



Główny Inspektorat
Sanitarny



STAN SANITARNY KRAJU w roku 2019

© Główny Inspektorat Sanitarny 2020

Wszelkie prawa zastrzeżone

Niniejsze opracowanie łącznie ze wszystkimi ilustracjami i schematami jest chronione prawem autorskim. Prawa autorskie do niniejszego opracowania przysługują Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu.

Kopiowanie, przetwarzanie w systemach elektronicznych, tłumaczenie oraz jakiegokolwiek inne wykorzystanie niniejszego opracowania lub jego fragmentu wymaga wskazania autorów opracowania i źródła.

Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2019 r.

Warszawa, wrzesień 2020 r.

Wydawca:
Główny Inspektorat Sanitarny
ul. Targowa 65
03-729 Warszawa

tel.: +48 22 536 13 00
fax: +48 22 635 61 94

www.gis.gov.pl
e-mail: inspektorat@gis.gov.pl

Spis treści

Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	9
1. Zakres nadzoru sanitarnego	10
2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia	10
3. Wzmoczony nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego otwartego w sezonie letnim 2019 r.	12
4. Stan sanitarny środków transportu żywności	14
5. Jakość zdrowotna środków spożywczych	14
5.1. Znakowanie środków spożywczych	17
5.2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	17
5.3. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF	18
5.4. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)	28
5.5. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety i żywności dla określonych grup w 2019 r.	28
5.5.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety	28
5.5.2. Żywność dla określonych grup	31
6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	32
7. Produkty kosmetyczne	33
8. Wybrane zagadnienia żywienia zbiorowego	33
8.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach	34
8.2. Żywienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty	37
8.3. Kontrole sklepików i kiosków szkolnych	37
Jakość wody przeznaczonej do spożycia	39
1. Wstęp	40
2. Zaopatrzenie ludności w wodę	40
2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej	40
2.2. Struktura wodociągów w Polsce	42
2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach	44
2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia	46
3. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	48
3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi	48
3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych	49
3.3. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa	51
3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	52
3.5. Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju Legionella sp.	52
4. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	54
Pływalnie	57
1. Wstęp	58
2. Wymagania jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach	58
2.1. Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne	58
2.2. Legionella	59
3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	60
3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody	60
3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach	62
4. Obowiązki zarządzającego pływalnią w zakresie zamieszczania komunikatów	63
Kąpieliska i miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii	65
1. Wstęp	66
2. Stan sanitarny kąpielisk	66
3. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii	70
4. Terminy otwarcia kąpielisk	70
5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach	72
6. Serwis kąpieliskowy	72
7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk	75
Zapobiegawczy nadzór sanitarny	77
1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny	78
1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego	78
1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego	78
Strategiczne oceny oddziaływania na środowisko	79
Ocena oddziaływania przedsięwzięcia mogącego znacząco oddziaływać na środowisko	80

Uzgadnianie dokumentacji projektowej i inne stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na etapie projektowania, przebudowy i realizacji inwestycji, w tym obiektów budowlanych.....	80
Inne stanowiska dotyczące warunków środowiska zewnętrznego, w tym zajmowane w zakresie rewitalizacji, remediacji, naprawy szkód w środowisku	82
2. Zapobiegawczy nadzór sanitarny - dane liczbowe	82
3. Podsumowanie	83
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	85
1. Informacje ogólne	86
2. Stan sanitarny wybranych obiektów	86
2.1. Ustępy publiczne i ogólnodostępne	86
2.2. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych	86
2.3. Obiekty hotelarskie - hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe	87
2.4. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi	87
2.5. Salaria	89
2.6. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, środki transportu	89
2.7. Porty lotnicze i morskie, przejścia graniczne	90
2.8. Tereny rekreacyjne	90
2.9. Cmentarze, domy przedpogrzebowe	90
2.10. Inne obiekty użyteczności publicznej	90
3. Podsumowanie	90
Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami	93
1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	94
2. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest – na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2019 roku	97
3. Choroby zawodowe	100
4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy	102
5. Podsumowanie	102
Higiena radacyjna	105
1. Informacje ogólne	106
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich	106
3. Ochrona radiologiczna pacjenta	108
4. Zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych	109
5. Radon	109
6. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	111
Higiena procesów nauczania, wychowania oraz wypoczynku i rekreacji dzieci i młodzieży	113
1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży	114
2. Stan sanitarny budynków lub ich części, w których funkcjonują placówki opieki, wychowania i nauczania dla dzieci i młodzieży	115
3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej	116
4. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży	116
5. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne i higieniczna ocena rozkładów zajęć lekcyjnych w placówkach	119
6. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	119
7. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży	121
8. Żłobki i kluby dziecięce	121
9. Podsumowanie	121
Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą	123
1. Informacje ogólne	124
2. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	124
2.1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	125
2.2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	126
2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	127
2.4. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	130
3. Odpady medyczne	131
Oświata zdrowotna i promocja zdrowia	137
1. Profilaktyka uzależnień	138
1.1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych	138
1.2. Światowy Dzień Bez Tytoniu	138
1.3. Światowy Dzień Rzucania Palenia	139
1.4. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych	141
1.5. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”	141
1.6. Konkurs „Szkoła wolna od używek”	141
2. Profilaktyka nadwagi i otyłości	142
2.1. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”	142

3. Profilaktyka chorób zakaźnych	144
3.1. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS	144
4. Profilaktyka wszawicy	145
5. Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia	146
Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zmniejszania zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanego przez nowe narkotyki w 2019 r.	151
1. Wprowadzenie	152
2. Sytuacja epidemiologiczna	153
3. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych	156
4. Nowe narkotyki zidentyfikowane w 2019 r.	158
5. Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne	161
6. „DOPMED - System Rejestracji i Identyfikacji Zatruc Nowymi Substancjami Psychoaktywnymi w Polsce jako kluczowe źródło szybkiego reagowania na niepożądane skutki ich używania”	164
Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2019 roku	167
1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej	168
2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną	168
3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych	168
4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2019 roku	169
5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega	170
6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej	172
7. Działania GSSE w obszarze portów morskich i jednostek pływających	172
8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia	173
Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w 2019 r.	175
1. Choroby zakaźne objęte przez Światową Organizację Zdrowia programami eradykacji i eliminacji (odra, różyczka, poliomyelitis)	176
1.1. Odra	176
1.2. Różyczka	180
1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)	182
1.4. Grypa	182
1.5. Gruźlica	185
2. Choroby przenoszone drogą pokarmową	188
2.1. Zakażenia bakteryjne	189
2.2. Kampanylobakterioza i jersinioza	189
2.3. Czerwonka bakteryjna (szigelozja)	190
2.4. Dur brzuszny i dury rzekome oraz gronkowce zatrucia pokarmowe	190
2.5. Listerioza	190
2.6. Włośnica	191
2.7. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)	193
3. Zakażenia wirusowe	194
3.1. Zakażenia rotawirusowe	194
3.2. Zakażenia norowirusowe	194
3.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A	194
4. Choroby krwiopochodne	195
4.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	195
5. Choroby odzwierzęce	199
5.1. Borelioza z Lyme	199
5.2. Kleszczowe zapalenie mózgu	200
5.3. Wścieklizna	200
5.4. Bąblowica	201
5.5. Inne	201
6. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji	202
7. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2019 r.	204
7.1. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych	204
7.2. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce	205
7.3. Sposób przekazywania szczepionek prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne – dystrybucja szczepionek	205
7.4. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane, jako czynnik determinujący możliwy spadek stanu zaszczepienia populacji przeciw chorobom zakaźnym - działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień	206
8. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach - ogniska epidemiczne	213
8.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce	213
8.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala	213
Spis tabel, wykresów i rysunków	220



Szanowni Państwo,

w 2019 r. obchodziliśmy Jubileusz 100-lecia Służb Sanitarnych i 65-lecia Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Twórcy odrodzonej Rzeczypospolitej, planując jej przyszły kształt, uważali sprawne służby sanitarne za nieodłączny atrybut niepodległego i silnego państwa. W styczniu 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 Państwową Centralną 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.

Chcąc przypomnieć te historyczne wydarzenia i uhonorować wysiłek Tych, którzy budowali obecny kształt Państwowej Inspekcji Sanitarnej, 7 października 2019 r. w Filharmonii Narodowej w Warszawie odbyła się uroczystość, która została objęta Patronatem Honorowym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Wzięli w niej udział przedstawiciele władz państwowych, samorządów, parlamentarzyści, naukowcy działający w obszarze zdrowia publicznego oraz pracownicy inspekcji.

Podczas uroczystości osoby najbardziej zasłużone na rzecz zdrowia publicznego otrzymały odznaczenia państwowe.

O naszej pracy na rzecz zdrowia publicznego świadczy corocznie opracowywany raport - Stan Sanitarny Kraju.

W Państwa ręce oddaję sprawozdanie za rok 2019 (zawiera dane na dzień 31 grudnia 2019 r.) opracowane w Głównym Inspektoracie Sanitarnym na podstawie informacji i materiałów nadesłanych przez państwowych wojewódzkich, powiatowych i granicznych inspektorów sanitarnych.

Publikacja stanowi swego rodzaju kompendium wiedzy na temat działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zawiera dane statystyczne oraz analizy.

Państwowa Inspekcja Sanitarna rozwija się i modernizuje, by jak najlepiej wypełniać swoją misję i czuwać nad bezpieczeństwem zdrowotnym mieszkańców naszego kraju. Dzięki fachowej kadrze jest instytucją w pełni uprawnioną do obiektywnej i całościowej oceny stanu sanitarnego kraju uwzględniającej zarówno istniejące, jak i mogące się pojawić w przyszłości zagrożenia dla zdrowia ludzi.

Nasza główna rola polega na tym, żebyśmy pokazywali, jak dokonywać dobrych wyborów zdrowotnych.

Najważniejsza w zdrowiu publicznym jest umiejętność dotarcia do społeczeństwa z właściwą informacją. To bardzo trudny czas, bo internet jest miejscem, gdzie znajduje się zarówno sprawdzona wiedza, ale także są tam informacje niezweryfikowane, które budzą emocje, powodują, że ludzie się wahają, nie potrafią wybrać właściwie. Nasza strona internetowa, twitter, facebook, instagram - to źródła prawdziwej, rzetelnej wiedzy, opartej na dowodach naukowych.


Przez te 100 lat zrobiliśmy bardzo dużo. Jesteśmy największą instytucją zdrowia publicznego i wiemy, że będziemy jeszcze bardzo potrzebni, bo wciąż będą pojawiać się nowe zagrożenia, na które inspekcja będzie musiała reagować.

Prof. Jarosław Pinkas

Główny Inspektor Sanitarny







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

1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2019 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem **521 513** obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków (w 2018 r. – 497 193), w tym:

- 121 140 zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 4 804 piekarnie, 3 695 ciastkarni,
- 258 039 obiektów obrotu żywnością, w tym m.in.: 132 380 sklepów spożywczych, 13 700 kiosków spożywczych, 36 797 środków transportu żywności,
- 82 681 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 40 800 zakładów małej gastronomii,
- 48 686 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 1 021 bloków żywienia w szpitalach, 118 kuchni niemowlęcych, 3 154 stołówki w żłobkach i domach małego dziecka, 12 177 stołówek szkolnych, 13 769 stołówek w przedszkolach, 1 700 zakładów usług cateringowych oraz 5 100 innych zakładów żywienia,
- 6 866 wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością,

- 4 101 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W nadzorowanych zakładach żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przeprowadzono **254 396** kontroli sanitarnych, w tym **27 029** kontroli interwencyjnych. Wydano **35 325** decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym **652** decyzje przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań sanitarnych ukarano **21 177** mandataми, na łączną kwotę **4 870 680** PLN.

Natomiast w nadzorowanych zakładach produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami przeprowadzono **1 868** kontroli, wydano **58** decyzji administracyjnych, w tym **14** decyzji nakazujących wstrzymanie lub ograniczenie działalności.

Porównanie stanu sanitarnego obiektów w latach 2010 - 2019 przedstawia Tabela 1.

Tab. 1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2010-2019

Lata	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Odsetek obiektów o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami	2,1	2,0	1,7	1,7	1,7	1,9	1,9	1,9	2,0	2,2

2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że w ostatnich 10 latach odsetek zakładów produkcji i obrotu żywnością o nieodpowiednim stanie sanitarnym znajdował się na niskim poziomie (ok. 2%).

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

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

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

Porównanie stanu sanitarnego obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2018 - 2019 przedstawia Tabela 2.

Porównanie stanu sanitarnego obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2018 - 2019 przedstawia Tabela 2.

Tab. 2. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2018 - 2019

Lp.	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2018	2019	
1	Wytwórnice lodów	1	2,2	1,2
2	Automaty do lodów	1	1,5	0,5
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	2,2	-	-2,2
4	Piekarnie	3	3,4	0,4
5	Ciastkarnie	1,9	2,1	0,2
6	Przetwórnice owocowo - warzywne i grzybowe	0,8	1,0	0,2
7	Browary i słodownie	1,9	0,9	-1,0
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	1,3	3,1	1,8
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych i wód stołowych	2,4	1,1	-1,3
10	Zakłady garmazeryjne	1,5	2,5	1,0
11	Zakłady przemysłu zbożowo - młynarskiego	4,9	1,3	-3,6
12	Wytwórnice makaronów	-	1,4	1,4
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	-	-	-
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	0,9	1,6	0,7
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	-	-	-
16	Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	-	-	-
17	Wytwórnice suplementów diety	-	1,0	1,0
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	-	3,4	3,4
20	Cukrownie	-	-	-
21	Inne wytwórnice żywności	0,4	0,2	-0,2
22	Sklepy spożywcze	2,8	2,9	0,1
23	Kioski spożywcze	0,4	0,8	0,4
24	Magazyny hurtowe	1,4	1,6	0,2
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	1,6	1,4	-0,2
26	Środki transportu	0,3	-	-0,3
27	Inne obiekty obrotu żywnością	1,1	1,0	-0,1
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2,6	3,0	0,4
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,4	0,6	0,2
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	2	2,2	0,2
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	-	0,8	0,8
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	1,8	1,8
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	1,9	2,0	0,1
OGÓŁEM		2,0	2,2	0,2

Objaśnienia:

- brak przypadków

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 2 pozytywnie odnotować należy poprawę w stosunku do roku 2018 stanu sanitarnego obiektów z grup:

- wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi - o 2,2 % (w tych wytwórniach nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym),
- zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego - o 3,6 %,
- wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych - o 1,3 %,
- browary i słodownie – o 1,0 %.

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

- wyrobów cukierniczych,
- octu, majonezu i musztardy,
- chrupek, chipsów i prażyniek,
- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

oraz w grupach:

- cukrownie,
- środki transportu.

W roku 2019 pogorszenie stanu sanitarnego stwierdzono w grupach:

- wytwórnie substancji dodatkowych – o 3,4 % (tj. 1 zakład o niewłaściwym stanie sanitarnym na 29 zakładów ocenionych na podstawie arkusza oceny stanu sanitarnego),
- miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością – o 1,8 % (tj. 9 zakładów na 494 ocenionych zakładów),
- wytwórnie makaronów – o 1,4 % (tj. 1 zakład o złym stanie sanitarnym na 72 ocenione zakłady),

- wytwórnie lodów – o 1,2 % (tj. 16 zakładów na 723 ocenione zakłady),
- wytwórnie suplementów diety – o 1,0 % (tj. 1 zakład o niewłaściwym stanie sanitarnym na 104 ocenione zakłady).

W pozostałych grupach obiektów nastąpiło minimalne (poniżej 1%) pogorszenie stanu sanitarnego zakładów.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętego skontrolowano 26 721 obiektów. Stan sanitarny tych zakładów uległ niewielkiemu pogorszeniu w stosunku do roku poprzedniego. Niezgodny z wymaganiami stan sanitarny stwierdzono w 120 zakładach, co stanowi 0,45 % obiektów skontrolowanych. Na 6 744 skontrolowane stołówki szkolne - 24 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,36 %. Natomiast ze skontrolowanych 5 662 stołówek w przedszkolach – 20 nie spełniało obowiązujących wymagań, co stanowi 0,35 %.

W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań oraz wdrażaniu i stosowaniu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a także wprowadzaniu procedur na podstawie zasad HACCP. W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło 379 964 zakłady. Pozostałe zakłady są w trakcie **wdrażania i opracowywania stosownej** dokumentacji. Natomiast system HACCP wprowadziło 233 595 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 oraz działalności rolników prowadzonych w ramach produkcji pierwotnej, sprzedaży bezpośredniej i rolniczego handlu detalicznego.

