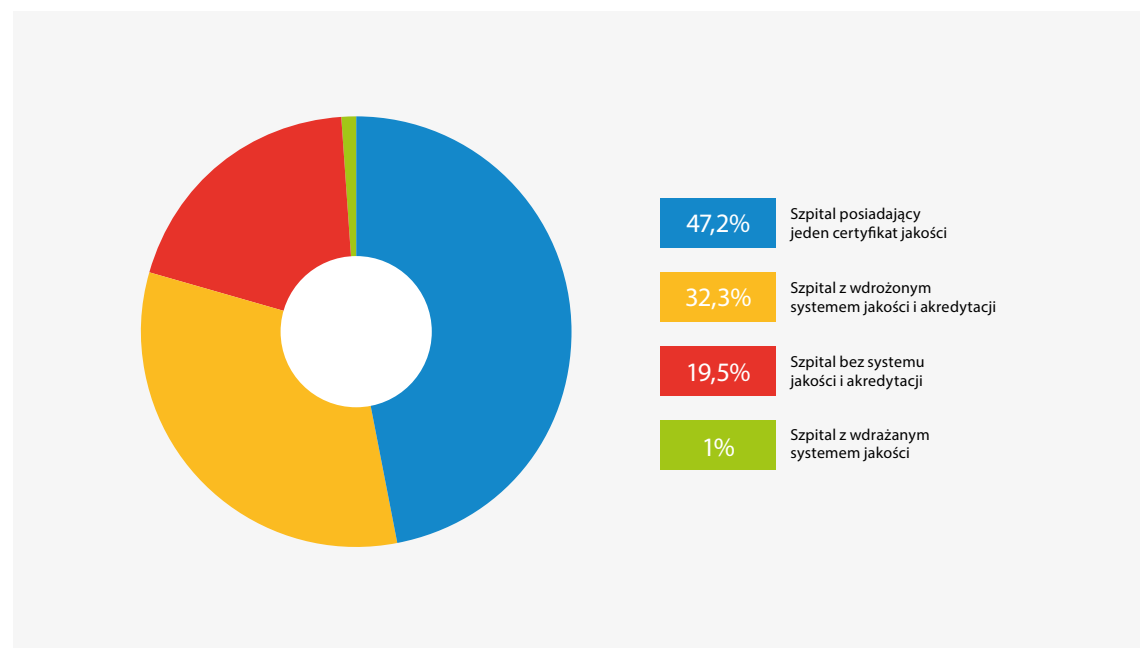
Należy podkreślić, że w podmiotach leczniczych, które zgłosiły ogniska epidemiczne, Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła ogółem 55,6% działań inspekcyjnych, w tym w 42,6% przypadkach nie było podstaw do podejmowania działań interwencyjnych, zaś w 13% wydano decyzje lub zalecenia. Zalecenia pokontrolne dotyczyły m.in. konieczności opracowania procedur postępowania w przypadku Clostridium difficile, dekontaminacji sprzętu medycznego, warunków izolacji pacjenta oraz stosowania sprzętu jednorazowego użycia lub sprzętu wielorazowego dedykowanego dla konkretnego pacjenta, wzmocnienia nadzoru nad firmą sprząającą, zmiany środka dezynfekcyjnego o szerszym spektrum działania. W przypadku 44,4% zgłoszonych ognisk epidemicznych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie podjęto działań kontrolnych ze względu na wcześniejsze interwencje zgłoszonych ognisk w tych placówkach, a także dobrze działające zespoły.

W 2014 roku zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej 401 ognisk epidemicznych ze 195 szpitali w Polsce, co stanowi 20,6% szpitali ogółem. W grupie tej znalazły się szpitale: powiatowe (35%), specjalistyczne (26%), wojewódzkie (16%), kliniczne (11,8%), miejskie (5%), wielospecjalistyczne (2,1%), niepubliczne (2,1%), instytuty (1%), uniwersyteckie (0,5%) i uzdrowiska (0,5%).

Na podstawie analizy danych ustalono, że 32,3% podmiotów leczniczych posiadało jednocześnie i certyfikat systemu jakości ISO i akredytację CMJ. Łączny udział podmiotów leczniczych posiadających co najmniej jeden certyfikat wynosił 47,2%. W trakcie wdrażania systemu jakości i akredytacji w okresie sprawozdawczym pozostawały dwa szpitale, co stanowi 1%. Brak systemu jakości i akredytacji odnotowano w 19,5% podmiotach leczniczych.

Powyższe dane zostały przedstawione na wykresie 15.

Wykres 15. Odsetek szpitali posiadających system jakości, które zgłosiły ogniska epidemiczne w 2014 roku.



W świetle przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947, z późn.zm.) kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych obejmującego m.in. powołanie i nadzór nad działalnością zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Należy podkreślić, że we wszystkich szpitalach, które przekazały raporty o występowaniu ognisk epidemicznych został powołany zespół kontroli zakażeń szpitalnych.

W oparciu o przeprowadzoną analizę nadesłanych danych wynika, iż we wszystkich szpitalach jest powołany lekarz, jako przewodniczący zespołu w tym 52,8% posiada specjalizację zgodną z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 746), 42,1% lekarzy posiada inną specjalizację m.in. z anestezjologii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii, bez specjalizacji w okresie sprawozdawczym pozostawało 5,1% lekarzy, będących przewodniczącymi zespołów.

Podkreślenia wymaga fakt, że 57% lekarzy ukończyło kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii szpitalnej i posiada świadectwo jego ukończenia, w trakcie odbywania kursu było 4,6% lekarzy, nie ukończyło kursu 16,9%.

W podmiotach leczniczych, które zgłosiły ogniska epidemiczne zatrudnionych jest 401 pielęgniarek/specjalistów ds. epidemiologii w ZKZS. Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii ukończyło 79,3% pielęgniarek/położnych, w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa epidemiologicznego w okresie sprawozdawczym pozostawało 5,5% pielęgniarek/położnych, innymi specjalizacjami legitymowało się 3,2% pielęgniarek/położnych. Nie posiadało specjalizacji 12% pielęgniarek/położnych.

Jak wynika z powyższych danych, większość pielęgniarek zatrudnionych w zespołach kontroli zakażeń szpitalnych posiada specjalizację określoną w rozporządzeniu w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Zatrudnienie pielęgniarek/położnych 1 na 200 łóżek, zgodnie z wymogami przepisów prawa odnotowano w 75% podmiotach leczniczych, więcej niż 200 łóżek przypadało na 1 pielęgniarkę/położną w 25% szpitalach.

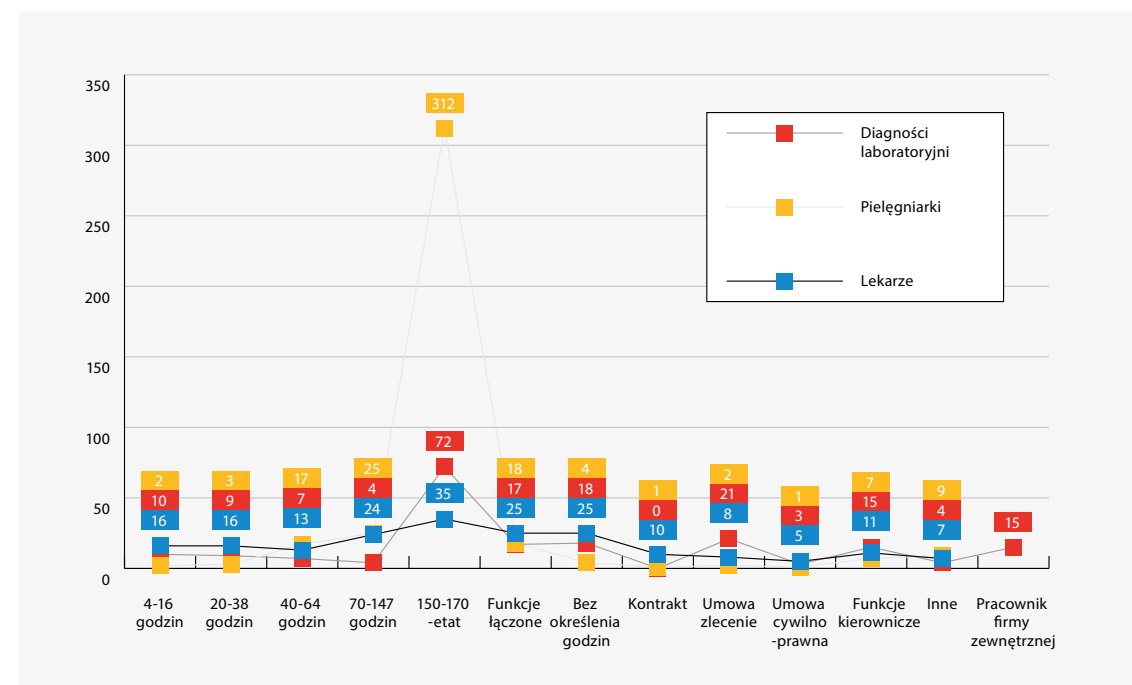
Specjalizację w dziedzinie mikrobiologii, mikrobiologii medycznej ukończyło 89,7% diagnostów laboratoryjnych, w trakcie specjalizacji było 2,6%, I stopień specjalizacji posiadało 0,5%, brak specjalizacji odnotowano u 3,6% diagnostów laboratoryjnych.

Należy podkreślić, iż aż 4,6% podmiotów leczniczych podpisało umowę z firmami zewnętrznymi na świadczenie usług z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej.

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi (ogniskami epidemicznymi) jest podstawowym narzędziem służącym do zidentyfikowania występujących w każdym szpitalu zagrożeń ze strony patogenów. Służą on do oceny skuteczności aktywności związanych z kontrolą zakażeń w szpitalu, aby był skuteczny musi być sprawowany przez właściwie wykształcony personel. Jak wynika z powyższej analizy personel medyczny podnosi swoje kwalifikacje uczestnicząc w kursach specjalistycznych, specjalizacjach czy studiach podyplomowych.

Szczegółowy sposób zatrudnienia pracowników przedstawia poniżej zamieszczony wykres 16.

Wykres 16. Forma zatrudnienia pracowników.



Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych na Wykresie 16, w którym porównano zatrudnienie poszczególnych grup zawodowych odnotować należy, iż w 195 szpitalach, które zgłosiły ogniska epidemiczne, zatrudnionych było: 17,9% lekarzy, 36,9% mikrobiologów w pełnym wymiarze godzin pracy. Jednak w większości przypadków funkcje personelu powołanego do zespołu kontroli zakażeń były łączone z innymi obowiązkami w szpitalu, dotyczy to w szczególności lekarzy i mikrobiologów, co jest istotnym czynnikiem zmniejszającym efektywność działania zespołu.

Liczba pielęgniarek/położnych zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin pracy w podmiotach leczniczych, które zgłosiły ogniska epidemiczne wynosiła 312 na 401 zatrudnionych pielęgniarek/położnych. Funkcje łączone z innymi obowiązkami pełniło 25 pielęgniarek/położnych, to m.in. pielęgniarka naczelną, oddziałową, kierownik centralnej sterylizatorni, natomiast 64 pielęgniarki /położne zatrudnione były na 1/4, 1/2, 3/4 etatu, a także zatrudnione na umowę zlecenie, umowę cywilno-prawną bądź na kontrakcie.



16. Szczepienia ochronne jako element zwalczania chorób zakaźnych

Obowiązkowe szczepienia ochronne są skuteczną i generalnie powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest bowiem wysoki odsetek zaszczepionych osób (zwykle odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu wysokiego odsetka populacji – tj. co najmniej ok. 95%), co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne nie tylko na osoby uodpornione w drodze szczepienia, ale również na osoby, które ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogą być przeciw nim szczepione lub osoby, które pomimo prawidłowo przeprowadzonego szczepienia nie wykształciły odporności immunologicznej. Sposób regulacji obowiązkowych szczepień ochronnych w polskim prawie wynika zarówno z uczestnictwa Polski w koordynowanych przez WHO międzynarodowych programach całkowitego wykorzenia (eradykacji) takich chorób zakaźnych jak polio, odra i różyczka, jak również z krajowych programów zwalczania chorób zakaźnych, a także konieczności zapewnienia ochrony indywidualnej dzieciom przed chorobami zakaźnymi o szczególnie ciężkim przebiegu i wysokiej śmiertelności.

Obowiązek poddawania się szczepieniom ma charakter powszechny i podlegają mu osoby przebywające na terenie Polski. Podstawą prawną do nałożenia obowiązku szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym jest art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947, z późn. zm), na mocy którego osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 3 miesiące do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym na zasadach określonych w ustawie, przy czym zgodnie z art. 5 ust. 2 ww. ustawy w odniesieniu do osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (m.in. dzieci) odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczę albo jej opiekun faktyczny (zwykle są to rodzice). Wykaz obowiązkowych szczepień ochronnych i grupy osób obowiązanych do poddania się tym szczepieniom zostały określone w art. 17 ust. 1 ww. ustawy i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086, z późn. zm.) wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w art. 17 ust. 10 ww. ustawy.

Obowiązkiem szczepień ochronnych objętych jest 13 chorób zakaźnych, są to: błonica, gruźlica, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*, krztusiec, nagminne zakażenie przyusznic (świnka), odra, ospa wietrzna, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), różyczka, tężec, wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz wścieklizna. W odniesieniu do każdej z tych chorób określono osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym oraz wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby. Uzupełnieniem ww. regulacji prawnych jest ogłaszany corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego w drodze komunikatu Program Szczepień Ochronnych przeznaczony dla lekarzy i pielęgniarek będących realizatorami obowiązkowych szczepień ochronnych.

17. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych

Ewolucja w zakresie szczepień ochronnych pozwala dostrzec i docenić rolę szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych. Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych na przestrzeni lat uległa diametralnej zmianie. Zastosowanie oficjalnych, ramowych programów szczepień ochronnych pozwoliło na osiągnięcie wysokiego odsetka uodpornienia wśród populacji nimi objętych. Początkowo programy szczepień obejmowały wyłącznie szczepienia obowiązkowe, z upływem lat

jednak, celem uzupełnienia, wprowadzano do nich szczepienia zalecane. Dało to możliwość pełnej ochrony przed chorobami, którym można zapobiec drogą szczepień ochronnych.

Kwestie dotyczące kształtu Programu Szczepień Ochronnych podnoszone są rokrocznie przez ekspertów podczas posiedzeń Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym i Pediatryczną Grupę Ekspertów ds. Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia. Polscy Eksperti rekomendują, jako najważniejszy postulat wśród priorytetów przyjętych na lata 2015–2020, wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom dla całej populacji dzieci do lat dwóch (obecnie szczepienie jest realizowane u dzieci od 2. miesiąca życia do 5. roku życia z określonych grup ryzyka oraz u dzieci przedwcześnie urodzonych) i wprowadzenie szczepionki wysoko skojarzonej 5-walentnej przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi z komponentą bezkomórkową, polio i *Haemophilus influenzae* typu b w miejsce dotychczasowych szczepień przeciwko tym patogenom.

Corocznie w Polsce opracowywana jest szczegółowa analiza wykonania szczepień ochronnych. Przeprowadzana jest na podstawie danych uzyskanych ze sprawozdania z wykonania szczepień ochronnych, którego wzór i terminy sporządzania określają przepisy o statystyce publicznej. Analiza uwzględnia m.in.:

- stan zaszczepienia przeciwko poszczególnym chorobom zakaźnym dzieci z poszczególnych roczników oraz osób z określonych grup zawodowych i grup ryzyka podlegających obowiązkowi szczepień, w odniesieniu do poszczególnych województw;
- porównanie stanu zaszczepienia osób podlegających szczepieniom w roku bieżącym do roku poprzedniego;
- analizę występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego wyniki analizy są corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w biuletynie pt. „*Szczepienia Ochronne w Polsce*”, który stanowi główne źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce. Dane dotyczące zaszczepienia populacji w 2014 roku będą dostępne w II połowie 2015 roku, w tym również na stronie internetowej NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl).

Realizacja obowiązującego w Polsce Programu Szczepień Ochronnych w świetle danych statystycznych, kształtuje się na poziomie 96–99,9%, i jest to jeden z najlepszych wyników osiąganych w Europie. Sukces ten Polska osiągnęła dzięki zorganizowanemu, na bazie struktury Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, systemowi szczepień ochronnych. Zapewnienie wysokiego odsetka osób uodpornionych w populacji jest wspierane działaniami oświatowo-zdrowotnymi propagującymi wiedzę o znaczeniu szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym.

18. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej związane z dystrybucją szczepionek w Polsce

Zakup szczepionek służących do realizacji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce dokonuje Minister Zdrowia. Dystrybucja szczepionek prowadzona jest w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne oraz sposobu przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju (Dz. U. Nr 237, poz. 1524).

Szczepionki są przechowywane i transportowane z zachowaniem łańcucha chłodniczego na zasadach określonych przepisami prawa farmaceutycznego oraz zgodnie z wymogami przechowywania określonymi przez producentów szczepionek. Dystrybutor centralny zapewnia transport szczepionek do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Corocznie przedkłada Ministrowi Zdrowia i Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu raport z realizacji harmonogramów dostaw szczepionek do magazynów WSSE w kraju. Działania prowadzone przez podmioty koordynujące i dystrybuujące szczepionki zapewniły efektywne wykorzystanie szczepionek do realizacji PSO w Polsce, skutecznie zapobiegając ich przeterminowaniu i konieczności utylizacji.

Jednym z ważniejszych elementów zapewniającym prowadzenie skutecznego nadzoru nad dystrybucją preparatami szczepionkowymi na poziomie Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest Elektroniczny System Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek. System ten usprawnia nadzór nad zasobami szczepionek kupowanych przez Ministra Zdrowia, ich dystrybucją i efektywnym wykorzystaniem w realizacji PSO. System zapewnia jednolity obieg dokumentacji towarzyszącej procesowi obrotu szczepionkami, w tym wycofania/wstrzymania w obrocie decyzją Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

19. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz promocji szczepień ochronnych

W ramach promocji szczepień ochronnych od jesieni 2013 roku Główny Inspektorat Sanitarny realizuje Akcję informacyjną pod hasłem „Zaszczep w sobie chęć szczepienia!”. Celem tej inicjatywy jest zwiększenie zaufania społeczeństwa do działań na rzecz profilaktyki chorób zakaźnych, poprzez podniesienie poziomu wiedzy w zakresie umiejętności zapobiegania chorobom zakaźnym, którym można przeciwdziałać na drodze szczepień ochronnych. Akcja jest adresowana do rodziców i opiekunów dzieci oraz pracowników sektora ochrony zdrowia, w tym: lekarzy rodzinnych, pediatrów, położnych, pielęgniarek.

Na potrzeby Akcji informacyjnej uruchomiona została strona internetowa www.szczepienia.gis.gov.pl, na której zamieszczane są rzetelne i aktualne informacje na temat szczepień ochronnych wsparte opiniami ekspertów.

W roku 2014 odnotowano ponad 24 450 wizyt na stronie akcji i ponad 60 960 odsłon. Gośćmi na stronach Akcji informacyjnej są nie tylko użytkownicy polscy ale również osoby z innych krajów. W ramach Akcji systematycznie udzielane są także odpowiedzi na zapytania dotyczące organizacji szczepień ochronnych oraz Programu Szczepień Ochronnych.

Zakłada się, że efektem prowadzonych działań powinna być poprawa dostępu do informacji na temat Programu Szczepień Ochronnych, ale także zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa w zakresie szczepień oraz zmiana postaw w obszarze dbałości o własne zdrowie. Akcja informacyjna stanowi długofalowy projekt Państwowej Inspekcji Sanitarnej nacelowany na promocję szczepień ochronnych.

20. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych – działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień

Program Szczepień Ochronnych wpływa na stan zdrowia publicznego, dlatego jest jednym z najważniejszych i najwrażliwszych społecznie programów polityki zdrowotnej. Obniżenie w kolejnych latach realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce przynieść może niekorzystne skutki zdrowotne w postaci wzrostu zachorowań na choroby zakaźne i liczbę ciężkich powikłań po przechorowaniu, często nieodwracalnych. W 2014 roku obserwowano tendencję wzrostową liczby dzieci nieszczepionych przeciw wybranym chorobom zakaźnym objętym obowiązkiem szczepień ochronnych, co odzwierciedlają też dane liczbowe publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

Dane te są corocznie opracowane na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego w oparciu o *kwartalne sprawozdania z przeprowadzanych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia* i publikowane w biuletynie pt. *Szczepienia ochronne w Polsce*. W 2012 roku uchyliło się – 5 314 osób, w 2013 roku – 7 248 osób, a w 2014 roku (nieopublikowane dane wstępne) – 12 361 osób.

Przeprowadzono w Głównym Inspektoracie Sanitarnym odrębną, szczegółową analizę zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane z uwzględnieniem geograficznego rozmieszczenia i jego przyczyn. W analizie uściślono i zawężono kryteria uznania osób zobowiązanych do poddania się szczepieniom (lub do poddania dzieci szczepieniom) za osoby uchylające się od obowiązku szczepień. Wykazano w niej bowiem wyłącznie te osoby, które zobowiązane do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym zostały zgłoszone przez lekarzy jako osoby uchylające się spełniając jednocześnie 4 kryteria:

- zostały powiadomione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o konieczności poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu w określonym terminie,
- nie zgłosiły się do lekarza w celu przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego do szczepienia i do samego szczepienia,
- nie przedstawiły zaświadczenia o wcześniejszym poddaniu się szczepieniu w ramach szczepień zalecanych,
- nie stwierdzono u nich przeciwwskazań zdrowotnych do szczepień lub wskazań do czasowego odroczenia ich przeprowadzenia.

Szczegółowe dane GIS o osobach uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych w 2014 roku wg województw i przyczyn uchylania się zawiera Tabela 6.

Analizując przyczyny nasilania się zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień wykazano, że najszybszy wzrost liczby osób uchylających się w 2014 roku dotyczył osób pozostających pod wpływem ruchów antyszczepionkowych (wzrost o 66%). W mniejszym stopniu wzrost dotyczył osób motywowanych względami odrębności kulturowej, etnicznej lub religijnej, bądź wpływami środowisk propagujących tzw. medycynę alternatywną (33,3%), zaś w znikomym stopniu dotyczył osób wyrażających obawy związane z wystąpieniem w przeszłości u nich lub u ich dzieci niepożądanego odczynu poszczepiennego (0,8%).

Zjawisko uchylania się od realizacji obowiązku szczepień dotyczy szczególnie tych województw, w których znajdują się wielkie aglomeracje miejskie: województwo śląskie (2989 osób uchylających się na koniec 2014 roku – wzrost o 76,6%) województwo wielkopolskie (2895 osób uchylających się na koniec 2014 roku – wzrost o 67,3%), województwo mazowieckie (2005 osób uchylających się na koniec 2014 roku – wzrost o 48,7%). Jednocześnie obserwowano gwałtowny wzrost liczby osób uchylających się w województwie warmińsko-mazurskim (o 148,3%), w którym w latach wcześniejszych niemal nie występowało zjawisko uchylania się od obowiązku szczepień. Województwami, w których nie obserwowano w 2014 roku nasilania się zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień, są województwa podkarpackie (321 osób uchylających się na koniec 2014 roku – wzrost o 0%), świętokrzyskie (135 osób uchylających się na koniec 2014 roku – wzrost o 7,1%).

Tabela 6. Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2014 roku – wg województw i przyczyn uchylania się.

wg województw	liczba osób uchylających się na koniec 2013	liczba osób uchylających się, które wykonały obowiązek szczepień w I półroczu 2014	liczba nowych uchylających się osób w I półroczu 2014	liczba osób uchylających się na koniec I półroczu 2014	liczba osób uchylających się, które wykonały obowiązek szczepień w II półroczu 2014	liczba nowych uchylających się osób w II półroczu 2014	liczba osób uchylających się na koniec 2014	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie początek – koniec 2014	liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w całym 2014 roku
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
01 dolnośląskie	437	160	124	401	48	187	540	23,6	748
02 kujawsko-pomorskie	305	90	155	333	42	174	432	41,6	564
03 lubelskie	539	189	387	659	81	140	717	33,0	987
04 lubuskie	255	59	79	275	45	128	358	40,4	462
05 łódzkie	533	60	185	664	74	150	718	34,7	852
06 małopolskie	562	192	200	570	210	409	769	36,8	1171
07 mazowieckie	1348	185	957	2120	583	468	2005	48,7	2773
08 opolskie	265	46	90	286	94	173	362	36,6	502
09 podkarpackie	320	40	108	375	105	51	321	0	466
10 podlaskie	257	28	111	307	19	137	404	57,2	451
11 pomorskie	1359	164	272	1626	240	476	1825	34,3	2229
12 śląskie	1693	394	1084	2645	474	818	2989	76,6	3857
13 świętokrzyskie	126	57	66	135	44	44	135	7,1	236
14 warmińsko-mazurskie	207	30	133	342	43	242	514	148,3	587
15 wielkopolskie	1730	180	531	2081	265	1079	2895	67,3	3340
16 zachodniopomorskie	186	45	84	197	32	119	267	43,5	344
RAZEM wg przyczyn	10122	1919	4566	13016	2399	4795	15251	50,7	19569
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	213	25	79	273	39	50	284	33,3	348
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	406	23	123	495	119	178	543	33,4	685
wpływ ruchów antyszczepionkowych	2723	419	1125	3542	518	1492	4519	66,0	5456
wcześniejsze NOP u osoby zobowiązanej	241	25	107	330	132	47	243	0,8	400
inna przyczyna	6539	1427	3132	8376	1591	3028	9662	47,8	12680

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organ administracji publicznej sprawujący nadzór nad realizacją szczepień ochronnych, jest uprawniony w trybie przewidzianym w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2012 r. poz. 1015) do żądania w drodze egzekucji administracyjnej wykonania obowiązku szczepień. Przepisy ww. ustawy jednocześnie nakładają na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jako wierzycieli obowiązku szczepień ochronnych, prawny obowiązek podejmowania wszelkich czynności zmierzających do zastosowania przewidzianych prawem środków egzekucyjnych w celu nakłonienia osoby uchylającej się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych. Organem egzekucyjnym właściwym w sprawie prowadzenia egzekucji obowiązku szczepień jest wojewoda, do którego kierowane są wnioski. Skierowanie wniosku do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień jest poprzedzone wystosowaniem do osoby uchylającej się upomnienia zawierającego wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej, następnie sporządzeniem tzw. tytułu wykonawczego. W 2014 roku państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wystosowali do osób uchylających się 4081 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej, 1 090 tytułów wykonawczych i skierowali 901 wniosków do wojewodów o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień. W 2014 roku 12 osób ukarano grzywnami w wysokości do 1 500 złotych w drodze mandatu karnego lub skierowano wobec nich odpowiednie wnioski do sądów o ukaranie.



STAN SANITARNY ZAKŁADÓW ŻYWNOSCI, ŻYWIENIA I PRZEDMIOTÓW UŻYTKU

1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2014 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem **426 807** obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku, w tym:

- 52 436 zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 5 518 piekarni, 3 162 ciastkarnie,
- 250 893 obiekty obrotu żywnością, w tym m.in.: 147 618 sklepów spożywczych, 28 209 środków transportu żywności,
- 78 768 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 42 233 zakłady małej gastronomii,
- 41 055 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 1 050 bloków żywienia w szpitalach, 154 kuchnie niemowlęce, 1 336 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 10 930 stołówek szkolnych, 11 328 stołówek w przedszkolach, 999 zakładów usług cateringowych oraz 3 734 inne zakłady żywienia,
- 4 593 wytwórni i miejsc obrotu przedmiotami użytku,
- 3 670 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami, w tym m.in. 255 zakładów produkcji i konfekcjonowania kosmetyków.

W nadzorowanych zakładach żywności i żywienia przeprowadzono **315 851** kontroli sanitarnych, w tym **27 429** kontroli interwencyjnych. Wydano **39 984** decyzje nakazujące usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym **796** decyzji przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań sanitarnych ukarano **23 048** mandatami, na łączną kwotę 4 874 830 PLN.

Natomiast w nadzorowanych zakładach produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami przeprowadzono **3 227** kontroli, wydano **68** decyzji, w tym 4 decyzje nakazujące wstrzymania lub ograniczenia działalności, a winnych zaniedbań sanitarnych ukarano **22** mandatami, na łączną kwotę 6 700 PLN.

Porównanie stanu sanitarnego obiektów w latach 2004–2014 przedstawia Tabela 7.

Tabela 7. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2004–2014.

Lata	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym	8,6	2,9	2,3	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	1,7	1,7	1,7



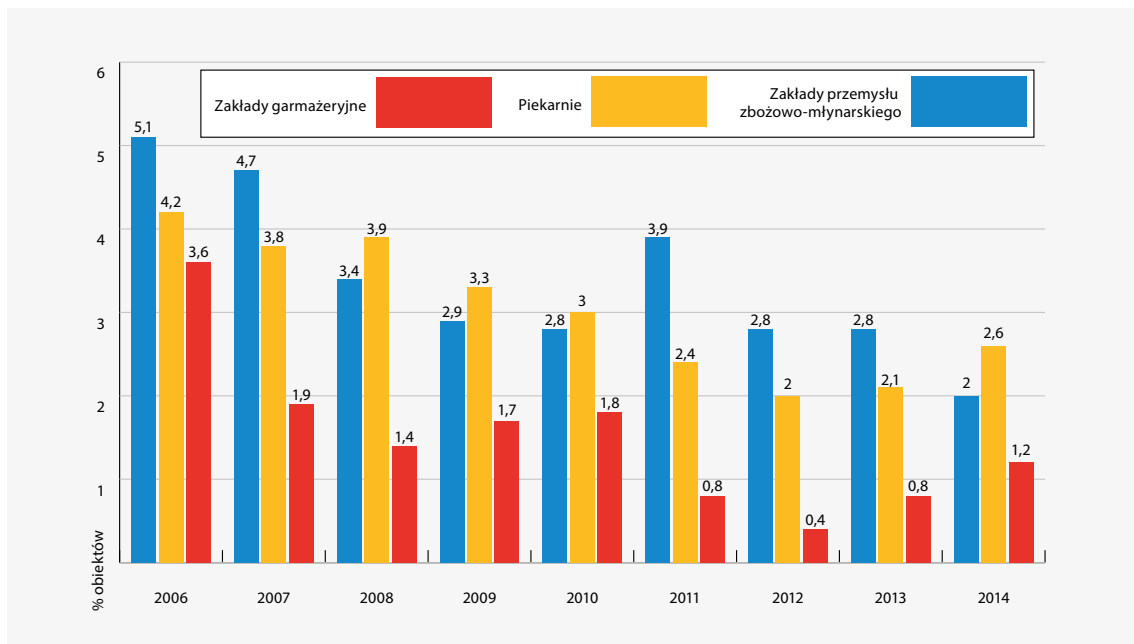
Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że w latach 2009–2012 następowała stopniowa poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu żywnością. Od 2012 roku odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym nie uległ zmianie i utrzymuje się na dosyć niskim poziomie.

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

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

Odsetek obiektów niespełniających wymagań sanitarnych w wybranych grupach obiektów w latach 2007–2014 przedstawia wykres 17.

Wykres 17. Odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami w wybranych grupach obiektów w latach 2007–2014.



Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 8, w której porównano stan sanitarny poszczególnych grup zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz środków transportu żywności w latach 2013–2014, odnotować należy poprawę w stosunku do roku 2013 stanu sanitarnego: wytwórni tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi (o 3,3%), zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego (o 0,8%), wytwórni wyrobów cukierniczych (o 0,7%), kiosków spożywczych a także obiektów ruchomych i tymczasowych (o 0,6%). Na pozytywne podkreślenie zasługuje polepszenie stanu sanitarnego wytwórni materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (o 0,3%).

Tabela 8. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w latach 2013–2014.

Lp	Rodzaj obiektów	% obiektów o niewłaściwym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2013	2014	
1	Wytwórnie lodów	0,3	0,3	0,3
2	Automaty do lodów	0,4	0,5	-0,1
3	Wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	3,3	-	3,3
4	Piekarnie	2,1	2,6	0,1
5	Ciastkarnie	1	1	0,3
6	Przetwórnie owocowo-warzywne i grzybowe	0,8	0,9	0,5
7	Browary i słodownie	-	3,2	-2,1
8	Wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	-	1	-
9	Wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	-	-	-
10	Zakłady garmażeryjne	0,8	1,2	0,4
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	2,8	2	bz
12	Wytwórnie makaronów	-	0,8	-
13	Wytwórnie wyrobów cukierniczych	0,7	-	0,4
14	Wytwórnie koncentratów spożywczych	-	0,6	-
15	Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	-	-	-
16	Wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek	-	-	-
17	Wytwórnie suplementów diety	-	-	-
18	Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwórnie substancji dodatkowych	-	-	-
20	Cukrownie	-	-	-
21	Inne wytwórnie żywności	0,8	0,3	0,3
22	Sklepy spożywcze	2,9	2,6	0,1
23	Kioski spożywcze	1,5	0,9	0,2
24	Magazyny hurtowe	1,1	1	bz
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	1,6	1	0,2
26	Środki transportu	-	-	-0,1
27	Inne obiekty obrotu żywnością	0,6	1	-0,9
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	1,3	1,5	-0,1
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,4	0,4	0,1
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	1,7	1,7	b.z.
31	Wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	0,3	-	b.z.
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	0,5	-
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	0,1	0,6	b.z.
OGÓŁEM – obiekty objęte nadzorem		1,7	1,7	b.z.

- brak przypadków

b.z. bez zmian

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętych skontrolowano 29689 obiektów. Stan sanitarny tych zakładów uległ niewielkiemu pogorszeniu w stosunku do roku poprzedniego (o 0,2%). Budzi niepokój dyskwalifikacja 99 zakładów, co stanowi 0,43% obiektów tego typu (w 2013 r. – 0,37%), w tym m.in. 1,64% stołówek studenckich, w których w roku ubiegłym nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, 1,12% zakładów usług cateringowych (w 2013 r. – 1,37%), 0,73% bufetów przy zakładach pracy (w 2013 r. – 0,5%).

W roku 2014 skontrolowano 8 229 stołówek szkolnych, z których 33 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,46% (w 2013 r. – 0,32%).

Do grup obiektów, w których nie stwierdzono złego stanu sanitarnego należą wytwórnie: tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi; naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i stołowych; wyrobów cukierniczych; octu, majonezu i musztardy; chrupiek, chipsów i prażynek; suplementów diety; środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego; substancji dodatkowych; oraz cukrowni. 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.



2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

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

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

W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań oraz wdrażaniu i stosowaniu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a także wprowadzaniu systemu HACCP.

W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło 309 593 zakłady. Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji.

Natomiast system HACCP wprowadziło 187 031 nadzorowanych obiektów.

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

3. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2014 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8 022 środki transportu żywności, spośród których nie stwierdzono niezgodnych z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi (w 2013 r. – 0,04%).

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

4. Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do roku ubiegłego, w 2014 r. jakość zdrowotna środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa niewielkiemu pogorszeniu.

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2010–2014 przedstawia Tabela 9.

Tabela 9. Jakość zdrowotna środków spożywczych.

Lata	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %
2010	66 913	3,56	56 088	3,56	7 456	3,66	3 369	3,32
2011	70 075	3,0	57 373	2,9	8 438	3,8	4 264	3,0
2012	67 665	4,02	55 426	3,95	7 285	5,2	4 954	3,1
2013	67 036	2,89	54 453	2,87	8 274	3,55	4 309	1,88
2014	69 779	2,96	56 584	3,14	8 172	2,33	5 023	2,05

W 2014 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 69 779 próbek środków spożywczych, z których 2,96% nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2013 r. – 2,89%).

Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbiciu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej przedstawioną jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną – w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 10.