3. Wzmoczony nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego otwartego w sezonie letnim 2019 r.

Podobnie jak w latach ubiegłych, Główny Inspektor Sanitarny polecił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzenie w sezonem letnim 2019 r. wzmoczonych kontroli zakładów żywienia zbiorowego otwartego.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie letnim 2019 r.:

- nadzorowały 79 757 zakładów żywienia zbiorowego otwartego (tj. restauracji, kawiarni, itp.), w tym 40 601 zakładów małej gastronomii (tj. barów, fast food, itp.),

- skontrolowały 12 518 zakładów żywienia zbiorowego otwartego, w tym 6 025 zakładów małej gastronomii,
- w zakładach żywienia zbiorowego otwartego ogółem przeprowadzono 13 887 kontroli sanitarnych, w tym 1 099 kontroli interwencyjnych oraz 2 310 rekontroli (tj. kontroli sprawdzających wykonanie zaleceń pokontrolnych lub obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi),
- w zakładach małej gastronomii przeprowadzono 6 693 kontrole sanitarne, w tym 402 kontrole interwencyjne oraz 894 rekontrole,

- nieprawidłowości stwierdzono w 3 138 zakładach żywienia zbiorowego otwartego, w tym w 1 337 zakładach małej gastronomii,
- w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowano działania – zgodnie z kompetencjami i obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności:
 - w zakładach żywienia zbiorowego otwartego ogółem nałożono 2 055 grzywien w drodze mandatu karnego na kwotę 539 000 PLN za uchybienia higieniczno-sanitarne, w tym w zakładach małej gastronomii 802 mandaty na kwotę 192 700 PLN,
 - organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały ogółem 3 412 decyzji administracyjnych nakazujących wyeliminowanie nieprawidłowości w zakładach żywienia zbiorowego otwartego, w tym 61 decyzji o unieruchomieniu obiektu (dla zakładów małej gastronomii wydano odpowiednio 1 817 decyzji nakazujących wyeliminowanie nieprawidłowości, w tym 22 decyzje o unieruchomieniu obiektu),
- w przypadku stwierdzenia w trakcie kontroli naruszenia przez przedsiębiorców przepisów art. 103 ust. 1 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. *o bezpieczeństwie żywności i żywienia* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1252, ze zm.) Państwowi Po-

wiatowi Inspektorzy Sanitarni skierowali do Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych 91 wniosków o nałożenie kar pieniężnych, w tym 20 wniosków dotyczących zakładów małej gastronomii.

Nieprawidłowości najczęściej stwierdzane w trakcie kontroli:

- brak zachowania czystości pomieszczeń i sprzętu roboczego;
- zły stan techniczny pomieszczeń i wyposażenia;
- środki spożywcze po upływie daty minimalnej trwałości/terminu przydatności do spożycia;
- nieprawidłowe warunki przechowywania środków spożywczych (brak ciągłości łańcucha chłodniczego, brak segregacji środków spożywczych);
- brak zachowania identyfikowalności przechowywanych środków spożywczych,
- brak orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych;
- nieprawidłowości dotyczące wdrożenia procedur GHP/GMP oraz systemu HACCP;
- niewłaściwe postępowanie przy gromadzeniu i usuwaniu odpadów.



4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 7 440 środków transportu żywności, z których wszystkie spełniały wymagania higieniczno-sanitarne.

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

ganów 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.

5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do roku poprzedniego, w 2019 r. jakość zdrowotna środków spożywczych wprowadzanych do obrotu

w kraju uległa poprawie. Jakość zdrowotną środków spożywczych w latach 2010-2019 przedstawia Tabela 3.

Tab. 3. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane [%]	krajowe		UE		importowane	
			Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane [%]	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane [%]	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane [%]
2010	66 913	3,56	56 088	3,56	3 369	3,32	7 456	3,66
2011	70 075	3,0	57 373	2,9	4 264	3,0	8 438	3,8
2012	67 665	4,02	55 426	3,95	4 954	3,1	7 285	5,2
2013	67 036	2,89	54 453	2,87	4 309	1,88	8 274	3,55
2014	69 779	2,96	56 584	3,14	5 023	2,05	8 172	2,33
2015	70 611	2,7	57 938	2,88	5 469	2,19	7 204	1,62
2016	80 369	2,87	68 671	2,93	5 867	2,98	5 831	2,08
2017	81 655	2,83	69 762	2,84	5 990	3,15	5 903	2,47
2018	81 938	3,03	69 290	3,17	6 143	2,12	6 505	2,38
2019	82 513	2,55	69 810	2,62	6 226	2,22	6 477	2,30

Z porównania odsetka próbek zakwestionowanych (niepełniających przepisów prawa) w latach 2018 i 2019 wynika, że w 2019 roku jakość środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa poprawie o 0,48%.

W 2019 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 82 513 próbek środków spożywczych, z których 2,55 % nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2018 r. – 3,03 %), w tym ze zbadanych 69 810 próbek żywności krajowej 2,62 % nie spełniało przepisów

prawa (w 2018 r. – 3,17 %), z 6 226 próbek żywności importowanej - 2,22 % (w 2018 r. – 2,12 %), a z 6 477 zbadanych próbek żywności wyprodukowanej w UE - 2,30 % nie spełniało przepisów prawa (w 2018 r. – 2,38 %).

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 2019 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 4.

Tab. 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2019 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
		2018	2019	krajowych		UE		z importu	
				2018	2019	2018	2019	2018	2019
1	2	4	4	6	6	8	8	10	10
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	1,7	2,08	1,75	2,13	-	-	-	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	5,77	5,01	5,9	4,92	-	10,52	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	1,23	0,86	1,2	0,78	1,66	2,2	1,01	0,43
4.	Mleko i przetwory mleczne	7,3	7,14	7,47	7,55	1,6	0,17	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,19	2,65	2,41	2,83	1,85	1,3	0,64	2,93
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,8	1,19	1,81	1,13	1,5	4,78	1,7	-
7.	Cukier i inne	-	-	-	-	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	2,86	-	3,5	-	-	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	1,74	1,38	8,75	0,92	-	11,43	0,65	0,79
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,73	1	1,88	1,03	0,65	0,5	-	1,99
11.	Owoce	1,75	1,07	1,4	0,62	1,75	1,89	2,54	1,87
12.	Grzyby	2,35	2,95	2,54	2,18	-	-	-	10
13.	Drożdże	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
14.	Napoje alkoholowe	0,7	0,21	0,87	-	-	-	-	1,67
15.	Ocet	-	-	-	-	-	-	nb	-
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	5,26	1,63	5,35	1,59	-	4,35	5,26	-
17.	Tłuszcze roślinne	0,89	1,18	0,7	0,63	0,47	1,33	3,84	5,81
18.	Ziarna roślin oleistych	1,2	1,23	8,8	0,88	-	19,15 (9 na 47 zbadanych)	0,07	0,47
19.	Koncentraty spożywcze	0,92	0,55	0,68	0,41	6,25	5,88 (1 na 17 zbadanych)	-	-
20.	Majonezy, musztardy, sosy	0,64	1,49	0,88	1,29	-	2,7	-	1,54
21.	Zioła, przyprawy	1,1	1,9	0,1	1	1,9	-	2,9	4,4
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	0,45	0,29	0,28	0,33	0,67	-	0,79	0,45
23.	Wyroby garmażeryjne i kulinarne	2,35	1,16	2,38	1,19	1,1	-	-	-
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	1,4	1,47	1,27	1,27	1,77	2,08	4,9	7,89 (3 na 38 zbadanych)
25.	Nowa żywność	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
26.	Suplementy diety	5,14	3,95	3,19	2,7	8,33	6,64	14,6	10,32
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	2,67	-	3,26	-	2,7	-	2,08	-
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	6,03	4,82	4,9	4,8	33,3 (1 na 3 zbadane)	-	16,7 (1 na 6 zbadanych)	5,0 (1 na 20 zbadanych)
29.	Inne środki spożywcze	11,3	11,8	12,3	12,12	-	-	-	50,0 (1 na 2 zbadane)
30.	Razem środki spożywcze	3,03	2,55						
31.	Środki spożywcze krajowe			3,17	2,62				
32.	Środki spożywcze UE					2,12	2,22		
33.	Środki spożywcze z importu							2,38	2,3

Objaśnienia: - brak przypadków | bz - bez zmian



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

- drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory,
- ryby, owoce morza i ich przetwory,
- mleko i przetwory mleczne,
- wyroby cukiernicze i ciastkarskie,
- orzechy, w tym arachidy,
- warzywa, w tym strączkowe,
- owoce,
- napoje alkoholowe,
- wody mineralne i napoje bezalkoholowe,
- koncentraty spożywcze,
- kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe,
- wyroby garmażeryjne i kulinarne,
- suplementy diety,
- sól spożywcza i jej zamienniki.

Niestety w niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: mięso, podroby i przetwory mięsne; ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne; grzyby; tłuszcze roślinne; ziarna roślin oleistych; majonezy, musztardy, sosy; zioła i przyprawy; środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz inne środki spożywcze.

5. 1. Znakowanie środków spożywczych

Prawidłowe znakowanie zawierające obowiązkowe informacje na temat żywności, w tym dotyczące substancji lub produktów powodujących alergie lub reakcje nietolerancji służy ochronie zdrowia konsumentów poprzez zapewnienie podstaw do dokonywania świadomych wyborów oraz bezpiecznego stosowania żywności. Dlatego próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2019 r. na 40 189 ocenionych próbek - zakwestionowano 871, co stanowi 2,17 % (w 2018 r. - 1,54 %).

5. 2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami

W roku 2019 tak jak w latach ubiegłych prowadzony był nadzór nad obrotem grzybami świeżymi, suszonymi oraz przetworami grzybowymi. Nadzór prowadzony był na bieżąco, jednak podobnie jak w latach poprzednich prace w tym zakresie wzmożono w okresie letnio - jesiennym oraz zimowym, tj. przedświątecznym. Podczas kontroli sprawdzono takie punkty handlowe jak sklepy spożywcze, warzywnicze i hurtownie. Szczególnym nadzorem objęto również targowiska, na których prowadzi się sprzedaż grzybów świeżych i suszonych. Nadzór nad wykorzystywaniem grzybów w przetwórstwie i gastronomii kontrolowano również w zakładach żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego oraz w miejscach produkcji żywności i przetworów z dodatkiem grzybów.

Podczas kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracali uwagę na takie aspekty jak właściwości organoleptyczne grzybów, sprzedaż w jednostkowych opakowaniach oraz oznakowanie towaru umożliwiające identyfikację produktu i producenta. Sprawdzano czy sprzedawcy grzybów wprowadzają je do obrotu zgodnie z prawem żywnościowym określającym, iż każda partia, pochodzących ze stanu naturalnego grzybów świeżych i suszonych, powinna być zaopatrzona w atest na grzyby świeże bądź też suszone. Uzyskanie atestu na grzyby świeże nie stanowiło problemu dla zbieraczy grzybów, ponieważ na targowiskach zatrudnieni byli klasyfikatorzy grzybów. W okresie przedświątecznym wzmożono kontrole nad obrotem grzybami suszonymi. Stwierdzono właściwe warunki przechowywania i sprzedaży grzybów. W większości w skontrolowanych obiektach obrót grzybami świeżymi i suszonymi oraz przetworami grzybowymi prowadzony był prawidłowo. Również w przetwórnictwach owocowo-warzywnych, w których odbywała się produkcja z wykorzystaniem grzybów, zatrudnione są osoby z odpowiednimi kwalifikacjami, tj. grzyboznawcy. W roku sprawozdawczym nie wystawiono mandatu za niezachowanie należytego stanu sanitarnego podczas produkcji środków spożywczych zawierających grzyby.

W ramach nadzoru w przedmiotowym zakresie pobierano próbki grzybów i przetworów z ich udziałem. Próbki grzybów i ich przetworów pobranych do badań laboratoryjnych przebadano w kierunku zawartości metali ciężkich, napromienienia, skażenia promieniotwórczego, jak również w kierunku zawartości substancji dodatkowych - substancji konserwującej. Nieprawidłowości w pobranych próbkach nie stwierdzono. Pobór próbek grzybów odbywał się w ramach urzędowej kontroli oraz monitoringu.

Zatrucia grzybami

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

Zgodnie z danymi obejmującymi wszystkie województwa w Polsce w roku 2019 zatruciu grzybami uległo 27 osób - w tym 25 hospitalizowano. W stosunku do lat poprzednich należy stwierdzić, że w 2019 r. liczba przypadków zatruc grzybami była większa niż w latach 2017-2018 (w roku 2018 odnotowano 16 przypadków, a w roku 2017 w całym kraju - 24 zatrucia grzybami), ale znacząco mniejsza niż w 2016 r., w którym było - 46 zatruc grzybami.

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2019 r. wg gatunków - przedstawia Tabela 5.

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwie lubelskim (7 zachorowań) oraz w pomorskim i łódzkim - po 4 zachorowania. W województwie lubelskim od kilku lat obserwuje się największą liczbę przypadków za-

Tab. 5. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2019 r.

gatunek grzyba	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	liczba ognisk	liczba zachorowań	liczba hospitalizacji	liczba zgonów
A. ZATRUCIA CYTOTROPOWE																
Muchomor sromotnikowy									2	1			3	3	3	-
Piestrzenica kasztanowata																
Zasłonak																
A. ZATRUCIA NEUROTROPOWE																
Łysiczka lancetowata																
Strzępiaki																
Muchomor czerwony													5	5	5	-
Muchomor plamisty										2			2	2	2	-
C. O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM																
Gołąbek													5	5	5	-
Gąska										2			2	2	2	-
Lisówka pomarańczowa																
D. ZATRUCIA NIESWOISTE																
								1	2	1			4	4	3	-
E. ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI																
									1	17			13	13	12	-
RAZEM ZACHORWAŃ:																
								1	5	21			27	27	25	-

truć grzybami. W 2019 roku w woj. lubelskim odnotowano 2 przypadki spożycia muchomora zielonawego (sromotnikowego), jak również 5 przypadków spożycia muchomora czerwonego. Pozostałe przypadki to zatrucia nieswoiste oraz zatrucia spowodowane spożyciem takich grzybów jak: borowikowate, mleczej rydz, czubajka czerwieniejąca, muchomor plamisty. Szczególnie niepokojące jest, że odnotowano 3 zatrucia u małych dzieci (w wieku do 7 lat).

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2019 r. wg województw przedstawia Tabela 6.

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

grzybów w ramach bezpłatnych porad grzybowych prowadzonych w PSSE i WSSE. Podobne informacje ukazały się także na stronach internetowych poszczególnych stacji sanitarno – epidemiologicznych oraz w siedzibach powiatowych inspektorów sanitarnych.

5. 3. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF

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

Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) 2019/1715 z dnia 30 września 2019 r. ustanawiające przepisy dotyczące funk-

Tab. 6. Zestawienie zatruczeń grzybami w Polsce w 2019 r. wg województw

L.p.	Województwo	Liczba zachorowań	Liczba hospitalizacji	Liczba zgonów	Muchomor Sromotnikowy	Muchomor czerwony	Muchomor Plamisty	Borowikowate	Mleczaj rydz	Czubajka czerwieniująca	Gatunki grzybów o nieustalonej przynależności
1.	dolnośląskie	1	-	-							1
2.	kujawsko-pomorskie	2	2	-			2				
3.	lubelskie	7	7	-	2	5					
4.	lubuskie	-	-	-							
5.	łódzkie	4	4	-	1						3
6.	małopolskie	1	-	-					1		
7.	mazowieckie	2	2	-							2
8.	opolskie	2	2	-						1	1
9.	podkarpackie	-	-	-							
10.	podlaskie	-	-	-							
11.	pomorskie	4	4	-							4
12.	śląskie	1	1	-				1			
13.	świętokrz.	-	-	-							
14.	warmińsko-mazurskie	-	-	-							
15.	wielkopolskie	-	-	-							
16.	zachodniopomorskie	3	3	-				1			2
Razem:		27	25	-	3	5	2	2	1	1	13

cjonowania systemu zarządzania informacjami w zakresie kontroli urzędowych oraz jego składników systemowych (rozporządzenie w sprawie systemu IMSOC), zwane dalej rozporządzeniem IMSOC, włączyło system RASFF do sieci powiadamiania i współpracy, w której skład wchodzi także system współpracy i pomocy administracyjnej (ang. Administrative Assistance and Cooperation, zwany dalej AAC) i sieć na rzecz przeciwdziałania fałszowaniu żywności (ang. Food Fraud Network, FFN). W zakresie systemu RASFF rozporządzenie jest stosowane od 14 grudnia 2019 r. Przed tą datą system RASFF działał zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) 16/2011 z dnia 10 stycznia 2011 r. ustanawiającym środki wykonawcze dla systemu wczesnego ostrzeżenia o niebezpiecznych produktach żywnościowych i środkach żywienia zwierząt. Przepisy **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, w szczególności art. 50 – 52 tego rozporządzenia, w odniesieniu do systemu RASFF pozostają aktualne.

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).

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

Powiadomienia zgłaszane do RASFF dzielą się na alarmowe, informacyjne, powiadomienia o odrzuceniu na granicy oraz news. Zgodnie z aktualnie obowiązującymi definicjami, na postawie rozporządzenia IMSOC:

- Powiadomienie alarmowe (zwane także powiadomieniem o zagrożeniu) - oznacza powiadomienie w iRASFF o poważnym bezpośrednim lub niebezpośrednim ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą w rozumieniu artykułu 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułu 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które wymaga lub może wymagać podjęcia szybkich działań przez innego członka sieci RASFF (inny kraj członkowski);
- Powiadomienia informacyjne - oznacza powiadomienie w iRASFF o bezpośrednim lub niebezpośrednim ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą zgodnie z artykułem 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułem 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które nie wymaga podjęcia szybkich działań przez innego członka sieci RASFF (inny kraj członkowski);
- Powiadomienie o odrzuceniu na granicy - oznacza powiadomienie w iRASFF o odrzuceniu partii, kontenera lub przesyłki żywności, materiału do kontaktu z żywnością lub paszy z powodu zidentyfikowania ryzyka, jak określono w punkcie (c) artykułu 50 ust. 3 rozporządzenia (WE) nr 178/2002;
- Powiadomienie news (zwane także powiadomieniem o aktualnych zdarzeniach) - oznacza powiadomienie w iRASFF o ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą zgodnie z artykułem 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułem 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które pochodzi z nieformalnego źródła, zawiera niezweryfikowane informacje lub dotyczy jeszcze niezidentyfikowanego produktu.

Zgodnie z art. 52 ust. 1 rozporządzenia nr 178/2002 oraz art. 24 ust. 3, Komisja Europejska udostępnia do wiadomości publicznej informacje dotyczące powiadomień alarmowych, powiadomień informacyjnych i powiadomień o odrzuceniu na granicy przekazywanych w ramach systemu RASFF.

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

Szczegółowe zasady działania systemu RASFF zostały opracowane przez Komisję Europejską w dokumencie pt. „Stan-

dardowe procedury operacyjne dla sieci systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach oraz sieci pomocy i współpracy administracyjnej”, który w wersji angielskiej dostępny jest na stronie internetowej:

https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/rasff_reg-guid_sops_2018_01-06_en.pdf

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

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

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

Krajowy punkt kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (zwany dalej KPK RASFF w GIS) w 2019 r. reprezentował Polskę jako członka sieci RASFF, zgodnie z definicją zawartą w artykule 1 rozporządzenia Komisji (UE) nr 16/2011, a od momentu wejścia w życie rozporządzenia IMSOC reprezentuje Polskę w sieciach RASFF i AAC jako pojedynczy punkt kontaktowy (ang. single contact point, zwany dalej SCP). Zgodnie z ww. przepisami zadaniem GIS jest zapewnienie właściwej komunikacji w ramach sieci RASFF i AAC pomiędzy Komisją Europejską i krajami członkowskimi obu sieci, a organami urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce.

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

W okresie od 01/01/2019 do 31/12/2019 KPK RASFF w GIS zgłosił 203 powiadomienia do systemu RASFF, w tym:

Powiadomienia	Suma
Alarmowe	48
Informacyjne	73
o odrzuceniu na granicy	82
Suma końcowa	203

Z całkowitej liczby 203 powiadomień zgłoszonych do RASFF przez Polskę - 163 powiadomienia dotyczyły żywności, 11 powiadomień dotyczyło wyrobów do kontaktu z żywnością, a 29 powiadomień dotyczyło paszy.



Wyk. 1. 10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2019 r.



Najczęstsze przyczyny zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2019 r. to wykryte w żywności i paszach pałeczki *Salmonella* (82 powiadomienia, w tym 17 o odrzuceniu na granicy), pleśń (20 powiadomień, w tym 19 o odrzuceniu na granicy), pozostałość leków weterynaryjnych (12 powiadomień, w tym 10 o odrzuceniu na granicy) oraz przekroczenia maksymalnych dopuszczalnych poziomów mikotoksyn (ochratoksyna A i aflatoksyny) w żywności - 21 powiadomień (w tym 18 o odrzuceniu na granicy).

Podstawą do zgłoszenia powiadomień w 2019 r. było wykrycie ryzyka:

- w trakcie kontroli na etapie produkcji lub obrotu prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (85 powiadomień);
- w trakcie kontroli granicznych podczas importu towarów do Polski prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (84 powiadomienia);
- w trakcie kontroli wewnętrznych prowadzonych przez przedsiębiorstwa branży spożywczej i paszowej (19 powiadomień);
- w związku ze skargami konsumentów (7 powiadomień);
- w trakcie kontroli ofert internetowych prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (7 powiadomień);
- w trakcie kontroli na etapie obrotu prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w kraju nie będącym członkiem sieci RASFF (1 powiadomienie).

W całej Unii Europejskiej obowiązują specjalne przepisy, które zwiększają poziom kontroli urzędowych i nakładają specjalne warunki dotyczące przywozu niektórych rodzajów pasz i żywności z niektórych państw trzecich. Zwiększoną częstotliwość kontroli granicznych stosuje się do towarów, w których najczęściej wykrywano jest dane zagrożenie.

Znaczna liczba powiadomień RASFF zgłoszonych przez Polskę była wynikiem właśnie takich kontroli (nasiona sezamu, w których wykryto pałeczki *Salmonella* importowane z Nigerii - 10 powiadomień, nasiona sezamu pochodzące z Indii i Sudanu - 3 powiadomienia; aflatoksyny w orzechach ziemnych ze Stanów Zjednoczonych i Chin - 4

powiadomienia, po 1 powiadomieniu dot. orzechów laskowych z Azerbejdżanu, fig z Turcji i chili ze Sri Lanki, ponadto w 4 przypadkach produkt będący na granicy posiadał niewłaściwy wynik dotyczący dopuszczalnego poziomu aflatoksyny B1 w brązowym ryżu; ochratoksyna A w rożynkach z Chin, Turcji i Indii - 7 powiadomień). Ponadto podczas kontroli granicznej wykryto 4 przypadki obecności pałeczek *Salmonella* oraz 18 przypadków zapleśnienia w materiale paszowym z Ukrainy.

Pozostałe zagrożenia najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2019 r. to:

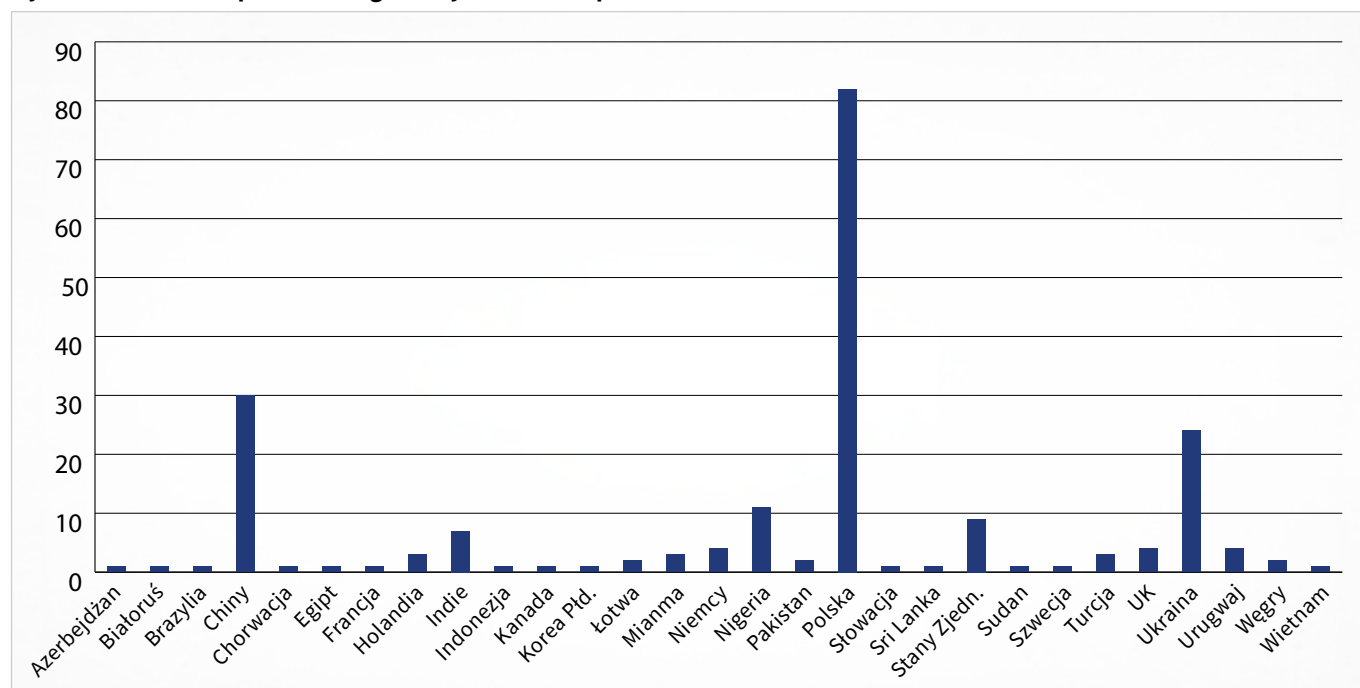
- stwierdzanie składników niedozwolonych w żywności, głównie johimbiny (11 powiadomień);
- wykrycie *Listeria monocytogenes* w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (3 powiadomienia), w mięsie innym niż drobiowe (2 powiadomienia), w rybach i produktach pochodnych (2 powiadomienia) oraz w serach żółtych (2 powiadomienia);
- brak wymaganych dokumentów importowych potwierdzających bezpieczeństwo żywności lub wyrobów do kontaktu z żywnością (6 powiadomień);
- obecność ciała obcego (szklane i metalowe fragmenty, larwy owadów) w mięsie innym niż drobiowym, serze kozim i sezamie (6 powiadomień);
- stwierdzenie migracji formaldehydu z wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością (6 powiadomień);
- WWA w suplementach diety i w szprotach (po 2 powiadomienia), w szynce wieprzowej (1 powiadomienie);
- zakażenie pasożytami ryb i produktów rybnych (4 powiadomienia);
- stwierdzenie: etykiety nieprawidłowej dla ryżu i cukierków czekoladowych (3 powiadomienia) oraz zmian organoleptycznych w mięsie innym niż drobiowe i miodzie (3 powiadomienia);
- brak deklaracji dotyczącej obecności siarczynów w składzie ciastek i w winie (2 powiadomienia).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2019 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Zagrożenie	Suma
Salmonella	82
Pleśń	20
pozostałość leków weterynaryjnych	12
Aflatoksyny	11
niedozwolony składnik	11
ochratoksyna A	10
Listeria monocytogenes	9
brak dokumentów importowych	6
ciało obce	6
migracja formaldehydu	6
WWA	5
zakażenie pasożytami	4
etykieta nieprawidłowa	3
zmiany organoleptyczne	3
niedeklarowane w składzie - siarczyny	2
niewystarczająca kontrola	2
ASF	1
Campylobacter jejuni	1
migracja kadmu i ołowiu	1
Napromieniowanie	1
niedeklarowane w składzie - pszenica	1
nowa żywność	1
obecność DNA przeżuwaczy	1
PAA	1
ryzyko pęknięcia - wadliwy produkt	1
substancje dodatkowe - niedozwolone zastosowanie	1
zanieczyszczenia produkcyjne	1
Suma końcowa	203

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	56
materiał paszowy	27
orzechy, produkty pochodne, nasiona	23
mięso inne niż drobiowe	20
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	15
wyroby do kontaktu z żywnością	11
zboża i produkty piekarnicze	10
owoce i warzywa	8
ryby i produkty pochodne	8
zioła i przyprawy	6
mleko i produkty mleczne	4
inny produkt spożywczy/mieszanka	3
wyroby cukiernicze	3
jaja i produkty jajeczne	2
dodatki paszowe	1
miód i mleczko pszczele	1
skorupiaki i produkty pochodne	1
tłuszcze i oleje	1
Wina	1
zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
produkty dla zwierząt domowych	1
Suma końcowa	203

Wyk. 2. Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2019 r.



Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2019 r. pochodziło z Polski oraz z krajów spoza Unii Europejskiej - Chin, Ukrainy, Nigerii i Stanów Zjednoczonych.

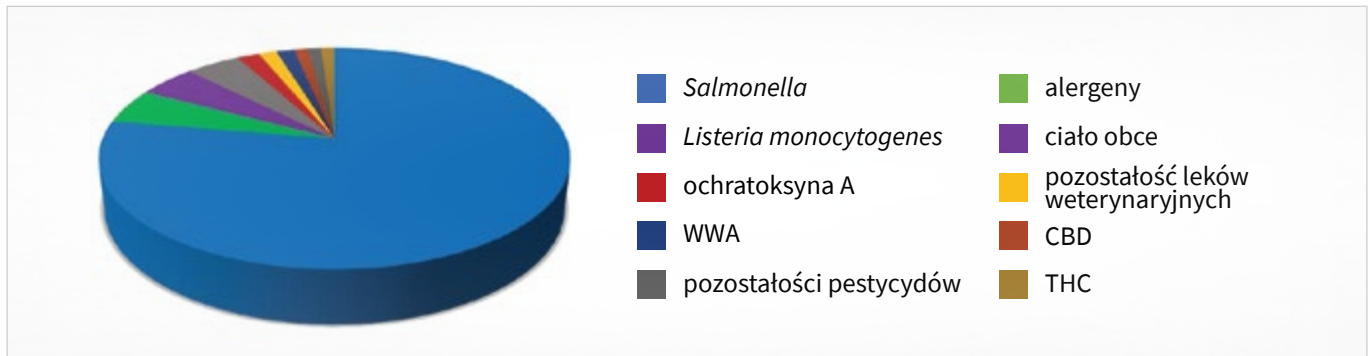
W okresie od 01/01/2019 do 31/12/2019 wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 304 powiadomienia dotyczące produktów pochodzących z Polski, w tym:

Powiadomienia	Suma
Alarmowe	102
Informacyjne	200
News	2
Suma końcowa	304

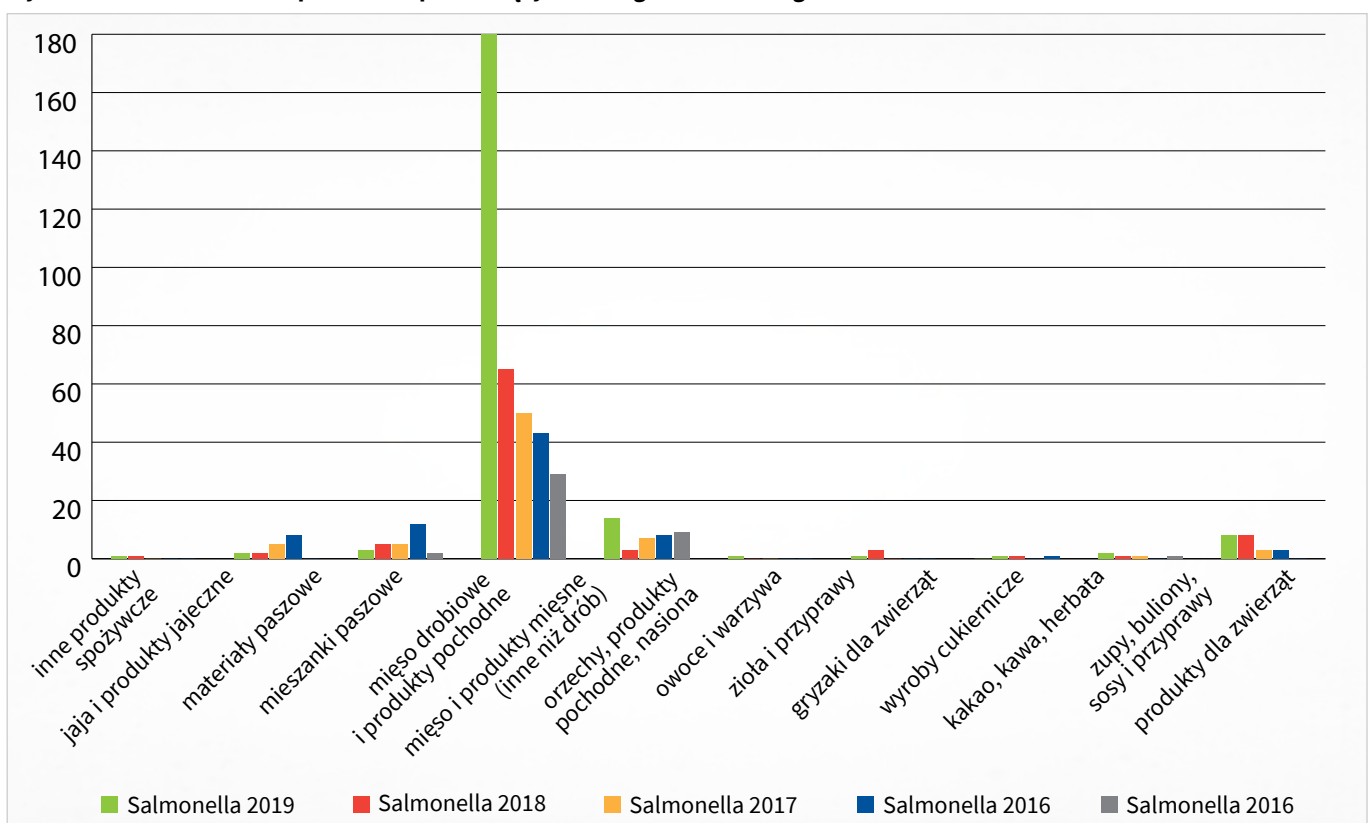
Z całkowitej liczby 304 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 289 powiadomień dotyczyło żywności (95,1%) i 15 powiadomień dotyczyło pasz (4,9%).

Najczęściej identyfikowane zagrożenie w roku 2019, 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 (180 powiadomień), mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (14 powiadomień), produktach dla zwierząt domowych – gryzakach (8 powiadomień), materiałach paszowych (3 powiadomienia), jajach (2 powiadomienia), ziołach i przyprawach (2 powiadomienia) oraz w innych produktach spożywczych, w orzechach, produktach pochodnych i nasionach oraz mleku i produktach mlecznych (po 1 powiadomieniu).

Wyk. 3. 10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach pochodzących z Polski w 2019 r.



Wyk 4. Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność *Salmonella* w latach 2015 - 2019



Liczba powiadomień dotyczących produktów z Polski kwestionowanych z uwagi na wykrycie w nich pałeczek *Salmonella* rośnie na przestrzeni ostatnich lat. Tendencje w poszczególnych kategoriach żywności w tym zakresie w latach 2015-2019 obrazuje poniższy wykres (wykres nie uwzględnia kategorii żywności, które nie występowały w roku 2019).

Drugim oraz trzecim najczęściej notowanym w RASFF zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski był brak informacji o obecności alergenów w: wyrobach cukierniczych, produktach mięsnych innych niż drób, produktach zbożowych i piekarskich, rybach i produktach podobnych, lodach, kakao i produktach pochodnych i żywności dietetycznej, wzbogacanej, suplementach diety (14 powiadomień) oraz obecność bakterii *Listeria monocytogenes* w rybach, mięsie drobiowym, mięsie i produktach innych niż drobiowe i produktach mlecznych (13 powiadomień).