Tabela 10. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2014 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		krajowych		UE		w tym: z importu	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	2,63	2,57	2,64	2,3	2,86	13,9	-	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	4,5	3,52	-	3,58	-	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	1,61	1,33	1,94	0,99	0,63	5,7	0,38	1,27
4.	Mleko i przetwory mleczne	4,63	6,72	4,6	6,9	2,77	0,66	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	3,16	2,28	3,42	2,63	0,6	0,83	3,04	1,12
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,4	1,87	1,34	1,87	4,0	1,12	-	6,45
7.	Cukier i inne	3,57	-	3,85	-	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	-	-	-	-	-	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	1,17	0,63	19,05	2,5	-	4,17	0,67	0,53
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,41	1,09	1,63	1,28	0,42	-	0,87	0,6
11.	Owoce	1,61	1,65	1,23	0,89	1,69	0,81	2,03	3,09
12.	Grzyby	2,17	3,88	2,08	4,09	-	-	4,17	-
13.	Drożdże	-	-	-	-	-	-	-	-
14.	Napoje alkoholowe	0,5	-	0,74	-	-	-	-	-
15.	Ocet	1,85	-	1,01	-	11,11	-	-	-
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	3,92	5,93	3,96	6,09	2,33	-	-	-
17.	Tłuszcze roślinne	2,95	3,68	2,99	2,27	2,48	2,46	3,7	38,1
18.	Ziarna roślin oleistych	8,33	2,67	66,67	7,14	-	4,35	3,77	2,43
19.	Koncentraty spożywcze	1,36	1,18	1,48	1,27	-	-	-	-
20.	Majonezy, musztardy, sosy	-	0,16	-	-	-	-	-	1,23
21.	Zioła, przyprawy	1,88	1,42	0,76	1,7	2,9	1,66	3,28	0,86
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	6,83	0,67	1,05	0,76	-	0,67	10,5	0,62
23.	Wyroby garmażeryjne i kulinarne	2,5	2,68	2,55	2,73	-	-	-	-
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	2,24	2,33	1,95	2,11	1,55	1,64	24,44	20,79
25.	Nowa żywność	-	-	-	-	-	-	-	-
26.	Suplementy diety	5,74	6,19	5,27	4,35	8,48	10,18	5,62	18,09
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	0,92	0,88	1,72	1,72	-	-	-	2,86
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	12,05	4,36	12,57	4,15	-	-	-	50
29.	Inne środki spożywcze	5,13	5,83	5,17	3,19	-	-	-	42,86
30.	Razem środki spożywcze	2,89	2,96						
31.	Środki spożywcze krajowe			2,87	3,14				
32.	Środki spożywcze UE					1,88	2,05		
33.	Środki spożywcze z importu							3,55	2,33

Z ww. danych wynika, że nastąpiła poprawa jakości zdrowotnej żywności, która jest szczególnie widoczna w grupach: drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory; kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe; zioła i przyprawy; sól spożywcza i jej zamienniki; ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne; orzechy, w tym arachidy.

Niestety w niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: wyroby cukiernicze i ciastkarskie; grzyby; wody mineralne i napoje bezalkoholowe; tłuszcze roślinne; majonezy, musztardy sosy; suplementy diety.

Po przebadaniu miodu i produktów pszczelarskich, drożdży, cukru, octu, napojów alkoholowych nie stwierdzono podstaw do kwestionowania pobranych i zbadanych próbek.

4.1. Znakowanie środków spożywczych

Próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2014 r. na 33 374 ocenionych próbek – zakwestionowano 622, co stanowi 1,86% (w 2013 r. – 1,84%).

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

W 2014 r., podobnie jak w latach ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły nadzór nad obrotem grzybami i przetworami grzybowymi w sklepach spożywczych, warzywniczych, hurtowniach oraz nad targowiskową sprzedażą grzybów świeżych i suszonych. Obrót grzybami i przetworami grzybowymi na targowiskach, w większości przypadków prowadzony był prawidłowo. Szczególnym nadzorem objęte były również przetwórnice warzywno-grzybowe. W czasie pełnienia nadzoru zwracano uwagę, czy oferowane do sprzedaży grzyby posiadały ważne atesty i były prawidłowo oznakowane.

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

W roku 2014 w Polsce zatruciu grzybami uległo 32 osoby. W 9 przypadkach zatrucia spowodowane były spożyciem muchomora sromotnikowego. Odnotowano wystąpienie 1 zgonu po spożyciu muchomora sromotnikowego w woj. zachodniopomorskim (zmarły spożył około 30–40 dkg grzybów w postaci smażonej, które otrzymał od sąsiada).

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwach:

- zachodniopomorskim – 12,
- lubelskim – 7,
- dolnośląskim – 3,
- świętokrzyskim – 3.

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2014 r. wg gatunków przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2014 r.

GATUNEK GRZYBÓW	Miesiące												Ognisk	Zachorowań	Liczba		
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII			Osób hospitalizowanych	Zgonów	
ZATRUCIA CYTOTROPOWE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Muchomor sromotnikowy	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	7	9	9	9	1
Piestrzenica kasztanowata	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-
Zasłonak	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1	1	-
ZATRUCIA NEUROTROPOWE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Muchomor plamisty	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1	1	-
Krowiak podwinięty	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	1	-
Strzępiak	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	2	2	2	-
Muchomor czerwony	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1	1	-
Łysiczka lancetowata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	-
O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gołąbek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gąska	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	2	2	2	1
Lisówka pomarańczowa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ZATRUCIA NIESWOISTE	-	-	-	-	-	-	-	1	6	-	-	-	7	7	7	7	3
ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-	6	6	6	6	4
RAZEM ZACHOROWAŃ	-	-	1	-	-	-	-	4	23	3	-	1	30	32	32	22	1

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

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

W 2014 r. zbadano 606 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 5.

Wśród zakwestionowanych próbek znalazły się:

- 1 próbka mąki sojowej odtłuszczonej pochodzącej z Brazylii,
- 1 próbka kotletów sojowych,
- 1 próbka mąki kukurydzianej,
- 2 próbki wyrobów cukierniczych i ciastkarskich.

Wszystkie ww. produkty zakwestionowano ze względu na oznakowanie produktu niezgodne z wymaganiami rozporządzenia (WE) 1829/2003 w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy.

Do badań pobrano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO a nie oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, produkty zawierające w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej oraz produkty oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie zawierające materiał GM niedopuszczony w UE. Do badań zostały pobrane: produkty z soi, kukurydzy i ryżu, miód, warzywa, owoce, mięso, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym preparaty do początkowego i dalszego żywienia niemowląt oraz środki spożywcze uzupełniające, obejmujące produkty zbożowe przetworzone i inne środki spożywcze dla niemowląt i małych dzieci.

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

RASFF jest systemem służącym do wymiany informacji, pomiędzy organami urzędowej kontroli, o żywności, paszy i materiałach do kontaktu z żywnością, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia ludzi, zwierząt lub środowiska i działaniach następczych prowadzonych w wyniku zidentyfikowania takich produktów.

System działa na podstawie przepisów prawa:

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

Każdy członek sieci RASFF wyznacza krajowy punkt kontaktowy, reprezentujący dany kraj. W Polsce zgodnie z art. 85 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2010 r. Nr 136, poz. 914 z późn. zm) Główny Inspektor Sanitarny kieruje siecią systemu RASFF oraz:

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

Zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) nr 16/2011 zadaniem KPK RASFF w GIS jako członka sieci RASFF jest zapewnienie skutecznego działania sieci i skutecznej komunikacji na obszarze Polski.

Podstawą do podejmowania wszelkich działań i decyzji w ramach systemu RASFF jest prawodawstwo dotyczące żywności, pasz oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, a także naukowa ocena ryzyka związanego ze spożyciem niebezpiecznej żywności i pasz.

Przy zachowaniu właściwych kompetencji odpowiednie władze w Polsce kontrolują żywność, pasze oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością w celu sprawdzenia czy przedsiębiorcy branży spożywczej i paszowej odpowiedzialni za zapewnienie bezpieczeństwa produktów spełniają wymagania określone w prawie żywnościowym i paszowym. Jeśli w trakcie takich kontroli zostaną zidentyfikowane produkty niebezpieczne, następuje bezzwłoczne podjęcie działań na poziomie lokalnym w celu wyeliminowania ryzyka spożycia produktów niebezpiecznych dla zdrowia oraz przekazanie wszelkich niezbędnych informacji do KPK RASFF w GIS.

KPK RASFF w GIS współpracuje z organami urzędowej kontroli żywności i pasz, Komisją Europejską oraz innymi członkami sieci RASFF na zasadzie wzajemnego informowania o wykrytych produktach niebezpiecznych, co pozwala na podjęcie odpowiednich działań i tym samym ochronę zdrowia konsumentów.

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

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

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

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

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

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

W okresie od 01/01/2014 do 31/12/2014 Krajowy Punkt Kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (KPK RASFF w GIS) zgłosił 133 powiadomienia do systemu RASFF, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	20
informacyjne w celu podjęcia działań	29
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	28
news	1
o odrzuceniu na granicy	55
Suma końcowa	133

Najczęściej identyfikowane zagrożenie, będące przyczyną zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę to występowanie niebezpiecznych dla zdrowia bakterii *Salmonella* przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych, ziołach i przyprawach oraz nasionach sezamu. Znaczna część zgłoszonych przez Polskę powiadomień dotyczyła występowania niedopuszczalnych składników i składników nowej żywności, które nie zostały zatwierdzone zgodnie z obowiązującą w UE procedurą, w suplementach diety i środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, głównie przeznaczonych dla sportowców. Ponadto Polska informowała poprzez RASFF m.in. o wykryciu:

- wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych w oleju sojowym, szprotach wędzonych i kakao,
- aflatoksyn w orzechach i suszonych figach,

- migracji pierwszorzędowych amin aromatycznych, migracji metali ciężkich z obrzeża, migracji formaldehydu i migracji globalnej z wyrobów do kontaktu z żywnością,
- alergenów w produktach piekarniczych, przekąskach i sosie,
- zmian organoleptycznych, ciał obcych, pleśni w owocach i warzywach, orzechach, ziołach i przyprawach, materiałach paszowych,
- substancji dodatkowych do żywności niedopuszczonych lub substancji dodatkowych przekraczających dopuszczalny poziom w słodyczach i marynowanych warzywach.

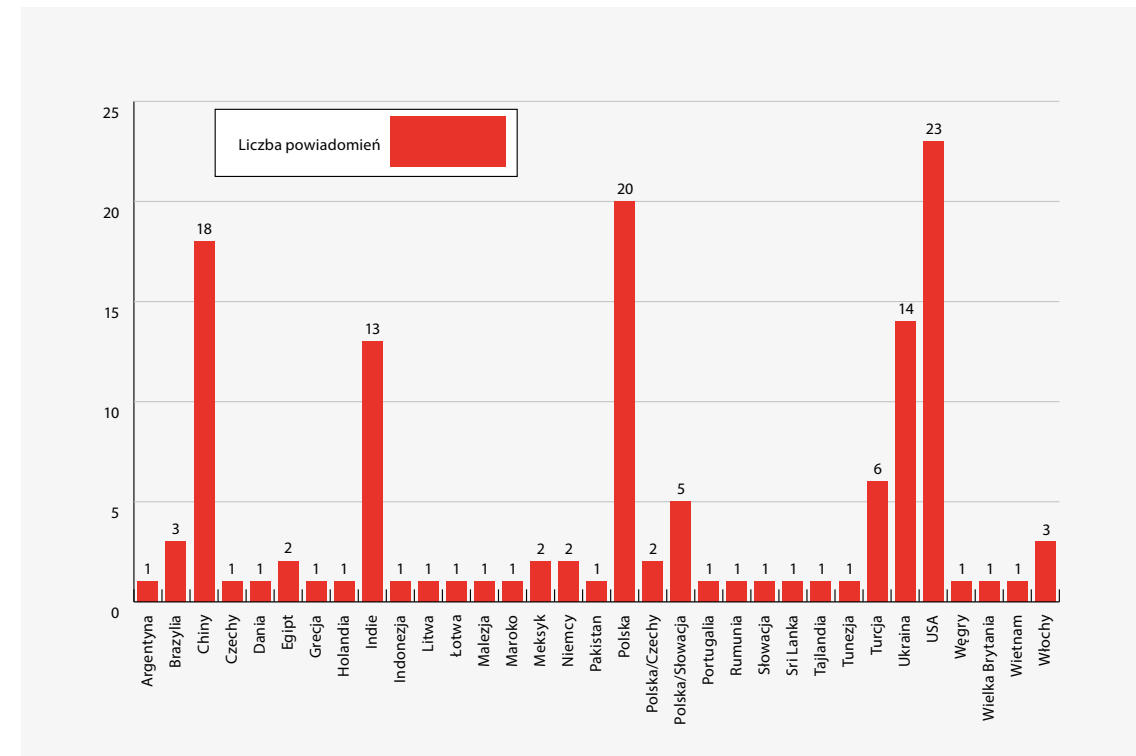
Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2014 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Lp.	Zagrożenie	Suma	Lp.	Zagrożenie	Suma
1	<i>Salmonella</i>	22	17	SO ₂ – brak deklaracji	2
2	niedopuszczalne składniki	16	18	arsen	1
3	WWA	13	19	deoksyniwalenol	1
4	składniki nowej żywności	10	20	dioksyny	1
5	aflatoksyny	9	21	gorczyca – alergen	1
6	ciała obce	9	22	migracja globalna	1
7	pleśń	6	23	nieprawidłowości w procesie prod.	1
8	pozostałości pestycydów	6	24	ochratoksyna A	1
9	zmiany organoleptyczne	5	25	podejrzanie oszustwa	1
10	migracja PAA	4	26	rtęć	1
11	niedeklarowany gluten	4	27	substancje dodatkowe – niedopuszczalne	1
12	migracja kadmu i ołowiu z obrzeża	3	28	substancje dodatkowe – przekroczenie	1
13	pozostałości leków weterynaryjnych	3	29	wprowadzenie do obrotu przez niezatwierdzony zakład	1
14	gluten – przekroczenie	2	30	zagrożenie encefalopatią	1
15	<i>Listeria monocytogenes</i>	2	31	zakażenie bakteryjne	1
16	migracja formaldehydu	2	32	SO ₂ – przekroczenie	1
			Suma końcowa		133

Lp.	Kategoria produktu	Suma	Lp.	Kategoria produktu	Suma
1	żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	26	10	mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	4
2	owoce i warzywa	18	11	ryby i produkty pochodne	4
3	orzechy, produkty pochodne, nasiona	15	12	kakao, kawa, herbata	3
4	mięso drobiowe i produkty pochodne	13	13	mleko i produkty mleczne	2
5	tłuszcze i oleje	11	14	inne produkty spożywcze/złożone	1
6	wyroby do kontaktu z żywnością	10	15	produkty gotowe i przekąski	1
7	materiały paszowe	8	16	słodycze	1
8	zboża i produkty piekarnicze	7	17	uboczne produkty pochodzenia zwierzęcego	1
9	zioła i przyprawy	7	18	zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
			Suma końcowa		133

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2014 r. pochodziło spoza Unii Europejskiej, w tym przede wszystkim: ze Stanów Zjednoczonych, z Chin, z Ukrainy, z Indii i z Turcji. Wśród produktów pochodzących z UE, najwięcej produktów zgłoszonych przez Polskę do RASFF w zeszłym roku pochodziło z Polski. W kilku przypadkach surowiec pochodził z kraju UE, natomiast produkt przetworzony wyprodukowany z tego surowca pochodził z Polski lub na odwrót.

Wykres 18.



W okresie od 01/01/2014 do 31/12/2014 wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 148 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	60
informacyjne w celu podjęcia działań	50
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	36
news	2
Suma końcowa	148

Najczęściej identyfikowane zagrożenie, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski, to występowanie niebezpiecznych dla zdrowia bakterii *Salmonella*, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych oraz tzw. gryzakach dla psów. Duża część powiadomień dotyczyła również wykrycia patogennych bakterii *Listeria monocytogenes*, głównie w rybach i produktach pochodnych (przede wszystkim w łosiosie wędzonym na zimno). Znaczna część powiadomień o produktach z Polski dotyczyła występowania niedopuszczalnych składników w suplementach diety i w środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, głównie przeznaczonych dla sportowców. Ponadto w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski informowano poprzez RASFF m.in. o wykryciu:

- pozostałości środków ochrony roślin w owocach i warzywach,
- alergenów w produktach piekarniczych i zbożowych, przekąskach, produktach mięsnych,
- ciał obcych w mące ziemniaczanej, migdałach, musie jabłkowym, produkcie mięsnym, materiale paszowym oraz wyrobie do kontaktu z żywnością,
- pozostałości leków weterynaryjnych w produktach mięsnych i mlecznych,
- bakterii *Campylobacter* w mięsie drobiowym oraz pieczarkach,
- wirusów (wzw typu A oraz norowirus) w owocach.

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci RASFF w 2014r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

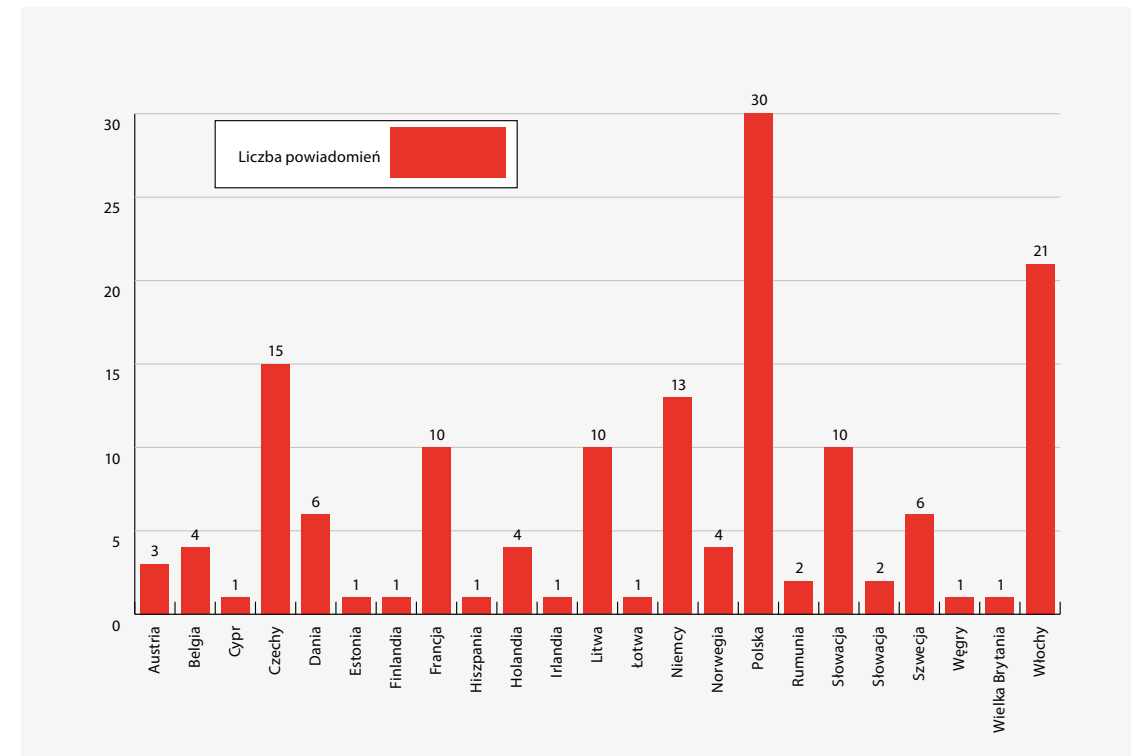
Lp.	Zagrożenie	Liczba powiadomień	Lp.	Zagrożenie	Liczba powiadomień
1	Salmonella	40	20	migracja formaldehydu	1
2	Listeria monocytogenes	30	21	niedeklarowana gorczyca	1
3	niedopuszczalny składnik	15	22	niedeklarowane migdały	1
4	pestycydy	7	23	nieodpowiednia obróbka termiczna	1
5	ciała obce	6	24	niedopuszczalny barwnik	1
6	niedeklarowany gluten	5	25	nieuprawniony zakład	1
7	Campylobacter	4	26	niewłaściwe oznakowanie	1
8	pozostałości leków weterynaryjnych	3	27	niewystarczające oznakowanie	1
9	składniki nowej żywności	3	28	norowirus	1
10	aflatoksyny	2	29	objawy niepożądane po spożyciu	1
11	deoksynivalenol	2	30	ochratoksyna A	1
12	dioksyny	2	31	podejrzanie zafalszowania	1
13	gluten – przekroczenie	2	32	potencjalna obecność węgla	1
14	niedeklarowana soja	2	33	STEC	1
15	niedeklarowany sezam	2	34	wirus WZW typu A	1
16	cynk, miedź, selen – przekroczenie	1	35	wit. B6 – przekroczenie	1
17	kadm – przekroczenie	1	36	WWA	1
18	kadm i ołów – przekroczenie	1	37	złuszczenie powierzchni	1
19	melamina	1	38	zmiany organoleptyczne	1
		Suma końcowa			148

Lp.	Kategoria produktu	Liczba powiadomień	Lp.	Kategoria produktu	Liczba powiadomień
1	mięso drobiowe i produkty pochodne	31	10	orzechy, produkty orzechowe, nasiona	4
2	ryby i produkty pochodne	27	11	słodycze	3
3	żywność dietetyczna, wzbogaćana, suplementy diety	19	12	wyroby do kontaktu z żywnością	3
4	owoce i warzywa	13	13	dania gotowe i przekąski	2
5	mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	11	14	miód i mleczko pszczele	2
6	zboża i produkty piekarnicze	10	15	dodatki do żywności i środki aromatyzujące	1
7	pokarm dla zwierząt domowych	9	16	inne produkty spożywcze / złożone	1
8	materiały paszowe	6	17	kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	1
9	mleko i produkty mleczne	4	18	zioła i przyprawy	1
		Suma końcowa			148

W omawianym okresie najwięcej powiadomień (30) dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Polskę. Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia władz odpowiedzialnych za kontrolę żywności i pasz w Unii Europejskiej, wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002r. i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF. Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie RASFF przekazując odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach do systemu.

Znaczna część powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski została zgłoszona przez Włochy i Francję oraz kraje sąsiadujące z Polską (Czechy, Niemcy, Słowację, Litwę). Poniższy wykres obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie.

Wykres 19.



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

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

W 2014r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 2,18% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2013r. – 3,19%), w tym produkcji krajowej – 2,16% (w 2013r. – 3,21%), wyprodukowanych w UE – nie kwestionowano (w 2013r. – 0,44%) oraz z importu – 2,61% (w 2013r. – 3,8%).



Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wynosił 1,31% (w 2013r. – 1,39%), w tym produkcji krajowej – 1,35% (w 2013r. – 1,46%), wyprodukowanych w UE – 0,63% (w 2013r. – 0,65%) oraz z importu – 6,67% (w 2013r. – 4,76%).

W roku 2014 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały 26 powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów.

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego w stosunku do ww. powiadomień stwierdzono, że notyfikowane kosmetyki nie znalazły się na rynku polskim. W związku z informacjami otrzymanymi od konsumentów i przedsiębiorców organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również działania związane z naruszeniem przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych w zakresie wprowadzania do obrotu wyrobów do wybielania zębów.

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w roku 2014 przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2014 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek								
		Ogółem		krajowych		UE		w tym: z importu		
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	1,19	1,63	2,38	1,82	-	-	-	-	1,64
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	3,41	2,23	3,39	2,2	0,46	-	4,11	2,69	
3.	Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	3,19	2,18	3,21	2,16	0,44	-	3,8	2,61	
4.	Kosmetyki	1,39	1,31	1,46	1,35	0,65	0,63	4,76	6,67	

6. Ocena sposobu żywienia

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

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

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

Oceny sposobu żywienia dokonywane przez przedstawicieli PIS w nadzorowanych obiektach, w tym informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach, przesyłane są w formie pism intencyjnych do przedsiębiorców prowadzących żywność (odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywności i jakość żywienia) oraz do wiadomości jednostkom nadrzędnym lub dyrektorom obiektów.

Na podkreślenie zasługuje wzrost liczby obiektów korzystających z usług cateringowych. W roku 2014 – organy PIS nadzorowały 999 zakłady usług firm cateringowych (w 2013 r. – 894, a w 2009 r. – 311), które dostarczały posiłki do 8982 obiektów (w 2013 r. – 8155, a w 2009 r. – 4257), w tym: do 617 szpitali (w 2013 r. – 591, a w 2009 r. – 413), do 53 sanatoriów (w 2013 r. – 51, a w 2009 r. – 30), do 408 domów opieki społecznej (w 2013 r. – 340, a w 2009 r. – 265), do 3976 szkół (w 2013 r. – 3748, a w 2009 r. – 2476) oraz do 3928 przedszkoli (w 2013 r. – 3425, a w 2009 r. – 1073).

W 2014 r. oceniono sposób żywienia w 9045 zakładach żywienia zbiorowego i stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- wady jadłospisów i racji pokarmowych – w 14,81% próbek zbadanych teoretycznie (w 2013 r. – 14,55%),
- niewłaściwą wartość energetyczną oraz składniki pokarmowe, stwierdzono w 45,2% próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2013 r. – 49,58%).

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w zakresie sporządzania jadłospisów w 2014 r. były:

- brak w posiłkach produktów stanowiących źródło pełnowartościowego białka zwierzęcego,
- niedostateczna ilość przetworzonych i świeżych owoców oraz warzyw (brak surówek, oraz owoców i warzyw w posiłkach obiadowych),
- zbyt niska podaż mleka i przetworów mlecznych (także fermentowanych tj. kefir, jogurt), co powodowało niedobory wapnia w diecie,
- niedostateczna ilość płynów serwowanych do posiłków (podawanie napojów na bazie syropów, brak włączenia do diety czystej wody, wody mineralnej i naturalnych niesłodzonych soków),
- niewłaściwe przyrządzanie potraw, obniżające wartość odżywczą surowców,
- małe urozmaicenie posiłków (niewielki udział ryb),
- posiłki monotonne,
- zbyt duża zawartość soli kuchennej,
- zbyt duży udział w posiłkach słodczy, np. krem czekoladowy jako dodatek do chleba, drożdżówki, batony,
- niski udział produktów o wysokiej zawartości węglowodanów złożonych, produktów, wysokobłonnikowych, tj. pieczywa ciemnego, kasz, warzyw strączkowych suchych,
- niewystarczające wykorzystywanie produktów sezonowych.

7. Podsumowanie

Stan sanitarny zakładów żywności i żywienia od 2012 roku nie uległ znaczącym zmianom. Nadal należy dążyć do wzrostu świadomości przedsiębiorców w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej lub wprowadzanej do obrotu żywności. Bardzo ważna jest współpraca przedsiębiorców sektora spożywczego z przedstawicielami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w rozwiązywaniu problemów, co bardzo często stanowi czynnik mobilizujący do poprawy stanu sanitarnego obiektów i polepszenia jakości zdrowotnej żywności.

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

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





ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

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

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego miało na celu zapewnienie, na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz projektowania i realizacji inwestycji, właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w obiektach, w taki sposób, aby w trakcie eksploatacji obiektów nie powstawały zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi, powodowane przyjętymi w tym zakresie rozwiązaniami. Analiza projektowanych rozwiązań w szczególności przeprowadzana była w aspekcie oceny ryzyka narażenia ludności na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe dla zdrowia człowieka, w miejscu przebywania ludzi. W sferze zainteresowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej były miejsca przebywania i zamieszkania ludzi, a także miejsca pracy, nauki, wychowania, sportu, rekreacji, wypoczynku, obsługi pasażerskiej, świadczenia usług dla ludności, działalności leczniczej i opieki nad osobami niepełnosprawnymi, chorymi oraz starszymi.

W ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych m. in. w sprawie:

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

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

- obiekty handlowe, przemysłowe, usługowe, turystyczne, hotelarskie, wychowania i nauczania, ochrony zdrowia (w których prowadzona jest działalność lecznicza, apteki itp.), miejsca obsługi pasażerów (np. dworce, porty, przystanie itp.),
- stacje bazowe telefonii komórkowej, linie elektroenergetyczne, trasy komunikacyjne (np. drogi, linie kolejowe itp.), instalacje energii odnawialnej, np. elektrownie wiatrowe, oczyszczalnie ścieków, składowiska odpadów, instalacje unieszkodliwiania odpadów, stacje paliw, fermy zwierzęce,
- sieci wodociągowe i kanalizacyjne,
- instalacje lub urządzenia do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych,

i wiele innych.

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

- uzgodnień dotyczących zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko projektów dokumentów strategicznych, tj.:
 - projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy,
 - innych planów i dokumentów, np. koncepcji, planów, programów i strategii opracowywanych dla gmin, województw i kraju,
- uzgodnień dotyczących odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla wyżej wymienionych dokumentów,
- oceny ww. projektów dokumentów wraz z prognozami oddziaływania na środowisko.

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

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

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

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

Rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych, działając na podstawie uprawnień nadanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, dokonywali uzgodnień dokumentacji projektowej w imieniu państwowego inspektora sanitarnego.

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

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



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

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

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

W 2014 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wydała ok. 134,7 tysięcy stanowisk (w 2013 r. ok. 145 tysięcy, w 2012 r. ponad 188,8 tysięcy stanowisk), w tym:

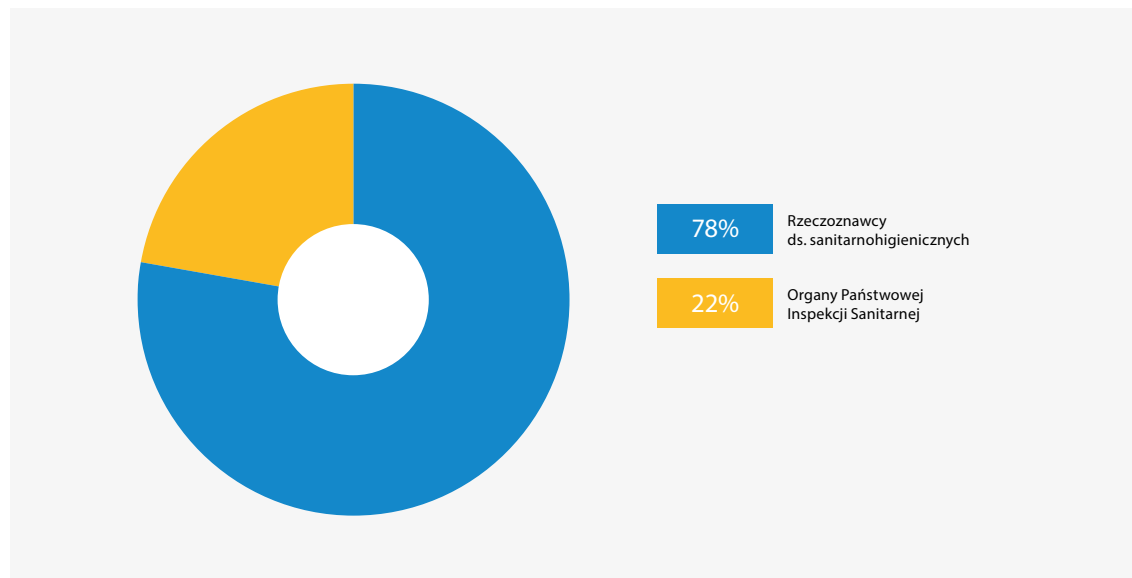
- około 7,9 tysiąca uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2013 r. ok. 7,7 tysiąca, w 2012 r. – około 8,7 tysiąca),
- ponad 4,8 tysiąca opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko (w 2013 r. ponad 4,5 tysiąca, w 2012 r. – ponad 4,3 tysiąca),
- około 14,4 tysiąca opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (w 2013 r. 17,4 tysiąca, w 2012 r. – około 16,4 tysiąca),
- ponad 46 tysięcy zgód, opinii, uzgodnień wymaganych przepisami prawa materialnego m.in. dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych (w 2013 r. ok. 36,8 tysiąca, w 2012 r. odpowiednio ok. 70,5 tysiąca zgód, opinii, uzgodnień ogółem),
- ok. 9,6 tysiąca opinii dotyczących spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (w 2013 r. 10,3 tysiąca, w 2012 r. – ponad 13,9 tysiąca),
- ok. 20,4 tysiąca stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego, w tym 36 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2013 r. 20 tysięcy stanowisk ogółem, w tym 48 sprzeciwów, w 2012 r. – ponad 23 tysiąca stanowisk ogółem, w tym 72 sprzeciwy).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. dokonały powyżej 9,1 tysiąca uzgodnień dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2013 r. powyżej 9,8 tysiąca, w 2012 – ponad 11 tysiąca).

Liczba uzgodnień dokumentacji projektowej dokonanych w 2014 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych wyniosła około 32,7 tysiąca (w 2013 r. 38,5 tysiąca, w 2012 r. – około 41 tysiąca).

W 2014 ogółem dokonano około 41,8 tysiąca uzgodnień projektów dokumentacji projektowej inwestycji (w 2013 r. ok. 48,4), w tym około 78% (w 2013 r. – 80%) wszystkich projektów zostało uzgodnionych przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych (Wykres).

Wykres 20.



Odsetek wszystkich stanowisk negatywnych zajętych przez Państwową Inspekcję Sanitarną wyniósł ok. 1% (w 2013 r. ok. 1,6%).

Liczba kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów objętych zapobiegawczym nadzorem sanitarnym w 2014 r., przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, to około 32 tysiące (w 2013 r. około 32 tysiące, w 2012 r. – około 33 tysiące).

2. Podsumowanie

Zapobiegawczy nadzór sanitarny sprawowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną stanowił realizację ustawowych obowiązków i zadań w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w szczególności poprzez:

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

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

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

W 2014 r. ogólna liczba stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez Państwową Inspekcję Sanitarną kształtowała się na poziomie ponad 134,5 tysiąca i była mniejsza o ponad 10 tysięcy od liczby stanowisk zajętych w 2013 r.

Spadek liczby negatywnych stanowisk można przypisać dużemu obniżeniu ogólnej liczby załatwionych spraw, jak również polepszeniu jakości informacji przekazywanej na stronach internetowych PIS.





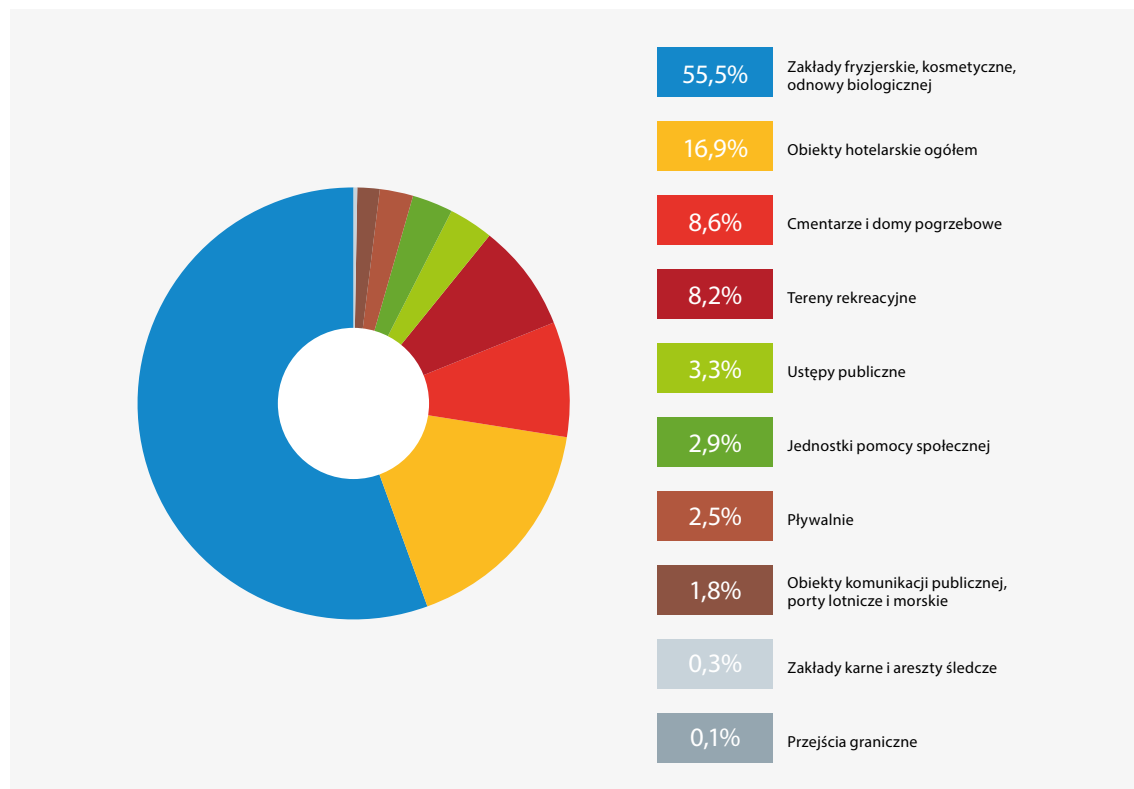
STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

1. Informacje ogólne

Kontrolę stanu sanitarnego w 2014 roku przeprowadzono w 81 576 obiektach użyteczności publicznej spośród 128 154 ujętych w ewidencji. Kontrole objęły:

- zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – skontrolowano 36 044 spośród 52 480 ujętych w ewidencji, co stanowi 69%,
- obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 10 997 spośród 19 013 ujętych w ewidencji, co stanowi 58%,
- ustępy publiczne ogółem – skontrolowano 2 132 spośród 2 280 ujętych w ewidencji, co stanowi 93%,
- domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 1 877 spośród 2 356 ujętych w ewidencji, co stanowi 80%,
- dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze, przystanie morskie i żeglugi śródlądowej, stacje metra – skontrolowano 1 151 spośród 1 501 ujętych w ewidencji, co stanowi 77%,
- przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 52 spośród 53 ujętych w ewidencji, co stanowi 98%,
- tereny rekreacyjne – skontrolowano 5 295, spośród 8 724, co stanowi 61%,
- cmentarze i domy pogrzebowe – skontrolowano 5 563, spośród 10 198, co stanowi 55%,
- inne obiekty użyteczności publicznej – skontrolowano 18 221 spośród 31 306, co stanowi 58%.