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2019 r. to:

- ciała obce (metal, szkło, plastik) w różnych produktach spożywczych (12 powiadomień);
- ochratoksyna A w produktach zbożowych i piekarskich oraz w ziołach i przyprawach (5 powiadomień);
- pozostałość leków weterynaryjnych w mięsie drobiowym, skorupiakach, w mieszankach paszowych (4 powiadomienia);
- wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA) w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (2 powiadomienia), w kakao w proszku i w suszonej natce z pietruszki (po 1 powiadomieniu);
- pozostałość pestycydów w owocach i warzywach tj. jabłko, kapusta, kalafior (3 powiadomienia);
- obecność niedozwolonego składnika nowej żywności - kannabidiolu (CBD) i niedozwolonej substancji - tetrahydrokannabidiolu (THC) (8 powiadomień);
- norowirus w mrożonej czerwonej porzeczce, *Escherichia coli* produkująca toksynę Shiga wykryta w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób oraz ogniska zatrucia związane z obecnością **pałeczek** *Salmonella* (po 2 powiadomienia);
- zmiany organoleptyczne w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób, nieprawidłowa etykieta wyrobów cukierniczych oraz niewystarczająca kontrola produktów drobiowych i mięsnych innych niż drobiowe (po 2 powiadomienia).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2019 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Zagrożenie	Suma
<i>Salmonella</i>	212
Alergeny	14
<i>Listeria monocytogenes</i>	13
ciało obce	12
ochratoksyna A	5
pozostałość leków weterynaryjnych	4
WWA	4
CBD	3
pozostałości pestycydów	3
THC	3
nieprawidłowa etykieta	2
niewystarczająca kontrola	2
Norowirus	2
ognisko zatrucia (<i>Salmonella</i>)	2
STEC	2
THC i CBD	2
zmiany organoleptyczne	2
alkaloidy morfiny	1
alkaloidy pirolizydynowe	1
arsen nieorganiczny	1
ASF	1
<i>Campylobacter jejuni</i>	1
Cynk	1
Dioksyny	1
dotatki do żywności - przekroczenie	1
Napromieniowanie	1
niedopuszczalna obecność leku	1
niepatogenne mikroorganizmy	1
niewystarczająca kontrola	1
ognisko zatrucia (<i>Listeria monocytogenes</i>)	1
ognisko zatrucia (włośnica)	1
Ołów	1
Pleśń	1
Skład	1
Suma końcowa	304

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	190
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	38
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	11
ryby i produkty pochodne	9
produkty zbożowe i piekarskie	8
wyroby cukiernicze	8
produkty dla zwierząt domowych	8
owoce i warzywa	6
materiały paszowe	5
zioła i przyprawy	5
jaja i produkty jajeczne	3
mleko i produkty mleczne	3
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	2
mieszanki paszowe	2
orzechy, produkty pochodne, nasiona	2
inny produkt spożywczy	1
lody i desery	1
miód i mleczko pszczele	1
skorupiaki i produkty pochodne	1
Suma końcowa	304

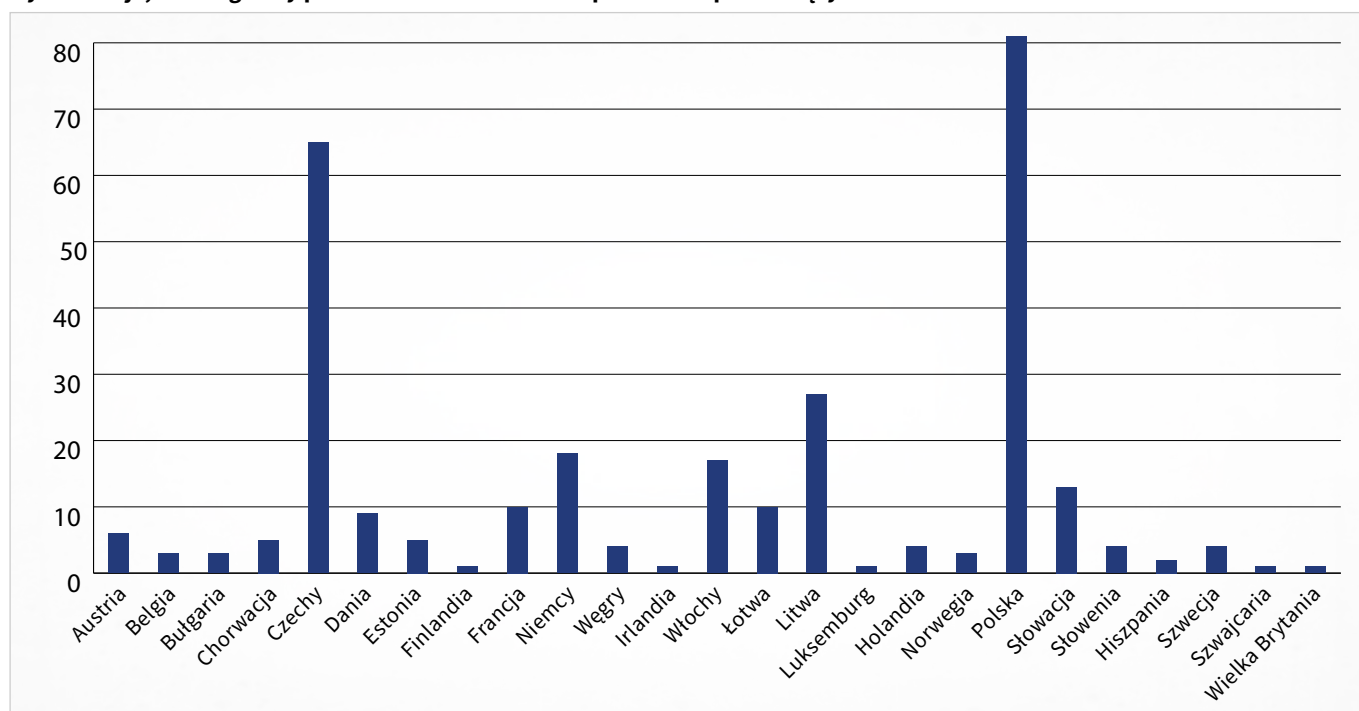
W omawianym okresie najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Polskę (82 powiadomienia), Czechy (66), Litwę (27), Niemcy (18), Włochy (17), Słowację (14), Francję i Łotwę (po 11 powiadomień). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za kontrolę żywności i pasz w Unii Europejskiej, wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r. i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF. Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie RASFF przekazując odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach do systemu.

Poniższy wykres obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie.

Ponadto KPK RASFF w GIS systematycznie zgłaszał do systemu RASFF w analizowanym okresie powiadomienia uzupełniające (łącznie ponad 700), w których informowano o działaniach podjętych w Polsce przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz i/lub zaangażowane podmioty w następstwie wykrycia produktów niebezpiecznych zgłoszonych do RASFF.

Powiadomienia RASFF zwykle związane są z wycofaniem produktu (żywności, paszy, wyrobów do kontaktu z żywnością) z obrotu i/lub od konsumentów. Obowiązek wycofania żywności i pasz, które są niezgodne z wymaganiami w zakresie ich bezpieczeństwa, spoczywa na podmiotach działających na rynku żywności i pasz, zgodnie z art. 19 i 20 rozporządzenia (WE) nr 178/2002.

Wyk. 5. Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z PL w 2019 r.





Zgodnie z art. 10 rozporządzenia (WE) nr 178/2002, w sytuacjach, w których istnieją uzasadnione podstawy, aby podejrzewać, że żywność może stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi, w zależności od charakteru, powagi i rozmiaru ryzyka, Główny Inspektor Sanitarny informuje opinię publiczną za pośrednictwem tzw. ostrzeżeń publicznych publikowanych na stronie internetowej <https://gis.gov.pl/> o charakterze ryzyka dla zdrowia, określając możliwie najdokładniej żywność, bądź rodzaj żywności, ryzyko, jakie mogą one stanowić oraz środki podjęte lub, które są planowane w celu zapobieżenia, zmniejszenia lub likwidacji ryzyka. W 2019 roku na stronie internetowej GIS opublikowano 59 ostrzeżeń publicznych dotyczących zarówno żywności jak i materiałów do kontaktu z żywnością.

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

W 2019 r. zbadano 658 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych. Spośród powyższych zdyskwalifikowano 1 próbkę tofu naturalnego z udziałem soi, ze względu na błędne oznakowanie, tj. brak informacji o zawartości genetycznie zmodyfikowanej soi.

Do badań w 2019 r., podobnie jak w latach ubiegłych, pobierano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, a nie oznakowanych informacją o modyfikacji genetycznej, produkty zawierające w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej oraz produkty oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie mogące również zawierać inny materiał GM niedopuszczony w UE.

Do badań pobierano produkty z soi, kukurydzy i ryżu, miód, warzywa, owoce, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze oraz żywność dla określonych grup, w tym preparaty do początkowego i dalszego żywienia niemowląt oraz produkty zbożowe przetworzone i żywność dla dzieci.

Ważną rolę w zakresie nadzoru nad obrotem produktami odgrywa zawsze kontrola dokumentacji w zakresie możliwości śledzenia żywności w łańcuchu żywnościowym, tzw. traceability. Kontrola ta ma szczególne znaczenie w odniesieniu do produktów wyprodukowanych z GMO, dla których nie jest możliwe oznaczenie GMO z uwagi na brak materiału białkowego, w takich produktach jak olej, a także cukier.

5. 5. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety i żywności dla określonych¹ grup w 2019 r.

5. 5. 1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety

Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa suplementów diety sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z ustawowymi kompetencjami obejmuje zarówno produkcję, jak i dystrybucję tych produktów. Nadzór sanitarny sprawowany jest m. in. poprzez kontrole planowe i interwencyjne, realizację planu pobierania próbek, szybką wymianę informacji w ramach systemu RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), AAC (Administrative Assistance and Cooperation), a także przy współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

W ramach współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzali kontrole obiektów znajdujących się pod wspólnym nadzorem (hurtownie farmaceutyczne, apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz sklepy zielarsko-medyczne). Zakres tematyczny kontroli obejmował głównie zagadnienia dotyczące: poprawności prezentacji i reklamy oferowanych do sprzedaży suplementów diety. Sprawdzano czy prezentacja i/lub reklama umożliwia odróżnienie suplementów diety od produktów leczniczych oraz monitorowano pozostawianie w obrocie produktów spełniających jednocześnie kryteria produktów leczniczych oraz produktów z grupy suplementów diety lub produktów zafaszowanych substancjami niedozwolonymi do stosowania w żywności.

Zakres nadzoru sanitarnego nad suplementami diety.

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonują 254 wytwórnie oraz 802 hurtownie suplementów diety. Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) miały 224 wytwórnie suplementów diety oraz 571 hurtowni. Wdrożony system HACCP posiadało 214 zakładów produkcyjnych oraz 309 hurtowni suplementów diety.

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- 191 obiektów, tj. 75,20 % wytwórców funkcjonujących na terenie kraju;
- 287 obiektów obrotu hurtowego, tj. 35,78 % ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

Kontrolowane obiekty oceniono na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego.

¹ w niniejszym raporcie pojęcie „żywność dla określonych grup” obejmuje środki spożywcze objęte rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 z dnia 12 czerwca 2013 r. w sprawie żywności przeznaczanej dla niemowląt i małych dzieci oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i środków spożywczych zastępujących całodzienną dietę, do kontroli masy ciała (...)

Wśród wytwórców dokonano oceny w 104 obiektach kontrolowanych – 40,94% obiektów ogółem, natomiast w przypadku hurtowni ocenie kompleksowej poddano 75 obiektów – tj. 9,35% obiektów hurtowych ogółem. Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny wykazały niezgodność z ustalonymi wymaganiami sanitarno-higienicznymi w jednej wytwórni suplementów diety. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w 2019 r. we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety wynosiła 1051, w tym 263 kontrole stanowiły kontrole interwencyjne.

W następstwie przeprowadzonych kontroli właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 205 decyzji administracyjnych, w tym 98 decyzji skierowano do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją, a 107 do wytwórców suplementów diety. Ponadto organy Państwowej Inspekcji

Sanitarnej wydały łącznie 74 decyzje zakazujące wprowadzenia do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

Jakość zdrowotna suplementów diety.

W 2019 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 4125 suplementów diety, w tym:

- 3144 produkcji krajowej,
- 632 z krajów członkowskich UE,
- 349 produktów z importu.

Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia tabela 7.

Tab. 7. Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2019 r. (w nawiasie podano liczbę próbek zdyskwalifikowanych jeżeli takie były)

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			krajowe	UE	import
1	zanieczyszczenia mikrobiologiczne	722	622	70	30
2	metale szkodliwe dla zdrowia	308 (1)	223	39 (1)	46
3	mikotoksyny	49	31	16	2
4	substancje dodatkowe	302 (3)	259 (1)	41 (2)	2
5	znakowanie	2944 (131)	2261 (72)	461 (32)	222 (27)
6	organoleptycznie	2190	1724	286	180
7	zanieczyszczenia biologiczne	4	1	3	-
8	inne parametry	2242 (35)	1617 (17)	384 (9)	241 (9)

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (80,37%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 131 przypadkach badanych próbek (27 spoza UE, 32 z krajów UE,

72 produkty krajowe). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 8.

Tab. 8. Jakość zdrowotna suplementów diety – ogółem odsetek próbek zdyskwalifikowanych w 2019 r. pod kątem niespełnienia wymagań prawa żywnościowego

Rok	Suplementy diety		W tym					
			krajowe		UE		importowane (spoza UE)	
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2019	4125	3,95 %	3144	2,70 %	349	10,31 %	632	6,64 %

Ponadto w 2019 roku Narodowy Instytut Leków dokonał analizy 55 suplementów diety. Badania prowadzone były w kierunku identyfikacji w suplementach diety niedeklarowanych aktywnych farmakologicznie substancji (sylde- nafilu, tadalafilu, wardenfilu, sybutraminy i ich analogów,

winpocetyny, hupercyny, johimbiny), delta -9-tetrahydrokannabinolu oraz substancji zabronionych z listy Światowej Agencji Antydopingowej (WADA). W trzech próbkach stwierdzono obecność sylde- nafilu oraz jego pochodnych.



5. 5. 2. Żywność dla określonych grup

Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 14 wytwórni żywności dla określonych grup. Liczba tego rodzaju obiektów objętych rejestrem przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r. to 19 obiektów. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego zostało ocenionych 7 spośród skontrolowanych wytwórni, w żadnej z nich nie wykazano niezgodności.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej stwierdzono w 18 wytwórniach, natomiast wdrożony system HACCP stwierdzono w 17 wytwórniach żywności dla określonych grup.

Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 58, w tym 8 kontroli interwencyjnych.

W roku 2019 w odniesieniu do wytwórni żywności dla określonych grup wydano 4 decyzje administracyjne; nie było żadnej decyzji zakazującej wprowadzenia produktu do obrotu.

Ponadto z ww. wytwórni pobrano 146 próbek środków spożywczych, wśród których nie było żadnej, która 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.

Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup

W 2019 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej zbadały ogółem 6335 próbek żywności dla określonych grup. Kierunki badań oraz liczba próbek żywności dla określonych grup zostały przedstawione w tabeli 9.

Spośród wszystkich 6335 przebadanych próbek żywności dla określonych grup największy odsetek (80,5 %) stanowiły próbki produktów krajowych – 5097 próbek. Zbadano 1200 próbek produktów z Unii Europejskiej (UE) (co stanowiło 18,9 % wszystkich badanych próbek) oraz 38 próbek produktów z importu spoza UE (0,6 % wszystkich zbadanych próbek).

Tab. 9. Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2019 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			krajowe	UE	import
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3263	2862	401	-
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	673	471	193	9
3	Pozostałości pestycydów	94	81	13	-
4	Mikotoksyny	316	284	28	4
5	Zanieczyszczenia azotanami	367	323	42	2
6	Substancje dodatkowe dozwolone	97	46	47	4
7	Obecność GMO	37	27	10	-
8	Znakowanie	4211	3222	956	33
9	Organoleptycznie	3714	2955	740	19
10	Zanieczyszczenia biologiczne	7	5	2	-
11	Zanieczyszczenia fizyczne	3	3	-	-
12	Inne parametry	904	671	229	4

Ogółem zdyskwalifikowano (uznano za niespełniające wymagań ustalonych w przepisach) 93 próbki produktów, co stanowi 1,5 % wszystkich zbadanych próbek żywności dla określonych grup. Wśród zdyskwalifikowanych próbek - 3 pochodziły z importu, 65 - było próbkami produktów kra-

jowych, natomiast 25 pochodziło z UE. Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych wraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 10.

Tab. 10. Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane

Rok	Suplementy diety		W tym					
			krajowe		UE		importowane (spoza UE)	
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2019	6335	1,5 %	5097	1,3 %	38	7,9 %	1200	2,1 %

Najwięcej – 85 próbek produktów – co stanowi 91 % wszystkich zdyskwalifikowanych próbek, zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie, 6 próbek zdyskwalifikowano ze względu na „inne parametry” (np.: 3-MCPD,

zawartość wybranych składników odżywczych), 3 próbki ze względu na zanieczyszczenia mikrobiologiczne i po jednej próbce ze względu na metale szkodliwe dla zdrowia oraz pozostałości pestycydów.

6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością

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

W 2019 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 1,14% próbek materiałów i wyrobów przeznac-

zonych do kontaktu z żywnością (w 2018 r. – 1,85%), w tym produkcji krajowej – 0,74% (w 2018 r. – 1,63%), wyprodukowanych w UE – 1,45% (w 2018 r. – 0,65%) oraz z importu – 1,26% (w 2018 r. – 2,22%).

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2019 przedstawia Tabela 11.