Wykres 21. Rozkład procentowy kontroli obiektów użyteczności publicznej w 2014 r.



2. Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów

2.1. Ustępy publiczne

W 2014 r. skontrolowano 2 132 obiekty, w 38, tj. w 1,78% stwierdzono niezadawalający stan sanitarny, w tym w 26 przypadkach pod względem technicznym – 1,22%. Mając na względzie potrzeby ludności w tym zakresie nadal tego typu obiektów jest za mało, co roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazują na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych, zwłaszcza w miejscowościach wypoczynkowych, przy szlakach turystycznych oraz przy cmentarzach.

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

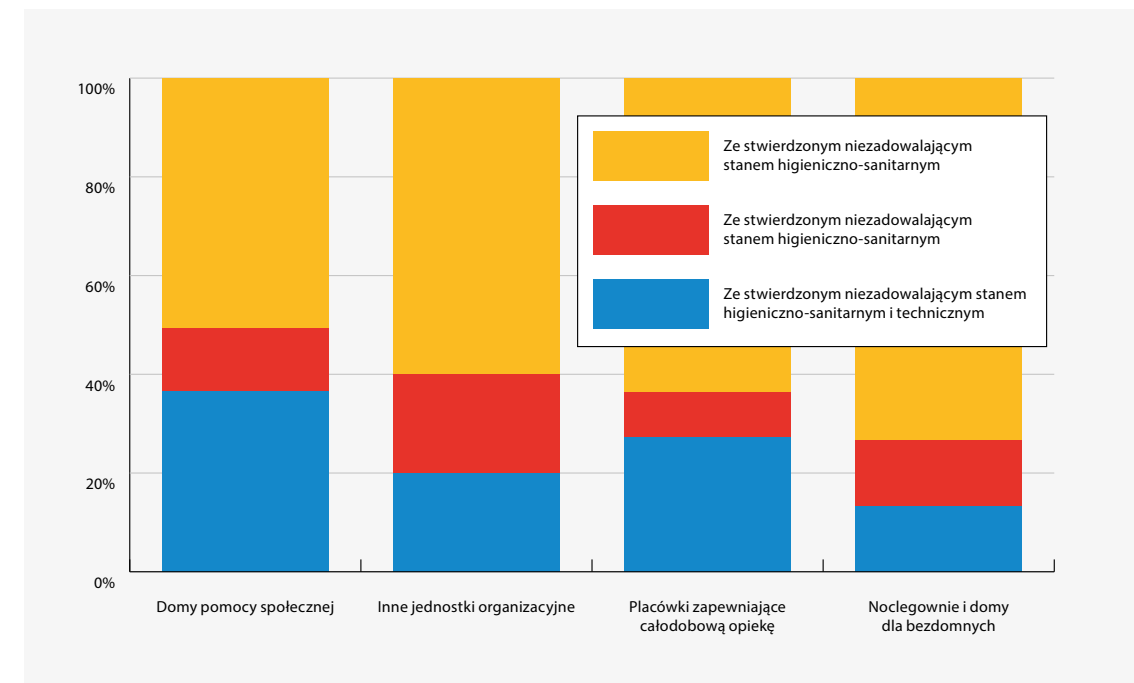
W 2014 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 2 356 tego typu obiektów, skontrolowano 1 877, co stanowi 79,67%. W 60 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, 13 – niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym, w 33 – niezadawalający stan higieniczno – sanitarny i techniczny.

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

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

Na 1 877 skontrolowanych obiektów w 60 stwierdzono niezadawalający stan techniczny, w 13 higieniczno-sanitarny, w 33 przypadkach niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny. Najczęstszym powodem klasyfikowania tych obiektów negatywnie był niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, nieprzestrzeganie ustawy o paleniu tytoniu, nieprawidłowe postępowanie z bielizną i odpadami.

Wykres 22. Stan sanitarny obiektów pomocy społecznej.



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

W 2014 r. skontrolowano 10 997 spośród 19 013 tego typu obiektów, co stanowi 57,84%. W 149 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, 34 – niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym, w 106 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w tego typu obiektach kontrolowała:

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

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

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

Obiekty objęte w 2014 r. nadzorem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej charakteryzowały się dużym zróżnicowaniem – od niewielkich obiektów obsługiwanych przez jedną osobę, poprzez zakłady średniej wielkości, aż po firmowe salony wyposażone w najnowszy i najnowocześniejszy sprzęt. Wymagania dla zakładów fryzjerskich regulują między innymi przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 poz. 947, z późn. zm.).

Jedną z ważniejszych regulacji jest art. 16 ww. ustawy, który nakłada na osoby podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, obowiązek wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi.



Obowiązkiem pracodawców i pracowników zakładów fryzjerskich, kosmetycznych jest utrzymywanie pomieszczeń i ich wyposażenia w nienagannym stanie sanitarno-porządkowym. Miejsca, które są szczególnie narażone na działanie mikroorganizmów np. pojemniki, tace, blaty, na których przechowywane są narzędzia fryzjerskie, umywalki, zagłówki foteli, wycięcia na szyję oparcia foteli przy stanowisku mycia głowy należy po każdym użyciu myć i dezynfekować. Narzędzia stosowane w zakładzie, nożyczki, brzytwy, maszynki do golenia powinny być oczyszczone, umyte i poddawane dezynfekcji po każdym użyciu. Dezynfekcja usuwa drobnoustroje do poziomu bezpiecznego dla człowieka, nie należy myć jej ze sterylizacją. W salonach powszechnie stosuje się związki chemiczne, ale można też dezynfekować termicznie lub poprzez promieniowanie UV.

Narzędzia lub ich części, które miały kontakt z krwią należy poddać procesom dezynfekcji i sterylizacji. Narzędzia jednorazowego użytku np. ostrza golarek, które miały kontakt z krwią lub potem, śliną, należy gromadzić w odpowiednio oznakowanych pojemnikach i traktować jako odpady niebezpieczne. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły:

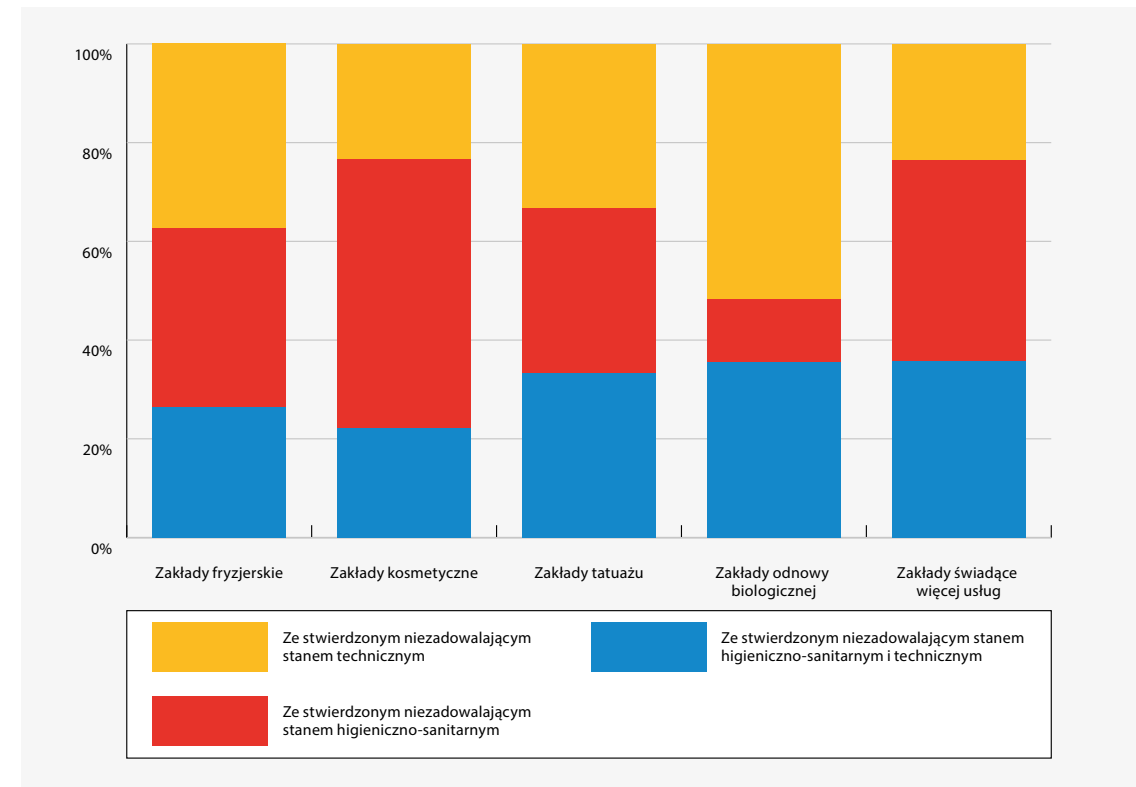
- brudnych narzędzi i sprzętu fryzjerskiego,
- braku odpowiednich warunków do mycia rąk i narzędzi fryzjerskich,
- brudnych z odpryskami farby ścian w sali obsługi klienta, toalecie, pomieszczeniu pomocniczym.

Poniżej zamieszczona została tabela z wyszczególnieniem poszczególnych obiektów i wykres odzwierciedlający stan sanitarny w roku 2014.

Tabela 13. Skontrolowane zakłady usługowe w 2013 r.

Wyszczególnienie	wg ewidencji na 31 XII	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym niezadawalającym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Zakłady fryzjerskie	27 361	18 505	76	104	107
Zakłady kosmetyczne	11 195	7 900	18	44	19
Zakłady tatuażu	435	364	4	4	4
Zakłady odnowy biologicznej	4 726	3 091	22	8	32
Zakłady, w których są świadczone więcej niż jedna z usług	8 763	6 184	38	43	25
Razem	52 480	36 044	158	203	187

Wykres 23. Stan sanitarny obiektów świadczących usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej w 2014 r.



2.5. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, środki transportu

Spośród 347 dworców autobusowych znajdujących się w ewidencji skontrolowano 298, czyli 85,88%. Na 347 obiektów w 3 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, czyli w 0,86% oraz w 8 przypadkach niezadawalający stan techniczny – 2,6%.

Skontrolowano 710 dworców i stacji kolejowych na 986 znajdujących się w ewidencji, w 2 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny, stanowi to 0,20%, w 34 – pod względem technicznym, co stanowi 3,45%.

Skontrolowano 8 076 obiektów zaliczanych do środków transportu:

- autobusy komunikacji publicznej – 2 978,
- autobusy turystyczne – 606,
- tramwaje, metro, szybka kolej miejska – 632,
- statki i promy – 462,
- samoloty pasażerskie – 74,
- samochody do przewozu chorych – 533,
- samochody do przewozu zwłok i szczątków ludzkich – 2 564,
- samochody do przewozu bielizny – 470
- inne – 213.

W 143 przypadkach na 8 076 stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny, co stanowi 1,77%, w 111 (1,37%) – niezadawalający stan techniczny.

Dworce i stacje kolejowe od lat stanowią grupę obiektów najgorzej wypadających w statystykach o stanie sanitarnym Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Najczęściej jest to efektem niedofinansowania i braku nadzoru ze strony podmiotów zarządzających. Jednak widoczna jest wyraźna poprawa stanu sanitarno-technicznego w tej grupie obiektów.

2.6. Porty lotnicze

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. znajdowało się 17 portów lotniczych, skontrolowano 16 – nie stwierdzono nieprawidłowości. Obiekty te spełniają standardy europejskie, nie wydano żadnych decyzji administracyjnych, ani nie nałożono mandatów karnych w 2014 roku.

2.7. Przystanie morskie i śródlądowe

Skontrolowano 14 przystani żeglugi morskiej, 11 żeglugi śródlądowej i 71 przystani jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych. Te ostatnie najczęściej działają sezonowo, w dwóch przypadkach stwierdzono niezadawalający stan techniczny i w 1 zły stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 1 przypadku stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny.

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

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. znajdowało się 53 przejść granicznych, skontrolowano 52. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

2.9. Tereny rekreacyjne

Na 8 724 obiekty znajdujące się w ewidencji skontrolowano 5 295, co stanowi 60,69%. W 5 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, to zaledwie 0,06%, w 21 – niezadawalający stan techniczny (0,24%).

Przeprowadzone kontrole sanitarne wykazały znaczną poprawę na terenach przeznaczonych do zabaw dla dzieci. Większość piaskownic była w dobrym stanie sanitarno-technicznym, przed rozpoczęciem i w trakcie trwania sezonu letniego dokonywano wymiany piasku, place zabaw w wielu przypadkach zostały ogrodzone, aby uniemożliwić zanieczyszczenie przez zwierzęta. W 2014 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 1 186 pływalni krytych, 74 parki wodne, 359 pływalni odkrytych i 49 mieszanych. W 56 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan pod względem technicznym i w 18 higieniczno-sanitarnym.

2.10. Cmentarze, domy pogrzebowe

Na 10 198 obiektów znajdujące się w ewidencji skontrolowano 5 563, co stanowi 54,55%. W 24 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, w 74 powodem był niezadawalający stan techniczny i w 4 – tylko sanitarno-higieniczny.



2.11. Inne obiekty użyteczności publicznej

Skontrolowano obiektów na 18 221 (58,20%), w 113 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny – to zaledwie 0,62%, 56 z powodu niezadawalającego stanu higieniczno-sanitarnego (0,31%) i 266 z powodu niezadawalającego stanu technicznego (1,46%).

Do tej grupy zalicza się: parkingi i miejsca postojowe, stacje paliw, obiekty sportowe, boiska, stadiony, hale sportowe, obiekty kulturalne, kina, teatry, domy kultury, świetlice, targowiska, urzędy pocztowe, sklepy, apteki, pralnie, składowiska odpadów, oczyszczalnie ścieków, areszty i zakłady karne.

2.12. Podsumowanie

Kontrolę stanu sanitarnego w 2014 roku przeprowadzono w 81 576 obiektach użyteczności publicznej spośród 128 154 ujętych w ewidencji, co daje 63,65%, podobnie jak w roku 2013. Ilość obiektów użyteczności publicznej ujętych w ewidencji nie jest stała, jednak należy zauważyć, że w roku 2014 nastąpiła poprawa w porównaniu z poprzednimi latami, zaobserwowano spadek liczby obiektów w niezadawalającym stanie sanitarnym i technicznym oraz spadek liczby obiektów w niezadawalającym stanie sanitarnym pod względem technicznym.

Tabela 14. Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2011–2014 r.

	wyszczególnienie	wg ewidencji na 31 XII	skontrolowanych	ze stwierdzonym niezadawalającym stanem	
				higieniczno sanitarnym i technicznym	pod względem technicznym
	0	1	2	3	4
2011 rok	obiekty ogółem	117 994	81 238 69%	2 850 3,5%	2 095 2,6%
2012 rok	obiekty ogółem	129 792	84 405 65%	2 607 3%	1 905 2,3%
2013 rok	obiekty ogółem	118 683	76 794 65%	560 0,7%	1 049 1,4%
2014 rok	obiekty ogółem	128 154	81 576 63%	511 0,4%	890 0,7%

3. Odpady medyczne

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. sprawowały nadzór sanitarny nad postępowaniem z odpadami medycznymi w ramach realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym kontroli warunków higieniczno-sanitarnych, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

W stanie prawnym obowiązującym w 2014 r. przy sprawowaniu nadzoru sanitarnego nad gospodarką odpadami medycznymi sprawdzeniu podlegało spełnienie warunków określonych w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w:

- ustawie z dnia 14 grudnia 2012 r. o *odpadach* (Dz. U. z 2013 r. poz. 21, z późn. zm.),
- rozporządzeniu z dnia 30 lipca 2010 r. Ministra Zdrowia w *sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* (Dz. U. Nr 139, poz. 940),
- ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2013 r., poz. 947, z późn. zm.).

Wyżej wymienione rozporządzenie Ministra Zdrowia w *sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* określa szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi, w tym

1. postępowanie z odpadami medycznymi powstałymi w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania;
2. zasady zbierania i czasowego magazynowania odpadów medycznych przed poddaniem odpadów procesowi unieszkodliwiania, a w przypadku braku takich możliwości – przed ich przetransportowaniem do miejsca unieszkodliwiania;
3. warunki transportu wewnętrznego odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, zwanego dalej „transportem wewnętrznym odpadów medycznych”.

Nadzór nad postępowaniem z odpadami medycznymi w obiektach, w których prowadzona była działalność lecznicza w zakresie kompetencji ustalonych w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. z 2011 r. Nr 212 poz. 1263, z późn. zm.) prowadziły wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. Kontrole objęły szpitale, ambulatoria i inne obiekty.

Prowadząc gospodarkę odpadami medycznymi w większości przypadków kontrolowane obiekty stosowały się do wymogów określonych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*. Nieprawidłowości w gospodarce odpadami to np. nieprawidłowe magazynowanie, przekroczony czas magazynowania odpadów medycznych.



NADZÓR NAD WARUNKAMI SANITARNO-HIGIENICZNYMI ŚRODOWISKA PRACY I CHEMIKALIAMİ

1. Wprowadzenie

Działalność kontrolna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie pionu higieny pracy realizowana była w 2014 roku przez wojewódzkie oraz powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne. W 2014 r. funkcjonowało 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, 318 stacji powiatowych oraz 9 stacji granicznych, z czego 7 stacji realizowało zagadnienia pionu higieny pracy.

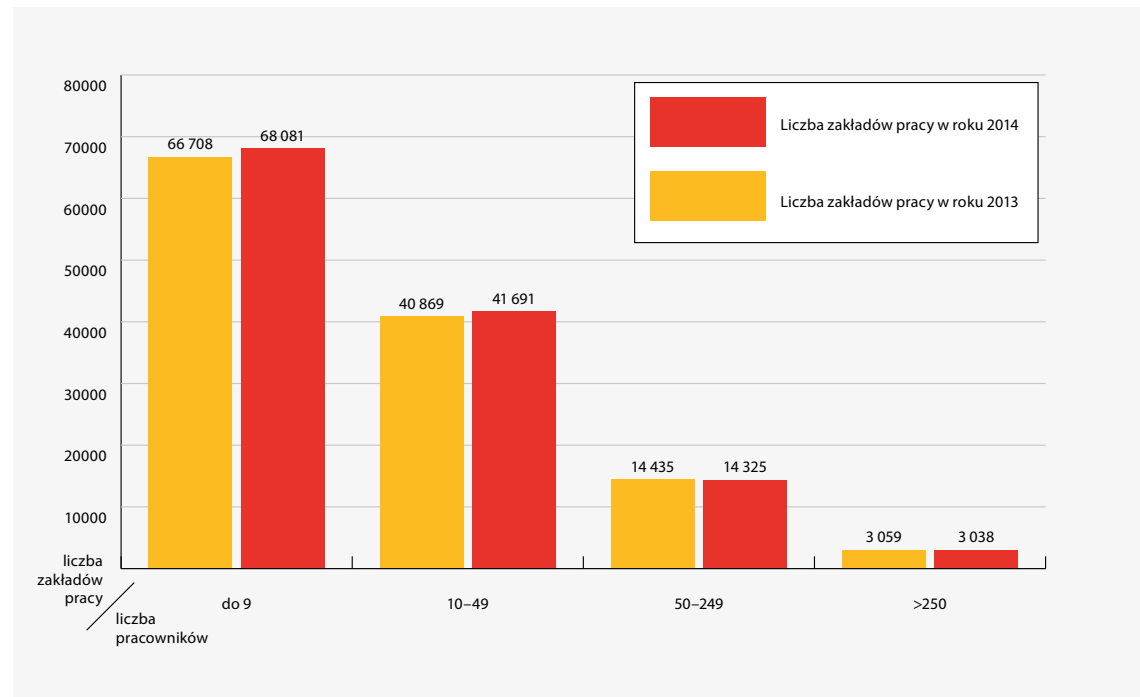
2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Kluczowe kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy określone były w *Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r.* Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2014 r. kontrolę przestrzegania przepisów m.in. z zakresu: bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich, występowania substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, a także oceny ryzyka zawodowego. Plan pracy obejmował zarówno programy wieloletnie, tj. ocenę przygotowania pracodawców pod kątem przestrzegania przepisów i zasad bhp podczas usuwania bądź zabezpieczania wyrobów zawierających azbest w ramach rządowego „Programu Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009–2032”, kontynuację programu dotyczącego sporządzenia oceny warunków pracy pracowników zatrudnionych w przemyśle drzewnym, jak również nowe zagadnienie – nadzór nad wypełnieniem przez pracodawców obowiązków wynikających z oceny ryzyka zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach produkujących artykuły spożywcze.

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. obejmował ewidencją 127 135 zakładów pracy (124 997 w roku 2013), zatrudniających ogółem 4 525 404 pracowników (w 2013 r. – 4 477 102), z czego największa liczba zatrudnionych to pracownicy wg. następującej klasyfikacji działalności:

- PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 441 003 zatrudnionych,
- PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – 351 478 zatrudnionych,
- PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 227 956 zatrudnionych,
- PKD 46 Handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi – 188 323 zatrudnionych,
- PKD 85 Edukacja – 179 464 zatrudnionych.

Wykres 24. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2013–2014 (wg liczby zatrudnionych pracowników)



Pracownicy pionu nadzoru higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2014 r. 60 835 kontrole u 46 686 pracodawców (w 2013 r. – 64 123 kontrole u 47 968 pracodawców), zatrudniających łącznie 2 280 685 pracowników. Nadzorem objętych zostało 36,7% zewidencjonowanych podmiotów (w 2013 r. – 38,4%).

Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – 27 219 kontrole w 5 786 obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w 19 488 obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami kategorii 2 i 3 – 1 981 kontrole, w tym m.in. w 524 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – 6 800 kontrole, w tym m.in. w 2 784 obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze,
- nadzór w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 3 373 kontrole w 2 922 obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – 13 225 kontrole w 11 849 obiektach.

Łącznie w 5 068 skontrolowanych badaniach zakładach pracy stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia. Przekroczenia NDS i NDN odnotowane w 2014 r. dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

- produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania (PKD 16) – w 785 zakładach,
- przetwórstwo przemysłowe (PKD 10) – w 551 zakładach,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) – w 549 zakładach,
- produkcja mebli (PKD 31) – w 436 zakładach.

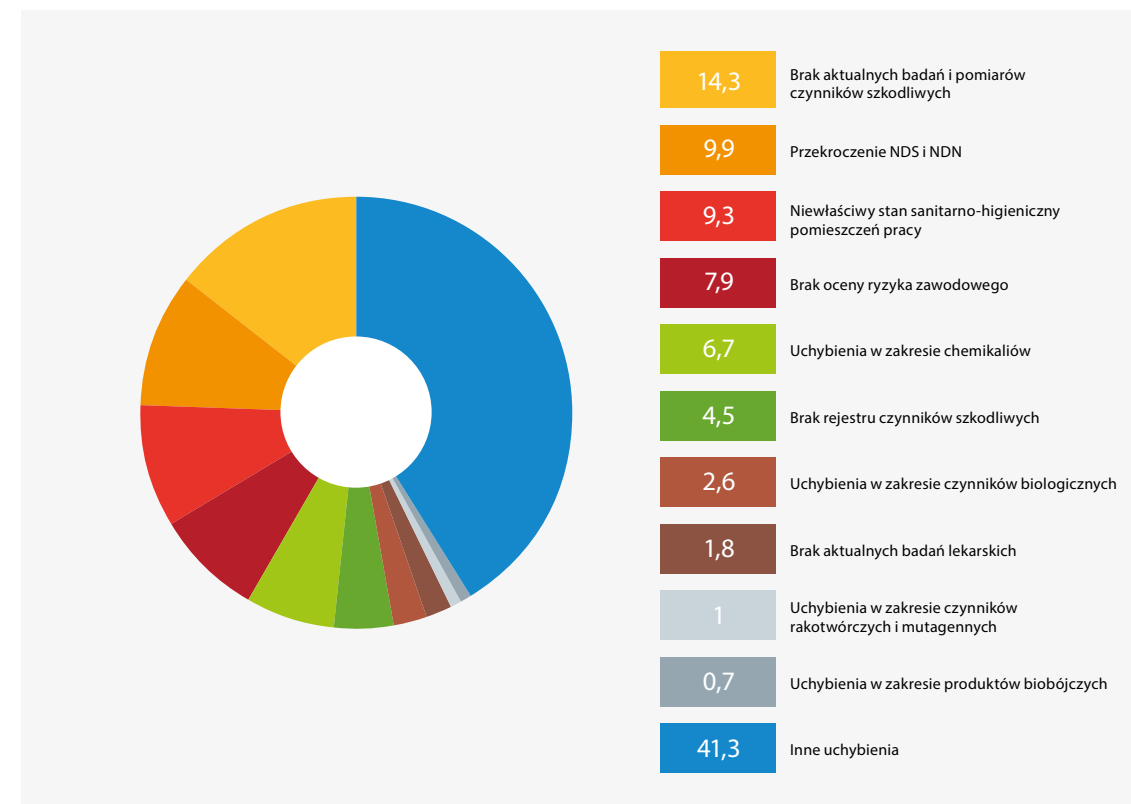
Specyfika procesów produkcyjnych zakładów, w których stwierdzono największą liczbę przekroczeń, sprawiła, że pracownicy ekspozowani byli na więcej niż jeden czynnik szkodliwy. Osoby zatrudnione przy produkcji metalowych wyrobów gotowych oraz produkcji wyrobów z drewna oraz korka, narażone były zarówno na pyły, jak i hałas. Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2014 r. zatrudnionych było 557 524 pracowników (w 2013 r. – 214 168), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – 116 713 pracowników,
- opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 112 975 pracowników,
- przetwórstwo przemysłowe – 55 369 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – 23 404 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 23 343 pracowników,
- przy produkcji mebli – 13 373 pracowników,
- przy produkcji metali – 12 995 pracowników.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, podobnie jak w latach ubiegłych, był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w 3 818 zakładach. Łączna liczba osób narażonych na jego oddziaływanie stanowiła 6,8% ogółu zatrudnionych w różnych gałęziach gospodarki.

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

Wykres 25. Najistotniejsze uchybienia w skontrolowanych zakładach – 2014 r.



Prowadzono postępowania administracyjno-egzekucyjne w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, w wyniku których wydanych zostało 15 785 decyzji administracyjnych, zawierających 45 634 nakazy m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – 10 354 nakazy,
- oceny ryzyka zawodowego – 5 652 nakazy,
- substancji chemicznych i ich mieszanin – 4 403 nakazy,
- produktów biobójczych – 281 nakazów,
- przekroczonych normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 2 026 nakazów,
- czynników biologicznych w środowisku pracy – 1 922 nakazy,



- substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 834 nakazy,
- detergentów – 91 nakazów,
- prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 – 17 nakazów,
- unieruchomienia stanowisk pracy – 18 nakazów,
- unieruchomienia zakładu – 3 nakazy,
- unieruchomienia oddziału zakładu – 1 nakaz.

W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w postępowaniu egzekucyjnym w 2014 r. wydane zostały 233 postanowienia o nałożeniu grzywny na łączną kwotę 235 734 PLN.

3. Choroby zawodowe

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

Postępowanie w sprawie chorób zawodowych w 2014 r. prowadzone było w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1367) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2013 r., poz. 1379).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. wpłynęło łącznie 5 115 podejrzeń o chorobę zawodową (w 2013 r. – 5 075). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 2 428 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 2 554 decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

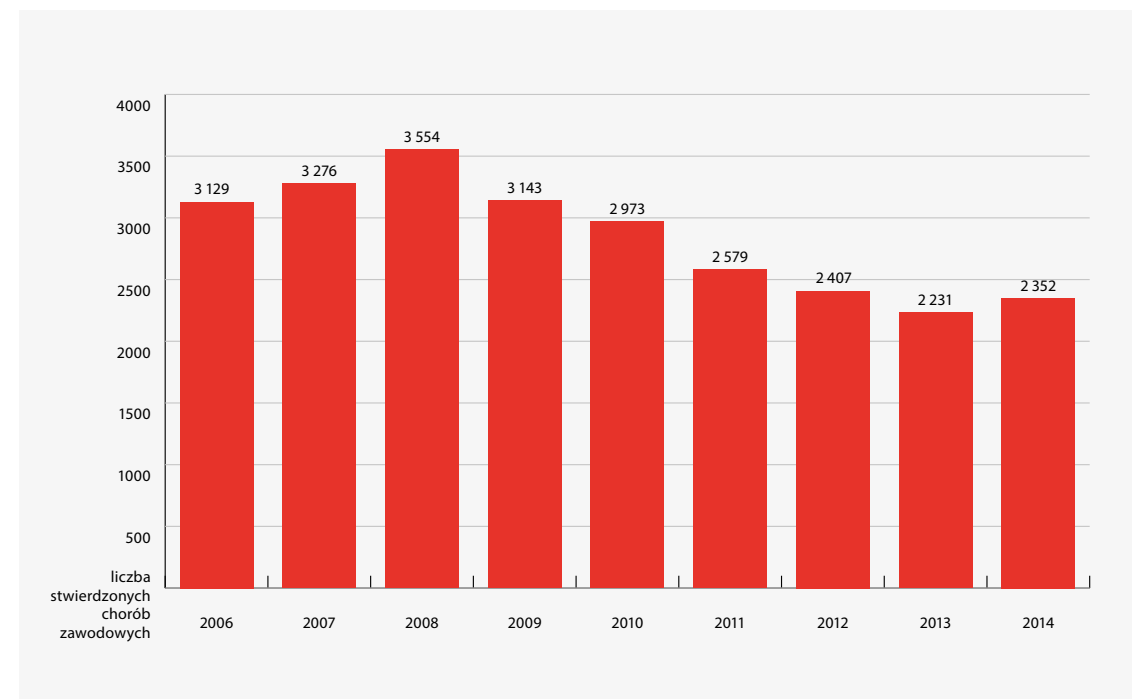
Łącznie w 2014 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono 2 352 choroby zawodowe, z czego w województwach: śląskim – 648, wielkopolskim – 214 oraz dolnośląskim – 195. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: łódzkim – 62 przypadki i opolskim – 14 przypadków.

Od decyzji wydanych przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych w przedmiocie chorób zawodowych do organu II instancji wpłynęło 534 odwołania. Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydali 532 decyzje, z czego 248 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Do Naczelnego Sądu Administracyjnego wniesiono 47 skarg kasacyjnych. Główny Inspektor Sanitarny wydał w 2014 roku w ramach postępowania odwoławczego 10 decyzji administracyjnych w przedmiocie chorób zawodowych, z czego 5 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

W 2014 r. dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze (646 przypadków) następnie pylica płuc (610 przypadków). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym rozpoznano schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (270 przypadków).

Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie 170 przypadków klasyfikują się na miejscu czwartym. Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszącym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1,2 i 3 kHz znalazł się na piątym miejscu i wystąpił w liczbie 166 przypadków.

Wykres 26. Występowanie chorób zawodowych w latach 2006–2014.

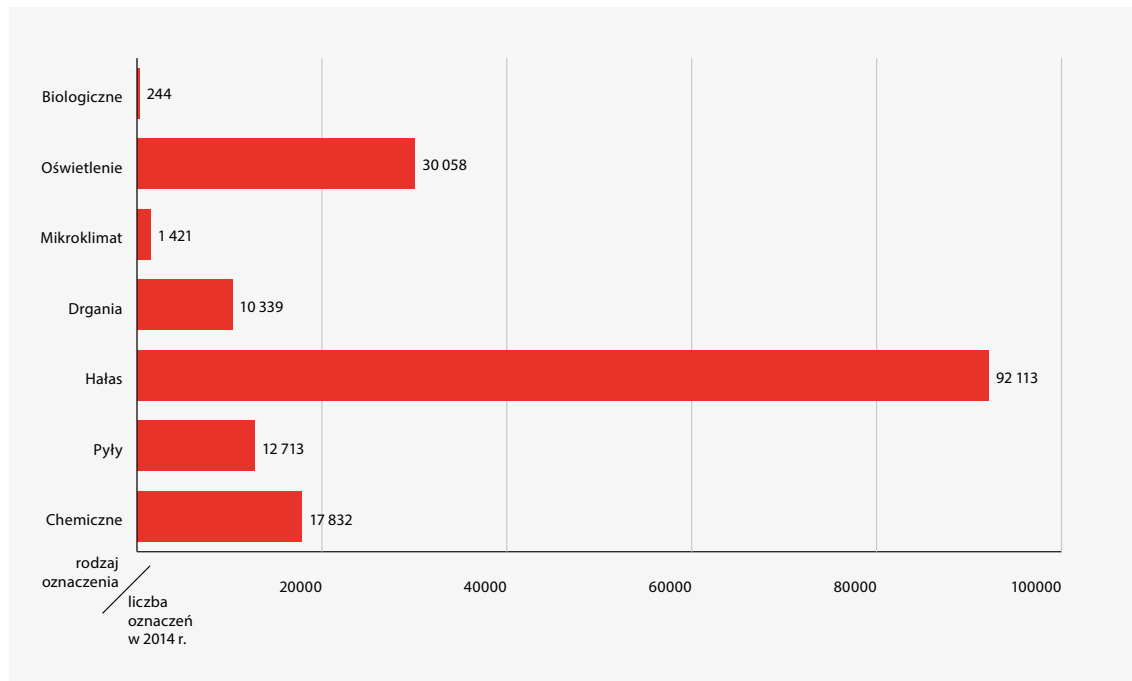


Szczegółowe dane dotyczące stwierdzonych chorób zawodowych opracowywane są przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w ramach Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych i opracowywanie analiz kształtowania się zapadalności na te choroby. Rejestr jest tworzony na podstawie kart stwierdzenia chorób zawodowych przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, 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 w 2014 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 133 949 – oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na 34 117 stanowiskach pracy, w 2013 r. – 181 990 oznaczeń odpowiednio na 76 994 stanowiskach pracy.

Wykres 27. Oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych w 2014 r.



Laboratoria środowiska pracy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych mają wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadają certyfikaty akredytacji na określone badania i pomiary czynników szkodliwych. W 2014 r. bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzenie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy, oprócz laboratoriów funkcjonujących w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych, dysponowało także 57 jednostek PIS szczebla powiatowego.

5. Podsumowanie

Liczba zakładów pracy objętych ewidencją pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. zwiększyła się w stosunku do 2013 r. o 2 138 obiektów. W wyniku działalności kontrolnej pionu higieny pracy w 2014 roku przeprowadzono 60 835 kontrole w zakładach pracy zatrudniających 2 280 685 pracowników. Konsekwencją przeprowadzonych działań kontrolnych było wydanie 15 785 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych.

Największy odsetek uchybień w skontrolowanych zakładach stanowił brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 14,3% (w 2013 r. – 14,6%). Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono w 4 608 skontrolowanych zakładach pracy.

W 2014 r. w zakresie nadzoru nad chemikaliami stwierdzono w porównaniu z rokiem poprzednim objętym sprawozdawczością spadek liczby kontroli, szczególnie w obszarze substancji chemicznych i ich mieszanin (o 1 031 kontroli), natomiast w zakresie produktów biobójczych nastąpił wzrost (o 208 kontroli). Na podobnym poziomie w porównaniu z 2013 r. utrzymane były kontrole związane z nadzorem nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3.

W porównaniu z rokiem 2013 odnotowano zwiększenie liczby stwierdzonych chorób zawodowych – o 121 przypadków, z czego największy spadek nastąpił w grupie chorób zakaźnych – o 56 przypadków.