Tab. 11. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz produktów kosmetycznych w 2019 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
				krajowych		UE		z importu	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
1	2		4	6	6	8	8	10	10
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	1,63	-	2,2	-	-	-	1,06	-
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	1,9	1,28	1,45	0,98	0,72	1,62	2,37	1,31
3.	Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	1,85	1,14	1,63	0,74	0,65	1,45	2,22	1,26
4.	Produkty kosmetyczne	0,96	0,98	0,63	1,01	0,6	-	10	7,14

7. Produkty kosmetyczne

Odsetek przebadanych próbek produktów kosmetycznych, niespełniających wymagań wynosił 0,98% (w 2018 r. – 0,96%), w tym produkcji krajowej – 1,01% (w 2018 r. – 0,63%), wyprodukowanych w UE – nie kwestionowano (w 2018 r. – 0,6%) oraz z importu – 7,14% (w 2018 r. – 10%).

W zakresie produktów kosmetycznych w 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły kontrole na zgodność z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczącego produktów kosmetycznych, w szczególności kontrole dokumentacji produktów kosmetycznych w aspekcie oceny bezpieczeństwa oraz warunków wytwarzania produktów kosmetycznych i wprowadzenia zasad dobrej praktyki produkcji.

W związku z informacjami otrzymywanymi od konsumentów i przedsiębiorców organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również działania związane z naruszaniem przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych, np. braków dokumentacji potwierdzającej bezpieczeństwo produktów, uchybień w znakowaniu lub nie spełnienia wymagań w zakresie składu.

W roku 2019 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzeżenia o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały 11 powiadomień dotyczących produktów kosmetycznych uznanych za mogące stwarzać zagrożenie dla zdrowia konsumentów, dla których osoby odpowiedzialne znajdowały się na terenie Polski lub, dla których w liście dystrybucji wskazano podmioty z terenu Polski. Jednocześnie otrzymano od przedsiębiorców 2 dobrowolne zgłoszenia dotyczące produktów, które nie spełniały wymagań.

Jakość zdrowotną kosmetyków w roku 2019 przedstawia Tabela 11.

W roku 2019 weszła w życie ustawa z dnia 4 października 2018 r., która zharmonizowała przepisy krajowe i przepisy rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych. W nowej ustawie doprecyzowano, że produkty kosmetyczne znakuje się w języku polskim. W celu monitorowania przestrzegania zasad dobrej praktyki produkcji produktów kosmetycznych wprowadzono obowiązek rejestracji zakładów, w których są wytwarzane lub konfekcjonowane produkty kosmetyczne. Odnotowano wzrost zarejestrowanych zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne – z ok. 300 w 2018 r. do prawie 500 w 2019 r.

Powołano System Informowania o Ciężkich Działaniach Niepożądanych Spowodowanych Użyciem Produktów Kosmetycznych, który jest prowadzony przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. W 2019 roku do ośrodka administrującego Systemem wpłynęło 13 zgłoszeń. W 10 przypadkach dotyczyły one ciężkich działań niepożądanych spowodowanych stosowaniem produktów kosmetycznych. Pozostałe 3 przypadki zakwalifikowano jako wykluczone.

Zgłoszenia obejmowały następujące rodzaje produktów kosmetycznych: środki do mycia i pielęgnacji włosów/szampon - 1, środki do farbowania włosów/farba - 2, środki do pielęgnacji skóry/krem pod oczy - 3, środki do makijażu/inne środki do makijażu oczu - 2, środki do pielęgnacji skóry/oliwka - 1, środki do oczyszczania skóry/pozostałe produkty do oczyszczania skóry - 1. Wystąpienie działania niepożądanego jest indywidualną reakcją organizmu użytkownika i nie jest równoznaczne z niezgodnością produktu z wymaganiami.

8. Wybrane zagadnienia żywienia zbiorowego

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

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

Natomiast zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują

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

żywności i jakość żywienia oraz do wiadomości jednostkom nadrzędnym lub dyrektorom obiektów.

Ocena sposobu żywienia w 2019 r. została przeprowadzona łącznie w 11 278 zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego - w szpitalach, domach opieki społecznej, żłobkach i domach małego dziecka, stołówkach szkolnych, burdach i internatach, stołówkach na koloniach, półkoloniach lub obozach, przedszkolach, domach dziecka, zakładach specjalnych i wychowawczych oraz innych zakładach żywienia. Przedstawiciele organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonali teoretycznej oceny sposobu żywienia na podstawie 10 926 jadłospisów oraz 2 397 zestawień dekadowych, analizowanych pod kątem wartości energetycznej i odżywczej posiłków.

8.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach.

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 1 021 bloków żywienia w szpitalach (z których – 679 korzystało z usług firm cateringowych). W tych obiektach w całym 2019 r. organy PIS przeprowadziły 1 304 kontrole sanitarne, w tym 73 kontrole interwencyjne.

Po przeanalizowaniu informacji za 2018 r. dotyczących warunków sanitarnych bloków żywienia oraz jakości żywienia pacjentów w szpitalach, Główny Inspektor Sanitarny polecił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzenie w ww. zakresie wzmożonych kontroli szpitali w okresie od dnia 1 maja 2019 r. do dnia 30 września 2019 r. - ze szczególnym uwzględnieniem obiektów, w których w latach wcześniejszych stwierdzono istotne nieprawidłowości. Ponadto przekazał do stosowania w pracy bieżącej, opracowany we współpracy z Instytutem Żywności i Żywienia oraz przedstawicielami WSSE i PSSE - *Program oceny stanu żywienia pacjentów w szpitalach i zakładach opieki zdrowotnej na podstawie jadłospisów/posiłków*.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w okresie od dnia 1 maja do dnia 30 września 2019 r. organy PIS:

- skontrolowały w zakresie spełniania wymagań higieniczno-sanitarnych w blokach żywienia oraz oceny jadłospisów i żywienia pacjentów - 202 szpitale (tj. 59%) prowadzące żywienie zbiorowe pacjentów we własnym zakresie oraz 357 szpitali (52%) korzystających z firm cateringowych;
- w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów we własnym zakresie przeprowadziły ogółem 238 kontroli sanitarnych, w tym 7 kontroli interwencyjnych oraz 53 rekontrole (tj. kontrole sprawdzające wykonanie zaleceń pokontrolnych lub obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi);
- w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym przeprowadziły ogółem 391 kontroli

sanitarnych, w tym 19 kontroli interwencyjnych oraz 42 rekontrole;

- na 202 skontrolowane szpitale prowadzące żywienie pacjentów we własnym zakresie, nieprawidłowości stwierdzono łącznie w 111 placówkach, w tym w 81 – stwierdzono niespełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 71 szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dot. żywienia pacjentów;
- na 357 skontrolowanych szpitali prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, nieprawidłowości stwierdzono łącznie w 163 placówkach, w tym w 75 – stwierdzono niespełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 151 szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dot. żywienia pacjentów;
- w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowano działania – zgodnie z kompetencjami i obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności:
 - w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów we własnym zakresie nałożono 12 grzywn w drodze mandatu karnego na kwotę 1 950 PLN za uchybienia higieniczno-sanitarne, a w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym nałożono 18 mandatów na kwotę 3 500 PLN,
 - organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały ogółem 199 decyzji administracyjnych, w tym m.in. 91 nakazujących wyeliminowanie nieprawidłowości oraz 86 oplatowych za przeprowadzone kontrole sanitarne i sprawdzające.

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

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

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





- niepodawanie białka pełnowartościowego tj. białka zwierzęcego lub białka roślin strączkowych do wszystkich posiłków głównych (śniadania, obiadu oraz kolacji);
- mała podaż warzyw oraz owoców w dziennej racji pokarmowej;
- brak lub podawanie zbyt małej ilości mleka i przetworów mlecznych;
- mało urozmaicone śniadania i kolacje, w większości bez dodatku warzyw/owoców,
- brak lub podawanie zbyt małej ilości ryb i/lub przetworów rybnych,
- podawanie zbyt dużej ilości potraw smażonych (brak różnicowania technik przygotowywania potraw w dekadzie).

Każdorazowo po zakończonej kontroli protokoły z kontroli sanitarnych były przekazywane dyrektorom szpitali. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących warunków sanitarno-higienicznych, w których przygotowywano i wydawano posiłki, organy PIS wydawały zalecenia pokontrolne oraz decyzje administracyjne obligujące do podjęcia działań mających na celu poprawę w tym zakresie. Ustalano terminy usunięcia ww. uchybień.

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

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

8. 2. Żywienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty

W 2019 r. żywienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty regulowane było przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. *w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1154).

Ww. rozporządzeniem Minister Zdrowia określił grupy środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży oraz wymagania jakie muszą spełniać środki

spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, czyli w przedszkolach, szkołach (z wyłączeniem szkół dla dorosłych), a także w bursach i internatach oraz w zakładach specjalnych i wychowawczych.

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ocenę sposobu żywienia w 8000 obiektów systemu oświaty (3 433 stołówkach szkolnych, 199 stołówkach w bursach i internatach, 4 144 stołówkach w przedszkolach oraz 224 stołówkach w zakładach specjalnych i wychowawczych), w których oceniono 7 407 jadłospisów i 1 656 zestawień dekadowych.

Nieprawidłowości stwierdzone w żywieniu dzieci i młodzieży dotyczyły:

- braku mleka lub przetworów mlecznych,
- braku warzyw i owoców w posiłku,
- zbyt rzadkiego podawania ryb,
- serwowania więcej niż raz w tygodniu potraw smażonych,
- zbyt dużego udziału ziemniaków w stosunku do produktów zbożowych.

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

8. 3. Kontrole sklepików i kiosków szkolnych.

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały 3 541 sklepików i kiosków szkolnych, z których skontrolowano 1 476 obiektów, tj. 41 % nadzorowanych. Przeprowadzono 1 681 kontroli sanitarnych, w tym 1 229 obejmujących sprawdzenie zgodności oferowanego asortymentu z wymaganiami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W 124 sklepikach szkolnych stwierdzono niezgodności asortymentu wprowadzanego do obrotu w zakresie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Za stwierdzone uchybienia sanitarno – higieniczne nałożono 79 mandatów karnych na łączną kwotę 12 770 zł. Ponadto nałożono na właścicieli sklepików szkolnych 47 kar pieniężnych na łączną kwotę 63 950 zł w związku z wprowadzaniem do obrotu środków spożywczych niezgodnych z przepisami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r.

W kolejnych latach kontrole w powyższym zakresie będą kontynuowane.



Spülwasser

**Jakość wody
przeznaczonej do spożycia**

1. Wstęp

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi już od 19 lipca 1919 r., kiedy to w życie weszła pierwsza ustawa sanitarna¹. Obecnie nadzór sanitarny prowadzony jest na podstawie krajowych aktów prawnych o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*² i ustawy o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków*³. Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi*⁴, które są zgodne z przepisami europejskimi. Woda jest w pełni bezpieczna dla zdrowia jeśli spełnia określone w rozporządzeniu wymagania. Bezpieczeństwo zdrowotne wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi jest zagadnieniem złożonym, uzależnionym od wielu czynników wpływających na jakość wody w całym łańcuchu dostaw – od ujmowania wody surowej, jej uzdatniania, magazynowania po dystrybucję aż po punkt zgodności, czyli do kranu odbiorcy.

Podstawą zapewnienia konsumentom bezpiecznej wody do spożycia stanowią zarówno badania wykonywane przez producentów wody w ramach kontroli wewnętrznej, jak i badania realizowane w ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (zgodnie z ustalonym planem działania na dany rok). Producenci wody prowadzili badania jakości wody na podstawie uzgodnionych z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej harmonogramów pobierania próbek wody, zgodnie z częstotliwością i zakresem określonymi w prawie krajowym⁴. Sprawozdania z powyższych badań były na bieżąco przekazywane organom Państwo-

wej Inspekcji Sanitarnej, które weryfikowały terminowość ich przekazywania, analizowały wyniki badań jakości wody oraz określały przydatność wody do spożycia. W sytuacji, gdy woda nie odpowiadała wymaganiom Rozporządzenia⁴, monitorowały wywiązywanie się producentów wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych. Każdorazowo po stwierdzeniu, że jakość wody uległa zmianie i odbiega od norm krajowych, właściwy państwowy inspektor sanitarny opracowywał komunikat o jakości wody i zasadach jej użytkowania. Komunikaty rozpowszechniane były natomiast przez właściwego wójta (burmistrza, prezydenta miasta) w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi konsumentów z obszaru, dla którego wydano komunikat. Komunikaty umieszczane były również na stronach internetowych właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Badania jakości wody do spożycia wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zakres badań obejmuje zarówno badania mikrobiologiczne, fizykochemiczne, organoleptyczne oraz badania stężeń promieniotwórczości w wodzie. Podstawą nadzoru nad jakością wody przeznaczoną do spożycia przez ludzi jest ocena zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w aspekcie zagrożeń zdrowotnych w celu określenia czy spożywana woda jest czysta i bezpieczna dla zdrowia ludzkiego. Podejmowane działania w ramach obowiązujących przepisów krajowych przyczyniają się do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

2. Zaopatrzenie ludności w wodę

2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej

Głównym źródłem wody w sieci wodociągowej były wody podziemne ze względu na ich znacznie lepszą jakość. W 2018 r. w eksploatacji sieci wodociągowej wody podziemne stanowiły 73% (1552 hm³)⁵.

Z danych będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynika, iż w 2019 r. funkcjonowało 11945 ujęć wody wykorzystywanych do zbiorowego zaopatrzenia, w tym 360 ujęć powierzchniowych i 11585 ujęć podziemnych⁶.

W roku 2018 r. pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej zwiększył się o 100 hm³ w stosunku do roku 2017. Z ujęć powierzchniowych wodę najczęściej pobierają wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Jest to dobry kierunek gdyż woda pochodząca z ujęć podziemnych charakteryzuje się stabilnym składem i mniejszą ilością zanieczyszczeń. Może ona zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu, co może wpływać na jej zabarwienie i sprzyjać tworzeniu się zawiesin. Nie ma to jednak wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne wody.

1 Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz.Pr.P.P. 1919 nr 63 poz. 371)

2 Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz.U. z 2019 r. poz. 59)

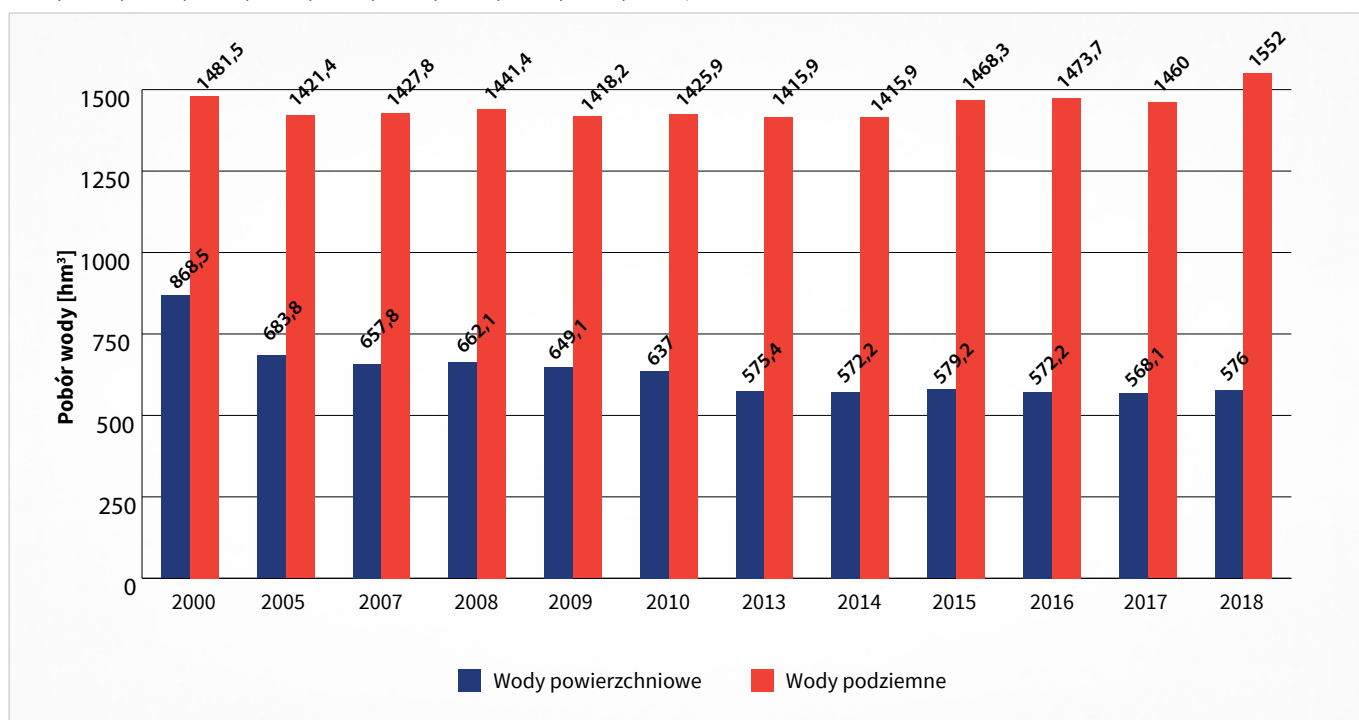
3 Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków* (Dz.U. z 2019 r. poz. 1437)

4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w *sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz.U. poz. 2294)

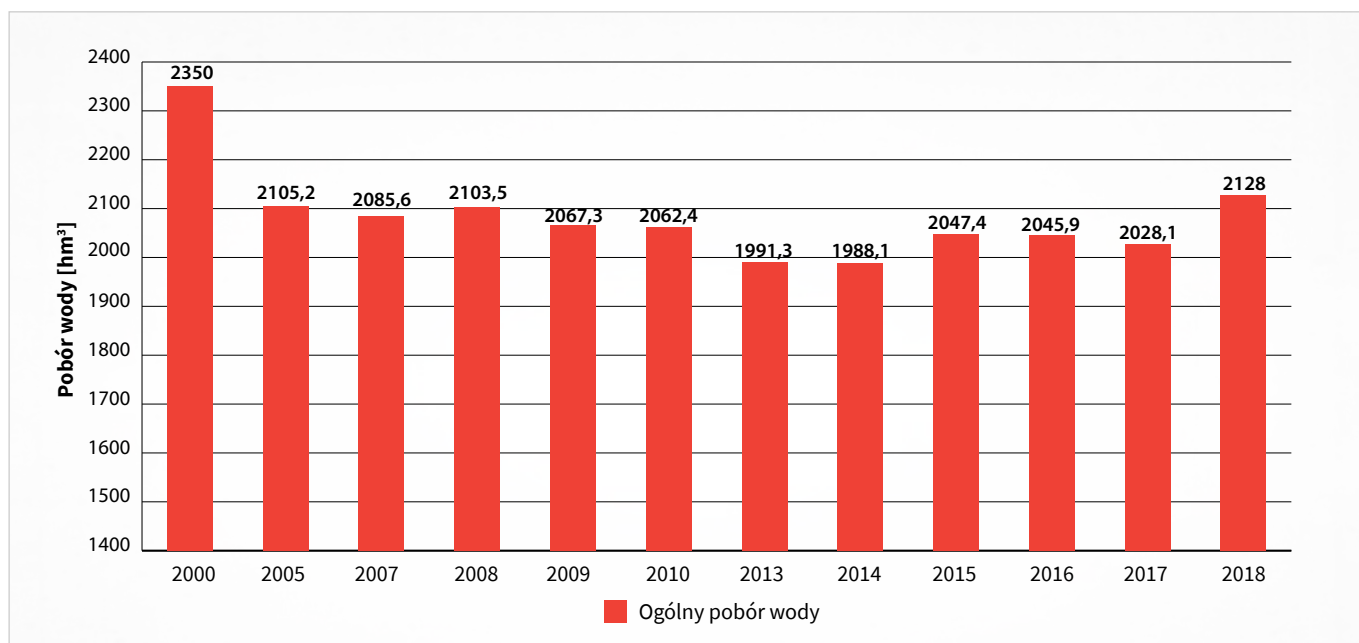
5 źródło: Ochrona Środowiska 2019

6 źródło: System Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi

Wyk. 6. Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2018 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019)



Wyk. 7. Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2018 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019)



Polska zaliczana jest do krajów ubogich w zasoby wodne (zasoby wód Polski plasują się na 3 miejscu od końca wśród krajów UE). Przeciętne zasoby wód w Polsce wynoszą ok. 60 mld m³, a w porach suchych ten poziom może spaść nawet poniżej 40 mld m³⁷.

Na przestrzeni ostatnich lat pobór wody na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce stopniowo maleje, jednak w 2018 r. zwiększył się o 100 hm³ w stosunku do 2017 r. i wyniósł 2128 hm³. Dane poboru wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej za rok 2018 wskazują jednak na wzrost zapotrzebowania na wodę co może wynikać ze zmniejszenia ilości opadów rocznych na tle wielolecia.

⁷ źródło: Ochrona Środowiska 2019

2.2. Struktura wodociągów w Polsce

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy⁸, zaopatrzenie w wodę jest zadaniem własnym gminy. Przepisy ww. ustawy regulują

zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura wodociągów w 2019 r. została przedstawiona w poniższej tabeli.

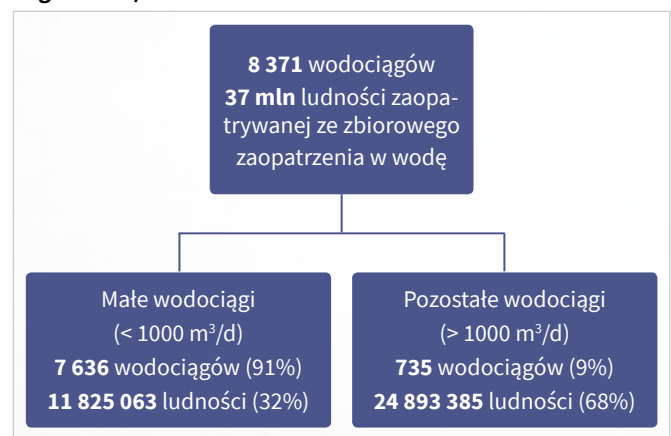
Tab. 12. Struktura wodociągów w 2019 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę (w tys.)	
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom ⁹	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	3 287	3 169	1 647,226	1 626,839
101-1000	4 349	4 255	10 253,903	10 198,224
1001-10000	675	662	12 468,220	12 433,677
10001-100000	55	55	8 337,328	8 337,328
>100000	5	5	4 122,380	4 122,380
SUMA	8 371	8146	36 829,057	36 718,448

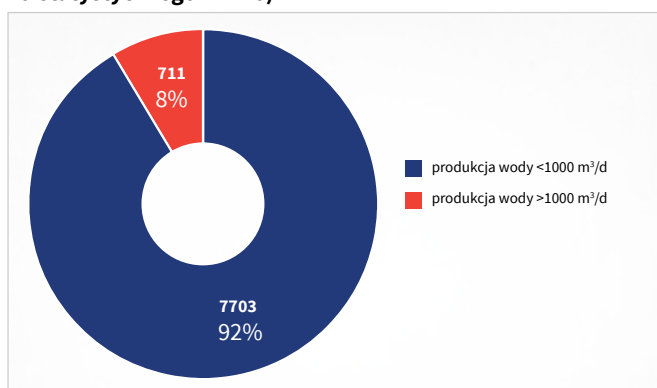
W roku 2019 funkcjonowało 8371 wodociągów zaopatrujących w wodę około 37 mln konsumentów, tj. o 43 mniej niż w 2018 r. Pomimo, iż liczba małych wodociągów maleje, to poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadal nadmierne rozproszenie wodociągów. Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1000 m³/d wody stanowią 91% wszystkich przedsiębiorstw i zaopatrują około 12 mln ludności, co stanowi 32% ludności zaopatrywanej w wodę. W roku 2019 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8262 wodociągów, co stanowi 98,7% wszystkich wodociągów.

wodociągowych dla podmiotów o małej wydajności, która wpłynęłaby znacznie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

Rys. 1. Liczba wodociągów małych produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2019 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

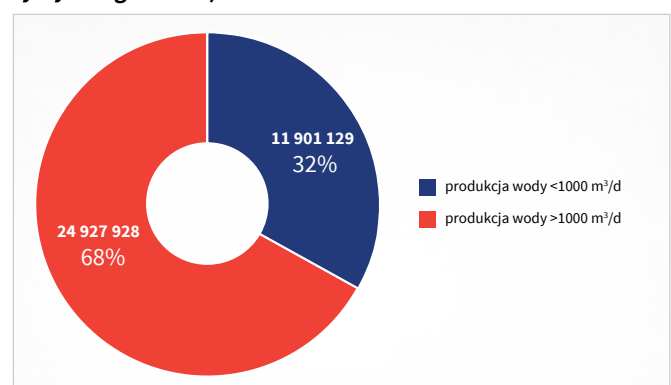


Wyk. 8. Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2019 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Centralizacja wodociągów produkujących wodę w niewielkich ilościach jest ważna i pozytywna z uwagi na umożliwienie wprowadzenia bardziej zaawansowanych procesów technologicznych, pozyskania specjalistów w zakresie technologii wody, a także umożliwienie przeznaczenia większych środków finansowych na renowację i wymianę sieci

Wyk. 9. Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2019 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

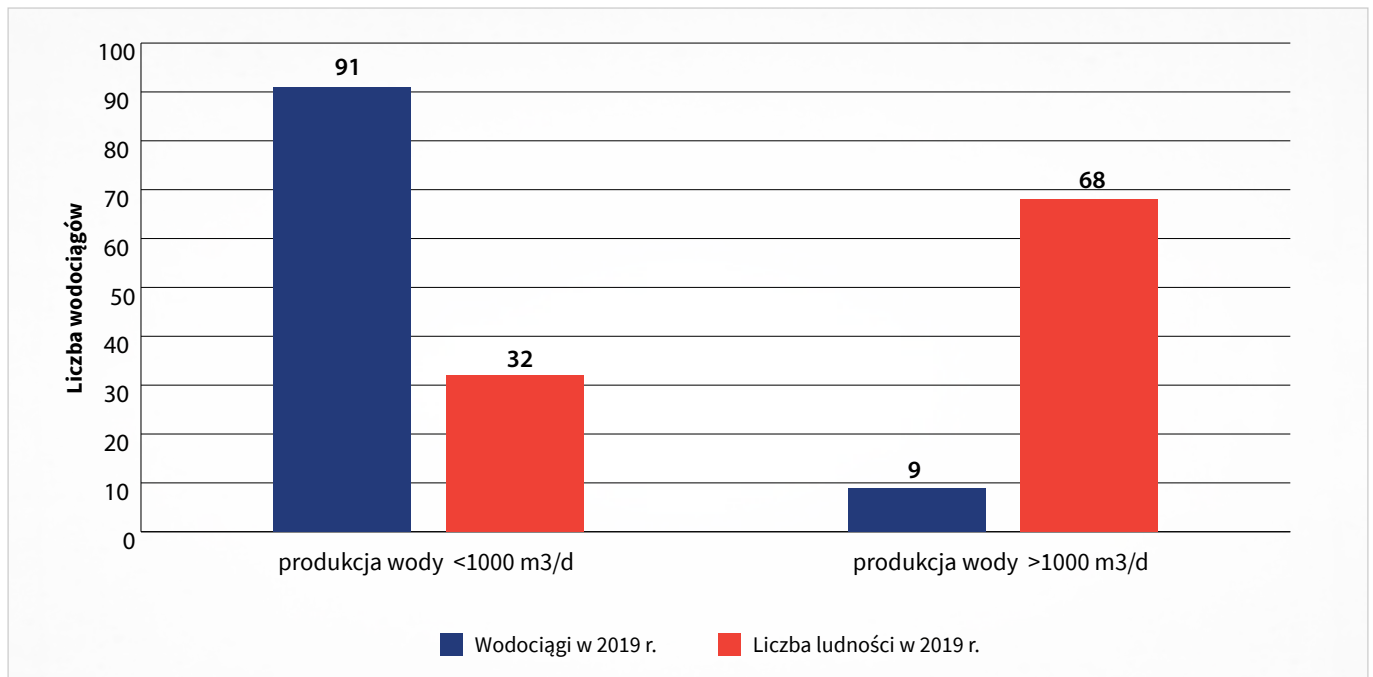


⁸ Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu

⁹ Liczba obiektów, które odpowiadają (w tym warunkowo odpowiadają wymaganiom) wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na podstawie oceny jakości wody produkowanej przez urządzenia dostarczające wodę z uwzględnieniem szacowania ryzyka zdrowotnego. ścieków (Dz.U. z 2019 r. poz. 1437)



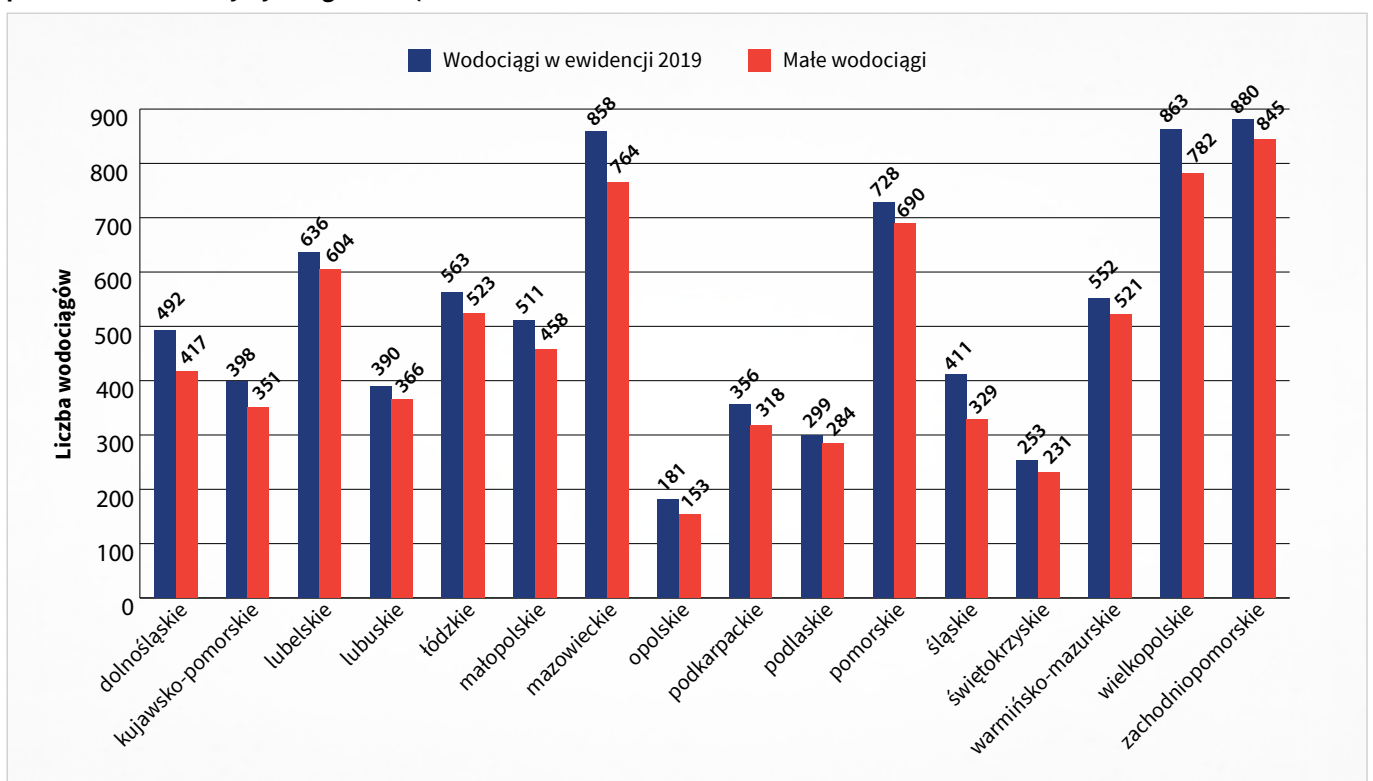
Wyk. 10. Struktura podziału wodociągów i zaopatrywanej ludności w zależności od produkcji (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach

Najwięcej małych wodociągów, produkujących poniżej 1000 m³/d, znajduje się w województwie zachodniopomorskim (845 w ewidencji), a najmniej w województwie opolskim (153 w ewidencji).

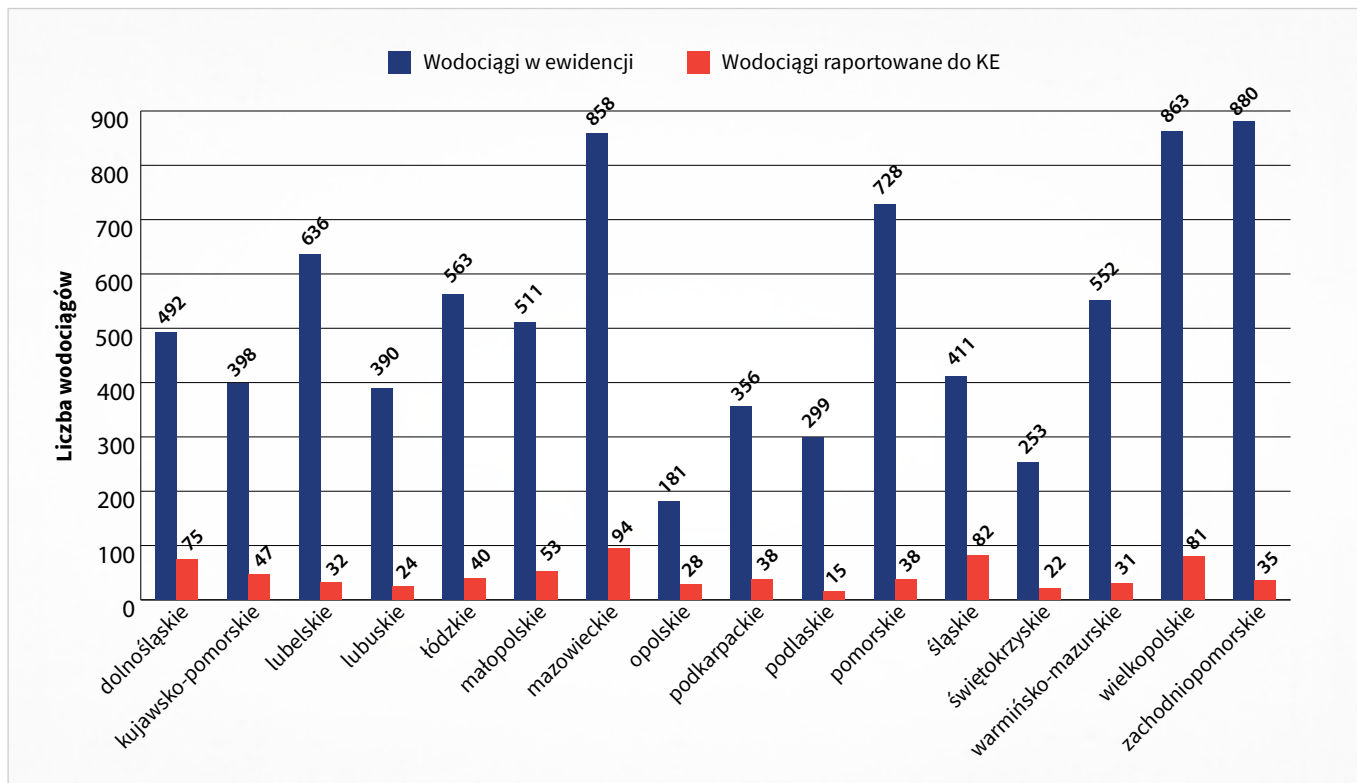
Wyk. 11. Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i małe dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