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





HIGIENA RADIACYJNA

1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2014 r. prowadziła działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które funkcjonowały w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

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

- w jednostkach opieki zdrowotnej stosujących urządzenia radiologiczne na podstawie zezwoleń wymienionych w art. 5 ust. 4 ustawy Prawo atomowe (Dz. U. z 2014r. poz. 1512),
- w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz.

Zadania pionu higieny radiacyjnej:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa,
- wykonywanie pomiarów dozymetrycznych wokół źródeł promieniowania jonizującego i źródeł pól elektromagnetycznych oraz ocenę warunków pracy,
- prowadzenie postępowania administracyjnego (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości,
- ocena wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne,
- kontrola przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-lecznym, w tym prowadzenie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów nowopowstających lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- prowadzenie procesu nadawania uprawnień inspektorów ochrony radiologicznej (odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich),
- wykonywanie pomiarów zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz.
- prowadzenie działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.

2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2014 roku zewidencjonowano 13952 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w których było zatrudnionych ponad 37 500 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

Według danych z 2014 roku, wśród osób objętych kontrolą dawek indywidualnych zanotowano 1 przypadek przekroczenia limitu dawki granicznej. W wyniku przeprowadzonej kontroli tematycznej stwierdzono, że błona dozymetryczna została przez pracownika szpitala nieświadomie pozostawiona w miejscu występowania promieniowania na sali operacyjnej. Zalecone dodatkowo badania lekarskie u wymienionego wyżej pracownika nie wykazały przeciwwskazań do pracy w promieniowaniu rtg.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej przeprowadzono 4 508 kontroli pracowni i zakładów oraz wydano 277 decyzji administracyjnych i zaleceń pokontrolnych dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

Ponadto, przed wydaniem zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz na uruchomienie pracowni RTG (w roku 2014 wydano 2719 zezwoleń na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz 1 563 zezwolenia na uruchomienie pracowni) ocenie w zakresie ochrony radiologicznej poddawane są projekty osłon stałych, w których uwzględnia się planowane stanowiska pracy. Przy ocenie bierze się pod uwagę wartości dawek granicznych. Takie postępowanie przyczynia się do minimalizowania narażenia pracowników na kontakt z promieniowaniem jonizującym.

Zgodnie z ustawą Prawo atomowe oraz zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. poz. 1534), w roku 2014 Główny Inspektor Sanitarny powołał 55 komisji egzaminacyjnych; w wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano 895 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

3. Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29.11.2000r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2014r. poz. 1512) i przepisy wykonawcze. Przepisy wykonawcze określają w jaki sposób powinien być zorganizowany system ochrony radiologicznej personelu medycznego realizującego medyczne procedury radiologiczne, pacjentów poddawanych tym procedurom oraz populacji narażonej na promieniowanie jonizujące w związku z wykonywaniem procedur radiologicznych.

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez:

- wykonanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury RTG – w 2014 r. inspekcja sanitarna wykonała blisko 658 testów jakości aparatów rentgenowskich,
- sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury RTG.

Kontynuowano wydawanie zgód, o których mowa w art. 33d i 33e ustawy Prawo atomowe, tj. na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych. W 2014 r. wydano 174 zgody, w tym: 115 z zakresu rentgenodiagnostyki, 3 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych, 3 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radiofarmaceutycznych, 41 z zakresu radiologii zabiegowej oraz 12 z zakresu radioterapii onkologicznej.

4. Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

Dane z 2014 r. z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi 0 Hz – 300 GHz w środowisku pracy przedstawiają się następująco:

- w roku 2014 skontrolowano 812 zakładów pracy na 5 852 będących w ewidencji;
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 35 443.

Skontrolowano 630 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na 2481 będących w ewidencji, 139 podmiotów na 613 w przemyśle oraz 33 podmioty na 2676 w radiokomunikacji i łączności. Łącznie skontrolowano 3 905 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach wynosiła 58 494 osoby z czego:

- w ochronie zdrowia 44 345 osób,
- w przemyśle 8 628 osób,
- w radiokomunikacji i łączności 4 637 osób.

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

Wskaźnik ekspozycji $W > 1$ w 2014 r. dotyczył 175 osób, co oznacza, że osoby te podlegały ekspozycji niedopuszczalnej. W szczególności dotyczyło to 157 osób zatrudnionych w ochronie zdrowia (z czego 138 pracujących przy aparatach do elektrochirurgii) oraz 3 osób w przemyśle (pracujących przy zgrzewarkach). W takich sytuacjach nakazano dostosowanie warunków pracy, aby były one zgodne z obowiązującymi przepisami, poprzez:

- dopasowanie rzeczywistego czasu pracy pracowników do czasu dopuszczalnego,
- stosowanie rotacji pracowników,
- stosowanie rozwiązań organizacyjnych polegających na odsunięciu stanowisk pracy od źródeł pól elektromagnetycznych.

Dla 8 065 osób wskaźnik ekspozycji W zawierał się w przedziale 0,5–1, w tym było 6 175 pracowników działalności leczniczej.

Dla pozostałych osób pracujących z urządzeniami, będącymi źródłami PEM wskaźnik W nie przekraczał wartości 0,5.

5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych

Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne w strukturze organizacyjnej posiadają tzw. Podstawowe Placówki Pomiarów Skażeń Promieniotwórczych prowadzące pomiary zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz.

W roku 2014 w placówkach tych wykonano łącznie 1 198 oznaczeń Cs – 137, 39 oznaczeń Sr – 90 oraz 202 inne oznaczenia, m.in. aktywności K – 40, aktywności globalnej beta w opadzie atmosferycznym, pomiaru mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu.

Ponadto w ramach Systemu Bezpieczeństwa Żywności prowadzony był monitoring produktów żywnościowych, w ramach którego wykonano 71 oznaczeń Cs – 137 metodą radiochemiczną oraz 220 oznaczeń Cs – 137 metodą spektrometryczną. Otrzymane wyniki były wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

6. Podsumowanie

Na podstawie danych z działalności nadzorczej Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny radiacyjnej należy stwierdzić, iż podobnie jak w latach ubiegłych, nie zanotowano przypadków nadmiernego zagrożenia zdrowia osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania jonizującego oraz urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne.





NADZÓR ORGANÓW PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ NAD BEZPIECZEŃSTWEM SUPLEMENTÓW DIETY W 2014 R.

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

1. Zakres nadzoru sanitarnego

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje co najmniej 157 wytwórni oraz 536 hurtowni suplementów diety. Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) miały 134 wytwórnie suplementów diety oraz 348 hurtowni. System HACCP wdrożono w 129 zakładach produkcyjnych oraz 193 hurtowniach suplementów diety.

W 2014 r. właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- 129 obiektów, tj. 82,16% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju
- 274 obiekty obrotu hurtowego, tj. 51,11%.

Kontrolowane obiekty oceniono również na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego.

Wśród wytwórców dokonano oceny w 99 obiektach kontrolowanych – 63,05% obiektów ogółem, natomiast w przypadku hurtowni, ocenie kompleksowej poddano 86 obiektów – tj. 16,04% obiektów hurtowych ogółem. Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny wykazały 1 niezgodny obiekt obrotu hurtowego. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w 2014 r. we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety sięgnęła liczby 836, w tym 166 kontroli interwencyjnych.

W następstwie przeprowadzonych czynności kontrolnych, właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 86 decyzji administracyjnych, w tym 33 decyzje skierowano do wytwórców suplementów diety a 53 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 22 decyzje zakazujące wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

2. Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2014 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 2 699 suplementów diety, w tym 199 produktów pochodziło z państw trzecich, 383 z krajów członkowskich UE oraz 2 117 produkcji krajowej. Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia tabela 15.

Tabela 15. Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2014 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import (spoza UE)	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne (w tym <i>Salmonella</i> i <i>Listeria</i>)	665	29	69	567
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	223	20	24	179
3	Dozwolone do stosowania w żywności substancje dodatkowe	406	4	63	339
4	Znakowanie	1969	143	295	1531
5	Właściwości organoleptyczne	1238	55	139	1044
6	Inne parametry	700	76	91	533

Największy odsetek prób zdyskwalifikowanych stwierdzono w przypadku oceny znakowania. Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 153 przypadkach badanych próbek (35 spoza UE, 38 z krajów UE, 80 produktów krajowych). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie prób produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 16.

Tabela 16. Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zakwestionowane.

Rok	Suplementy diety		W tym					
			krajowe		W tym importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2014	2 699	6,18%	2 117	7,84%	199	7,37%	382	14,19%

Ponadto z uwagi na realne zagrożenie dla zdrowia publicznego, spowodowane potencjalną obecnością na rynku spożywczych sfałszowanych suplementów diety, bądź też zawierających nieautoryzowane/niedozwolone składniki, w 2014 r. Główny Inspektor Sanitarny rozpoczął realizację pilotażowego projektu pn.: Monitoring jakościowo-ilościowy potencjalnie niebezpiecznych środków spożywczych, w tym suplementów diety oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Powyższym monitoringiem objęte zostały dwie grupy środków spożywczych wprowadzonych do obrotu na terytorium RP tj. suplementy diety wspomagające potencję oraz suplementy diety wspomagające odchudzanie.

W ramach powyższego zadania zostały wykonane badania laboratoryjne, wskazanych powyżej dwóch grup suplementów diety, w kierunku identyfikacji niedeklarowanych aktywnych farmakologicznie substancji (sildenafilu, tadalafilu, wardenafilu, sibutraminy i ich analogów strukturalnych oraz innych niedeklarowanych substancji, np. pochodzenia naturalnego). Badanie obejmujące analizę 143 produktów zostało zlecone Narodowemu Instytutowi Leków. Probki na powyższe badanie zostały pobrane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i przekazane do NIL. Badania były finansowane przez Główny Inspektorat Sanitarny.

Z powyższej ilości jedynie 3 próbki nie spełniały wymagań dla suplementów diety, ze względu na wykrycie niedeklarowanych substancji:

- 1 próbka – stwierdzono obecność ikaryny i innych substancji pochodzących z rośliny *Epimedium* – niedozwolonej do stosowania w żywności;
- 2 próbka – stwierdzono obecność wielu substancji zbliżonych strukturalnie do amfetaminy (dwie z tych substancji występują na Liście Substancji Zabronionych z 2014 r. Światowego Kodeksu Antydopingowego);
- 3 próbka – stwierdzono obecność dimetylosildenafilu i dimetylotiosildenafilu – analogi strukturalne sildenafilu – substancji farmaceutycznej o potwierdzonej aktywności farmakologicznej (występującej np. w Viagrze).

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza ustawowym obowiązkiem sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad przedsiębiorcami uczestniczącymi na rynku produktów spożywczych współpracują z innymi Państwami Członkowskimi w Systemie Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF). W 2014 r. powiadomieniami alarmowymi, stanowiącymi potencjalne zagrożenie dla zdrowia konsumentów, objęto przypadki zastosowania w suplementach diety niedeklarowanych substancji o działaniu farmakologicznym lub nieautoryzowanych substancji.





NADZÓR ORGANÓW PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ NAD BEZPIECZEŃSTWEM ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO

1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2014 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 21 wytwórni środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, czyli wszystkie wytwórnie tego rodzaju środków spożywczych objęte rejestrem przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego zostało ocenionych 20 spośród wszystkich wytwórni. W żadnej z nich nie wykazano niezgodności.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej (GHP/GMP) oraz wdrożony system HACCP stwierdzono w 21 skontrolowanych obiektach.

Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 101, w tym 21 kontroli interwencyjnych.

W roku 2014 w odniesieniu do wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wydano 10 decyzji administracyjnych, w tym 2 zakazujące wprowadzania produktu do obrotu.

Ponadto z ww. wytwórni pobrano 203 próbki środków spożywczych, z czego żadna nie została zdyskwalifikowana.

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

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

2. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

W 2014 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 5841 próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Kierunki badań oraz liczba próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego zostały przedstawione w tabeli 17.

Spośród wszystkich 5841 przebadanych próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, największy odsetek (76%) stanowiły próby produktów krajowych – 4461 próbki. Zbadano 1279 próbek produktów z Unii Europejskiej (UE) (co stanowiło 22% wszystkich badanych próbek) oraz 101 próbek produktów z importu spoza UE (2% wszystkich zbadanych próbek).



Tabela 17. Zakres badań próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego przeprowadzonych w 2014 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import (spoza UE)	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3064	31	791	2242
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	481	14	100	367
3	Pozostałości pestycydów	170	1	26	143
4	Mikotoksyny	571	23	66	482
5	Zanieczyszczenia azotanami	350	1	34	315
6	Substancje dodatkowe dozwolone	206	2	58	146
7	Obecność GMO	34	0	12	22
8	Znakowanie	3701	63	783	2855
9	Organoleptycznie	3406	60	791	2555
10	Zanieczyszczenia biologiczne	20	0	6	14
11	Zanieczyszczenia fizyczne	29	0	19	10
12	Inne parametry	596	12	153	431

Ogółem zdyskwalifikowano 136 prób produktów, co stanowi 2,3% wszystkich badanych próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Wśród zdyskwalifikowanych próbek, 21 z nich pochodziło z importu, 94 było próbkami produktów krajowych, natomiast 21 pochodziło z UE. Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 18. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – próbki zakwestionowane.

Rok	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego razem		W tym					
			krajowe		W tym importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2014	5 841	2,33%	4 461	2,11%	109	20,79%	1 279	1,64%

Najwięcej – 127 prób produktów – co stanowi 93% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie. 3 próbki zdyskwalifikowano z powodu właściwości organoleptycznych, 2 próbki ze względu na substancje dodatkowe dozwolone, pojedynczą próbkę zakwestionowano z powodu zanieczyszczeń fizycznych oraz 6 próbek z powodu innych parametrów.



dopalaczom

dopalacze mogą cię wypalić

DZIAŁANIA PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W OBSZARZE ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH W 2014 R.

1. Wprowadzenie

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania w celu ochrony zdrowia ludzkiego, począwszy od października 2010 r. również w obszarze przeciwdziałania zagrożeniom życia lub zdrowia stwarzanym przez „dopalacze” – środki zastępcze.

Wskutek decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 2 października 2010 r. udowodniono, że w skład „dopalaczy” wchodzi nowe substancje psychoaktywne – zmieniono przekonanie o braku ich szkodliwości, które było powszechne.

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie walki z „dopalaczami”, zapoczątkowane w dniu 2 października 2010 r. są kontynuowane na podstawie ustawy z dnia 8 października 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1396), w której postanowiono, że zakazane jest wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych. Kara za złamanie zakazu została ustalona na poziomie od 20 tys. do 1 mln zł.

„Dopalacze” są produktami o nieznanym składzie chemicznym. Skład chemiczny zakwestionowanego produktu a zatem identyfikacja środka zastępczego, o którym mowa w art. 4 w pkt. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124), następuje w toku działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Używanie nowych substancji psychoaktywnych (NPS), zdefiniowanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii jako środki zastępcze, powszechnie nazwanych w Polsce „dopalaczami” a w innych krajach m.in. *legal highs* lub *designer drugs, bath salts, herbal highs, spice, research chemicals*, stanowi poważane zagrożenie dla zdrowia publicznego.

„Dopalacze” definiuje także Narodowy Instytut Leków (NIL) stwierdzając, że „dopalacze stymulują obszar mózgu, odpowiedzialny za układ wynagradzania, powodując silne wydzielanie dopaminy. Najbardziej niebezpieczne w ich działaniu jest to, że w bardzo silny sposób „wdrukowują” w mózg uczucie euforii i radości, uszkadzają także większość narządów mięszkowych i szpik kostny. Dopalacze stanowią ogromne zagrożenie dla zdrowia publicznego, w tym szczególnie dla dzieci i młodzieży.”. Główne niebezpieczeństwa związane z „dopalaczami” NIL formułuje w sposób następujący :

1. **Niejednorodność** – te same dopalacze potrafią mieć odmienny skład chemiczny.
2. **Zatrucie organizmu nieznaną substancją chemiczną** – produkcja odbywa się w nieodpowiednich warunkach, w badanych próbkach znajduje się wiele zanieczyszczeń i półproduktów.
3. **Niebezpieczne efekty uboczne** – do produkcji dopalaczy stosowane są: kwas solny, benzyna, aceton, fosfor i niezliczone inne szkodliwe substancje.
4. **Nieokreślona dawka** – stężenie substancji powodujących efekt narkotyczny może być wielokrotnie wyższe niż w klasycznych narkotykach, co ułatwia przedawkowanie.

- Długotrwałe zniszczenia w organizmie** – przyjmowanie toksyn nie jest zdrowe, nawet jednorazowo – odkładają się one w ciele i mogą powodować nieprzyjemne dolegliwości i choroby.
- Bolesna śmierć**, nawet po zażyciu jednej tabletki.

„Dopalacze” wywierają toksyczne działania nie tylko na ośrodkowy układ nerwowy ale również na układ sercowo naczyniowy, przewód pokarmowy, nerki i mięśnie szkieletowe, mogą wywołać ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne. Skład jakościowy i ilościowy „dopalacza” jest zmienny, co zwiększa ryzyko działań toksycznych.

W odniesieniu do zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych ma zastosowanie ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz.267 z późn. zm), w odróżnieniu od środków odurzających i substancji psychotropowych, do których mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 88, poz. 555, z późn.zm.). Posiadane bez uprawnień wymienione substancje podlegają zabezpieczeniu przez organy ścigania lub organy celne.

2. Sytuacja epidemiologiczna

Z danych przekazanych przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie Toksykologii Klinicznej w 2014 r. liczba zgłoszeń interwencji medycznych w przypadkach zatruc „dopalaczami” wyniosła 2424, w tym zgłoszono 7 zgonów prawdopodobnie spowodowanych użyciem nowych substancji psychoaktywnych. Najwięcej przypadków zatruc wystąpiło na terenie województw: łódzkiego (685), śląskiego (505), wielkopolskiego (271), (uwzględniając dane w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców), warmińsko-mazurskiego oraz kujawsko-pomorskiego. Województwo łódzkie charakteryzuje nadreprezentatywność, gdzie liczba interwencji medycznych obejmuje 27,3% wszystkich zatruc w Polsce i 4. krotnie przewyższa średnią krajową. Z przedstawionych danych wynika, że w grudniu 2014 r. liczba zatruc przekroczyła poziom, jaki odnotowano w szczytowym momencie funkcjonowania sklepów z „dopalaczami” w Polsce w 2010 r. Od 2013 r., zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia, w identyfikacji pacjentów w kierunku substancji psychoaktywnych biorą udział lekarze specjaliści m.in. pediatrzy, interniści, lekarze rodzinni oraz lekarze toksykolodzy w ośrodkach ostrych zatruc jak również w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Porównywanie tych danych w stosunku do 2010 r. nie jest w pełni uzasadnione, ponieważ od 2013 r. zwiększona została czułość systemu zgłaszania przypadków zatruc „dopalaczami”.

Należy podkreślić, że w 2014 r. sytuacja w zakresie zatruc uległa pogorszeniu.

Opisywaną sytuację obrazuje poniższy wykres i ujęcie tabelaryczne.

Wykres 28. Liczba przypadków zatruc w latach 2010–2014.

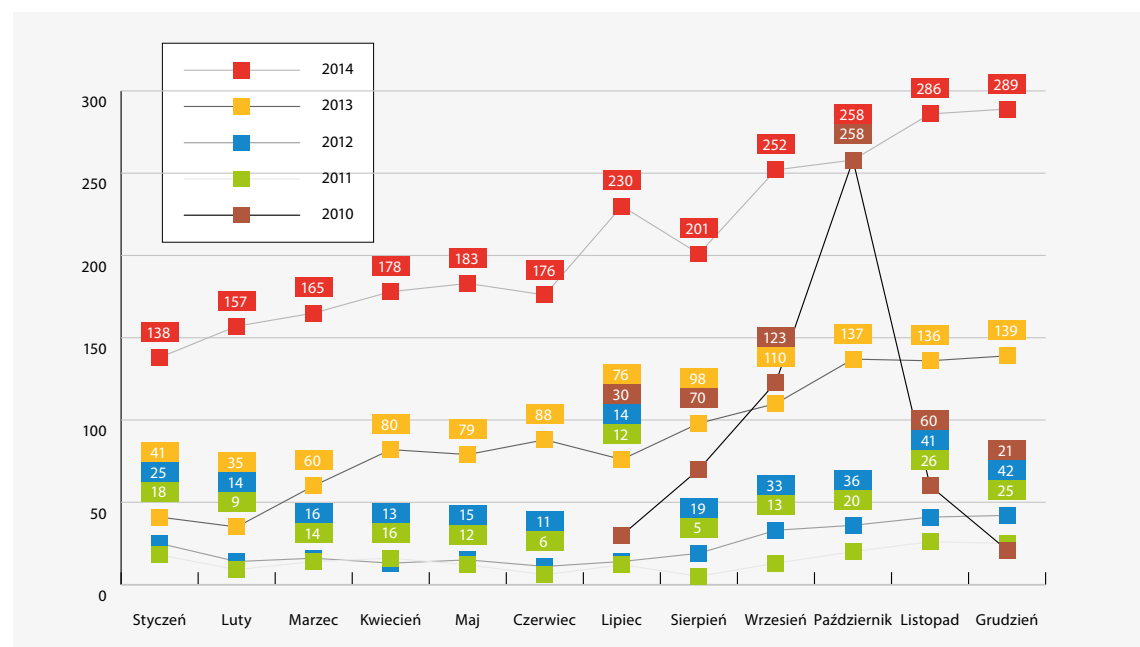


Tabela 19. Zatrucia „dopalaczami” w województwach.

Województwo	Liczba zatruc	Zatrucia w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	194	6,65
Kujawsko-Pomorskie	207	9,87
Lubelskie	36	1,66
Lubuskie	39	3,81
Łódzkie	685	27,13
Małopolskie	36	1,07
Mazowieckie	102	1,92
Opolskie	12	1,18
Podkarpackie	52	2,44
Podlaskie	22	1,83
Pomorskie	73	3,18
Śląskie	505	10,94
Świętokrzyskie	25	1,96
Warmińsko-Mazurskie	141	9,71
Wielkopolskie	271	7,82
Zachodniopomorskie	24	1,39
Podsumowanie	2424	6,29

3. Egzekwowanie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych

Główny Inspektor Sanitarny koordynuje działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz współpracuje z innymi organami m.in. na podstawie Porozumienia z dnia 16 października 2011 r. zawartego pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Szefem Służby Celnej, Komendantem Głównym Policji, Głównym Inspektorem Farmaceutycznym.

Główny Inspektor Sanitarny jest organem wiodącym w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze środków zastępczych.

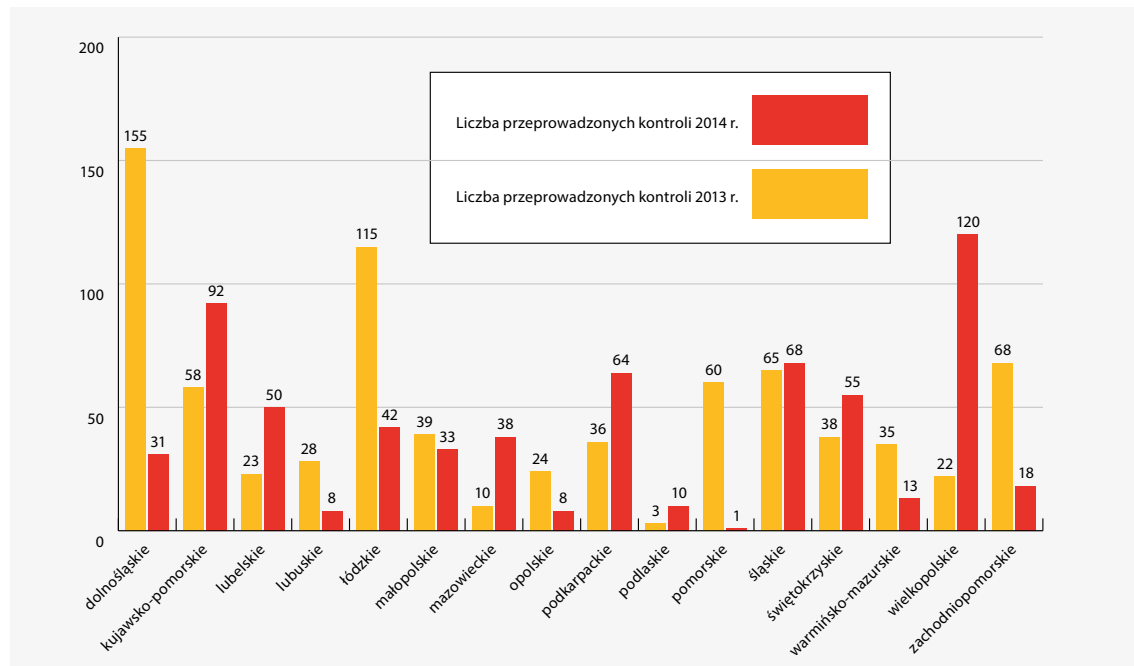
W 2014 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej złożyły 79 zawiadomień do organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa dotyczącego stwarzania zagrożenia dla życia lub zdrowia ludzi w tym Główny Inspektor Sanitarny w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa poprzez sprzedaż oraz reklamę w Internecie środków zastępczych.

W 2014 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili 651 kontroli, wydanych zostało 352 decyzji na podstawie art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczących zakwestionowania produktów. Zabezpieczono łącznie 52 714 sztuk produktów i jednocześnie pobrano 1 630 próbek do badań laboratoryjnych.

W ramach prowadzonych postępowań na podmioty wprowadzające do obrotu środki zastępcze zostały nałożone kary pieniężne w łącznej wysokości 14 007 100 zł. W latach 2013–2014 przeprowadzono 1 430 kontroli, w których ujawniono 338 podmiotów oferujących w sprzedaży środki zastępcze oraz nałożono kary w wysokości 24 433 470 zł. W 2014 r. w porównaniu do 2013 r. wzrosła skuteczność podejmowanych działań, mimo mniejszej liczby kontroli zabezpieczono prawie dwa razy więcej produktów oraz wydano więcej decyzji zakazujących obrotu środkami zastępczymi.

Działania w poszczególnych województwach przedstawiają poniższe wykresy:

Wykres 29. Liczba przeprowadzonych kontroli w 2013 r. oraz 2014 r.

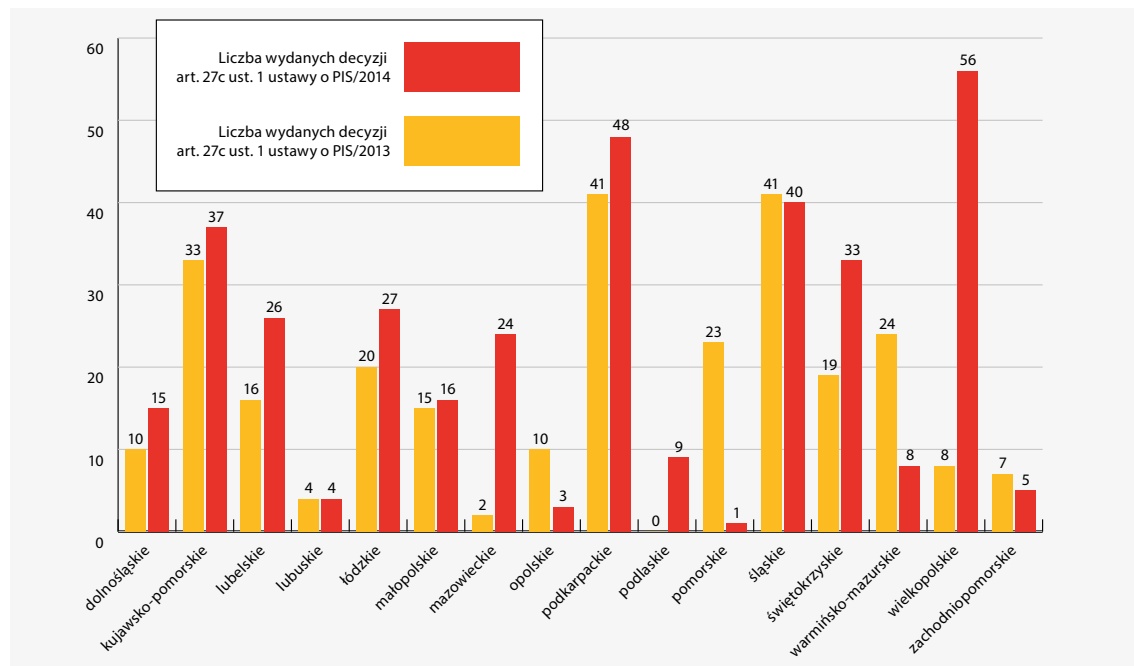


Wyraźny wzrost liczby kontroli w województwie wielkopolskim spowodowany jest pojawieniem się wielu nowych punktów sprzedaży.

Zauważalny jest spadek częstotliwości kontroli m.in. w województwach dolnośląskim, łódzkim, pomorskim oraz zachodniopomorskim. W przypadku województwa dolnośląskiego oraz zachodniopomorskiego w 2013 r. kontrole były prowadzone w celu rozpoznania rynku i stąd przeprowadzono ich więcej niż w roku 2014.

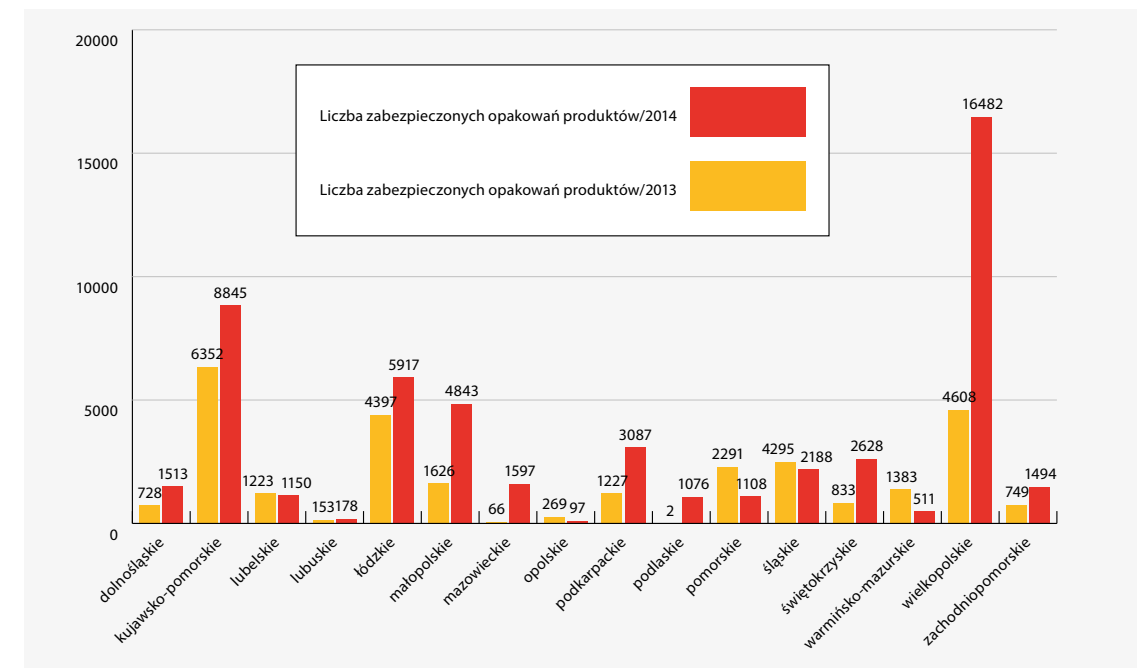
W województwie pomorskim doszło do zamknięcia punktów stacjonarnych oferujących środki zastępcze, stąd w 2014 r. największym problemem na tym terenie było wprowadzanie „dopalaczy”, „z ręki do ręki” oraz sprzedaż internetowa.

Wykres 30. Liczba decyzji wydanych w 2013 r. oraz 2014 r.



Liczba wydawanych decyzji wyraźnie wzrosła w województwach wielkopolskim oraz mazowieckim, co wiąże się z intensyfikacją działań z powodu pojawienia się nowych punktów sprzedaży. W województwach tych zauważalny jest wzrost liczby zabezpieczanych produktów.

Wykres 31. Liczba zabezpieczonych produktów w 2013 r. oraz 2014 r.



4. Działania profilaktyczne

Wśród działań podejmowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, należy wymienić działania o charakterze edukacyjno-informacyjnym, tj. np. kampania „Stop dopalaczom” z użyciem mobilnych punktów edukacyjnych, m.in. na Przystanku Woodstock, informacje o charakterze edukacyjno-informacyjnym umieszczone na stronach internetowych, wywiady tematyczne dla lokalnych mediów, konferencje, szkolenia, narady, warsztaty, festyny, spektakle organizowane we współpracy między innymi z Policją, strażą miejską, Służbą Celną, Strażą Graniczną, kuratoriami oświaty, starostwami powiatowymi, organizacjami pozarządowymi. Prowadzone były także kampanie m.in. podczas dożynek, konferencji naukowych, festiwali muzycznych itp.



Pracownicy Powiatowych Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych w ramach szeroko prowadzonej profilaktyki informowali o szkodliwości „dopalaczy” osoby przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i w zakładach karnych.

Działania profilaktyczne skierowano szczególnie do potencjalnych nabywców środków zastępczych (tj. głównie do dzieci i młodzieży), a także do rodziców, nauczycieli czy przedstawicieli władz samorządowych.

Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi, jak również stacje sanitarно-epidemiologiczne przygotowały i dystrybuowały materiały związane z profilaktyką, m.in. ulotki, plakaty jak również przeprowadzono szereg kampanii w mediach oraz podczas różnego typu zgromadzeń publicznych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ciągu ostatnich dwóch lat przeprowadziła na terenie całego kraju kilka tysięcy akcji profilaktycznych. W ramach tych działań odbyły się m.in. prelekcje w szkołach, w których nie tylko uczestniczyli uczniowie ale również nauczyciele i rodzice, w sumie kilkaset tysięcy osób.

Tabela 20. Działania profilaktyczne w obszarze środków zastępczych w latach 2013–2014 z podziałem na województwa.

Województwo	liczba uczestników	
	2013 r.	2014 r.
Dolnośląskie	67 000	90 000
Kujawsko-Pomorskie	97 827	101 476
Lubelskie	767	3 561
Lubuskie	14 571	15 051
Łódzkie	7 885	111 103
Małopolskie	14 600	10 677
Mazowieckie	81 186	53 164
Opolskie	8 373	8 307
Podkarpackie	6 086	4 043
Podlaskie	29 849	12 239
Pomorskie	121 294	20 047
Śląskie	37 051	31 235
Świętokrzyskie	16 655	18 283
Warmińsko-Mazurskie	9 290	11 265
Wielkopolskie	45 979	33 973
Zachodniopomorskie	6 931	25 149
Podsumowanie	565 344	549 575

5. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2014 r. w produktach zabezpieczonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ich charakterystyka

W 2014 r., podobnie jak w latach poprzednich, do najczęściej zidentyfikowanych środków zastępczych należały: UR-144, pentedron, 3-MMC, 5-FUR-144, α-PVP, AM-2201, ETKATYNON. Powyższe substancje zaliczane są do grupy syntetycznych kannabinoidów oraz katynonów.

Kannabinoidy to grupa substancji obejmująca zarówno związki naturalnie występujące w konopiach siewnych (*Cannabis sativa*), a także ich syntetyczne analogi lub metabolity, które są pochodnymi dibenzopirenu lub monoterpenoidów. Kannabinoidy to grupa związków chemicznych, oddziałujących na receptory kannabinoidowe zawarte w mózgu, działające podobnie do delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), głównego składnika aktywnego konopi indyjskich. Charakteryzują się działaniem halucynogennym, uspokajającym oraz depresyjnym.

Katynon jest głównym alkaloidem khatu czyli czuwalicki ja-dalnej (tradycyjnie popularny środek roślinny w krajach afrykańskich). Katynony stanowią podklasę fenyloetyloamin (beta-keto analogi). Katynony wywierają działanie stymulujące.

Tabela 21. Wykaz nowych substancji psychoaktywnych zidentyfikowanych w produktach zakwestionowanych w 2014 r. przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z podziałem na grupy.

Lp	Związki chemiczne wykryte w produktach w 2014 r.
Syntetyczne Kannabinoidy	
1	UR-144 (TMCP-018, KM-X1, MN-001, YX-17)
2	5-FUR-144 (XLR-11)
3	AM-2201
4	AB-FUBINACA
5	AB-PINACA
6	5-fluoro-AKB-48 (5F-APINACA; APINACA 5-Fluoropentyl)
7	AB-CHMINACA
8	A-834,735
9	MAM-2201
Pochodne Katynonu	
1	3-MMC
2	PENTEDRON
3	α-PVP
4	ETKATYNON
5	MDPBP
6	BUFEDRON
7	4-MEC ¹
8	BREFEDRON (4-BMC)
9	3,4-DMMC
10	MPPP
11	α-PBP
12	ETYLON
13	EUTYLON
14	4-bromometylokatynon
15	α-PVT
16	MMC (metylometkatynon)
17	PV8
Pochodne Piperazyny	
1	mCPP
Pochodne Tryptaminy	
1	BUFETONINA (5-OH-DMT)
2	PSYLOCYNA ¹ (4-HO-DMT)
3	5-MeO-MiPT
Pochodne Fenyloetyloaminy	
1	25I-NBOMe
2	ETYLOFENIDAT
3	MDPV
Inne substancje chemiczne	
1	3-MeO-PCE
2	5-MAPB
3	2-DPMP
4	MDMA
5	MPA (metiopropamina)
6	KOFEINA
7	KREATYNA
8	AMFETAMINA ¹
9	LAKTOZA
10	NIKOTYNA
11	OKSYMETOLON
12	LIDOKAINA
13	BENZYDAMINA
14	CHAWICYNA
15	MARIHUANA (delta-9-tetrahydrokannabinol- zawarta w żywicy konopi) ¹
16	Acetyldenafil (substancja farmaceutyczna)
17	CHLOROWODOREK KOKAINY
18	Trimetoprima (związek przeciwbakteryjny)

1. Substancje kontrolowane zawarte w załącznikach do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124)

6. Podsumowanie

Dopalacze są produktami o nieznanym składzie chemicznym. Skład chemiczny „dopalacza”, a zatem identyfikacja środka zastępczego dokonywana jest w toku działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 2014 r. wykazują, że skład „dopalaczy” jest zmienny i pojawiają się w nich nowe substancje o ostrej toksyczności np. 25I-NBOMe.

Dynamiczny rozwój rynku „dopalaczy” zarówno poprzez sprzedaż elektroniczną jak i w punktach stacjonarnych, obrazuje fakt, że do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) odpowiednio, w 2009 r. zgłoszono 24 nowych substancji psychoaktywnych (NPS), w 2010 r. – 41, jednocześnie w produktach „dopalaczy” w tym samym czasie w Polsce tj. w 2010 r. zidentyfikowano 91 NPS.

W latach 1997–2012 do EMCDDA zgłoszono 290 substancji, natomiast w 2013 r. liczba zgłoszeń wzrosła do 350, a do czerwca 2014 r. liczba zgłoszeń NPS wzrosła do 403 substancji.

Szybsze, bardziej skuteczne i proporcjonalne działania w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych na szczeblu UE są niezbędne. Komisja Europejska w uzasadnieniu do takiego podejścia stwierdza:

Nowe substancje psychoaktywne stwarzające poważne zagrożenia podlegać winny stałym ograniczeniom rynkowym, obejmującym zarówno rynek konsumencki, jak i handlowy, i będą mogły być stosowane jedynie w wyraźnie dopuszczonych celach przemysłowych i handlowych oraz do badań naukowych i rozwojowych. Substancje te podlegać będą przepisom prawa karnego UE(...).

W 2014 r. zjawisko obrotu „dopalaczami” ulegało nasileniu, dlatego oprócz prac nad zmianą przepisów, spowodowano zwiększenie czułości systemu zgłaszania przypadków zatruc lub podejrzeń zatruc, dopalaczami”.

Policja wzmocniła struktury zwalczające cyberprzestępczość, stąd e-handel „dopalaczami” został poddany wnikliwszej analizie.

Ocena sytuacji w zakresie podaży i popytu „dopalaczy” dokonywana przez Ministra Zdrowia jak i Głównego Inspektora Sanitarnego jest jednoznaczna – konieczne jest wzmocnienie instrumentów prawnych umożliwiających Państwowej Inspekcji Sanitarnej skuteczniejsze działania, stąd z inicjatywy Ministra Zdrowia został opracowany rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3107).

Projekt zawiera, m.in. listę 114 nowych substancji psychoaktywnych, wprowadzanych pod rygor prawa karnego, w tym substancje zawarte w dopalaczach, których skład chemiczny został zidentyfikowany w toku działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Polski system prawny wymaga bardzo dokładnego opisanego w przepisach karnym czynu, który jest penalizowany. Podjęcie decyzji o wpisaniu substancji wykrytej w „dopalaczach” do odpowiedniego załącznika ustawy wymaga ustalenia jej budowy chemicznej i oceny wpływu na zdrowie ludzi.

W projekcie wprowadzono również definicję *nowej substancji psychoaktywnej*, jako zbliżenie do nazewnictwa stosowanego w Unii Europejskiej oraz regulację powołującą przez Ministra Zdrowia *Zespół ds. spraw oceny ryzyka stwarzanego przez nowe substancje psychoaktywne*.

Głównym zadaniem ww. Zespołu będzie opracowywanie opinii eksperckiej na temat potencjalnego zagrożenia związanego z używaniem określonych substancji oraz rekomendowanie Ministrowi Zdrowia umieszczenia najbardziej niebezpiecznych dla zdrowia i życia ludzi substancji w wykazach środków odurzających, substancji psychotropowych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Na podstawie ocen i rekomendacji Zespołu, Minister Zdrowia będzie podejmował decyzje mające na celu umożliwienie sprawowania kontroli w zakresie określonych substancji.

W projekcie dookreślono procedury postępowania ze środkami zastępczymi, w tym niedopuszczalność sprzeciwu od wszczęcia kontroli przez państwowego inspektora sanitarnego.

W projekcie zawarto delegację do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu laboratoriów, które będą właściwe do badania „dopalaczy”.

Obowiązujące regulacje nie są w stanie w pełni skutecznie zatrzymać sprzedaży „dopalaczy” co nie oznacza, że Minister Zdrowia oraz Główny Inspektor Sanitarny nie podejmują działań, aby poprzez regulacje systemowe i prawne znacząco zmniejszyć rozmiary zagrożenia.

W marcu 2014 r. ukazały się wyniki badań *Młodość 2013*, dotyczące m.in. konsumpcji „dopalaczy” w Polsce, które wskazują jednoznacznie na spadek użycia tych substancji w stosunku do 2010 roku (odsetek młodych Polaków, którzy kiedykolwiek używali dopalaczy zmniejszył się z 11,4% do 5,2%,; odsetek używających „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku: z 7,2% do 2%), bez wątplenia mają na to wpływ działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej oparte na kilku filarach: monitorowaniu, informacji i profilaktyce, akcjach bezpośrednich, zamykaniu punktów sprzedaży „dopalaczy”.



JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA

1. Wstęp

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie:

- ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2015 r. poz. 139);
- ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.).

Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Badania jakości wody do spożycia wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stosownie do ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków.

2. Zaopatrzenie ludności w wodę

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 2013 r. w 71,1% pochodziła z ujęć podziemnych i w 28,9% z ujęć powierzchniowych. W 2009 r. powyższe proporcje kształtowały się odpowiednio: 68,5% i 31,5%, w 2010 r. – 69,1% i 30,9%, 2011 r. – 69,9% i 30,1% a w 2012 r. 70,4% i 29,6%. Obserwuje się więc nieznaczną, lecz stałą tendencję wzrostową do wykorzystywania wody z ujęć podziemnych. Z ujęć powierzchniowych najczęściej pobierają wodę duże wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Należy w tym miejscu zauważyć, że ogólny pobór wody na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce w kolejnych latach stopniowo malał: w 2008 r. wynosił 2103,5 hm³, w 2009 r. – 2067,3 hm³, w 2010 r. – 2062,4 hm³, w 2011 r. spadł do 2033,0 hm³, a w 2012 r. wynosił 2036,1 hm³. W 2013 r. pobór wody na cele zaopatrzenia w Polsce zmalał do poziomu 1991,3 hm³. W ciągu 5 lat pobór wody na cele zbiorowego zaopatrzenia ludności w Polsce zmniejszył się o 112,2 hm³, co stanowi spadek o ok. 5% w rozpatrywanym okresie¹. Wprowadzenie wodomierzy oraz podwyżki cen wody, jak również wzrost wiedzy społeczeństwa w obszarze codziennego oszczędzania wody są przyczyną stałego zmniejszania poboru wody do celów zbiorowego zaopatrzenia.

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

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków, zaopatrzenie w wodę jest zadaniem własnym gminy. Zadanie to zostało również wskazane w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r., poz. 594, z późn. zm.), zgodnie z którym zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy, doprecyzowując jednocześnie, iż zadania własne gminy obejmują w szczególności sprawy wodociągów i zaopatrzenia w wodę. Przepisy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków regulują również zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność.

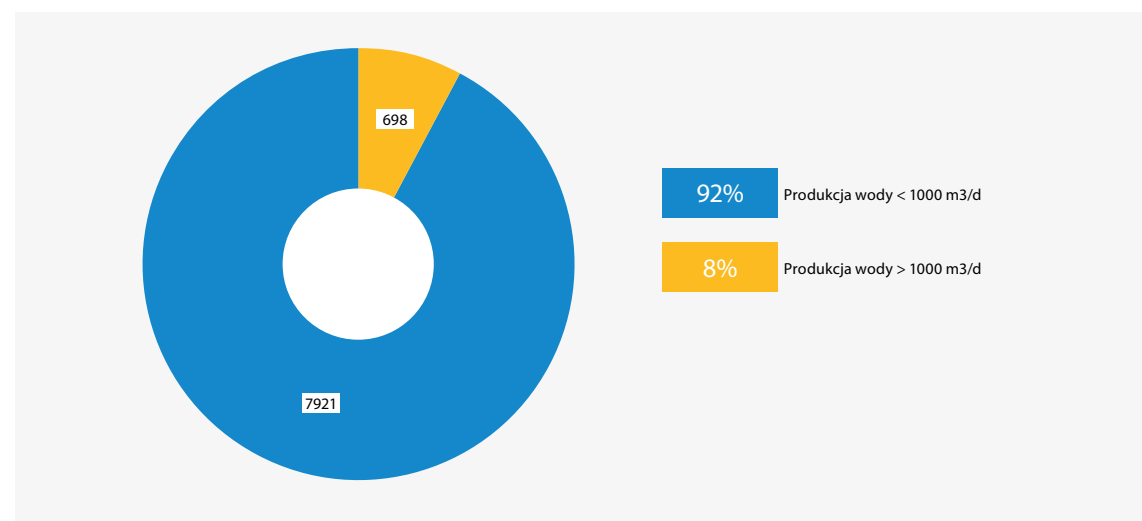
Struktura wodociągów w 2014 r. została przedstawiona w tabeli nr 22.

Tabela 22. Struktura wodociągów w 2014 r.

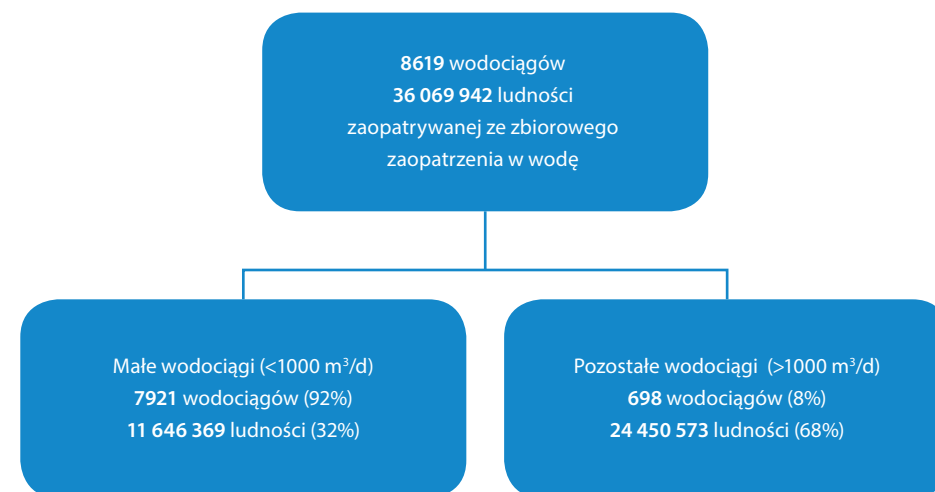
Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę	
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	1	3795	1801,645	1775,742
101–1000	2	4126	9844,724	9657,743
1001–10000	3	630	11383,005	11304,047
10001–100000	4	64	9456,283	9093,740
>100000	5	4	3611,258	3611,285
SUMA	6	8619	36096,942	35442,557

W roku sprawozdawczym, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 99,8% wodociągów zbiorowego zaopatrzenia. W 2014 r. objęto nadzorem także 2788 innych podmiotów zaopatrujących w wodę, z których skontrolowano 2280, co stanowi około 82%. W roku 2014 było 8619 wodociągów zaopatrujących w wodę około 36 mln ludności. Liczba wodociągów zmniejszyła się nieznacznie, w 2013 roku w ewidencji znajdowało się 8665 wodociągów. W porównaniu do roku sprawozdawczego 2013, wodociągów o najmniejszej dobowej produkcji < 100 m³ zmalało o 88 obiektów, na rzecz wodociągów o produkcji powyżej 101 m³. Liczba wodociągów o produkcji 101–1000 m³ zwiększyła się o 21 obiektów, o produkcji 1001–10000 m³ wzrosła o 12 wodociągów, natomiast o produkcji 10001–100000 m³ zwiększyła się o 10. Ponadto w kategorii wodociągów o produkcji powyżej 100001 m³ zewidencjonowano jeden obiekt mniej. Pomimo, iż liczba małych wodociągów maleje to poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadal nadmierne rozproszenie przedsiębiorstw. Małe wodociągi, czyli produkujące < 1000 m³ wody na dobę stanowią 92% wszystkich przedsiębiorstw (w stosunku do roku ubiegłego pozostaje na tym samym poziomie) i zaopatrują około 11,6 mln ludności (wzrost o 0,1 mln ludności), co stanowi 32% całej zaopatrywanej w wodę ludności. Zależności te przedstawiono na grafice nr 2.

Wykres 32. Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia w zależności od produkcji wody w 2014 r.



Grafika 2. Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności.



Oprócz przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, czyli podmiotów obejmujących zakresem swojej działalności zbiorowe zaopatrzenie w wodę, istnieją również inne podmioty, jak np. szpitale i szkoły posiadające własne ujęcia, które produkują wodę na potrzeby własne. W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2014 znajdowało się 2788 tego typu podmiotów. Dla porównania w 2013 było ich 2718, w 2012 r. było ich 2675, w 2011 r. było to 2590 podmiotów, a w 2010 r. – 2858.

Jak wynika z powyżej przedstawionych danych, w kraju mamy dużą liczbę „małych wodociągów”. Istnieje wprawdzie tendencja do zmniejszania ich liczby, niemniej jednak spadek ten przebiega bardzo powoli. Centralizacja podmiotów produkujących wodę w niewielkich ilościach jest kluczowa z uwagi na częsty brak możliwości wprowadzania specyficznych drogich technologii a także renowacji i wymiany sieci wodociągowych dla podmiotów o małej wydajności. Przekroczenia wartości parametrów tj.: mętność, barwa, żelazo, mangan i amoniak, stwierdzane są najczęściej w małych wodociągach, które zaopatrują stosunkowo duży odsetek ludności w Polsce. Są to jednak parametry z grupy tzw. parametrów wskaźnikowych, które nie mają bezpośredniego wpływu na zdrowie konsumenta, są jednak ważnym wskaźnikiem potencjalnej obecności zanieczyszczeń, które mogłyby mieć wpływ na zdrowie i mogą sygnalizować zmiany w jakości wody ujmowanej, nieprawidłowości w procesie uzdatniania lub wskazywać na tendencję do tworzenia się ubocznych produktów w procesach dezynfekcji oraz powinny być zbadane.

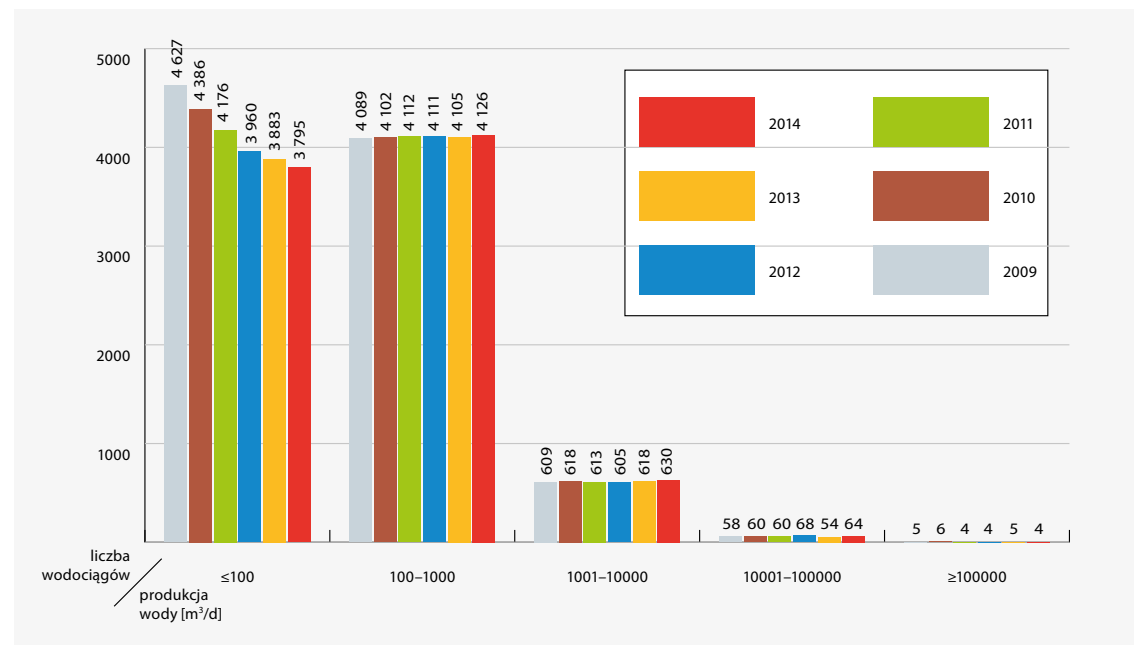
Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w każdym przypadku przekroczeń ww. parametrów indywidualnie podejmują działania i wydają decyzję dopuszczającą wodę warunkowo do spożycia. Podstawą do podjęcia decyzji są kryteria zdrowotne uwzględniające oszacowanie ryzyka powodowanego przez przekroczenia wartości ww. parametrów. Należy jednak zaznaczyć, iż warunkowa przydatność wody do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw jest wydawana zawsze indywidualnie po uwzględnieniu stopnia zagrożenia dla zdrowia. Woda, której jakość stanowi realne zagrożenie dla konsumentów nie jest dopuszczana do spożycia. Pomimo tego, iż ustanowione dopuszczalne wartości parametrów gwarantują bezpieczeństwo wody dla konsumentów, to mogą być jednak nie akceptowalne przez konsumentów ze względu na niekorzystne zmiany cech organoleptycznych wody tj.: barwa, smak, zapach.

Dopuszczenia warunkowe są udzielane na określony czas, niezbędny do doprowadzenia jakości wody do wymagań normatywów.

W związku z koniecznością wypełnienia zaleceń Komisji Europejskiej dotyczących zwrócenia szczególnej uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne wody w małych wodociągach, istotnym jest rozważenie zasadności podążania w kierunku ich konsolidacji, tak aby mogły one podołać wymaganiom europejskim w zakresie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Wzmocnienie działań w kierunku zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym wody przez odpowiednio wykształconych specjalistów, wprowadzenie kontroli wewnętrznej, jak również stworzenie możliwości zastosowania, o ile to konieczne, nowych (drogich) technologii uzdatniania, a także stworzenie możliwości wymiany lub renowacji sieci wpłynęłyby znacznie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody w małych wodociągach.

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

Wykres 33. Liczba urzędzeń produkujących wodę w latach 2009–2014.



W 2014 r. około 98% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Pozostałe 2% miało dostęp do wody warunkowo dopuszczonej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na podstawie danych gromadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odnotowano, w porównaniu z rokiem 2013, poprawę jakości dostarczanej konsumentom wody przeznaczonej do spożycia (z 96% wzrost do 98% ludności).

Według ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, małych wodociągów (produkujących poniżej 1 000 m³ wody/dobę) w rozpatrywanym okresie było 3 795 (w tym skontrolowanych – 3 779, co stanowi 99,6%). Wśród nich 3 690 dostarczało wodę zgodną z wymaganiami, co stanowi 97,6% wszystkich skontrolowanych. Wodociągów produkujących od 101 do 1 000 m³ wody/dobę zarejestrowano 4 126 (w tym skontrolowanych – 4 123; 99,9%). Wśród tej grupy 98,1% dostarczało wodę spełniającą wymagania określone w ww. rozporządzeniu. Wodociągów produkujących wodę od 1 001 do 10 000 m³/dobę było 630 (skontrolowanych 100%). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 99%. Wodociągów produkujących od 10 001 do 100 000 m³ wody/dobę było 64 (skontrolowanych 100%). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 96,9%. Natomiast pięć największych wodociągów, produkujących powyżej 100 000 m³/dobę dostarczało wodę do spożycia w 100% zgodną z wymaganiami. Dane dotyczące ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom przedstawiono w tabeli nr 22.

3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia¹

Woda jest niezbędna do utrzymania życia, powinna być właściwej jakości i powinna być dostępna w odpowiedniej ilości dla wszystkich konsumentów. W celu stwierdzenia, że woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego badania wody prowadzone są metodami i w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Występowanie w wodzie mikroorganizmów, takich jak *Escherichia coli* i enterokoki (*paciorkowce kałowe*), bytujących zwykle w odchodach ludzi i zwierząt stałocieplnych wskazuje na zanieczyszczenia typu kałowego. Stanowią one swoisty wskaźnik zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody i ich obecność w wodzie wiąże się z koniecznością podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Od tych parametrów nie może być żadnych odstępstw. W roku 2014 Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru sanitarnego nad zaopatrzeniem zbiorowym w wodę, wykonywała badania zarówno w kierunku obecności *Escherichia coli* jak i w kierunku enterokoków. Przypadki przekroczeń dotyczących występowania *Escherichia coli* oraz występowania enterokoków



miały miejsce głównie w małych wodociągach. W takich przypadkach organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały decyzje stwierdzające brak przydatności wody do spożycia i obligujące zarządzających wodociągiem do podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Skuteczność tych działań zawsze jest potwierdzana uzyskanymi dwukrotnie pozytywnymi wynikami badań mikrobiologicznych. Efektywność tych działań potwierdza brak epidemii chorób wodopochodnych.

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

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

- zwiększenie napowietrzania wody surowej, w skrajnych przypadkach wyłączano z eksploatacji zanieczyszczone studnie,
- płukanie i/lub dezynfekowanie odcinków sieci wodociągowej oraz urządzeń uzdatniających,
- intensyfikowanie płukania źródeł filtracyjnych lub ich wymianę,
- montowanie pomp o dużej wydajności.

W wielu przypadkach były to jednak poprawy krótkotrwałe. Praktyka pokazuje, że gruntowna i trwała poprawa jakości wody, w większości wodociągów jest ograniczona środkami finansowymi na wprowadzanie zmian w zakresie stosowanych technologii uzdatniania. Poprawa możliwa jest poprzez działania, takie jak rozbudowa sieci wodociągowych, czy rozwiązanie problemu zwiększonych i nierównomiernych zużyć dobowych wody.

4. Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia

Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi szczegółowo określa dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W przypadku stwierdzenia w badaniach monitoringowych przekroczeń dopuszczalnych wartości określonych

w załączniku nr 2 (łącznie 27 parametrów), organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnione są do udzielania odstępstw od wymagań dla danego parametru chemicznego na wniosek właściwego wodociągu. Udzielenie zgody jest dopuszczalne, jeżeli nie będzie stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Wniosek o zgodę na odstępstwo składany do właściwego państwowego inspektora sanitarnego zawiera szereg niezbędnych do oceny zasadności wydania zgody danych, tj. wskazanie przyczyn występowania w wodzie dopuszczalnych przekroczeń parametrów, określenie działań podejmowanych przez przedsiębiorstwo wodociągowo-kanalizacyjne w celu uzyskania poprawy jakości wody, określenie obszaru zaopatrzenia w wodę i liczby ludności zaopatrywanej w wodę, określenie harmonogramu działań naprawczych oraz działań sprawdzających efektywność procesów naprawczych. Wszystko to ma to na celu umożliwienie podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Naczelnym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed potencjalnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, które mogłyby wystąpić wskutek spożywania wody o nieodpowiedniej jakości. Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku i zależy od:

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

W roku 2014 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły 23 odstępstwa dla wodociągów na 12 parametrów z załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Największa liczba przekroczeń dopuszczalnych stężeń parametrów dotyczyła azotanów – 6 udzielonych odstępstw. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów, odnotowano 17 odstępstw, na parametry takie jak: arsen, azotyny, benzo(a)piren, bor, fluorki, nikiel, ołów, pestycydy, Σ pestycydów, selen i Σ WWA, co zostało przedstawione w tabeli nr 23.

Tabela 23. Liczba udzielonych odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r.

	Dla wodociągów o produkcji wody w ilości poniżej 1 000 [m ³ /d] lub przeznaczonej dla mniej niż 5 000 osób			Dla wodociągów o produkcji wody w ilości powyżej 1 000 [m ³ /d] lub przeznaczonej dla więcej niż 5 000 osób			dla innych podmiotów dostarczających wodę		
	I odstępstwo	II odstępstwo	III odstępstwo	I odstępstwo	II odstępstwo	III odstępstwo	I odstępstwo	II odstępstwo	III odstępstwo
Azotany	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Arsen	5	1	0	0	0	0	0	0	0
Azotyny	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Benzo(a)piren	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Bor	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Fluorki	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Nikiel	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ołów	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Pestycydy	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Σ pestycydów	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Selen	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Σ WWA	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Zarówno w 2014 r., 2013 r., 2012 r. jak i w 2011 r. największa liczba udzielonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgód na odstępstwo była przyznana w zakresie azotanów. Skażenie wody azotanami zachodzi poprzez przenikanie tych związków z pól uprawnych oraz ze ścieków komunalnych do wód powierzchniowych i gruntowych.

5. Analiza przekroczeń wybranych parametrów z załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia

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

Ryzyko zdrowotne spowodowane związkami chemicznymi zawartymi w wodzie do spożycia różni się od zagrożenia spowodowanego zanieczyszczeniami mikrobiologicznymi, głównie z uwagi na fakt, że zanieczyszczenia chemiczne na ogół nie wywołują natychmiastowych skutków. Ponadto, istnieje niewiele składników chemicznych wód, które mogą prowadzić do wystąpienia problemów zdrowotnych. Woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego jeżeli jest wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów oraz wszelkich substancji w stężeniach stanowiących potencjalne zagrożenia dla zdrowia ludzkiego. Z tego określenia nie wynika, że woda ma być czysta w znaczeniu chemicznym czy organoleptycznym. Istotne jest aby była wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych czy też substancji mogących wpływać bezpośrednio na zdrowie ludzi (parametry z załącznika nr 1 i nr 2 ww. rozporządzenia). Parametry mikrobiologiczne z załącznika nr 1 nie mogą być obecne w wodzie dopuszczalnej do spożycia. Każde przekroczenie eliminuje możliwość dystrybucji takiej wody do ludności. W przypadku przekroczeń parametrów (związków chemicznych) z załącznika nr 2 mogących mieć bezpośredni wpływ na zdrowie, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielają czasowych odstępstw od wartości określonych w rozporządzeniu. Natomiast, w przypadku przekroczenia parametrów z załącznika nr 3 (parametry charakteryzujące prawidłowość przebiegu procesów technologicznych – tzw. parametry wskaźnikowe), które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydają decyzje dopuszczające wodę warunkowo do spożycia, jednak zawsze po oszacowaniu ryzyka zdrowotnego.

Natomiast bardzo często nie są akceptowalne przez konsumentów w związku z ich zdolnością do wywoływania niekorzystnych cech organoleptycznych wody. Fakt, że woda jest mętna, zabarwiona bądź posiada wyczuwalny zapach, nie daje podstawy do stwierdzenia, że jest ona niezdrowa. Właściwie wszystkie zanieczyszczenia mające bezpośredni i istotny wpływ na zdrowie (obecność mikroorganizmów chorobotwórczych, toksyczne związki metali i substancje rakotwórcze) są niewidoczne gołym okiem, a woda lejąc z kranu może być wizualnie kryształowo czysta. Dlatego, nie jest istotne jak woda wygląda, ale czy nie zawiera substancji szkodliwych dla zdrowia i stwierdzenie tego faktu jest podstawowym, elementarnym działaniem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolujących jakość wody, a w przypadku przekroczeń wartości oceny ryzyka i oszacowania skutków zdrowotnych dla konsumenta.

O walorach smakowych i jakościowych wody decyduje jej skład. Konsument przede wszystkim ocenia jakość wody po jej smaku, barwie i zapachu, czyli wskaźnikach organoleptycznych pozwalających na sklasyfikowanie wody przez konsumenta jako bezpiecznej i zdrowej.

Najczęściej stwierdzone przekroczenia parametrów z załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi odnotowano dla następujących parametrów: mangan, żelazo, mętność, pH oraz jon amonowy. W roku 2014 największą ilość przekroczeń wykazano dla manganu. Najliczniejsze przekroczenia parametrów tj. mętność, żelazo i mangan stwierdzono w wodzie pochodzącej z przedsiębiorstw wodociągowych o najmniejszej dobowej produkcji wody, zaś najmniejszą ich liczbę w wodociągach o dobowej produkcji wody powyżej 100 000 m³/d.

Ponieważ w 70% woda przeznaczona do spożycia pochodzi z ujęć podziemnych, może zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu. Beztlenowe wody podziemne mogą zawierać jony żelaza (II) w stężeniach osiągających kilka miligramów na litr, nie wywołując niepożądanego zabarwienia czy mętności wody, jeśli jest ona pompowana bezpośrednio ze studni. Jednakże, w wyniku kontaktu wody z powietrzem atmosferycznym jon żelaza (II) utlenia się do jonu żelaza (III) powodując czerwono-brązowe zabarwienia wody. Żelazo natomiast sprzyja wzrostowi bakterii, które czerpią energię z utleniania jonu żelaza (II) do żelaza (III) i tworzą maziaste osady pokrywające przewody wodociągowe. W stężeniach poniżej 0,3 mg żelaza na litr zazwyczaj nie stwierdza się wyczuwalnego specyficznego smaku wody, chociaż już takie stężenia mogą powodować mętnienie wody i zmianę zabarwienia.

Pomimo, że stężenia manganu w ilości 0,5 mg/litr są zazwyczaj akceptowane przez konsumentów (zależy to od warunków lokalnych), może się zdarzyć, że przy przekroczeniu tego stężenia, mangan wywołuje niepożądany smak napojów. Obecność manganu w wodzie do spożycia, tak jak i żelaza, może powodować w sieci dystrybucyjnej powstawanie osadów. Już nawet stężenie manganu równe 0,02 mg/litr może powodować tworzenie się osadów odrywających się w postaci czarnej zawiesiny.



Również mikroorganizmy powodują odkładanie manganu w komórkach, co stwarza problemy ze smakiem, zapachem i mętnością wody dostarczanej siecią wodociągową do konsumenta. Przekroczone wartości mętności w wodzie rozprowadzanej sieciami dystrybucyjnymi, mogą być skutkiem nieprawidłowego procesu uzdatniania wody. Woda o wysokiej mętności może chronić mikroorganizmy przed działaniem dezynfekcyjnym i może pobudzać wzrost bakterii. Dlatego też, ważne jest ustalanie niskiej wartości dopuszczalnej mętności w celu zapewnienia skuteczności procesom dezynfekcyjnym.

W wodach podziemnych bardzo często spotyka się również przekroczone stężenia amoniaku. Ten parametr występujący w większych ilościach w wodzie, może zmniejszać skuteczność procesów dezynfekcji chlorem, w wyniku powstawania chloroamin – produktów ubocznych dezynfekcji oraz przyczyniać się do powstawania azotanów w wodzie wodociągowej oraz powodować nieskuteczne usuwanie manganu. Zanieczyszczenie antropogeniczne wody amoniakiem, w połączeniu ze stwierdzeniem bakterii fekalnych i nadmierną ilością chlorków jest wskaźnikiem zanieczyszczenia fekalnego wody. Amoniak nie ma bezpośredniego wpływu na zdrowie ludzi, gdyż występuje w wodzie do picia w stężeniach dużo niższych niż potencjalnie niebezpieczne dla zdrowia.

6. Podsumowanie

W roku 2014, podobnie jak rok wcześniej, około 98% konsumentom dostarczano wodę w ramach zbiorowego zaopatrzenia zgodną z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, natomiast około 2% mieszkańcom dostarczano wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły odstępstw na 12 parametrów, określonych w załączniku nr 2 ww. rozporządzenia. Do chwili obecnej nie udzielono trzeciego odstępstwa.

Krajowym problemem w zaopatrzeniu w wodę jest nie zawsze skuteczne zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym wody w małych wodociągach. Wśród nich stwierdza się wyższą (w stosunku do większych wodociągów) liczbę przekroczeń parametrów mających wpływ na jakość wody. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się tendencję spadkową liczby ujęć wody/wodociągów o produkcji wody < 100m³/d w wyniku ich przyłączania do większych wodociągów. Proces ten jest korzystny i pożądany, ponieważ przyczynia się do lepszego nadzoru nad jakością wody. Duże przedsiębiorstwa wodociągowe dostarczają wodę o stabilnej jakości, posiadają w większości nowoczesne technologie uzdatniania wody, w większości wprowadziły lub wprowadzają systemy zarządzania jakością z serii norm 9000, 14000 lub HACCP. Zatem korzystnie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody

wpłynęłyby także konsolidacja przedsiębiorstw wodociągowych. W wielu gminach prowadzących zaopatrzenie w wodę przy pomocy własnych jednostek (zakłady budżetowe, spółki), kontrola wewnętrzna oparta jest przede wszystkim na ocenie realnych zagrożeń, brak jest natomiast możliwości przeciwdziałania potencjalnym niebezpiecznym zdarzeniom w procesie zarządzania systemem wodociągowym z uwzględnieniem oszacowania ryzyka.

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

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

1. sprawowanie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzoru nad wszelkiego rodzaju wodami w zakresie objętym dyrektywą 98/83/WE.
2. objęcie skuteczną kontrolą wewnętrzną wszystkich ujęć wody do spożycia, także indywidualnych, w celu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym i minimalizowania ich skutków.
3. stosowaniu systemu wielobarierowości polegającego na:
 - a. skutecznej ochronie ujęć wody,
 - b. właściwym projektowaniu, budowaniu i eksploataowaniu sieci i instalacji wodociągowych,
 - c. stworzeniu systemu nadzorowania materiałów i wyrobów stosowanych do kontaktu z wodą do spożycia.
4. zapewnienie właściwego funkcjonowania instalacji wewnętrznych w budynkach tak, aby nie były przyczyną wtórnego zanieczyszczenia i pogorszenia jakości wody oraz nałożenie na właścicieli instalacji obowiązku okresowej kontroli jakości rozprowadzanej wody,
5. utworzenie systemu gwarantującego bezpieczeństwo zdrowotne wody poprzez:
 - a. stosowanie dobrych praktyk (opracowanie wytycznych, zaleceń),
 - b. utworzenie systemu certyfikacji pracowników, tak aby zapewnić niezbędny poziom wiedzy z zakresu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym.

Powyższe działania mają charakter zadań długoterminowych i przyczynią się do wzrostu bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.



KĄPIELISKA

1. Wstęp

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem i nadzorem nad kąpieliskami i miejscami wykorzystywanymi do kąpieli w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody regulują następujące akty prawne:

- ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* (Dz. U. z 2015 r. poz. 469);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli (Dz. U. Nr 91, poz. 527);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpieli (Dz. U. Nr 86, poz. 478);
- rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku (Dz. U. Nr 36, poz. 191).

Inne przepisy prawne dotyczące kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli:

- ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208, poz. 1240);
- rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 202 r. Nr 208, poz. 1240, z późn. zm.).

Woda w kąpieliskach jest elementem środowiska i jej jakość jest bezpośrednio uzależniona od stanu tego środowiska. Woda jest deficytowym zasobem naturalnym i koniecznym jest objęcie jej należyłą ochroną. Polityka Wspólnoty Europejskiej poprzez swoje akty prawne dąży do ciągłej poprawy stanu środowiska, w tym wód. Krajowe przepisy stawiają za cel ochronę środowiska i zdrowia publicznego, poprzez zmniejszenie zanieczyszczenia wody w kąpieliskach oraz jej ochronę przed dalszym zanieczyszczeniem, co stanowi realizację wspólnotowego zobowiązania do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach.