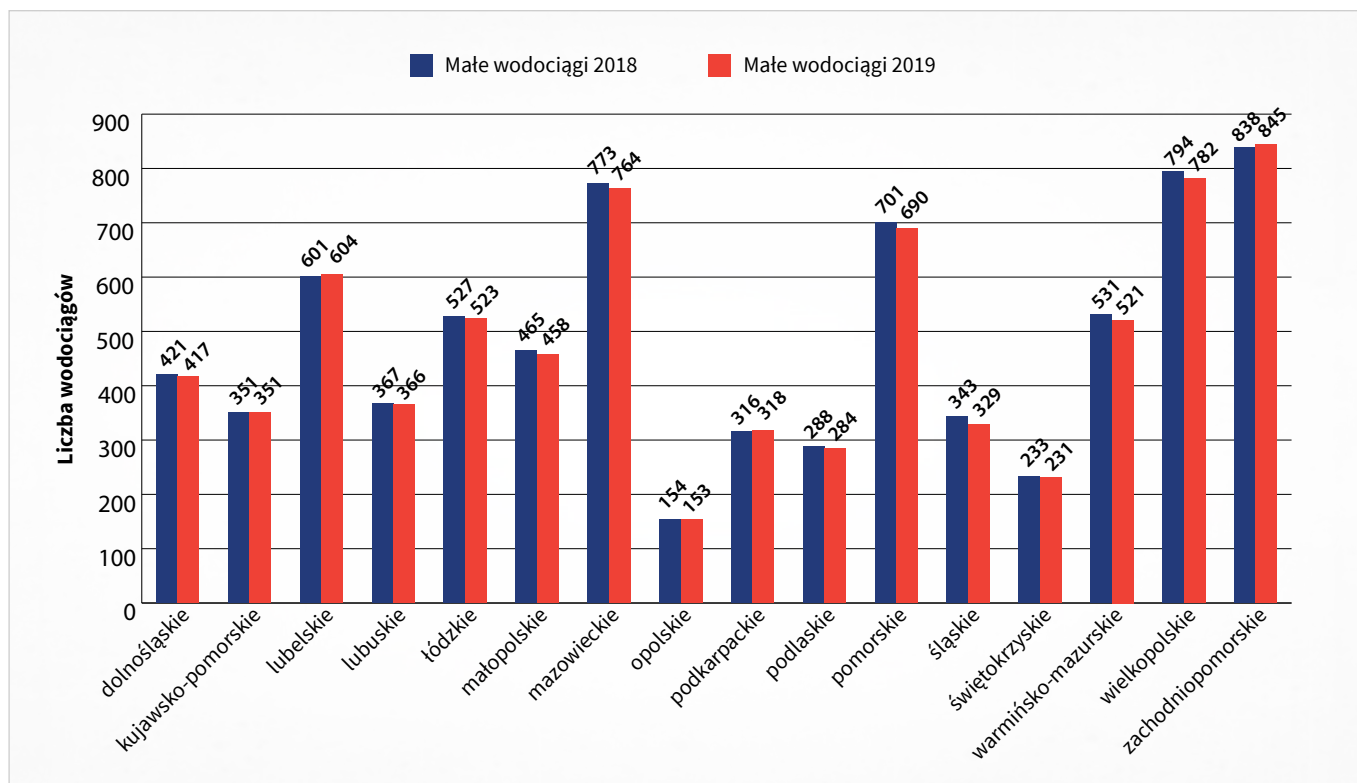
Najwięcej dużych wodociągów, czyli produkujących powyżej 1000 m³/dobę znajduje się na terenie województwa mazowieckiego (94 w ewidencji), a najmniej na terenie województwa podlaskiego (15). Dane o jakości wody z dużych wodociągów raportowane są do Komisji Europejskiej

w trzyletnim cyklu sprawozdawczym. Dane o jakości wody za rok 2019 r. będą raportowane w cyklu sprawozdawczym za lata 2017-2019, w ciągu roku kalendarzowego kończącego okres sprawozdawczy.

Wyk. 12. Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i duże dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Wyk. 13. Liczba małych wodociągów w latach 2018-2019 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne)

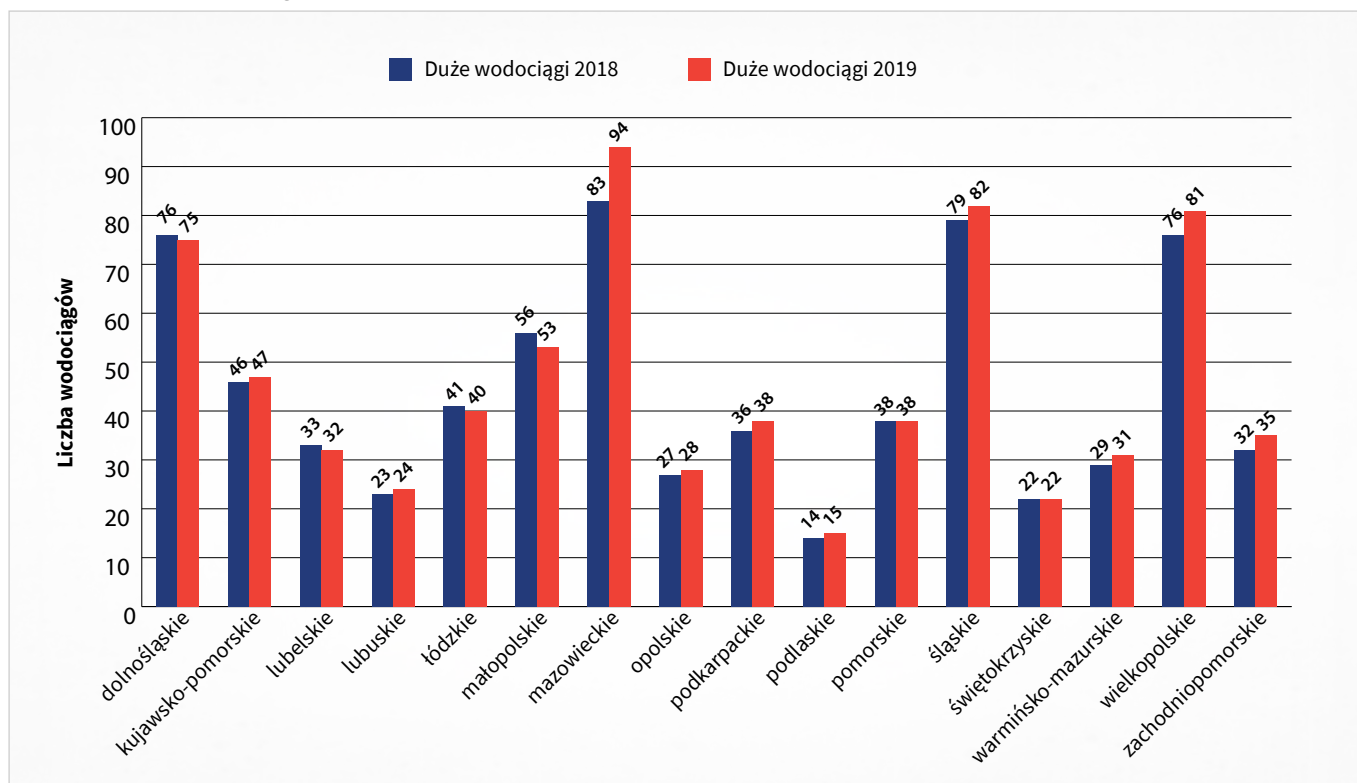


Jak wskazano powyżej w skali kraju od kilkunastu lat obserwuje się spadek liczby tzw. małych wodociągów. Zmiany w poszczególnych województwach i kategoriach wodociągów przedstawiono na poniższych wykresach. Szczegółowe dane dla województw wskazują, iż w część z nich nastąpiło zmniejszenie liczby małych wodociągów w 2019 r., a w części z nich zwiększenie ich liczby, co spowodowane jest bu-

dową nowych małych wodociągów na potrzeby zbiorowego zaopatrzenia w wodę do spożycia przez ludzi miejscowości, które nie były wcześniej zwodociągowane.

Konsekwencją natomiast przyłączania małych wodociągów do wodociągów większych jest obserwowany na przestrzeni wielolecia trend wzrostu liczby dużych wodociągów.

Wyk. 14. Liczba dużych wodociągów w latach 2018-2019 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



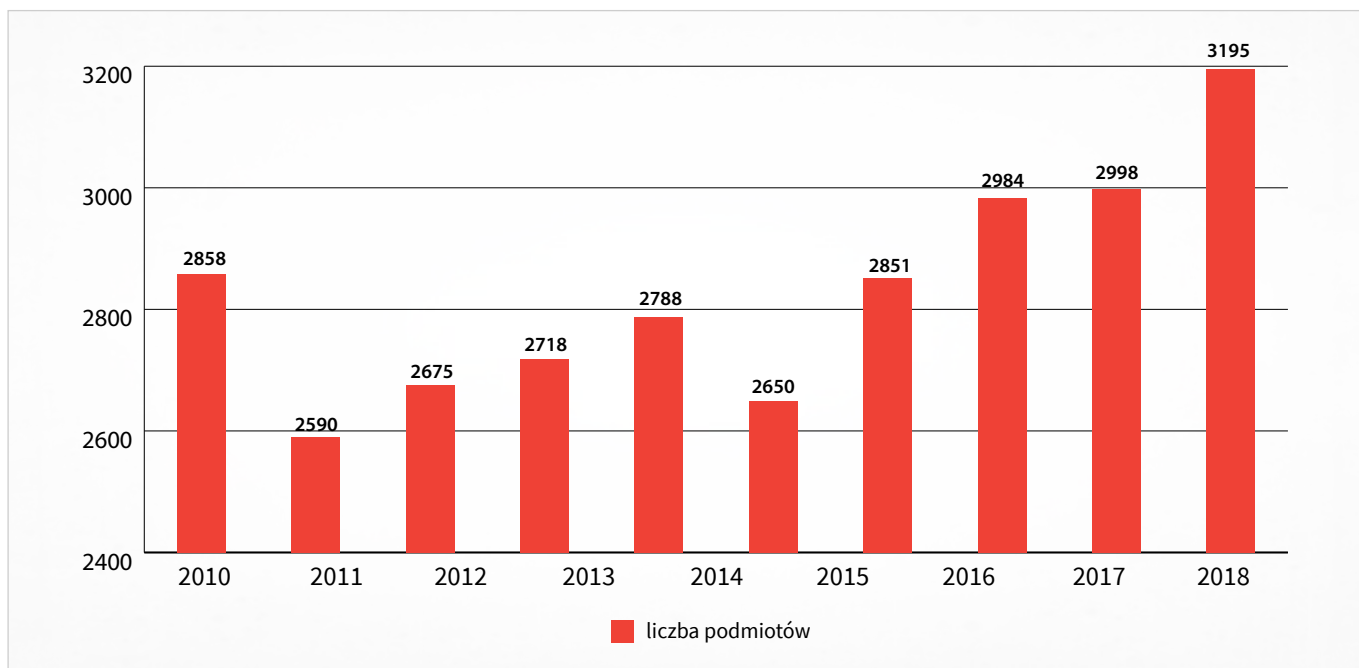
2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia

W Polsce około 37 mln ludności jest zaopatrywanych w wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę do spożycia, natomiast pozostała część zaopatruje się w wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć wody. W celu zabezpieczenia osób w budynkach priorytetowych, przepisy regulujące kwestię bezpieczeństwa wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, poza wodociągami, obejmują również podmioty dostarczające lub wykorzystujące wodę pochodzącą z indywidualnego ujęcia w ramach działalności gospodarczej lub w budynkach użyteczności publicznej, budynkach zamieszkania zbiorowego, lub w podmiotach działających na rynku spożywczym, wykorzystujących wodę. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują

nadzór nad jakością wody w innych podmiotach takich jak: szpitale, szkoły, domy pomocy społecznej, jednostki wojskowe oraz ośrodki wypoczynkowe, które produkują wodę na potrzeby własne.

W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2019 znajdowało się 3195 innych podmiotów prowadzących działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia, co stanowi 38% wszystkich wodociągów. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru sanitarnego skontrolowały 2671 podmiotów, co stanowi 83,6% wszystkich obiektów znajdujących się w ewidencji. Spośród wszystkich skontrolowanych podmiotów 2621 podmiotów spełniło wymagania krajowych norm jakości wody (98,1% podmiotów skontrolowanych).

Wyk. 15. Liczba podmiotów w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010-2019 (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi

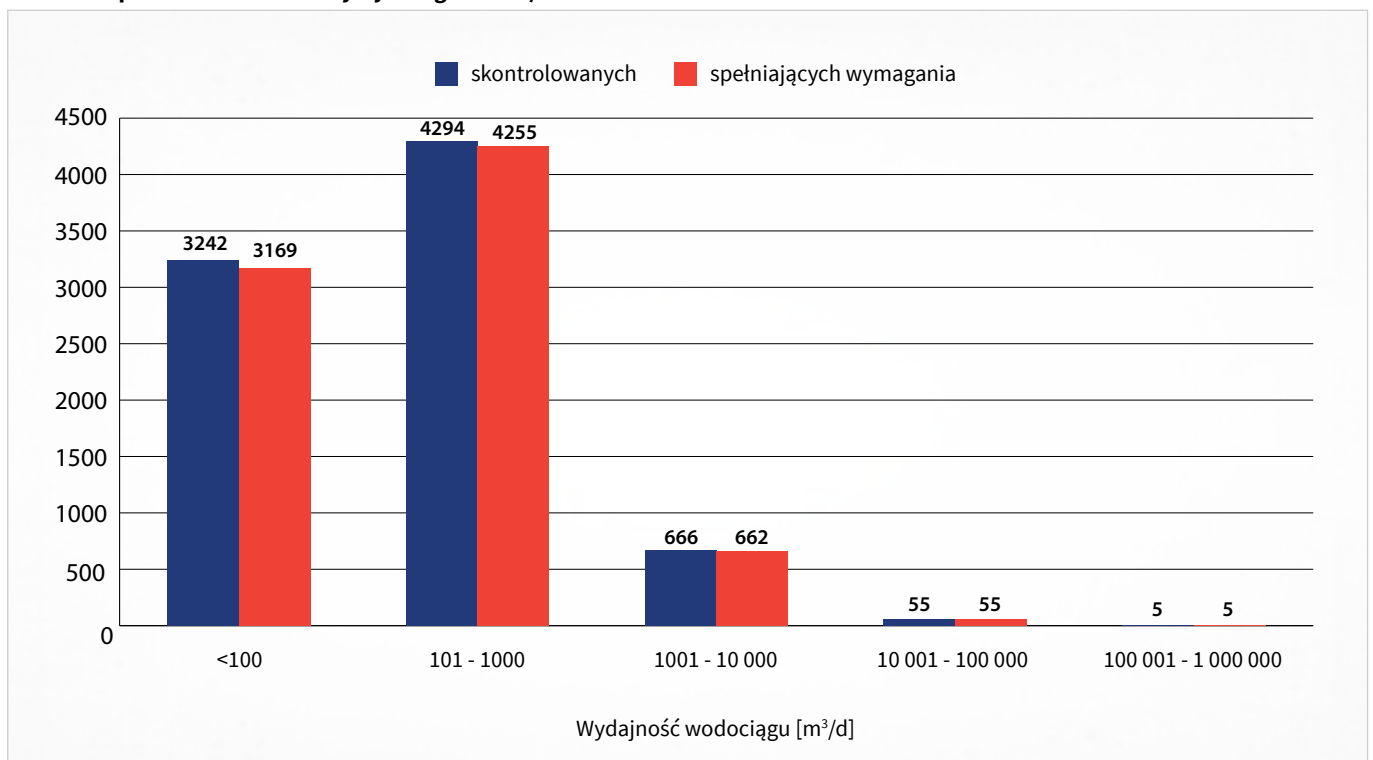
3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi

Zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości wody do spożycia jest ważnym i skomplikowanym zadaniem. Zagrożenia pojawiające się w systemach zaopatrzenia w wodę mogą mieć wpływ na zdrowie publiczne. Jakość dostaw wody do picia jest ściśle powiązana z możliwością wystąpienia szeregu czynników w cyklu produkcji wody, które mogą wpłynąć negatywnie na jakość wody docierającej do końcowego odbiorcy (konsumenta). Na jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi często ma wpływ sposób dystrybucji wody przez przedsiębiorstwo wodociągowe, a zwłaszcza stan techniczny sieci wodociągowych, okres ich eksploatacji i rodzaj materiałów, z jakich zostały wykonane oraz sposób eksploatacji instalacji wodociągowych (płukanie sieci, planowe remonty i renowacje) oraz jakość, stan sanitarno-techniczny i właściwa eksploatacja zewnętrznych, wewnętrznych instalacji wodociągowych w budynkach, w tym armatury w punktach pobierania wody.