Najważniejszym działaniem w dążeniu do ciągłej poprawy jakości wody w kąpieliskach jest prowadzone przez podmioty, zaangażowane w nadzór i organizację kąpielisk, zarządzanie jakością wody w kąpieliskach polegające na podejmowaniu wszelkich działań mających na celu lepsze rozpoznawanie ryzyka, co w szczególności wpływa na poprawę jakości wody. Zgodnie przepisami prawa krajowego środkami zarządzania są następujące działania tj.:

- określenie i regularna aktualizacja profilu wody w kąpielisku,
- określenie harmonogramu kontroli,
- kontrola wody w kąpielisku,
- ocena jakości wody w kąpielisku,
- klasyfikowanie wody w kąpielisku,

- określenie oraz ocena przyczyn zanieczyszczenia, które mogłyby mieć wpływ na wodę w kąpielisku oraz niekorzystnie wpływać na zdrowie kąpiących się,
- informowanie społeczeństwa,
- podejmowanie działań mających na celu zapobieganie narażeniu kąpiących się na kontakt z zanieczyszczeniami,
- podejmowanie działań w celu obniżenia ryzyka zanieczyszczenia.

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

2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie kąpielisk

Kluczowe podmioty współodpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne wodne funkcjonowania kąpielisk to:

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

Zadania dla wskazanych podmiotów w zakresie zgłaszania, opiniowania, uchwalania wykazu kąpielisk i zarządzania nimi zostały wskazane w ustawie Prawo wodne. Szczegółowy zakres obowiązków dla poszczególnych podmiotów został przedstawiony poniżej.

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

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

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

- zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty¹.
W szczególności zadania własne obejmują sprawy: (...) 5) ochrony zdrowia, (...) 10) kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych;
- zatwierdza projekt uchwały wyznaczającej kąpieliska.

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

- zorganizowanie kąpieliska i utrzymanie infrastruktury przy nim zlokalizowanej;
- wnioskuje o wyznaczenie kąpieliska uchwałą wójta, burmistrza, prezydenta miasta i umieszczenie w ewidencji kąpielisk na terenie gminy;
- aktualizuje dane, które zgodnie z ustawą zobowiązany jest dostarczyć właściwemu wójtowi, burmistrzowi, prezydentowi miasta;
- oznakowuje kąpielisko;
- sporządza profil wody w kąpielisku;
- prowadzi kontrolę wewnętrzną zgodnie z art. 163 ustawy *Prawo wodne*;
- ustala wspólnie z inspektorem sanitarnym harmonogram poboru próbek wody do badań laboratoryjnych;
- systematyczne wizualne nadzorowanie kąpieliska;

¹ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2013 r. poz. 594)

- zleca badanie jakości wody laboratoriom upoważnionym ustawowo (laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria zatwierdzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej);
- niezwłocznie przekazuje wyniki badania wody właściwemu inspektorowi sanitarnemu celem dokonania oceny jej jakości;
- informuje właściwego inspektora sanitarnego o wystąpieniu zmian mogących mieć wpływ na jakość wody w kąpielisku oraz o zawieszeniu harmonogramu badań wody w kąpielisku;
- informuje kąpiące się osoby o jakości wody w kąpielisku i o zaleceniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- ustala przyczynę ewentualnego zanieczyszczenia wody i podejmuje działania dla ochrony zdrowia ludzkiego i poprawy jakości wody.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

- opiniują projekty uchwał rad gmin w sprawie wykazu kąpielisk;
- przekazują wójtom, burmistrzom lub prezydentom miast informacje dotyczące oceny jakości wody, klasyfikacji wody oraz zakazu kąpielii;
- przekazują organizatorom informacje dotyczące oceny jakości wody oraz klasyfikacji pochodzące z kontroli urzędowej;
- przekazują informacje o liczbie kąpielisk i przyczynie zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego;
- prowadzą kontrolę urzędową wody poprzez:
 - ocenę bieżącą i sezonową jakości wody w kąpielisku,
 - klasyfikację jakości wody w kąpielisku,
 - wyznaczanie punktów pobrania próbek wody do badań,
 - wykonywanie badań próbek wody przed sezonem oraz w przypadku zaistnienia sytuacji mogącej powodować pogorszenie jakości wody w kąpielisku,
 - ocenę prowadzonej kontroli wewnętrznej,
- w przypadku stwierdzenia braku spełnienia wymagań jakości wody, zobowiązują organizatorów do ustalenia przyczyny zanieczyszczenia i podjęcia działań;
- wprowadzają zakaz kąpielii w przypadku stwierdzenia braku spełnienia wymagań jakości wody;
- sporządzają po sezonie kąpielowym sprawozdania o jakości wody;
- prowadzą i aktualizują internetowy serwis kąpieliskowy;
- udostępniają dane do profili wody w kąpieliskach.

3. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie miejsc wykorzystywanych do kąpielii

Podmioty współodpowiedzialne za funkcjonowanie miejsc wykorzystywanych do kąpielii to:

- organizator miejsca;
- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zadania dla wskazanych podmiotów w zakresie zarządzania nimi zostały wskazane w ustawie Prawo wodne. Szczegółowy zakres obowiązków dla poszczególnych podmiotów został przedstawiony poniżej.

Organizator

- wykonuje badanie jakości wody przed rozpoczęciem oraz przynajmniej raz w trakcie jego funkcjonowania;
- wykonuje badanie jakości wody w przypadku wzrokowego stwierdzenia zanieczyszczeń niekorzystnie wpływających na jakość wody i mogących stanowić zagrożenie zdrowotne dla kąpiących się osób;
- oznakowuje miejsce wykorzystywane do kąpielii;
- niezwłocznie przekazuje właściwemu państwowemu inspektoratowi sanitarnemu wyniki badań wody.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

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

4. Stan sanitarny kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli w 2014 r.

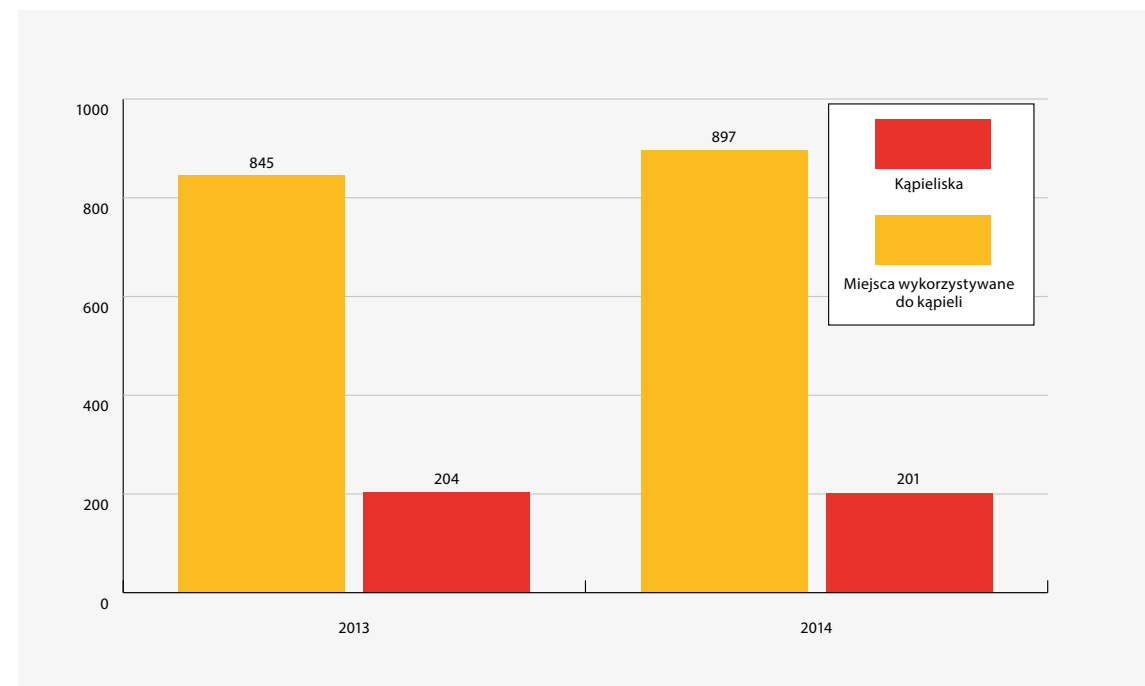
Zgodnie z art. 163c ust.2 ustawy Prawo wodne, Główny Inspektor Sanitarny sporządza po sezonie kąpielowym sprawozdanie o jakości wody w kąpieliskach i przekazuje je corocznie do dnia 31 grudnia Komisji Europejskiej wraz z informacją o podjętych środkach zarządczych oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek w ramach kontroli wewnętrznej. W roku 2012 Polska raportowała 221 kąpielisk, w 2013 r. odnotowała ich 204, natomiast w roku 2014 w sezonie kąpielowym były otwarte 201 kąpieliska. W porównaniu do roku 2013 liczba wszystkich kąpielisk w Polsce zmniejszyła się o 3 kąpieliska. Natomiast liczba miejsc wykorzystywanych do kąpieli w 2014 r. wynosiła 897 i zmniejszyła się w porównaniu z sezonem 2013 r. o 52 obiekty.



Tabela 24. Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2012–2014 r.

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej		
	w 2012 r.	w 2013 r.	w 2014 r.
Wody przybrzeżne i przejściowe	87	82	84
Wody wewnętrzne	134	122	117
Razem	221	204	201

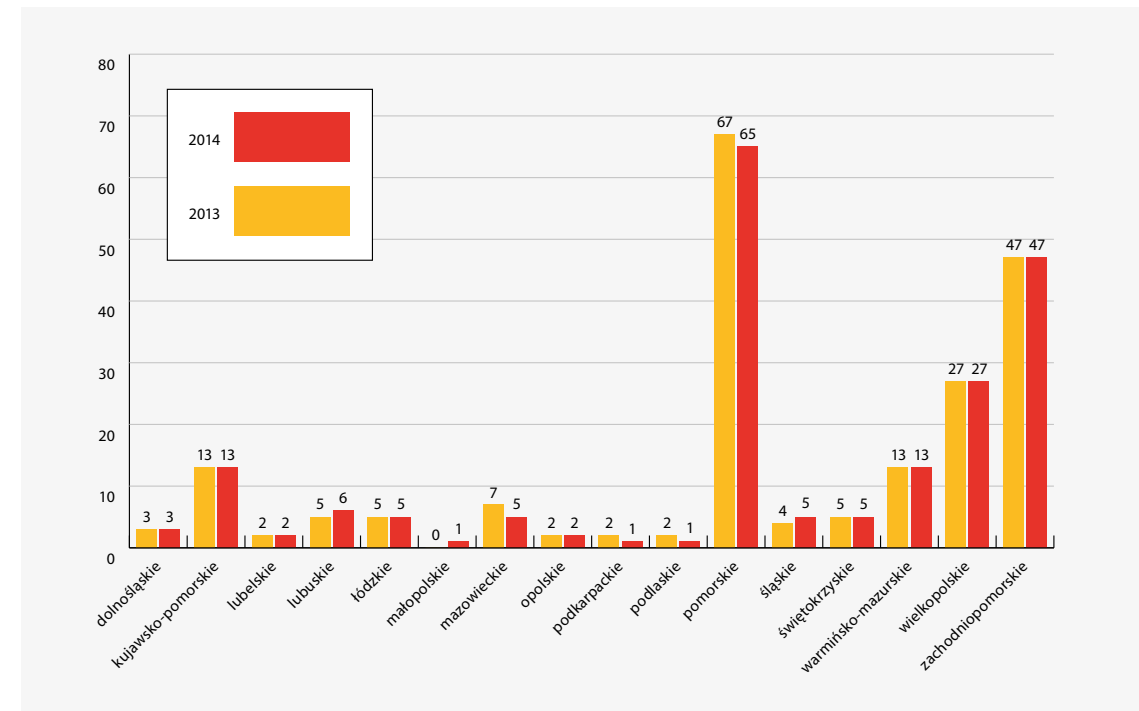
Wykres 34. Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli w latach 2013–2014



Nadzorem sanitarnym w 2014 r. objęto 201 kąpielisk (100% obiektów ujętych w ewidencji).

Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województw: pomorskiego (65) i zachodniopomorskiego (47). Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: małopolskim (1), podlaskim (1) oraz podkarpackim (1).

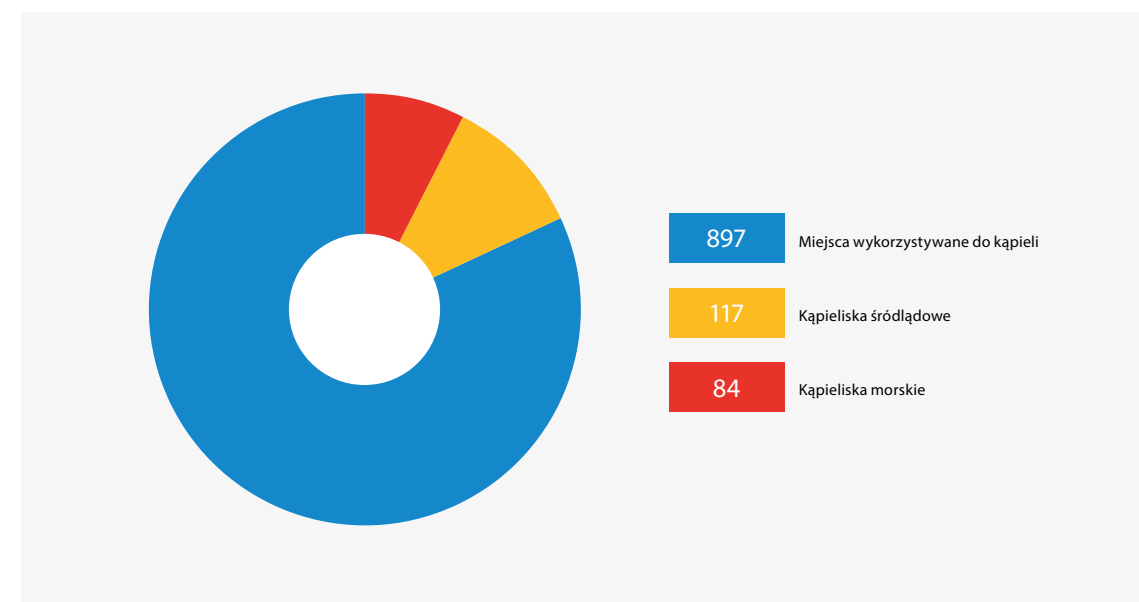
Wykres 35. Liczba kąpielisk w 2013 r. i 2014 r. z podziałem na województwa.



Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2014 r. liczyła 84 obiekty (stanowi to odpowiednio około 42% ogółem i 100% skonrolowanych kąpielisk w grupie). Kąpieliska morskie znajdują się w województwie pomorskim i zachodniopomorskim. Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim. Na terenie województwa pomorskiego znajdowało się 51 kąpielisk morskich, (o 1 kąpielisko mniej niż w roku 2013) oraz na terenie województwa zachodniopomorskiego otwartych było 33 kąpielisk morskich (o trzy kąpieliska więcej niż w 2013 roku).

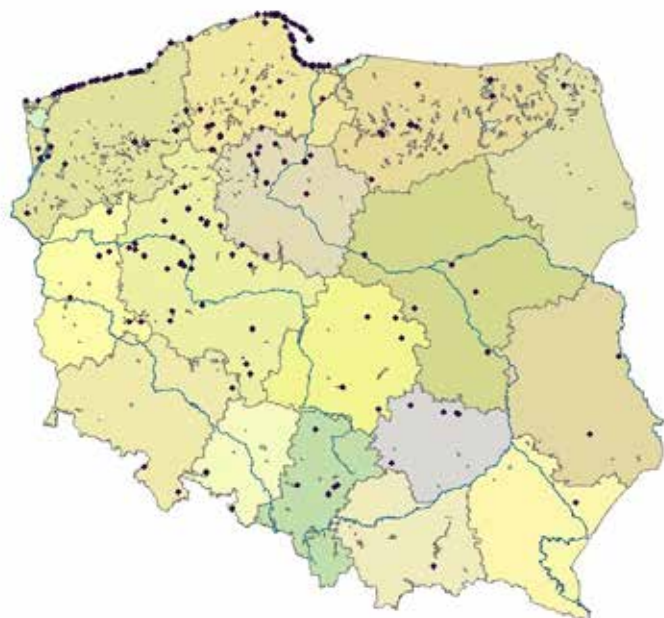
Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2013 r. w województwach: wielkopolskim (27), zachodniopomorskim (14), pomorskim (14) i kujawsko-pomorskim (13) oraz warmińsko-mazurskim (13).

Wykres 36. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpieli w sezonie kąpielowym 2014 r.



Lokalizację poszczególnych kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2014 r. przedstawiono na poniższej mapie (grafika 3).

Grafika 3. Lokalizacja kąpielisk uchwalonych i raportowanych do Komisji Europejskiej w 2014 r.



W 2014 r. spośród 201 czynnych kąpielisk większość z była zorganizowana na jeziorach. Systematyka podziału akwenów jest zgodna z wymaganiami Komisji Europejskiej i dzieli się na trzy kategorie. Pierwszą z nich są jeziora, czyli części wód śródlądowych powierzchniowych stojących. Kolejną są rzeki, czyli części wód śródlądowych płynących w przeważającej części po powierzchni lądu, ale mogących na pewnych odcinkach swego biegu płynąć pod ziemią. Ostatnią kategorią są wody przejściowe i przybrzeżne. Wody przejściowe oznaczają części wód powierzchniowych w obszarach ujść rzek, które są częściowo zasolone na skutek bliskości wód przybrzeżnych, ale które są pod znacznym wpływem dopływów wód słodkich. Wody przybrzeżne to wody powierzchniowe po stronie w kierunku lądu od linii, której najbliższy punkt linii brzegowej jest na odległości jednej mili morskiej po stronie w kierunku morza, od najbliższego punktu linii bazowej, od której mierzona jest szerokość wód terytorialnych, rozszerzając się tam gdzie to stosowane, aż do zewnętrznej granicy wód przejściowych¹.

4.1. Nadzór w kąpieliskach

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami należy ocena jakości wody, prowadzona zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli. Organizator kąpieliska jest zobowiązany do ustalenia z właściwym inspektorem sanitarnym harmonogramu pobierania próbek i wykonywania zgodnie z nim badań jakości wody tak, aby każde kąpielisko było zbadane minimum czterokrotnie w trakcie jego funkcjonowania w sezonie kąpielowym. W ocenie przydatności wody do kąpeli uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic².

W 2014 r. liczba kąpielisk, która spełniała wymagania jakości wody wynosiła 91, co stanowi 95% wszystkich kąpielisk. Jedynie dla 10 kąpielisk wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań jakości wody, co stanowi 5% wszystkich skontrolowanych kąpielisk. Oceny o nieprzydatności wody do kąpeli były wydawane ze względu na przekroczenie parametrów mikrobiologicznych jak również na zakwity sinic w kąpieliskach.

¹ Dyrektywa 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. ustanawiająca ramy wspólnotowego działania w polityce wodnej z Dz.U.L. 327 z 22.12.2000
² Sinice, inaczej cyjanobakterie występują we wszystkich zbiornikach wodnych, jednak problemem stają się, gdy wzrasta ich ilość. Pojawiają się w wodzie okresowo, szczególnie w okresie wysokich temperatur towarzyszących sezonowi letniemu. Stężenie toksyn sinicowych (w tym mikrocytyn) i związane z tym ryzyko zdrowotne w wodach zbiorników wykorzystywanych do kąpeli, uzależnione jest takich czynników, jak stabilność warunków pogodowych, głębokość zbiornika, siła i kierunek wiatru.

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

W ramach nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach, zarówno organizatorzy kąpielisk jak i organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczególną uwagę zwracały na zakwity sinic. Kontrola występowania sinic odbywa się na podstawie wizualnego nadzorowania wody, jej koloru, występowania zawiesiny, mętności wody. Monitorowanie nadmiernego zakwitu sinic pozwala na szybką reakcję w chwili powstania generowanego przez nie zagrożenia neurologicznego i hepatoksycznego. Przy dużym nasłonecznieniu, stojącej wodzie i wysokiej temperaturze w wodach zbiorników wodnych dochodzi do tworzących się w zatokach kożuchów wydzielających nieprzyjemny zapach i masowego rozwoju sinic. Kwitnienie powstaje w około 2 dni i utrzymuje się przez około 5 do 7 dni. Kąpiel w wodzie, w której występują sinice może być przyczyną podrażnień skóry oraz dolegliwości ze strony układu pokarmowego i/lub zaburzeń neurologicznych. Gdy sinice obumierają, rozkładające je bakterie zaczynają zużywać tlen, co zabija ryby oraz zwierzęta i rośliny wodne. Należy podkreślić, że do tej pory nie odnotowano śmiertelnego zatrucia ludzi toksynami sinic.

Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas kontroli kąpielisk dokonywały kontroli wizualnej w zakresie nie tylko obecności zakwitów sinic, ale również obecności innych zanieczyszczeń i odpadów jak: materiały smoliste, szkło, tworzywa sztuczne, przedmioty pływające, jak również zwracały uwagę na wyposażenie kąpielisk. W sezonie kąpielowym 2014 nie odnotowano zanieczyszczeń w postaci substancji smolistych stanowiących zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi oraz fauny i flory wody w kąpieliskach.

4.2. Terminy otwarcia kąpielisk

Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne sezon kąpielowy obejmuje okres między 15 czerwca a 30 września. Indywidualnie dla każdego kąpieliska decyzję o jego otwarciu i zamknięciu w ramach czasowych określonych prawem praktycznie podejmuje organizator kąpieliska. Sezon kąpielowy jest okresem określonym przez radę gminy w uchwale, terminy te są zatwierdzane uchwałą Rady gminy, dodatkowo informacje te można znaleźć w Serwisie kąpieliskowym prowadzonym przez Główny Inspektorat Sanitarny.

4.3. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne wprowadza definicję klasyfikacji, przez którą rozumie się przyporządkowanie wody w kąpielisku do odpowiedniej klasy ze względu na jej właściwości. W celu określenia klasyfikacji niezbędna jest obserwacja jakości wody i jej ocena na przestrzeni dłuższego czasu. Zgodnie z przepisami ocena jakości wody ma być przeprowadzona na koniec każdego sezonu kąpielowego dla każdego kąpieliska. Dokonanie klasyfikacji dla kąpieliska jest możliwe w przypadku kiedy mikrobiologiczne badania wody zostały prowadzone minimum 16 razy.

Klasyfikacja realizowana jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w wyniku oceny jakości wody w kąpielisku prowadzonej zgodnie z ww. ustawą. Wodę w kąpielisku można klasyfikować jako:

- a. niedostateczną,
- b. dostateczną,
- c. dobrą,
- d. doskonałą.

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

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

Klasyfikacja w kąpielisku przeprowadzana jest na podstawie zestawu danych o jakości wody w kąpielisku, opracowanego w odniesieniu do danego sezonu kąpielowego oraz trzech poprzedzających sezonów kąpielowych, zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. Wymagania przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 25. Klasyfikacja wody w kąpielisku – wymagania.

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

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

- oparte na ocenie 95-percentyla
- oparte na ocenie 90-percentyla

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

W raporcie do Komisji Europejskiej w 2014 r. klasyfikacja jakości wody w kąpielisku została przeprowadzona po raz pierwszy. Wyniki przedstawiono w poniżej tabeli.

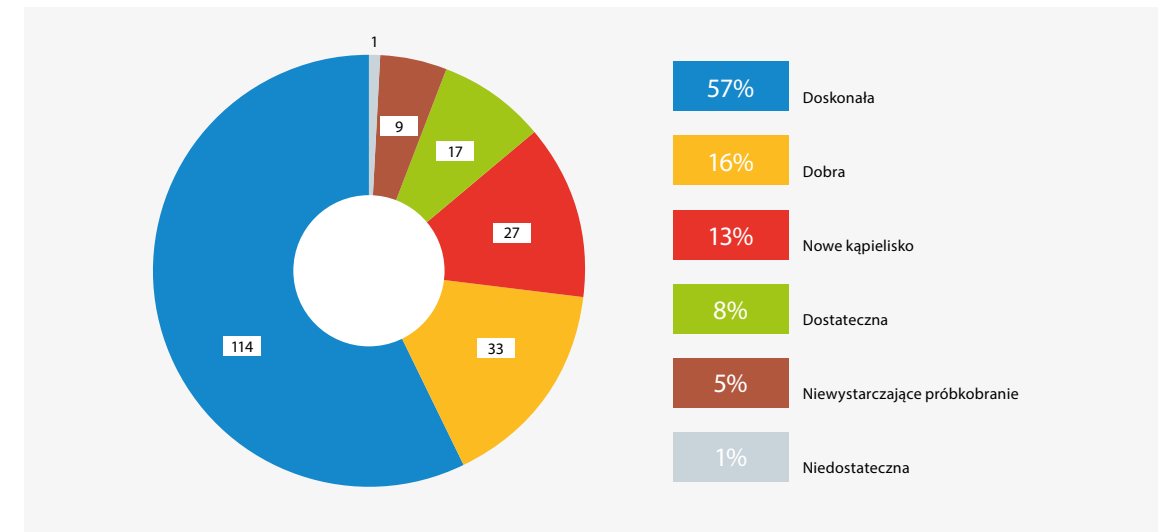
Tabela 26. Klasyfikacja wody w kąpielisku – wyniki.

Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym w 2014 r.	Klasyfikacja kąpielisk w 2014 r. oraz kąpieliska niepodlegające klasyfikacji					
	doskonała	dobra	dostateczna	niedostateczna	nowe kąpielisko ¹	niewystarczające próbkobranie ²
201	114	33	17	1	27	9

- Nowe kąpielisko które nie podlega jeszcze klasyfikacji z uwagi na niewystarczający zestaw danych o jakości wody w kąpielisku.
- Nie spełnienie kryteriów częstotliwości oraz liczby próbek wchodzących do zestawu danych do oceny jakości wody (pierwsza próbka nie pobrana na krótko przed początkiem sezonu, niezachowanie częstotliwości próbkobrania w trakcie sezonu kąpielowego – maksymalny odstęp między badaniami nie dłuższy niż jeden miesiąc, brak zestawu danych do klasyfikacji).

Klasyfikacja jakości wody mogła zostać wykonana dla 165 kąpielisk z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody niezbędnych do przeprowadzenia przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. W 2014 r. 114 kąpielisk sklasyfikowano jako doskonałe, 33 otrzymało status jakości dobrej, 17 dostatecznej i 1 kąpielisko otrzymało wynik niedostatecznej jakości. Dla 36 kąpielisk nie można było przeprowadzić klasyfikacji ze względu na brak pełnego zestawu danych o jakości wody. Po zakończeniu sezonu kąpielowego w 2014 r. 27 kąpielisk nie podlegało jeszcze klasyfikacji z uwagi, iż zostały wyznaczone po 2012 r. lub w kolejnych latach i w związku z czym nie posiadają wystarczającego zestawu danych o jakości wody. 9 kąpielisk nie spełniało kryteriów częstotliwości oraz liczby próbek wchodzących do zestawu danych do oceny jakości wody (pierwsza próbka nie pobrana na krótko przed początkiem sezonu, niezachowanie częstotliwości próbkobrania w trakcie sezonu kąpielowego – maksymalny odstęp między badaniami powinien być nie dłuższy niż jeden miesiąc).

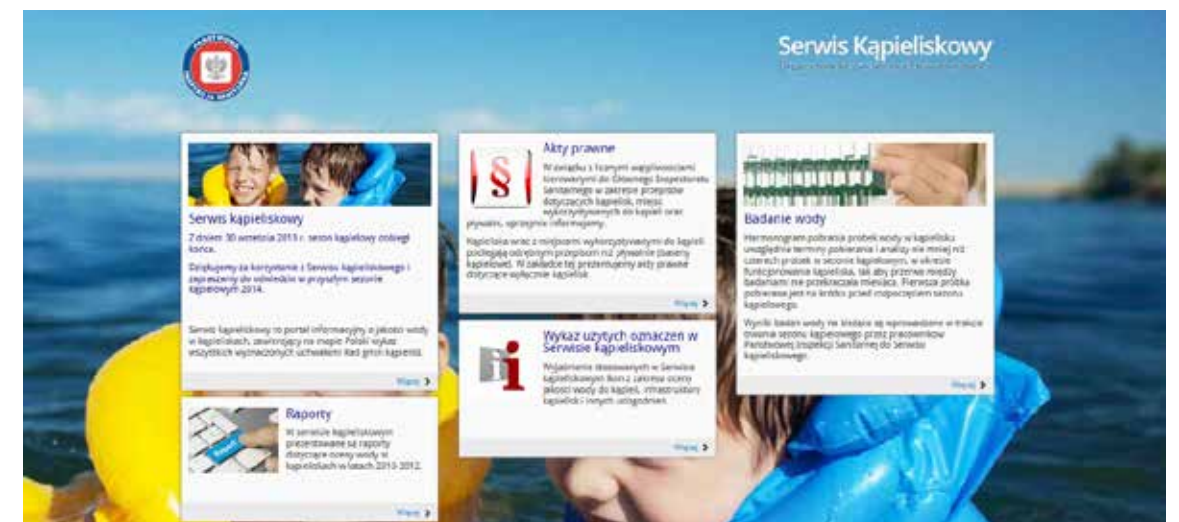
Wykres 37. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach.



4.4. Serwis kąpieliskowy

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

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



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

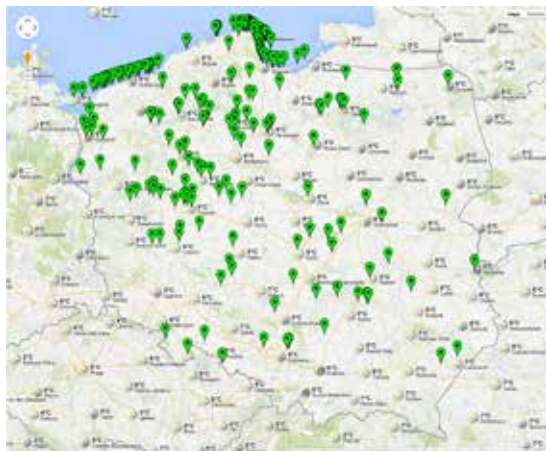
W 2013 r. Serwis kąpieliskowy został zmodyfikowany i zaprezentowany w postaci aplikacji, która zwiększyła możliwość szybkiej i wielostronnej wymiany informacji o jakości wody w sezonie kąpielowym. Zawarte są w nim również informacje dotyczące

danych podstawowych kąpieliska tj. adres kąpieliska, wskazanie stacji sanitarno-epidemiologicznej prowadzącej nadzór nad poszczególnym kąpieliskiem oraz danych dotyczących organizatora jak i infrastruktury kąpieliska w postaci ikonografii.

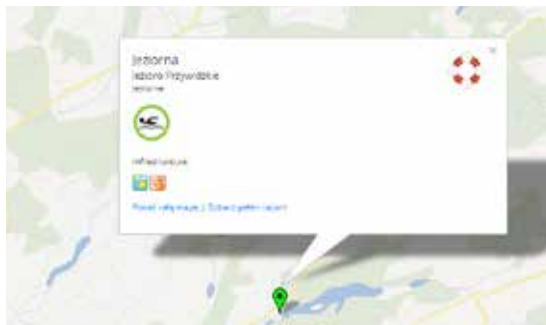
Serwis kąpieliskowy w sezonie kąpieliskowym 2014 był na bieżąco aktualizowany w terminie 15 czerwca – 30 września, zgodnie z okresem trwania sezonu kąpielowego i był prowadzony na podstawie danych uzyskiwanych od właściwych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych oraz państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

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

Grafika 4.



Grafika 5. Informacja z Sezonu kąpieliskowego o przydatności wody do kąpeli.



Grafika 6. Informacja z Sezonu kąpieliskowego o nieprzydatności wody do kąpeli ze względu na parametry mikrobiologiczne i inne wymagania.



Serwis kąpieliskowy zawiera informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

- wykaz kąpielisk;
- bieżącą ocenę jakości wody w kąpielisku;
- informację o zakazie kąpeli wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informację o innych zaleceniach dotyczących jakości wody;
- ogólny opis wody w kąpielisku, sporządzony w oparciu o profil wody w kąpielisku, przedstawiony w języku nietechnicznym;
- informacje o:
 - możliwości występowania krótkotrwałych zanieczyszczeń,
 - liczbie dni, w których kąpiel była zakazana w czasie poprzedniego sezonu kąpielowego, z uwagi na takie zanieczyszczenie,
 - ostrzeżeniu o każdym takim występującym lub przewidywanym zanieczyszczeniu;
 - dane o rodzaju oraz spodziewanym czasie trwania sytuacji wyjątkowej, której występowania nie przewidyuje się przeciętnie częściej niż raz na cztery lata.

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

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

przyznało certyfikaty *Błękitnej Flagi* wyróżniającym się kąpieliskom. Jako kryterium przyznania wyróżnienia uznano prawidłową gospodarkę ściekową i dobrą jakość wody.

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

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

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

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

Grafika 8. Informacje szczegółowe o kąpielisku.



5. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują działania mające na celu zwrócenie uwagi zarówno samorządów, władz lokalnych jak i organizatorów kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli na zalety wynikające z tworzenia kąpielisk oraz na potrzebę korzystania w czasie letnim z kąpielisk przez mieszkańców Polski i turystów zagranicznych. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej współpracują oraz udzielają porad organizatorom kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w trakcie trwania sezonu kąpielowego w zakresie prowadzenia nadzoru nad jakością wody. Przepis art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym wskazuje, iż do zakresu działań gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, należy przez to rozumieć również potrzeby związane z organizacją i udostępnianiem kąpielisk. Podobne wskazanie zawarte jest w art. 7 ust. 1 pkt 10, który stanowi, iż zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych należy do zadań własnych gminy.

Art. 34a ust. 1 ustawy *Prawo wodne*, który stanowi, iż rada gminy ma określić w drodze uchwały wykaz kąpielisk do 31 maja każdego roku, pozwala społeczeństwu wpływać na decyzje organów gminy w zakresie zapewnienia odpowiednich warunków rekreacji i wypoczynku zgodnych z jego oczekiwaniami. Jeśli lokalna społeczność oczekuje zorganizowania na terenie gminy bezpiecznego, systematycznie nadzorowanego kąpieliska, spełniającego wszystkie obowiązujące wymagania, to niewątpliwie organy samorządowe powinny wziąć pod uwagę taką potrzebę. Stanowi to wypełnienie zaleceń dyrektywy 2006/7/WE umożliwiających aktywny udział społeczeństwa w procesie tworzenia nowych kąpielisk oraz zgłaszania propozycji, uwag, skarg i wniosków w stosunku do kąpielisk już istniejących.

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

Zjawisko spadkowej tendencji liczby kąpielisk w stosunku do rosnącej liczby miejsc wykorzystywanych do kąpeli wynika z określonych w przepisach wyższych wymagań dla kąpielisk, które mają zapewnić kompleksowy nadzór nad jakością wody, prowadzony nie tylko przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ale przede wszystkim przez organizatora. Początkowo miejsca wykorzystywane do kąpeli miały za sprawą woli i możliwości organizatorów podnosić swój status i zostać przekształcone w kąpieliska, jednak w praktyce okazało się, że organizatorzy kąpielisk zamykają je na rzecz miejsc wykorzystywanych do kąpeli, które nie spełniają wysokich kryteriów, by mogły funkcjonować. Przed implementacją dyrektywy 2006/7/WE było zewidencjonowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej blisko 1 480 kąpielisk, w tym 1 160 niezorganizowanych, tradycyjnie wykorzystywanych przez ludność do kąpeli, zaś obecnie jest ich 201 i ich liczba systematycznie maleje. Widać zatem, że podjęcie intensywnych działań mających na celu poprawę jakości wody i ochronę zdrowia w takich miejscach, w rzeczywistości nie ma realnego odzwierciedlenia, co było pierwotnym zamysłem ustawodawcy. Miejsca wykorzystywane do kąpeli zostały przez ustawodawcę przewidziane mając na względzie zapewnienie również bezpieczeństwa osobom kąpiącym się podczas zorganizowanego krótkotrwałego wypoczynku letniego (obozy harcerskie, sezonowe ośrodki wypoczynkowe lub gospodarstwa agroturystyczne).

Miejsca te charakteryzują się, w odróżnieniu do kąpielisk, inną formą nadzoru sanitarnego nad jakością wody w zakresie zapewniającym wyeliminowanie zagrożeń zdrowotnych w czasie kąpeli.

Dlatego też, w celu wzmocnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkich osób korzystających z tej formy rekreacji Główny Inspektorat Sanitarny zaproponował zmianę w procedowanym projekcie ustawy *Prawo wodne*, definicji miejsca wykorzystywanego do kąpeli na miejsce okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli, które będzie funkcjonowało nie dłużej niż 30 dni i będzie mogło być utworzone nie więcej niż dwa razy. Biorąc pod uwagę, iż jest to proces długotrwały, a efekty jego działań z pewnością nie będą jeszcze zauważalne w kolejnym sezonie, Główny Inspektorat Sanitarny 2014 r. zwrócił się do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych o podjęcie działań edukacyjnych i informacyjnych promujących tworzenie kąpielisk (a nie miejsc wykorzystywanych do kąpeli), które powinny być kierowane szczególnie do gmin, które zarządzają procesem tworzenia kąpielisk.

6. Terminarz organizacji kąpielisk

- do 31 grudnia każdego roku poprzedzającego sezon kąpielowy, w którym kąpielisko ma być otwarte organizator kąpieliska składa wnioski do właściwego terenowo wójta, burmistrza lub prezydenta miasta o wpisanie kąpieliska do wykazu kąpielisk danej gminy (art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* Dz. U. z 2012 r. poz. 145, z późn. zm.);
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta, w przypadku przekazania przez organizatora kąpieliska niepełnej dokumentacji niezbędnej do jego umieszczenia w wykazie kąpielisk, wzywa do jej uzupełnienia w terminie do 7 dni (art. 34a ust. 5 ustawy *Prawo wodne*);
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta przygotowuje projekt uchwały o wykazie kąpielisk i podaje projekt uchwały do publicznej wiadomości, w sposób zwyczajowo przyjęty, określając formę, miejsce i termin składania uwag oraz propozycji zmian do wykazu, nie krótszy niż 21 dni od jego ogłoszenia (art. 34a ust. 7 ustawy *Prawo wodne*);
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta rozpatruje uwagi oraz propozycje do projektu uchwały w terminie nie dłuższym niż 14 dni (art. 34a ust. 8 ustawy *Prawo wodne*);
- do 15 kwietnia każdego roku wójt, burmistrz lub prezydent miasta przekazuje projekt uchwały o wykazie kąpielisk do zaopiniowania właściwemu: dyrektorowi regionalnego zarządu gospodarki wodnej, wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska i państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, a w przypadku kąpielisk położonych na polskich obszarach morskich, również właściwemu terytorialnie dyrektorowi urzędu morskiego, którzy w ciągu 14 dni wydają opinię do przekazanego projektu (art. 34a ust. 9 ustawy *Prawo wodne*);
- do 31 maja każdego roku rada gminy określa, w drodze uchwały, wykaz kąpielisk na terenie gminy lub na polskich obszarach morskich przyległych do danej gminy (art. 34a ust. 1 ustawy *Prawo wodne*);
- po podjęciu uchwały o wykazie kąpielisk, wójt, burmistrz lub prezydent miast przedstawia właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu informację o liczbie kąpielisk i podaje przyczynę zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego;
- Główny Inspektor Sanitarny przed rozpoczęciem sezonu kąpielowego przedstawia Komisji Europejskiej informację o liczbie kąpielisk i podaje przyczynę zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego;
- zgodnie z przyjętą przez Komisję Europejską praktyką pobierania pierwszej próbki wody do badań w kąpielisku, próbka wody przed otwarciem sezonu kąpielowego, powinna zostać pobrana nie wcześniej niż na 10 dni przed rozpoczęciem sezonu.

7. Kontrola planowa NIK

W 2014 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę *Organizacja i utrzymanie kąpielisk oraz miejsc wykorzystywanych do kąpeli (P/14/056)*. Celem kontroli była ocena wypełniania przez organy administracji publicznej wymagań przepisów prawa dotyczących organizacji i utrzymania kąpielisk oraz miejsc wykorzystywanych do kąpeli. Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r. Skontrolowano 25 jednostek w tym: Główny Inspektorat Sanitarny, 12 urzędów gmin i 12 stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Najwyższa Izba Kontroli w wystąpieniu pokontrolnym oceniła pozytywnie działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.





PŁYWALNIE

1. Wstęp

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

- ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.);
- ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208, poz. 1240);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.).

Za zapewnienie bezpieczeństwa kąpiących się osób jest odpowiedzialny podmiot prowadzący działalność, zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 roku o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych. W przypadku pływalni jest to osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która prowadzi działalność w tym zakresie oraz właściwy miejscowo wójt (burmistrz, prezydent miasta), zwani „zarządzającym obszarem wodnym”.

Pływalnie, czyli baseny kąpielowe i wodne urządzenia rekreacyjne, spełniają ważną rolę w promocji zdrowia ludzi wywierając pozytywny wpływ na zdrowie. Relaksacyjne właściwości kąpeli są coraz częściej wykorzystywane jako sposób wypoczynku i rekreacji. Woda, aby była bezpieczna dla zdrowia ludzkiego i nie powodowała zagrożeń zdrowotnych, musi być wolna od zanieczyszczeń mikrobiologicznych oraz chemicznych.

Pływalnie objęte kontrolą m.in. zlokalizowane były w obiektach sportowych i szkolnych, aqua parkach, hotelach, ośrodkach wypoczynkowych, sanatoriach, zakładach opieki zdrowotnej, samodzielnych obiektach. Duża liczba obiektów posiadała dodatkowe urządzenia atrakcji wodnych np. jacuzzi, hydromasaże, whirlpoole, gorące wiry wodne, fale, fontanny, wulkany, dysze masujące, duże zjeżdżalnie ślizgowe, mgły wodne i kaskady. Większość obiektów posiadała regulamin określający warunki korzystania z pływalni.

Pływalnie zaopatrywane były w przeważającej części w wodę z sieci wodociągowej oraz wyposażone były w automatyczne systemy oczyszczania, dezynfekcji i cyrkulacji wody, zapewniające automatyczną kontrolę parametrów jakości wody oraz dozowanie właściwej ilości środków dezynfekcyjnych. Nieliczne pływalnie odkryte wykorzystują wodę z własnych ujęć, w większości powierzchniowych.

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

2. Stan sanitarny pływalni

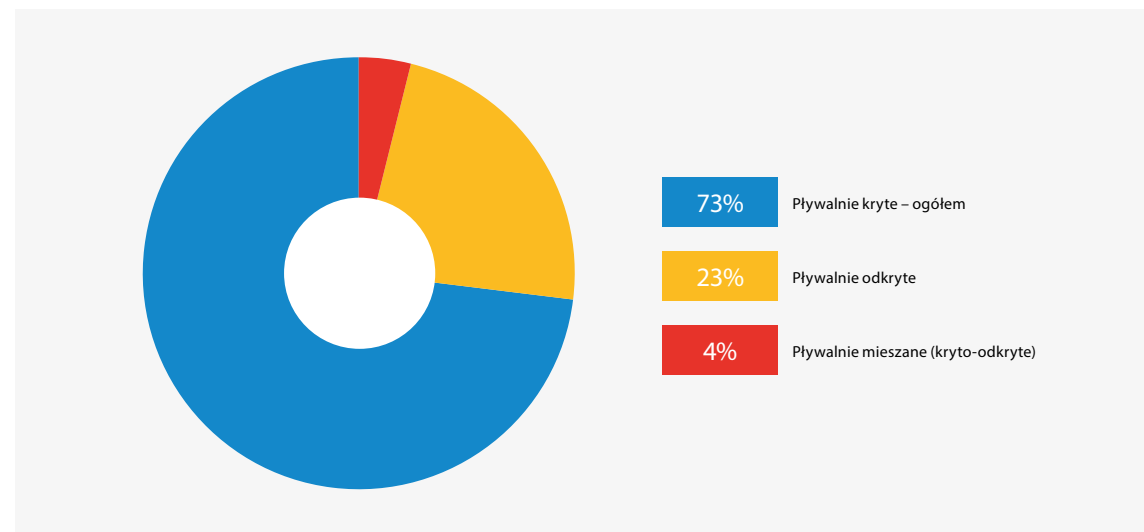
W 2014 r. ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się łącznie 1 858 pływalni. Skontrolowano stan sanitarny 1 657 obiektów. W porównaniu do roku 2013 liczba wszystkich pływalni w Polsce zwiększyła się o 266 obiekty. Najliczniejszą grupę obiektów basenowych stanowią pływalnie kryte (w tym parki wodne), których ogółem jest 1362, co stanowi 73% wszystkich obiektów. Pływalnie odkrytych zewidencjonowano 428 (23%), zaś pływalnie mieszane (kryto-odkryte) stanowiły najmniejszą grupę – 68 (4%).

Liczbę obiektów znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz liczbę pływalni skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. przedstawiono w tabeli 27.

Tabela 27. Stan sanitarny pływalni w 2014 r.

Wyszczególnienie	według ewidencji na 31 XII	Liczba urządzeń i obiektów skontrolowanych			
		ogółem	ze złym stanem sanitarnym		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Pływalnie kryte – ogółem	1362	1243	35	9	38
w tym parki wodne	76	75	4	2	4
Pływalnie odkryte	428	363	3	1	7
Pływalnie mieszane (kryto-odkryte)	68	51	0	0	2
SUMA	1858	1657	38	10	47

Wykres 38. Liczba pływalni w 2014 r.

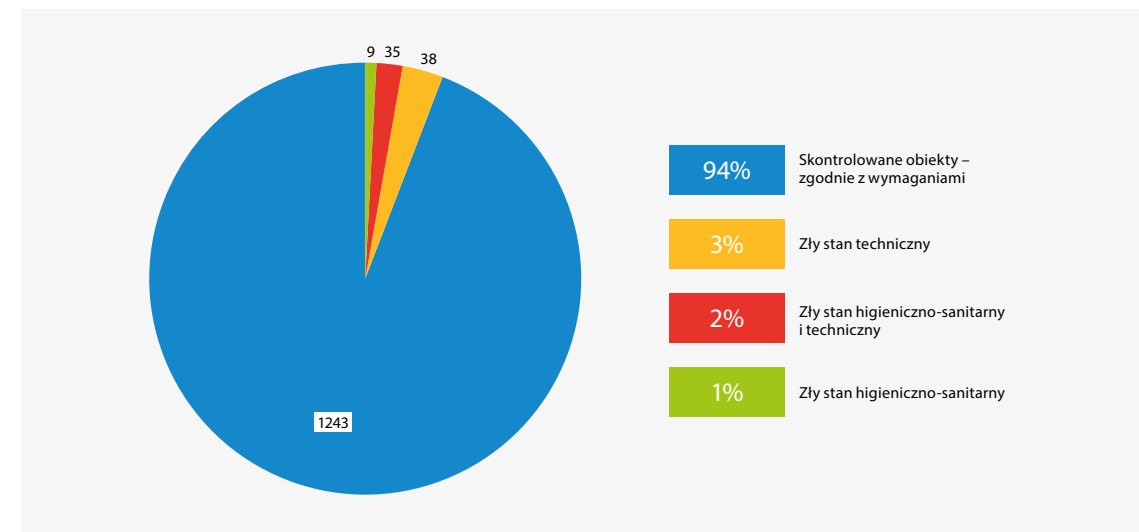


Odsetek skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pływalni w roku 2014 r. wyniósł 89%. W wyniku kontroli sanitarnych wykazano, iż 1 657 pływalni spełniała wymagania jakości wody, co stanowi 95% wszystkich pływalni. Stan sanitarny pływalni nie odpowiadał wymaganiom w przypadku 5% pływalni w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów. Z czego 3% negatywnych ocen pływalni spowodowanych było złym stanem technicznym obiektu (tj. brak wydzielonej i prawidłowo urządzonej szatni, brak opracowanego regulaminu korzystania z pływalni, zły stan techniczny pomieszczeń, ubytki w płytkach podłogowych w szatni, prysznicach, w nieckach basenowych i w jej otoczeniu, brak wentylacji mechanicznej lub grawitacyjnej w kontrolowanych pomieszczeniach, niewłaściwy stan brzegów niecki i dna niecki). 1% pływalni to obiekty ze złym stanem higieniczno-sanitarnym (tj. zły stan sanitarny pomieszczeń, brak urządzenia do dezynfekcji stóp i brak ciepłej wody w umywalkach, nieprawidłowości w utrzymaniu czystości bieżącej tj. brudne niecki basenowe, zabrudzone rynny przelewowe wokół niecki

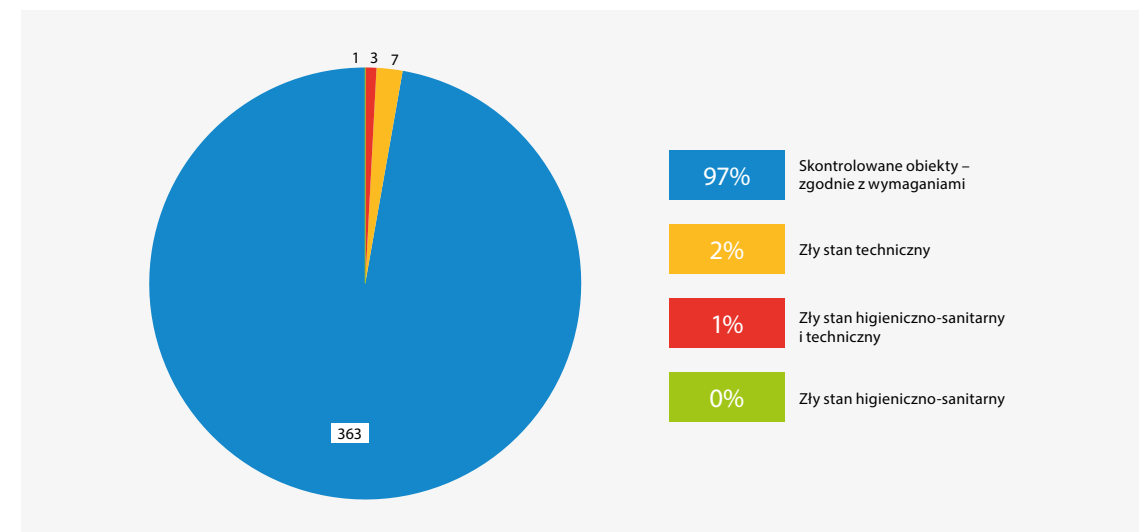
basenowej, zabrudzone kratki rynien przelewowych). Natomiast 2% pływalni oceniono jako złe pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym. W porównaniu do roku 2013 odnotowano niewielkie pogorszenie stanu sanitarnego pływalni. Pływalnie, które organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceniły w 2014 r. jako złe, pod względem sanitarno-technicznym pozostały na tym samym poziomie w porównaniu z 2013 r. (około 5%).

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

Wykres 39. Liczba skontrolowanych pływalni krytych w 2014 r.



Wykres 40. Liczba skontrolowanych pływalni odkrytych w 2014 r.



Przyczyną wydawania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej negatywnej oceny stanu sanitarnego pływalni był w większości ich zły stan techniczny, niemniej jednak czynnikami o największym znaczeniu dla zdrowia osób korzystających z pływalni są potencjalne zanieczyszczenia mikrobiologiczne wody.

3. Nadzór nad jakością wody na pływalni

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Ponieważ woda na pływalniach i w wodnych urządzeniach rekreacyjnych może stanowić zagrożenie dla zdrowia, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują prewencyjny nadzór zgodnie z art. 4 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ponadto, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w miejscach, gdzie następuje wytworzenie aerozolu wodno-powietrznego, należy wykonywać badania kontrolne na obecność bakterii z rodzaju *Legionella* sp.

Nadzór nad jakością wody sprawowany jest przede wszystkim przez właścicieli obiektów, którzy na własny koszt prowadzili badania wody na pływalniach. Natomiast organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach podejmowanych działań profilaktyczno-prewencyjnych zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa osób kąpiących się, w 2014 roku prowadziły nadzór nad jakością wody w pływalniach krytych, odkrytych i parkach wodnych. Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadanie statutowe, w tym m.in. zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni, wykonywały badania wody z częstotliwością i zakresem ustalonym w harmonogramach pobierania próbek wody.

W ramach nadzoru nad pływalniami, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 roku wykonywały kontrole mające na celu prewencyjnie przeciwdziałanie zagrożeniom zdrowotnym kąpiących się osób na pływalniach. Ilość badań dla każdego obiektu była ustalana indywidualnie przez terenowo właściwego inspektora sanitarnego w zależności od stanu obiektu i wyników badań kontrolnych.

Niemniej jednak, w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim użytkownikom pływalni i wodnych urządzeń rekreacyjnych, niezmiernie ważny jest kompleksowy nadzór nad jakością wody i stanem sanitarno-higienicznym obiektu, który będzie prowadzony przez właściciela obiektu w ramach kontroli wewnętrznej. Prowadzenie kompleksowej kontroli, przede wszystkim jakości wody na pływalniach przez zarządzających pływalniami, którzy są odpowiedzialni za jakość usług świadczonych w obiektach, wpływa bezpośrednio na zapewnianie szerokiej ochrony użytkowników przez co wzrasta zaufanie kąpiących do podmiotów zarządzających pływalniami oraz niezależnych organów nadzorczych, czuwających nad ich bezpieczeństwem.



3.1. Badania mikrobiologiczne i fizyko-chemiczne

W 2014 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały łącznie 20 963 badania jakości wody na pływalniach w Polsce.

Zakres badań wody basenowej najczęściej obejmował następujące parametry:

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

Czynnikiem o najwyższym znaczeniu dla zdrowia spośród wszystkich związanych z wodą na pływalni są wskaźniki mikrobiologiczne. Występowanie patogenów w wodzie basenowej tj. *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella* sp., w istotny sposób może zwiększać ryzyko zakażenia użytkowników pływalni. Niebezpieczeństwo to wynika z czasu ekspozycji na zagrożenie mikrobiologiczne zanim zostanie wykryte, dlatego tak istotna jest kontrola jakości wody basenowej oraz właściwe prowadzenie procesów uzdatniania i dezynfekcji wody.

Zanieczyszczenia mikrobiologiczne wnoszone są do wody przez użytkowników basenów. Osoby korzystające z kąpielni wnoszą do wody przede wszystkim drobnoustroje bytujące w przewodzie pokarmowym, w górnych drogach oddechowych, błonach śluzowych i na skórze. Oprócz drobnoustrojów wchodzących w skład normalnej mikroflory, stanowiących normalną stałą lub przejściową mikroflorę ciała, mogą to być również organizmy chorobotwórcze będące przyczyną infekcji.

Ponieważ nie jest możliwe skutecznie śledzenie obecności wszystkich rodzajów bakterii stanowiących potencjalne zagrożenie użytkowników urządzeń basenowych, podobnie jak w innych tego rodzaju przypadkach, wykonuje się badania na obecność organizmów wskaźnikowych, tj. *Escherichia coli*. Ponadto, konieczne są też badania obejmujące obecność *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella* sp., gronkowców koagulazododatnich oraz ogólnej liczby mikroorganizmów w $36\pm 2^{\circ}\text{C}$. Wskaźniki te są wystarczające do oceny jakości mikrobiologicznej obiegów wody w nowoczesnych obiektach basenowych wyposażonych w gorące wiry wodne, fale, fontanny, wulkany, dysze masujące, duże zjeżdżalnie ślizgowe, mgły wodne, jacuzzi czy kaskady. Miejsca te, z punktu widzenia specyfiki warunków sprzyjających tworzeniu się aerozolu wodno-powietrznego mogą być miejscem narażenia na kontakt z bakteriami z rodzaju *Legionella*.

Badania wykonywane na pływalniach odbywały się również w zakresie parametrów fizykochemicznych, istotnych dla



zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się. Pozwalają one na stwierdzenie czy technologiczne procesy uzdatniania i dezynfekcji wody prowadzone są na właściwym poziomie i czy są skuteczne. Zagrożenia wynikające z przekroczenia któregoś z parametrów fizykochemicznych, obserwuje się dopiero po dłuższym czasie ekspozycji na dany czynnik. W odniesieniu do osób korzystających z basenów lub innych urządzeń mamy na ogół do czynienia z niezamierzonym, przypadkowym picciem wody w bardzo niewielkich ilościach, co nie zagraża bezpośrednio zdrowiu kąpiących się, a stanowi wyłącznie wskaźnik prawidłowości prowadzonych procesów technologicznych.

4. Działania Głównego Inspektora Sanitarnego

4.1. Wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego

Mając na względzie zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób korzystających z pływalni Główny Inspektorat Sanitarny w 2014 r. wydał „Wytyczne w sprawie wymagań jakości wody oraz warunków sanitarno-higienicznych na pływalniach”, które powstały w oparciu o zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia. Przedmiotowe opracowanie zostało przygotowane jako wsparcie merytoryczne skierowane do osób prowadzących działalność w zakresie zarządzania pływalniami i zawierają również zagadnienia kierowanie do osób kąpiących się, mających wpływ także na jakość wody i warunki sanitarno-higieniczne w obiektach, z których korzystają.

Badania wody w wytycznych odnoszą się do badań mikrobiologicznych wody i stanowią minimum dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób korzystających z pływalni. Zgodnie z zaleceniami WHO badania wody uwzględniają badania jakości mikrobiologicznej wody, jako tej najważniejszej z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego kąpiących się. Jednakże skupienie się na badaniach mikrobiologicznej jakości wody nie zwalnia osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie pływalni z oceny właściwości fizykochemicznych wody. Istotnym jest zwrócenie szczególnej uwagi na kluczową rolę zarządzających pływalniami odpowiadających za zapewnienie m.in. bezpieczeństwa zdrowotnego osobom korzystającym z tej formy rekreacji.

Opracowanie zostało podzielone na cztery bloki tematyczne. Pierwsza część wytycznych *Wymagania dotyczące warunków sanitarno-higienicznych na pływalniach* określa wymagania sanitarno-higieniczne i sanitarno-techniczne istotne dla utrzymania czystości i porządku na pływalniach i w obiektach rekreacji wodnej. W części drugiej wytycznych *Zalecenia dotyczące mikrobiologicznej jakości wody na pływalniach, pływalniach z hydromasażem i innych urządzeniach do rekreacji wodnej* wskazano nie tylko zakres parametrów mikrobiologicznych, które stanowią według Światowej Organizacji Zdrowia najbardziej istotne zagrożenie dla zdrowia osób kąpiących się, ale również minimalną częstotliwość badań wody na pływalniach niezbędną do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego

kąpiących się osób. W trzeciej części wytycznych *Pobieranie próbek wody do badań mikrobiologicznych wody z pływalni oraz urządzeń związanych z uzdatnianiem wody* określono zalecenia służące ujednoczeniu postępowania przy pobieraniu próbek wody przez próbkobiorców, co w sposób istotny wpływa na wiarygodność uzyskiwanego wyniku badania jakości wody. Natomiast w części czwartej wytycznych *Postępowanie w przypadku wykrycia ponadnormatywnego skażenia mikrobiologicznego wody na pływalniach i urządzeniach rekreacji wodnej* przedstawiono prawidłowe postępowanie w przypadku zanieczyszczeń mikrobiologicznych.

Wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego zostały zamieszczone na stronie internetowej Departamentu Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody Głównego Inspektoratu Sanitarnego www.gis.gov.pl/dep/?lang=pl&dep=4&id=24 oraz zostały rozesłane do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W 2014 r. Główny Inspektorat Sanitarny rozpoczął intensywne prace legislacyjne w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego osób korzystających z pływalni. Procedowany jest projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach*, który określa podstawowe wymagania jakościowe dla wody na pływalniach. Wymagania mikrobiologiczne (o najwyższym znaczeniu dla zdrowia spośród wszystkich związanych z wodą na pływalni) i fizykochemiczne (istotne dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się, pozwalające na stwierdzenie czy technologiczne procesy uzdatniania i dezynfekcji wody prowadzone są na właściwym poziomie i czy są skuteczne). W projekcie rozporządzenia ustanowiono również częstotliwość pobierania próbek wody, która stanowi minimum badań koniecznych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się oraz podstawę oceny jakości wody na pływalni dokonywanej przez zarządzającego pływalnią.

Ponadto, projekt rozporządzenia określa również sposób informowania społeczeństwa korzystającego z pływalni o jakości wody na pływalni w postaci komunikatów.

4.2. Oświadczenia Głównego Inspektora Sanitarnego

W związku ze zgłoszeniami użytkowników pływalni o utrudnieniach w dostępności do obiektów osób chorych na łuszczycę, Główny Inspektor Sanitarny wydał w 2014 r. Oświadczenie, w którym przedstawił swoje stanowisko w tej sprawie, informując jednocześnie, że łuszczycę nie jest chorobą zakaźną. Oświadczenie jest dostępne na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem: www.gis.gov.pl/dep/?lang=pl&dep=4&id=24. Podkreślenia także wymaga fakt, że w świetle obowiązującego prawa, zabronienie korzystania z pływalni osobom chorym na łuszczycę mogłoby zostać odebrane jako naruszenie: wolności osobistej lub przejaw dyskryminacji.



DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE OŚWIATY ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA

Głównym celem działań pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych poprzez promowanie zdrowego stylu życia oraz informowanie o konsekwencjach zachowań ryzykownych dla zdrowia. Cel ten realizowany był w następujących obszarach:

1. Profilaktyka nadwagi i otyłości

1.1. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”

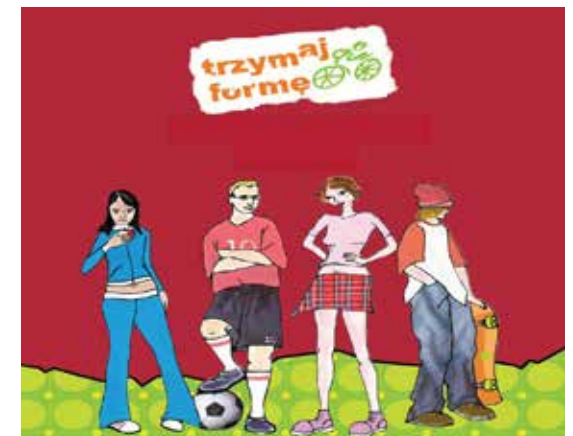
Program realizowany jest przez Główny Inspektorat Sanitarny i Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego. W roku szkolnym 2013/2014 odbyła się VIII edycja programu.

Celem programu 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.

Na poziomie wojewódzkim i powiatowym Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje program w szerokiej współpracy środowiskowej m. in. z Urzędami Marszałkowskimi, Urzędami Miast, podmiotami leczniczymi, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami kulturowo-oświatowymi, organizacjami tj.: oddziałami PCK, Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej (PTOZ) i innymi jednostkami. Partnerami programu są: Instytut Medycyny Wsi w Lublinie i Agencja Rynku Rolnego.

Program skierowany jest do wszystkich klas gimnazjów, V i VI klas szkół podstawowych oraz rodziców. W VIII edycji programu udział wzięło 806875 uczniów z 8414 szkół (3861 gimnazjów i 4553 szkół podstawowych).

VIII edycja programu przebiegała pod hasłem: „Rodzino, Trzymaj Formę!”, której celem było zwiększenie, za pośrednictwem dzieci, zaangażowania rodziców i opiekunów w realizację programu. Zaangażowanie w działania programowe w szkołach powinny przekładać się na stosowanie zasad zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej w domach rodzinnych. Dzieci, jako uczestnicy i ambasadory programu, przekazywali zdobytą wiedzę rodzicom/opiekunom, mobilizując domowników do wspólnych działań na rzecz zdrowia.



Istotnym wzmocnieniem działań programowych było przeprowadzenie przez organizatorów programu III edycji *Konkursu wiedzy o zdrowym stylu życia „Trzymaj Formę!”*. Konkurs objął 18 powiatów z 6 województw: podkarpackiego, lubuskiego, podlaskiego, wielkopolskiego, warmińsko-mazurskiego oraz kujawsko-pomorskiego. Głównym celem konkursu było zwiększenie wiedzy na temat wartości odżywczych żywności, wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie młodzieży gimnazjalnej oraz doskonalenie umiejętności korzystania z informacji zamieszczonych na opakowaniach produktów żywnościowych. Tematyka konkursu obejmowała wiedzę dotyczącą zbilansowanej diety, znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia oraz wybranych elementów edukacji konsumenckiej. Do pierwszego etapu konkursu zgłoszonych zostało 1 811 uczniów ze 129 gimnazjów. Do drugiego etapu konkursu zakwalifikowano 124 uczniów z 47 gimnazjów. W trzecim etapie konkursu udział wzięło 23 uczniów.

2. Profilaktyka palenia tytoniu

2.1. Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu na lata 2014–2018.

Realizacja programów edukacyjnych do dzieci i młodzieży

Rok 2014 był pierwszym rokiem realizacji kolejnej edycji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (POZNPT) przyjętego przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 8 lipca 2014 r. Program określa priorytetowe cele i zadania na lata 2014–2018, na jakich powinny opierać się działania związane z redukcją zagrożeń wynikających z palenia tytoniu w Polsce. Celem tej edycji POZNPT jest ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy (w odniesieniu do czynnego i biernego palenia tytoniu) w społeczeństwie polskim. Realizacji powyższego celu służą następujące cele szczegółowe:

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

W wyniku dotychczas prowadzonych edycji programów nastąpiły wyraźne zmiany w zachowaniach zdrowotnych Polaków. Zgromadzone dane pokazują, że zahamowanie w latach 90-tych wzrostu odsetka codziennych palaczy można uznać za zjawisko trwałe. O ile w latach 1990–1994 codziennie paliło w Polsce 51% mężczyzn i 25% kobiet¹, to w 2011 r. odnotowano odpowiednio 30,9% palących mężczyzn i 17,9% kobiet². Utrzymanie korzystnych tendencji w dynamice zjawisk zdrowotnych, zainicjowanych kolejnymi edycjami programu wymaga kontynuacji jego realizacji.

Działania profilaktyczne i interwencyjne podejmowane w ramach programu są bardzo zróżnicowane, podobnie jak zróżnicowane i wieloczynnikowe są okoliczności rozpoczynania palenia tytoniu i trwania w uzależnieniu. W działaniach tych uczestniczą zainteresowane resorty i urzędy, stosownie do swych kompetencji i nadzorowanych obszarów gospodarki narodowej. Rolę koordynatora wśród podmiotów realizujących program pełni Minister Zdrowia, który powierzył zarządzanie programem Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

W ramach realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w 2014 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna podjęła następujące działania:

2.2. Program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów „Czyste Powietrze Wokół Nas”

Jest to program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów, którego głównym celem jest zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie świadomych, asertywnych postaw w zakresie ochrony własnego zdrowia, w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi. W roku szkolnym 2013/2014 programem edukacyjnym objęto 4 435 przedszkoli, co stanowi 45,15% tych placówek w całym kraju. Ponadto w realizacji programu wzięło udział 3 369 oddziałów przedszkolnych, co stanowi 37,8% tych placówek w Polsce, oraz

1 „Palenie tytoniu w Polsce – obraz zjawiska, nowe trendy i wyzwania”. Zatoński W., Przewoźniak K., Gumkowski J. (2006).

2 „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.”. Główny Urząd Statystyczny (2011).

127 innych form wychowania przedszkolnego (7,6%). Łącznie do programu przystąpiło 7 931 placówek wychowania przedszkolnego. Liczba rodziców uczestniczących w programie wyniosła 1 888 47 osób. Łączna liczba dzieci uczestniczących w VI edycji programu to 2 888 49. Liczba dzieci w przedziale wiekowym 5–6 lat biorących udział w programie wynosi 1 888 47, co stanowi 38,54% wszystkich dzieci w tym przedziale wiekowym.

2.3. Program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I–III szkół podstawowych „Nie pal przy mnie, proszę”

Program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I–III szkół podstawowych to program, który w ramach edukacji antytytoniowej odnosi się do problemu biernego palenia wśród dzieci. Kształtuje u najmłodszych postawy odpowiedzialności za własne zdrowie i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, gdy inni przy nich palą. Do IV edycji programu przystąpiło 5 837 szkół podstawowych, co stanowi 45,7% wszystkich szkół podstawowych w Polsce. Łącznie w roku szkolnym 2013/2014 w programie udział wzięło 350 788 uczniów. Odsetek szkół realizujących program w porównaniu z poprzednią edycją zwiększył się o ponad 5% (z 40,3% do 45,7%).

2.4. Program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów „Znajdź właściwe rozwiązanie”

Program profilaktyki palenia tytoniu dla starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów zwiększa odpowiedzialność uczniów za własne zdrowie oraz kształtuje postawy wspierania ludzi, którzy pragną zerwać z nałogiem. Konstrukcja programu uwzględnia zajęcia, podczas których młodzież uczy się asertywności. Do realizacji IV edycji programu przystąpiło 2 535 szkół podstawowych (27,7%) oraz 3 016 gimnazjów (46,2%). Łącznie udział wzięło 5 551 szkół. Program objął swoim zasięgiem 466 285 uczniów. Efektem realizacji programu jest wzrost wiedzy dzieci i młodzieży w zakresie szkodliwości palenia oraz jego wpływu na stan zdrowia. Blisko 90% uczniów realizujących program wskazało, że poszerzyło wiedzę na temat negatywnego wpływu palenia na zdrowie i skutków zdrowotnych palenia tytoniu.

2.5. Światowy Dzień Bez Tytoniu

„Podnoszenie podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe” – pod takim hasłem odbyły się obchody zorganizowane 31 maja 2014 roku w ramach Światowego Dnia Bez Papierosa.

W Polsce średnia ważona cena detaliczna paczki papierosów (20 sztuk) wynosiła w 2014 roku 11,85 zł i wzrosła w porównaniu z 2011 rokiem o 30,8%. Stawka kwotowa akcyzy za 1 000 sztuk papierosów wzrosła na przestrzeni ostatnich 5 lat z 99,16 zł do 206,76 zł. Procentowy udział akcyzy i VAT-u w cenie detalicznej papierosów to w 2014 roku blisko 83%. Zgodnie z informacją Światowej Organizacji Zdrowia, zwiększanie podatków jest szczególnie skuteczne w ograniczaniu konsumpcji wyrobów tytoniowych w środowisku osób o niższych dochodach oraz w zapobieganiu rozpoczynaniu palenia przez młodzież. Wpływ wzrostu cen na zakup wyrobów tytoniowych przez młodych ludzi jest na tyle znaczący, że powoduje ograniczenie konsumpcji tytoniu 2–3 razy bardziej niż wśród dorosłych. W związku z obchodami Światowego Dnia bez Tytoniu, w Głównym Inspektoracie Sanitarnym opracowano informację prasową, która została zamieszczona na stronie internetowej Polskiej Agencji Prasowej, w Codziennym Serwisie Informacyjnym Polskiej Agencji Prasowej. Została ona także wysłana za pośrednictwem Serwisu online do dziennikarzy zainteresowanych tą tematyką oraz newsletterem do jego subskrybentów. Opublikowana informacja na temat obchodów oraz na temat realizowanej polityki podatkowej w odniesieniu do wyrobów tytoniowych znalazła szerokie odzwierciedlenie w mediach. Podczas „Światowego Dnia Bez Tytoniu” zorganizowano wiele pochodów oraz imprez plenerowych i festynów mających na celu zwiększenie w społeczności lokalnej wiedzy na temat zdrowotnych skutków palenia tytoniu. Stacje sanitarno-epidemiologiczne wspólnie z innymi instytucjami, na terenie całego kraju zorganizowały ponad 600 imprez środowiskowych, w których uczestniczyło 1 520 040 osób. We wszystkich działaniach związanych z obchodami wzięło udział ponad 2 000 000 osób.

2.6. Światowy Dzień Rzucania Palenia

W 2014 roku z inicjatywy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych odbyło się wiele przedsięwzięć z okazji obchodów Światowego Dnia Rzucania Palenia, które stanowią zwieńczenie całorocznej działalności programowej w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W ramach tegorocznych obchodów podjęto łącznie 235 465 działań, które objęły zasięgiem blisko 2 000 000 osób. W placówkach oświatowo-wychowawczych, w ramach

realizacji programów edukacji antytytoniowej, prowadzone były przez koordynatorów szkolnych pogadanki, prelekcje, imprezy okolicznościowe. Zorganizowano wystawy, prezentowano gazetki ściennie oraz prowadzono dystrybucję materiałów edukacyjnych. Uruchomiono wiele punktów informacyjno-pomiarowych, w których udzielano informacji na temat profilaktyki palenia tytoniu oraz zachęcano do wykonania bezpłatnych badań medycznych: pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, sprawdzenia poziomu glukozy, poziomu cholesterolu, pojemności płuc lub poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu.



kampanii w Internecie wyniosła 1 844 296. Zasięg kampanii buzz uzyskany w czasie jednego miesiąca działań wyniósł 138 828 użytkowników infosfery. Efektywność bierna uzyskana podczas jednego miesiąca kampanii wynosiła 276. Oznacza to, że każda z zamieszczonych wypowiedzi została wyświetlona średnio 276 razy. Efektywność czynna uzyskana w tym okresie wynosiła 3. Oznacza to, że na każdą z zamieszczonych wypowiedzi uzyskano średnio 3 odpowiedzi. Emisja spotów na monitorach LCD w komunikacji miejskiej w 18 miastach, przyczyniła się do zwiększenia zasięgu prowadzonych działań oraz jej siły oddziaływania na grupę docelową. W okresie Świąt Bożego Narodzenia wznowiono kampanię „Rzuć dymka!” i stworzono odsłonę pt.: „Policz się z dymkiem na święta!”. W związku z tym, iż okres świąteczny i przełom roku sprzyjają podejmowaniu ważnych decyzji, często dotyczących poprawy wyglądu, czy porzucenia złego przyzwyczajenia, Główny Inspektorat Sanitarny zachęcał społeczeństwo do zadbania o swoje zdrowie. Sugerowano, żeby pieniądze przeznaczone na papierosy oszczędzać na prezenty świąteczne.

2.8. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych prowadziła systematyczne kontrole przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej.

Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego: „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”.

W 2014r. przeprowadzono na terenie kraju 288 018 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu. Z wykonanych kontroli wynika, że zakaz jest stosowany w 99,91% (287 760 zakładów) obiektów użyteczności publicznej. Natomiast w 0,09% (258 zakładów) skontrolowanych zakładów stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów ustawy.

Ze wszystkich przypadków, najliczniejszą grupą obiektów, w których nie są przestrzegane zapisy ustawy, były obiekty służące obsłudze podróżnych – 36% (94), co stanowiło 1,68% wszystkich skontrolowanych obiektów tego typu (5 601). Kolejną grupą obiektów były zakłady pracy, w których odsetek ten wyniósł 28% (71), co stanowiło 0,1% wszystkich skontrolowanych obiektów tego typu (70 258). Ustawa była przestrzegana w 100% obiektów sportowych, których skontrolowano łącznie 3 123.

2.7. Ogólnopolska kampania medialna „Rzuć dymka!”

W Polsce pali blisko co czwarta kobieta. Z każdym jednym „dymkiem” do jej organizmu dostają się: aceton, cyjanowodór, arsen, amoniak, tlenek węgla, metanol, butan – w sumie ponad 4 tysiące substancji smolistych, w tym ponad 40 rakotwórczych. Celem tej kampanii było zbudowanie klimatu sprzyjającego podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu palenia wyrobów tytoniowych, ukazanie korzyści z abstynencji tytoniowej oraz wskazanie braku różnicy pomiędzy różnymi typami wyrobów tytoniowych we wpływie na zdrowie. Główny Inspektorat Sanitarny w terminie od 1 do 25 września 2014 roku przeprowadził kampanię edukacyjno-informacyjną skierowaną do kobiet w wieku 40+, które palą tytoń. Odsłonę prasową kampanii „Rzuć Dymka!” obejrzało co najmniej jeden raz, 40,9% grupy docelowej. Liczba odsłon

W 2014r. przeprowadzono ogółem 27 kontroli interwencyjnych, z czego najwięcej (n=9) w lokalach rozrywkowo-gastronomicznych, następnie w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, jednostkach organizacyjnych systemu oświaty oraz w zakładach pracy (po 4 kontrole). Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014r. wystawiły łącznie 116 mandatów, w tym 71 na łączną kwotę 11 800,00 zł za łamanie zakazu palenia i 45 na kwotę 10 500,00 zł za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem. Średnia kwota jednego mandatu wynosiła około 218,00 zł.

Departament Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz w Głównym Inspektoracie Sanitarnym w 2014r. zapewniał obsługę administracyjno-techniczną Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, zgodnie z § 7 zarządzenia Nr 3 Prezesa Rady Ministrów z dnia 12 stycznia 2004r. w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, zmienionego zarządzeniem nr 64 Prezesa Rady Ministrów z dnia 3 września 2010r.

3. Profilaktyka innych uzależnień

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

Od 1 lipca 2012 roku Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie realizuje Projekt KIK/68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowany w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Głównym celem pięcioletniego Projektu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. Ww. cel zostanie osiągnięty dzięki edukacji społeczeństwa w zakresie negatywnych skutków używania alkoholu, papierosów, narkotyków i innych środków psychoaktywnych oraz promowaniu zachowań prozdrowotnych.



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

Pierwsza edycja programu została zrealizowana w II semestrze roku szkolnego 2013/2014, w 1988 (30%) szkołach, z czego znaczący udział stanowiły szkoły ponadgimnazjalne typu: zasadnicze szkoły zawodowe, licea ogólnokształcące, licea ogólnokształcące uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych, licea profilowane, technika i technika uzupełniająca. Działaniami programowymi objęto ogółem 78 647 uczniów klas I-IV szkół ponadgimnazjalnych.

Program został wysoko oceniony zarówno przez młodzież, jak i przez szkolnych koordynatorów. Treści oraz materiały programowe zostały bardzo dobrze ocenione przez realizatorów i uczestników.

W okresie od 30 stycznia do 2 kwietnia 2014r. zrealizowano cykl 49 szkoleń pt. „Edukacja zdrowotna, jako skuteczne narzędzie w profilaktyce uzależnień” dla nauczycieli – szkolnych koordynatorów programu „ARS, czyli jak dbać o miłość?”. Szkolenia, w których organizację oprócz pracowników GIS byli zaangażowani również pracownicy działów/oddziałów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia WSSE i PSSE, odbyły się w następujących miastach: Gorzowie Wlkp., Pile, Piotrkowie Trybunalskim, Łodzi, Sieradzu, Skierniewicach, Warszawie, Tczewie, Gdańsku, Olsztynie, Krakowie, Nowym Sączu, Tarnowie, Bielsku-Białej, Katowicach, Częstochowie, Kielcach, Rzeszowie, Poznaniu, Opolu, Wrocławiu, Białej Podlaskiej, Kaliszu, Zamościu, Lesznie, Lublinie, Koszalinie,



Włocławku, Koninie, Białymstoku, Szczecinie, Zielonej Górze, Bydgoszczy, Toruniu, Legnicy, Jeleniej Górze, Wałbrzychu. W sumie zostało przeszkolonych 1 783 szkolnych koordynatorów programu „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, którzy następnie zrealizują program wśród uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych w całej Polsce. W trakcie szkoleń zostały omówione założenia, cele i sposoby realizacji programu edukacyjnego w szkołach ponadgimnazjalnych. Po zakończeniu szkoleń stacjonarnych, na platformie projektu www.zdrowiewciazy.pl zostały udostępnione szkolenia e-learningowe dla nauczycieli chcących doskonalić swoje umiejętności w prowadzeniu zajęć z edukacji zdrowotnej.

3.2. Ogólnopolska kampania społeczna „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!”

W 2014 roku rozpoczęto działania w ramach ogólnopolskiej kampanii społecznej adresowanej do ogółu społeczeństwa mającej na celu wzmocnienie realizacji „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”. W ramach kampanii zostały opublikowane w prasie ogólnopolskiej artykuły sponsorowane, informujące o realizacji Projektu KIK/68, nakręcono spoty telewizyjne i radiowe, które będą emitowane w kolejnych latach. Opracowano broszury, ulotki edukacyjne i plakaty. Do końca 2016 r. kampania będzie realizowana poprzez bilbordy oraz spoty na nośnikach LCD w tramwajach i autobusach w całym kraju.



Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizowali działania kampanijne na poziomie regionalnym i lokalnym. Prowadzono edukację wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, organizowano stoiska edukacyjno-informacyjne, na których oprócz wiadomości nt. konsekwencji zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych, osoby zainteresowane mogły zbadać poziom tlenu węgla w wydychanym powietrzu przy pomocy smokerlyzera i uzyskać inne informacje nt. zdrowego stylu życia. Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej organizowały konferencje dot. profilaktyki uzależnień, konsekwencji zdrowotnych używania środków psychoaktywnych, współpracowały z rozgłośniami radiowymi gdzie emitowane były audycje poświęcone problemowi uzależnień, emitowały spoty edukacyjne na portalach internetowych, organizowały liczne konkursy wiedzy oraz przedstawienia teatralne dot. tematyki uzależnień.

W minionym roku prowadzona była również edukacja grupy docelowej, w tym przede wszystkim uczniów, nauczycieli, kadry medycznej, kobiet w wieku prokreacyjnym oraz planujących macierzyństwo lub będących już w ciąży i ich rodzin, pracowników zakładów pracy, pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W tym celu wykorzystano platformę internetową Projektu (www.zdrowiewciazy.pl) oferującą kursy e-learningowe oraz interaktywne narzędzia umożliwiające wymianę informacji, dobrych praktyk, a także pozyskanie wiedzy w zakresie uzależnień oraz promocji zdrowego stylu życia.



4. Profilaktyka chorób zakaźnych

4.1. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

Inicjatorem programu koordynowanego przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Program realizowany jest w szerokim partnerstwie na poziomie lokalnym m. in. z: lokalnymi władzami samorządowymi, Kuratoriami Oświaty, parafiami, podmiotami leczniczymi, lokalnymi mediami.

Celem realizacji programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem HIV wśród ogółu społeczeństwa poprzez zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usługi w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.

Cele szczegółowe to:

- wzrost poziomu wiedzy na nt. HIV i AIDS u ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkół ponadgimnazjalnych i gimnazjów,
- poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy, ze szczególnym uwzględnieniem osób aktywnych seksualnie,
- usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży,
- zapewnienie odpowiedniego dostępu do usług diagnostycznych w zakresie profilaktyki HIV/AIDS oraz leczenia RTV – zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV.

Grupę docelową programu stanowił ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem ludzi młodych w wieku prokreacyjnym, osób aktywnych seksualnie, uczniów różnych typów szkół oraz pracowników ochrony zdrowia, psychologów, terapeutów, pracowników oświaty.

W działaniach podjętych w 2014 roku przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzięło udział 1 614 219 osób.

Wzmocnieniem realizacji zadań programowych były coroczne obchody Światowego Dnia Walki z AIDS, wraz z XXI Konferencją „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” oraz działania realizowane w zakresie kampanii społecznej o charakterze edukacyjno-profilaktycznym pt. „Jeden test. Dwa życia” skierowanej do kobiet planujących macierzyństwo i będących w ciąży oraz do lekarzy ginekologów. Celem kampanii było zwiększenie wiedzy na temat testowania w kierunku HIV wśród osób dorosłych, a w konsekwencji zmniejszenie liczby zakażeń HIV wśród nowo narodzonych dzieci. Ponadto, wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne kontynuowały działania podjęte w ramach ogólnopolskiej kampanii informacyjnej „Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV” skierowanej do środowisk medycznych, w szczególności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek i położnych, a poprzez te grupy zawodowe, do ogółu społeczeństwa. Celem ww. kampanii było upowszechnienie wczesnej diagnostyki zakażenia HIV, która ogranicza liczbę nowych zakażeń i pozwala w odpowiednim czasie rozpocząć terapię antyretrowirusową (ARV).

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 roku podejmowały działania edukacyjno-informacyjne również w ramach autorskich programów i kampanii w zakresie:

1. profilaktyki raka szyjki macicy,
2. profilaktyki próchnicy,
3. profilaktyki nowotworów,
4. profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze,
5. profilaktyki meningokokowej,

a także aktywnie uczestniczyły w obchodach międzynarodowych wydarzeń m. in.:

1. Europejskiego Tygodnia Szczepień,
2. Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach,
3. Światowego Dnia Zdrowia.



OCENA STANU SANITARNEGO PLACÓWEK DLA DZIECI I MŁODZIEŻY W 2014 ROKU

1. Informacje ogólne

W roku 2014 Państwowa Inspekcja Sanitarna nadzorowała 43 312 placówek przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, w tym m.in. placówki edukacyjne (przedszkola i szkoły), opiekuńczo-wychowawcze (m. in. żłobki i domy dziecka) i inne, np. bursy i internaty, domy studenckie oraz ośrodki specjalne. W liczbie tej mieściło się 19 811 szkół wszystkich typów, w tym 8 407 szkół podstawowych, 2 681 gimnazjów, 877 liceów ogólnokształcących, 543 szkoły policealne, 226 szkół zawodowych ponadgimnazjalnych, 72 szkoły specjalne oraz 7 005 zespołów szkół, w ramach których funkcjonowały placówki różnych typów. Ponadto nadzorowanych było 2 096 żłobków i klubów dziecięcych oraz 6 157 placówek takich jak placówki pracy pozaszkolnej, opiekuńcze, wychowawcze rekreacyjne itp.

2. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach realizacji zadań związanych z nadzorem nad warunkami sanitarno-higienicznymi placówek dla dzieci i młodzieży w 2014 roku przeprowadzili 48 490 kontrole w 32 675 placówkach (75%), z których korzystało łącznie 6 473 669 osób, w tym 3 669 614 uczniów szkół wszystkich typów (szkoły podstawowe, gimnazja, licea, szkoły ponadgimnazjalne zawodowe, szkoły specjalne).

Większość kontroli przeprowadzonych została w sposób planowy, jedynie nieznaczny odsetek stanowiły kontrole o charakterze interwencyjnym, tj. podjęte w rezultacie (dokonanego np. przez rodziców uczniów) zgłoszenia dotyczącego podejrzenia, iż w placówce nie zapewniono dzieciom i młodzieży bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu.

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

W wyniku kontroli prowadzonych w 2014 r. uchybienia dotyczące zarówno stanu sanitarno-higienicznego, jak i sanitarno-technicznego obiektu, w którym mieści się placówka dla dzieci i młodzieży stwierdzono w 305 obiektach, podczas gdy 410 skontrolowanych placówek było w niewłaściwym stanie sanitarno-higienicznym, natomiast 824 w złym stanie sanitarno-technicznym. Ogółem nieprawidłowości stwierdzono w 1 539 skontrolowanych placówkach (4,7% skontrolowanych).

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

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w trakcie kontroli placówek dla dzieci i młodzieży odnotowali, iż 31 536 placówek posiadało podłączenie do sieci wodociągowej, z własnego ujęcia wody korzystały 1 074 placówki, natomiast 5 957 odprowadzało nieczystości do zbiornika bezodpływowego, a 994 placówki posiadały własne oczyszczalnie ścieków.

W 718 obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie), w 91 placówkach stwierdzono zaniedbania w zakresie stanu czystości i porządku sanitariatów, natomiast w 830 przypadkach urządzenia sanitarne okazały się niesprawne technicznie. W 14 placówkach dostępne były jedynie ustępy zewnętrzne.

Skontrolowano również szkoły pod względem realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach. Pomimo znacznej poprawy w ostatnich latach w 164 obiektach nie wywiązano się z ww. obowiązku.

W 148 szkołach nie zapewniono należytych warunków do utrzymania higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, ręczników papierowych do suszenia rąk lub suszarki elektrycznej do suszenia rąk oraz mydła w płynie w dozownikach).

5. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, wyposażenie placówek dla dzieci i młodzieży powinno posiadać certyfikat potwierdzający zgodność wyrobu z parametrami określonymi w Polskiej Normie lub atest potwierdzający bezpieczeństwo użytkowania produktu. Obowiązek ten nie dotyczy mebli i innych elementów wyposażenia nabytych przed 1997 rokiem. Wymóg zapewnienia certyfikowanego wyposażenia dotyczy w szczególności stolików i krzeseł.

Kontrola w niniejszym zakresie wykazała, iż 633 placówki wyposażone były wyłącznie w meble bez certyfikatu. 1 149 placówek posiadało do 25% certyfikowanych mebli, 2 353 placówki posiadały nie więcej niż 50% certyfikowanego wyposażenia, natomiast w 5 967 placówkach ponad 50% mebli posiadało certyfikat zgodności z Polską Normą. W 11 966 szkołach stwierdzono korzystanie wyłącznie z mebli z certyfikatem.

Oceniono również dostosowanie mebli do wysokości ciała uczniów. Uchybienia stwierdzono na 4 441 stanowiskach w 537 oddziałach 197 szkół podstawowych oraz na 722 stanowiskach w 93 oddziałach 34 gimnazjów.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowali również szkoły pod względem korzystania przez uczniów z certyfikowanego sprzętu sportowego. W 1 238 szkołach zapewniono do 25% certyfikowanego sprzętu sportowego, w 2 043 do 50%, 4 535 placówek posiadało więcej niż 50% sprzętu posiadającego certyfikaty, z kolei w 11 078 placówkach zapewniono wyłącznie certyfikowany sprzęt sportowy.

6. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne

W trosce o stan zdrowia uczniów (codzienne noszenie ciężkich plecaków i tornistrów może prowadzić do m. in. trwałego skrzywienia kręgosłupa) wprowadzony został prawny obowiązek zapewnienia uczniom miejsca na pozostawienie w placówce podręczników i przyborów szkolnych. Z obowiązku tego w pełni (zapewniając możliwość zostawienia podręczników i przyborów szkolnych uczniom wszystkich klas) wywiązało się ogółem 16 241 szkół (ok. 50%).

7. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pobytu dzieci i młodzieży w szkołach, kontrolami objęto również warunki sanitarno-higieniczne prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Ocenie poddano m. in. posiadanie przez placówkę infrastruktury sportowej oraz stan sanitarno-techniczny zaplecza sportowego.

Z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego (w skład którego wchodzi sala gimnastyczna, sala rekreacyjna oraz pomieszczenia pomocnicze, np. szatnia) z boiskiem korzystać mogli uczniowie 6 667 szkół. Z kolei 778 szkół posiadało tzw. zespół sportowy bez boiska. Stwierdzono ponadto, iż 240 szkół posiadało wyłącznie salę gimnastyczną, natomiast 1 127 placówek wyłącznie boisko. Odnotowano, że niezależnie od posiadanej infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego na korytarzach odbywały się w 1 244 szkołach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku 1 241 placówek.

Tylko w 296 szkołach uczniowie korzystali z natrysków po każdym zajęciu sportowych, natomiast w 1 379 sporadycznie. 163 szkół posiadało natryski nieczynne (nieudostępnione do użytku), z kolei w 1 996 nie były one używane.



8. Bezpieczeństwo użytkowania substancji chemicznych w szkołach

Nadzorem objęto bezpieczeństwo użytkowania i przechowywania substancji chemicznych w szkołach. W pracowniach i warsztatach szkolnych odnotowano następujące przypadki nieprawidłowości: brak aktualnego spisu posiadanych substancji chemicznych i ich mieszanin (20 placówek), brak wymaganych kart charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin (18), brak oznakowania bądź oznakowanie niezgodne z przepisami (15), przechowywanie substancji chemicznych i ich mieszanin w niezakreślonych pomieszczeniach (17).

9. Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole

W ramach nadzoru nad higieną procesu nauczania skontrolowano rozkłady zajęć w szkołach wszystkich typów. Higieniczny plan zajęć powinien przewidywać rozpoczęcie i zakończenie zajęć o tej samej lub zbliżonej porze we wszystkie dni tygodnia, jak również niełączenie w bloki przedmiotów trudnych (np. matematyka, fizyka i chemia). Skontrolowano w tym zakresie 6 171 szkół podstawowych, nieprawidłowości odnotowano w 268 z nich. Ponadto skontrolowano 1 779 gimnazjów, spośród których w 59 nie zapewniono higienicznego rozkładu zajęć, 237 liceów ogólnokształcących, z czego w 19 stwierdzono uchybienia w przedmiotowym zakresie, jak również 66 ponadgimnazjalnych szkół zawodowych, gdzie uchybienia odnotowano w przypadku 2 szkół.

10. Żywnienie w szkołach

W toku kontroli stanu sanitarnego placówek dla dzieci i młodzieży uzyskano dane dotyczące żywienia w szkołach. Ogółem 421 336 uczniów skontrolowanych szkół korzystało z dofinansowania do posiłków oferowanych przez szkoły.

W 8 449 szkołach posiłki przygotowywane były na miejscu, podczas gdy 5 480 placówek zapewniało posiłki przygotowywane poza szkołą (catering). Ciepłe posiłki wydawane były w 12 178 szkołach, w tym 6 552 placówki oferowały obiady pełne, natomiast 5 970 obiady jednodaniowe. W 2010 szkołach prowadzone było wydawanie śniadań.

Tylko 330 szkół zorganizowało wydawanie napoju uczniom (w tym wody), z tej możliwości skorzystało 36 374 uczniów.

11. Zabezpieczenie piaskownic przed dostępem zwierząt

Z uwagi na bezpieczeństwo i higienę korzystania ze szkolnych placów zabaw, boisk i terenów rekreacyjnych przez dzieci i młodzież konieczne jest zabezpieczenie terenu (np. piaskownic) przed dostępem zwierząt, w szczególności przed zanieczyszczeniem odchodami zwierzęcymi. W toku kontroli sanitarnych w tym zakresie stwierdzono niewystarczającą ochronę przed zanieczyszczeniami placów zabaw/terenów rekreacyjnych w przypadku 578 placówek, niewystarczającą ochronę przed zanieczyszczeniami terenów sportowych 88 placówek oraz niewystarczającą ochronę przed zanieczyszczeniami zarówno placów zabaw/terenów rekreacyjnych jak i terenów sportowych należących do 381 szkół.

12. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W roku 2014, w elektronicznej bazie Kuratorium Oświaty, zarejestrowano 22 759 turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży. Skontrolowano warunki sanitarno-higieniczne podczas 11 079 turnusów (z których skorzystały łącznie 520 774 osoby), z czego 108 kontroli miało charakter interwencyjny, tj. zostały przeprowadzone na skutek zgłoszenia podejrzenia, iż uczestnikom nie zapewniono należytych warunków sanitarnych (52 interwencje okazały się uzasadnione). Kontrole wykazały 256 przypadków uchybień w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku. W przypadku 92 turnusów stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu.

13. Żłobki

Zgodnie z treścią danych uzyskanych w związku z nadzorem nad żłobkami i klubami dziecięcymi, w ewidencji figurowało 2 096 placówek, w tym 1 681 żłobków, z których 1 222 utworzono po wejściu w życie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 z dnia 4 lutego 2011 r. (Dz. U. 2011 Nr 45 poz. 235 ze zm.) oraz 415 klubów dziecięcych. W roku 2014 złożono łącznie 791 wniosków o wydanie opinii sanitarnej, z czego 768 placówek otrzymało pozytywną opinię w zakresie spełnienia wymogów sanitarnych, a 10 placówkom odmówiono wydania pozytywnej opinii sanitarnej z powodu stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień. W 13 placówkach postępowanie o wydanie opinii PIS jest w toku. W 2014 r. 108 placówek objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej zawiesiło lub zakończyło działalność.

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

1. nie zapewniono wymaganej powierzchni pomieszczeń (6);
2. wyposażenie nie posiadało atestów lub certyfikatów (6);
3. wysokość pomieszczeń przeznaczonych na pobyt dzieci wynosiła mniej niż wymagane przepisami 2,5 m (5);
4. poziom podłogi w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi był niższy niż określony przepisami, tj. 30 cm powyżej terenu urządzonego przy budynku (5);
5. meble nie były dostosowane do wymagań ergonomii (5);
6. pomieszczenia nie były utrzymane w odpowiednim stanie czystości i porządku (5);
7. nie zapewniono bieżącej ciepłej wody (5);
8. zespoły sanitarne nie były wyposażone w środki higieny osobistej (4);
9. nie zapewniono dostępu do miski ustępowej oraz urządzeń sanitarnych z ciepłą bieżącą wodą, takich jak: umywalka, brodzik z natryskiem lub inne urządzenia do utrzymania higieny osobistej dzieci (3).

14. Postępowanie administracyjne

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawując nadzór nad warunkami higieny dzieci i młodzieży egzekwuje realizację prawnych nakazów dotyczących zapewnienia odpowiednich standardów higieny w licznych obszarach (stan sanitarno-techniczny budynków, w których działają placówki dla dzieci i młodzieży, higiena procesu nauczania, warunki sanitarno-higieniczne wypoczynku itp.) poprzez wydawanie zaleceń oraz prowadzenie postępowań administracyjnych w każdym przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. W roku 2014 wydano łącznie 10 414 decyzji administracyjnych (7 310 decyzji wydanych zostało przez pion higieny dzieci i młodzieży, 2 023 przez pion bezpieczeństwa żywności i żywienia, natomiast 1 081 przez pion higieny komunalnej) z czego wyegzekwowano 5 544, ponadto na winnych uchybień nałożono 868 mandatów karnych na łączną kwotę 163 540 zł.

15. Podsumowanie i porównanie z rokiem poprzednim

Zdecydowana większość nadzorowanych placówek zapewniła bezpieczne i higieniczne warunki. Nieznacznie wzrosła liczba niektórych rodzajów stwierdzonych uchybień.

W roku 2014 nieprawidłowości w zakresie stanu higienicznego oraz technicznego obiektu odnotowano w odniesieniu do 305 skontrolowanych placówek, podczas gdy w 2013 r. stwierdzono je w przypadku 138 placówek.

Zgodnie z wynikami kontroli przeprowadzonych w 2014 r. w 1 126 szkołach nie zapewniono należytych warunków do utrzymania higieny osobistej, natomiast w 2013 roku stwierdzono 1 004 przypadki przedmiotowych uchybień.

Brak dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich sanitariatach dla uczniów w 2014 r. odnotowano w 164 obiektach w porównaniu z 206 placówkami w roku 2013.

W roku 2014 w związku z niezapewnieniem zgodnych z wymogami prawa należytych warunków sanitarno-higienicznych wydano 10 414 decyzji administracyjnych z czego wyegzekwowano 5 544, nałożono również 868 mandatów karnych na łączną kwotę 163 540 zł. W odniesieniu do roku poprzedniego wydano o 1 000 decyzji mniej.

Porównując dane z lat 2013 i 2014 nie stwierdza się istotnych zmian w stanie sanitarno-higienicznym placówek prowadzących działalność dla dzieci i młodzieży.

DZIAŁALNOŚĆ PAŃSTWOWYCH GRANICZNYCH INSPEKTORÓW SANITARNYCH W ZAKRESIE ZABEZPIECZANIA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEGO GRANIC RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I UNII EUROPEJSKIEJ

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, północno-wschodnie granice Polski stały się granicami Unii Europejskiej i od tej chwili graniczne stacje strzegą również granic wspólnotowych.

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

1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej

Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną, której celem jest utrzymanie bariery sanitarno-epidemiologicznej kraju poprzez niedopuszczenie do wprowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, których jakość zdrowotna nie odpowiada obowiązującym przepisom i może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną

W ramach realizacji ustawowych zadań, **państwo graniczni inspektorzy sanitarni (zwani dalej: „PGIS”)** monitorują zagrożenia i oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawlečeniami do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych, wysoce zakaźnych, a także przed skutkami ataku bioterrorystycznego.

Istotną część działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią działania PGIS dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych. Realizację ww. zadań, **wykonuje 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych (zwanymi dalej: „GSSE”) tj.:** w Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemyślu, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu, Warszawie.

3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Głównymi celami działania państwowych granicznych inspektorów sanitarnych są w szczególności:

1. Ochrona sanitarno-epidemiologiczna granicy państwa i Unii Europejskiej przed zawlečeniami wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych.
2. Sprawowanie granicznej kontroli sanitarnej nad towarami zgodnie z ustawodawstwem krajowym, unijnym, a także wynikającym z międzynarodowych konwencji.





3. Wspieranie Krajowego Punktu Kontaktowego we wspólnotowym systemie RASFF oraz współdziałanie w tym zakresie z Komisją Europejską.
4. Monitoring suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wzbogaconych środków spożywczych wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Zwiększony nadzór nad nowymi produktami wprowadzanymi do obrotu, a mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.
6. Aktualizacja zapisów z nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi, w zakresie rejestracji zgłoszeń, prowadzenia analiz epidemiologicznych i przedstawianych raportów statystycznych.
7. Nadzór nad bezpieczeństwem wody przeznaczonej do zaopatrywania statków powietrznych.
8. Nadzór sanitarny nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy.
9. Sprawowanie nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, produktami biobójczymi, detergentami i prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 w oparciu o obowiązujące przepisy.
10. Działania zapobiegawcze oraz kontrolne w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego i niezwłoczne przekazywanie informacji w tym zakresie do organów wyższego stopnia.
11. Nadzór sanitarny nad warunkami przewozu osób w ruchu międzynarodowym.

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

4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2014 roku

W 2014 roku, w ramach urzędowej kontroli żywności, obejmującej graniczną kontrolę żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, na przejściach granicznych w całym kraju, przeprowadzono łącznie **38 352 kontrole**, co stanowi wzrost do roku ubiegłego o 7,4%. W związku z przeprowadzonymi kontrolami, w stosunku do niewielkiej części partii produktów tj. 144, wydano decyzję o zakazie wprowadzenia importowanych partii środków spożywczych do obrotu w Unii Europejskiej, o 41,9% mniej niż w roku ubiegłym.

Graniczne kontrole sanitarne przeprowadzają na przejściach granicznych państwowi graniczni inspektorzy sanitarni oraz w miejscu przeznaczenia towarów (w siedzibie importera albo odbiorcy) – państwowi powiatowi lub państwowi graniczni inspektorzy sanitarni. W roku 2014 liczba partii przekazanych tzw. „zawiadomieniem” do odprawy wewnątrz kraju wyniosła 5227.

Tabela 28. Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2014.

Nazwa Stacji	Liczba przeprowadzonych kontroli/liczba partii	Liczba wydanych świadectw jakości zdrowotnej/CED ¹	Liczba decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE lub zmiana przeznaczenia
GSSE Dorohusk	2653	2402	23
GSSE Elbląg	279	279	0
GSSE Gdynia	15863	9506	47
GSSE Hrebenne	1447	1395/4	72
GSSE Koroszczyń	1586	1609/2	0
GSSE Przemyśl	6638	6620/2	1
GSSE Suwałki	789/792	783/1	0
GSSE Szczecin	461	456/5	1
GSSE Świnoujście	108/147	144	0
GSSE Warszawa	8528/8627	8519	0
Suma	38352	31713/14	144

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

5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega

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

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

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

Środki spożywcze pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, przywożone z państw trzecich i wprowadzane w Polsce do obrotu, podlegają granicznej kontroli sanitarnej.

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

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

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

W zakresie granicznej kontroli sanitarnej obowiązuje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2007 r. w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. Nr 196, poz. 1423 z późn. zm.)* oraz *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2008 r. w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych (Dz. U. Nr 37 poz. 213, z późn. zm.)*.

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

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

6.1. Służbą Celną:

- współpraca polega na wzajemnym udzielaniu pomocy w zakresie prawidłowej identyfikacji towarów zgłoszonych i podlegających granicznej kontroli sanitarnej, a także informowaniu o zauważonych nieprawidłowościach, stwierdzonych w związku z kontrolą celną lub sanitarną przy wprowadzaniu na obszar celny Wspólnoty, wyprowadzeniem z tego obszaru i przemieszczeniu towaru w ramach procedury tranzytu przez obszar Wspólnoty,
- podejmowaniu przez organy celne działań przewidzianych przepisami prawa celnego w odniesieniu do towarów niespełniających wymagań zdrowotnych, przy wprowadzaniu towarów na obszar Unii Europejskiej,
- uzgadnianiu trybu postępowania podczas prowadzenia działalności przeciwepidemicznej oraz wprowadzeniu i stosowaniu procedur postępowania przeciwepidemicznego,
- udostępnianiu wzajemnym materiałów w celu prowadzenia oświaty zdrowotnej,
- współdziałaniu w zakresie profilaktyki zagrożeniom bioterroryzmem.

6.2. Strażą Graniczną:

- współpraca polega na powiadamianiu o występowaniu objawów chorobowych lub podejrzeniu wystąpienia zachorowania na chorobę zakaźną wśród osób przekraczających granicę UE,
- pomocy w podejmowaniu działań mających na celu określenie osób mających kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie,
- współpracy we wprowadzaniu do stosowania procedur postępowania przeciwepidemicznego oraz ich późniejszej realizacji,
- natychmiastowym powiadamianiu PGIS o podejrzeniu ataku bioterrorystycznego.

Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny współpracuje także z Granicznym Lekarzem Weterynarii, Państwowym Wojewódzkim/Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, Państwowym Inspektorem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wojewódzkimi/powiatowymi centrami zarządzania kryzysowego oraz podmiotami działalności leczniczej.

7. Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ))

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) stanowią zbiór wytycznych, praw i obowiązków nałożonych zarówno na państwa-strony jak i na Światową Organizację Zdrowia. Dużo uwagi poświęca się w nich punktom wejścia, czyli takim miejscom, gdzie następuje międzynarodowa wymiana ludzi i towarów. Punktami wejścia zgodnie z MPZ (2005) są miejsca, przez które możliwe jest wejście na teren danego państwa lub wyjście z niego podróżnego, bagażu, towarów, przesyłek pocztowych i środków transportu.

Punktami wejścia w przypadku międzynarodowych portów lotniczych są: *Port Lotniczy im. F. Chopina Warszawa-Okęcie, Port Lotniczy im. Jana Pawła II Kraków-Balice, Port Lotniczy im. NSZZ Solidarność Szczecin-Goleniów, Port Lotniczy S.A. Wrocław im. Mikołaja Kopernika, Port Lotniczy Łódź im. W. Reymonta Sp. z o.o., Port Lotniczy im. Lecha Wałęsy Gdańsk, Port Lotniczy im. H. Wieniawskiego Poznań-Ławica.*

W związku z faktem, że granica północno-wschodnia Polski jest równocześnie granicą zewnętrzną Unii Europejskiej, zostały nałożone na Polskę szczególnie odpowiedzialne zadanie zagwarantowania bezpieczeństwa wszystkich Państw Członkowskich przed zagrożeniami ze strony niepożądanych na terytorium Unii Europejskiej osób i towarów, przy jednoczesnym utrzymywaniu dobrosąsiedzkich kontaktów z państwami pozostającymi poza Unią Europejską.

8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia

W celu zwiększenia ochrony ludności Europy przed różnymi zagrożeniami dla zdrowia, Komisja Europejska podjęła działania, które odniosły skutek w postaci przyjęcia *Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającą decyzję nr 2119/98/WE.*

Decyzja ta jest odpowiedzią na ostatnie sytuacje kryzysowe, takie jak pandemia grypy H1N1 w 2009 roku, chmura pyłu wulkanicznego w 2010 roku i epidemia bakterii E. coli (STEC) w 2011 roku. Ma on na celu wzmocnienie środków ochrony ludności poprzez bardziej sprawne i skuteczne zwalczanie transgranicznych zagrożeń dla zdrowia. Proponuje lepsze przygotowanie i koordynację planów, które zostaną opracowane w porozumieniu z Komisją Europejską i państwami członkowskimi; opiera się na systemie wczesnego ostrzegania i reagowania ustanowionym dla zwalczania chorób zakaźnych, zapewniając lepsze zasoby, sieci i struktury, rozszerzając zakres oceny ryzyka i koordynacji w zakresie działań obejmujących wszystkie zagrożenia dla zdrowia oraz wzmacniając rolę Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia.

W 2014 roku w Głównym Inspektoracie Sanitarnym powołano Krajowy Punkt Kontaktowy Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (EWRS) w zakresie transgranicznych zagrożeń zdrowia publicznego innych niż choroby zakaźne tj.

- zagrożenia o pochodzeniu chemicznym,
- zagrożenia o pochodzeniu środowiskowym,
- zagrożenia o pochodzeniu nieznanym
- oraz zdarzenia o charakterze nadzwyczajnym w dziedzinie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym

Prowadzeniem ww. punktu kontaktowego zajmuje się Departament Współpracy Międzynarodowej i Ochrony Sanitarnej Granic. Działalność w zakresie ostrzegania i reagowania na zagrożenia zdrowia publicznego o charakterze transgranicznym polega na ciągłej współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Komisją Europejską, Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Żywności, a na poziomie krajowym z m.in. Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych, Ministerstwem Obrony Narodowej, Rządowym Centrum Bezpieczeństwa oraz krajowymi ekspertami z poszczególnych dziedzin.