Biorąc pod uwagę lata poprzednie obserwuje się tendencję do poprawy i tak już wysokiej jej jakości w kontekście zapewnienia konsumentom wody bezpiecznej dla zdrowia ludzkiego. Jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi systematycznie ulega poprawie. Dla zobrazowania sytuacji warto przywołać dane o jakości wody

z lat ubiegłych. W 2006 r. wodociągi dostarczały wodę spełniającą wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi do ok. 91% odbiorców, w 2009 r. do ok. 93% odbiorców, natomiast już w 2013 r. około 96% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami a trend wskazujący na poprawę jakości wody utrzymywał się w kolejnych latach. W 2014 r. około 98% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a w 2019 r. tak jak i w roku 2018 to **99,7% ludności** – w tym warunkowo dopuszczanej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Pozostały 0,3% ludności miało natomiast dostęp do wody, która czasowo wykazywała brak zgodności spełnienia wymagań normatywów jakościowych. W takich sytuacjach podejmowane były działania zapewnienia wody o odpowiedniej jakości mieszkańcom z alternatywnych źródeł wody. Zadanie zapewnienia zastępczego źródła wody jest realizowane głównie przez wodociągi, które dostarczają mieszkańcom wodę na przykład za pomocą przewoźnych zbiorników z wodą. Dopuszczenie wody do spożycia dla konsumentów w warunkach odstępstwa bądź warunkowej przydatności każdorazowo związane jest z przeprowadzeniem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceny zagrożeń i wykluczeniem negatywnego wpływu jej jakości na zdrowie.

Wyk. 16. Wodociągi w 2019 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Wodociągi produkujące:

- poniżej 100 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 97,7%;
- 101-1000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,1%;
- 1001-10000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,4%;
- 10001 do 100000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%;
- powyżej 100000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%.

Przedmiotem kontroli prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej był również stan techniczny infrastruktury wodociągowej. Producentom wody zwracano uwagę na odpowiedzialność za jakość dostarczanej wody oraz konieczność sprawdzania jej jakości po pracach remontowych, wymianach złożeń, po usunięciu awarii oraz po dłuższych przerwach w dostawie energii elektrycznej. Producenci wody oraz organy samorządowe w miarę możliwości finansowych oraz w oparciu o środki pozyskiwane z funduszy europejskich, modernizują istniejącą infrastrukturę wodociągową oraz realizują nowe inwestycje, mające na celu poprawę sytuacji w zakresie zbiorowego zaopatrzenia w wodę. W wielu miejscowościach prowadzone były prace związane z przebudową stacji uzdatniania wody, tj.: wymiana urządzeń technologicznych, pomp głębinowych i armatury oraz przeprowadzono remonty budynków hydroforni.

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

Przeprowadzona przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej analiza wyników kontroli oraz przyczyn zanieczyszczenia wody do spożycia wskazuje, iż konieczne jest kontynuowanie działań mających na celu polepszenie stanu sanitarno-technicznego infrastruktury wodociągowej, pełne zwodociągowanie i skanalizowanie gmin oraz usunięcie zbiorników bezodpływowych, dalsze łączenie tzw. małych wodociągów (czyli produkujące poniżej 1000 m³ wody na dobę) w większe sieci wodociągowe, objęcie nadzorem przez samorządy właścicieli indywidualnych ujęć wody, szczególnie w zakresie zabezpieczenia przyłącza do wodociągu zaworami antyskażeniowymi.

Bezpieczeństwo zdrowotne wody wymaga współpracy i udziału wielu podmiotów (organów samorządowych,

przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, resortów zdrowia, gospodarki morskiej, środowiska i infrastruktury).

3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych

Dopuszczalna obecność mikroorganizmów w wodzie przeznaczonej do spożycia jest regulowana i systematycznie monitorowana. Woda musi być ona wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów w liczbie stanowiącej potencjalne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Wodopochodne czynniki chorobotwórcze mogą przedostawać do organizmu człowieka drogą pokarmową, inhalacyjną (wdychanie aerozoli wodnych) oraz w wyniku styczności ze skórą (błony śluzowe, zadrapania, zranienia). Przy czym ważny jest nie tylko rodzaj mikroorganizmów obecnych w wodzie ale także ich ilość.

Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco analizują wyniki badań wody przeznaczonej do spożycia, wykonanych zarówno w ramach nadzoru sprawowanego przez Inspekcję Sanitarną, jak również otrzymane od podmiotów prowadzących zbiorowe zaopatrzenie. W zależności od wyników podejmują działania zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia¹⁰.

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

Pogorszenia jakości wody w zakresie parametrów mikrobiologicznych wskazanych w Rozporządzeniu¹¹ były spowodowane głównie awariami urządzeń, brakiem właściwej dezynfekcji i/lub po dokonanej konserwacji, spadkami ciśnienia wody, złym stanem technicznym instalacji wodociągowej i/lub wewnętrznej instalacji wodociągowej, małym rozbiorem wody, brakiem regularnego płukania sieci. W niektórych przypadkach nie udało się ustalić bezpośredniej przyczyny niewłaściwej jakości bakteriologicznej wody w systemie dystrybucji.

10 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)



W wodociągach, w których stwierdzono niewłaściwą jakość wody, administratorzy przede wszystkim podejmowali działania wskazania przyczyn występowania w wodzie przekroczeń dopuszczalnych parametrów, zwiększali częstotliwość poboru próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej. W zależności od wyników badań podejmowano działania naprawcze takie jak:

- intensyfikowanie płukania złożeń filtracyjnych lub ich wymiana;
- korekta procesu/ów uzdatniania i/lub dezynfekcji;
- płukanie i/lub dezynfekowanie odcinków sieci wodociągowej oraz urządzeń uzdatniających;
- usuwanie awarii sieci wodociągowej.

3.3. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa

W przypadku gdy woda nie spełnia wymagań chemicznych, z wyłączeniem wymagań określonych dla bromianów i ołowiu, oraz nie jest możliwe przywrócenie jej jakości do stanu wymaganego przepisami krajowymi w terminie 30 dni, podmioty prowadzące zbiorowe zaopatrzenie w wodę mogą wystąpić o zgodę na odstępstwo od tych wymagań. Udzielenie zgody jest dopuszczalne wyłącznie, jeżeli nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Przyznawanie odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej umożliwia podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Podstawowym 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 2019 r. obowiązywało 8 odstępstw od wymaganej jakości wody do spożycia przez ludzi. 3 odstępstwa obowiązywały w zakresie azotanów (wodociąg Radziszewo Sieńczuch w woj. podlaskim, wodociąg Czernikowice w woj. dolnośląskim, Ujęcie indywidualne Stacji Paliw w miejscowości Brzeźnik 150 w woj. dolnośląskim), 2 w zakresie fluorków (wodociąg sieciowy Pawonków w woj. śląskim, wodociąg Miłoradz w woj. pomorskim), 2 w zakresie boru (wodociąg

lokalny w Szkole Podstawowej w Bruśniku w woj. małopolskim, wodociąg Chmielnik w woj. podkarpackim) i 1 w zakresie arsenu (wodociąg Janowice Wielkie w woj. dolnośląskim), w tym 4 podmioty zbiorowego zaopatrzenia wystąpiły z wnioskiem do właściwego państwowego inspektora sanitarnego o udzielenie zgody na odstępstwo od wymagań chemicznych, ustanowionych w przepisach krajowych. Każdorazowo wnioski były weryfikowane w zakresie kompletności i poprawności złożenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzały czy wydanie zgody na odstępstwo nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie może być zrealizowane niezwłocznie za pomocą żadnych innych środków. W wyniku przeprowadzonych weryfikacji, sprawdzeń i ocen, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali dla wszystkich 4 złożonych wniosków decyzje wyrażające zgodę na odstępstwo, określając jednocześnie maksymalną wartość parametru, na jaką pozwala odstępstwo, termin obowiązywania zgody oraz warunki, jakie mają być spełnione w trakcie obowiązywania zgody na odstępstwo z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W wyniku wydania ww. zgód na odstępstwo od wymagań jakości wody do spożycia, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni informowali o udzielonej zgodzie właściwego wójta, burmistrza, przekazywali komunikaty w tej sprawie, ze wskazaniem obowiązku rozpowszechnienia komunikatu w sposób umożliwiający bezzwłoczne zapoznanie się z nim konsumentów. Wnioski o wydanie zgody na odstępstwo w 2019 r. zostały złożone dla następujących wodociągów:

- wodociąg Radziszewo Sieńczuch – zaopatrujący w wodę ok. 692 osoby (produkcja 122,6 m³/dobę) dla którego do 16.07.2022 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie zawartości w niej azotanów;
- wodociąg Czernikowice – zaopatrujący w wodę ok. 178 osób (produkcja 30,2 m³/dobę) dla którego do 31.01.2020 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie zawartości w niej azotanów;
- wodociąg sieciowy Pawonków – zaopatrujący w wodę ok. 3850 osób (produkcja 450 m³/dobę) dla którego do 17.10.2022 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie zawartości w niej fluorków;
- wodociąg lokalny w Szkole Podstawowej w Bruśniku – zaopatrujący w wodę ok. 130 osób (produkcja 1,3-3,3 m³/dobę) dla którego do 30.10.2022 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie zawartości w niej boru.

Wszystkie wydane przez właściwych państwowych inspektorów sanitarnych decyzje na odstępstwo od wymagań jakości wody do spożycia przez ludzi udzieleniu zgody na odstępstwo od wymagań w zakresie azotanów, uwzględniały wpływ najwyższego stężenia azotanów w wodzie na zdrowie grup wrażliwych – niemowląt poniżej 3 miesiąca życia i kobiet w ciąży. Dla grup wrażliwych zapewnione zostały zastępcze źródła wody do spożycia.

3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Krajowe uregulowania w zakresie substancji promieniotwórczych transponują przepisy Dyrektywy 2013/51/Euratom¹² określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych. W Rozporządzeniu¹³ przewidziano wstępny monitoring substancji promieniotwórczych oraz kontrolny monitoring substancji promieniotwórczych. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych uwzględnił przeprowadzenie we wszystkich istniejących oraz nowo tworzonych ujęciach wody pomiaru stężenia substancji promieniotwórczych tj. radonu ²²²Rn, izotopów radu: ²²⁶Ra i ²²⁸Ra oraz trytu. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych był pierwszym badaniem poziomu stężenia substancji promieniotwórczych i ewentualnie ich przekroczeń w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Kontrolny monitoring substancji promieniotwórczych zdefiniowano natomiast, jako kolejny pomiar stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie poddanej uzdatnianiu mającemu na celu obniżenie wartości parametrycznych substancji promieniotwórczych, wykonywany zgodnie z częstotliwością określoną w załączniku nr 6 do ww. Rozporządzenia.

Biorąc pod uwagę pewnie trudności z przeprowadzeniem przez producentów wody wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych w okresie 24 miesięcy od dnia wejścia w życie poprzedniego przepisu, Rozporządzenie¹⁴ (§ 36 ust. 4) wydłużyło czas na przedstawienie wyników badań. Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni zostali zobowiązani do przekazania, w terminie nie dłuższym niż do dnia 30 czerwca 2019 r., Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu raportu ze zrealizowanego, przez producentów wody wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych.

Zgodnie z informacjami przekazanymi Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych z przeprowadzonego wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych wynika, że 9959 producentów wody posiadało 12857 ujęć wody, natomiast wstępny monitoring substancji promieniotwórczych wykonano w 11256 ujęciach wody. Powyższa różnica wynika m.in. z faktu, iż niektóre z ujęć wody czerpały wodę z jednej warstwy wodonośnej¹⁵. Jednocześnie z przekazanych Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu informacji wynika, że:

■ przekroczenie granicy wykrywalności dla radonu (10 Bq/l)¹⁶ wystąpiło w 1675 ujęciach,

■ przekroczenie wartości parametrycznej dla radonu (100 Bq/l)¹⁷ wystąpiło w 16 ujęciach (w województwie opolskim – 3, województwie łódzkim – 1, województwie dolnośląskim – 12).

Wyniki pomiarów stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi otrzymane w ramach wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych wykazały, iż w Polsce występuje znikome ryzyko dla zdrowia ludzkiego w związku z narażeniem na substancje promieniotwórcze pochodzące z wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

3.5. Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju *Legionella* sp.

Jednym z elementów mogących wpłynąć na jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na końcowym etapie jej dostarczenia jest instalacja wewnętrzna budynków. Niewłaściwe projektowanie, montaż i eksploatacja wewnętrznych instalacji wodociągowych oraz niedostosowanie starych instalacji do aktualnych potrzeb i wymagań, niewłaściwy lub niewystarczający nadzór sanitarno-higieniczny nad urządzeniami i wewnętrznymi instalacjami wodociągowymi może być przyczyną powstawania sprzyjających warunków do namnażania się niepożądanych w środowisku mikroorganizmów. Niewłaściwie zaprojektowana instalacja ciepłej wody użytkowej może sprzyjać występowaniu i namnażaniu się bakterii z rodzaju *Legionella*.

W związku z zagrożeniami, jakie niesie za sobą występowanie bakterii z rodzaju *Legionella* w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi, krajowe przepisy prawne już od 2007 r. regulują kwestię zagrożeń związanych z występowaniem bakterii *Legionella* w wewnętrznych instalacjach wodociągowych i badań parametru *Legionella* sp. w ciepłej wodzie użytkowej. Początkowo obowiązek badań bakterii *Legionella* sp. w ciepłej wodzie wprowadzony był dla budynków zamieszkania zbiorowego i zakładów opieki zdrowotnej zamkniętej. Rozporządzenie z 2017 r.¹⁸ rozszerzyło grupę podmiotów, które powinny odpowiadać przepisom w tej kwestii. Badania ciepłej wody w kierunku występowania bakterii z rodzaju *Legionella* sp. powinny być wykonywane w przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne i w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz w budynkach użyteczności publicznej, w których w trakcie ich użytkowania wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny. Wnika to z faktu, iż najpowszechniejszą drogą zakażenia

¹² Dyrektywa Rady 2013/51/Euratom z dnia 22 października 2013 r. określająca wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

¹⁵ W przypadku gdy ujęcie wody składało się z kilku studni głębinowych i posiadało dokumentację potwierdzającą pobór wody z jednej warstwy wodonośnej, jako ujęcie można było uznać – zespół urządzeń służących do poboru wód podziemnych z jednego punktu, wielu punktów lub z pewnego obszaru, zaopatrujących określonego użytkownika lub w określonym celu - Definicja ujęcia wód podziemnych zawarta w „Słowniku hydrogeologicznym” (Państwowy Instytut Geologiczny, Warszawa 2002).

¹⁶ Załącznik nr 6 Część C do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

¹⁷ Załącznik nr 4 Część A do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

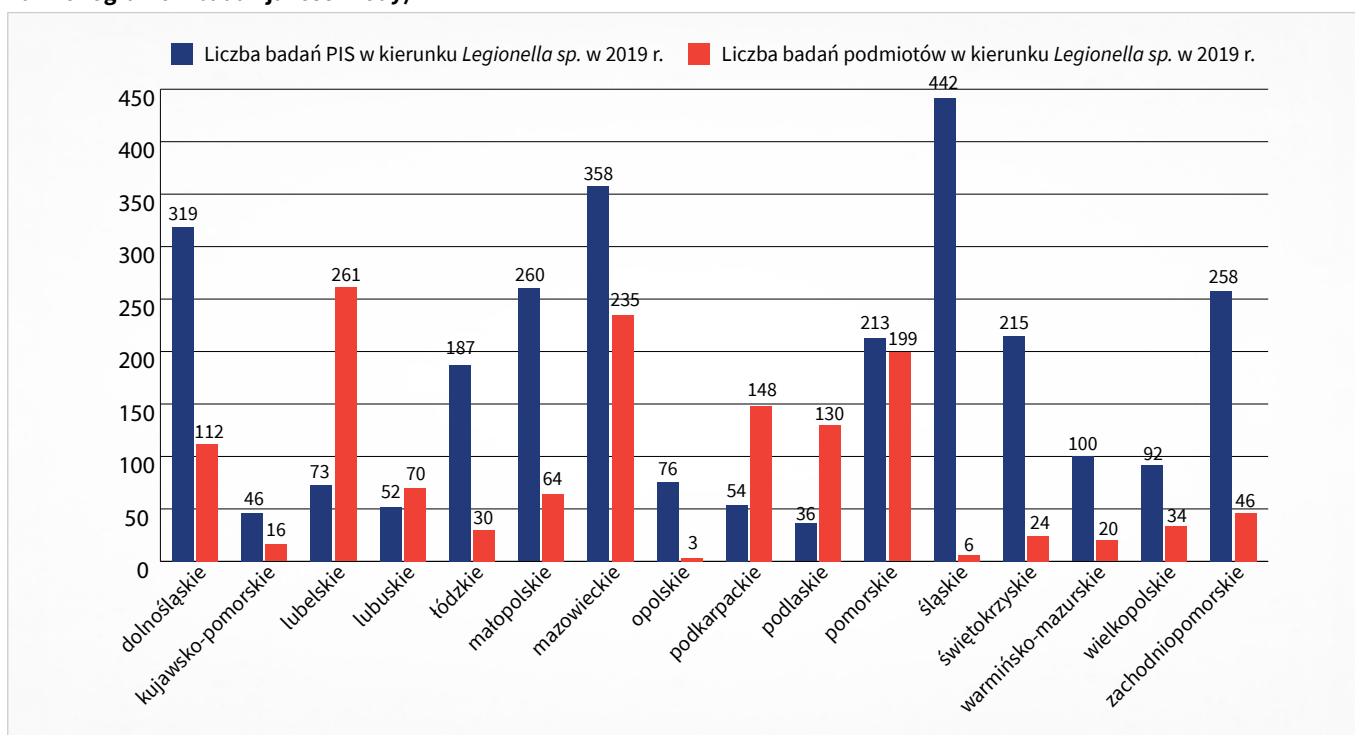
¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)



jest droga inhalacyjna, czyli wdychanie aerozolu wodnego zawierającego omawiane bakterie. Szczególne zagrożenie szczepami *Legionella* dotyczy m.in. instalacji ciepłej wody w budynkach, natomiast jej namnażaniu sprzyjają: gromadzenie się osadów, kamienia, rdzy, glonów i mułu w instalacjach wodociągowych.

W 2019 r. wykonano na podstawie zaplanowanych harmonogramów badań ciepłej wody w kierunku oznaczenia bakterii z rodzaju *Legionella* sp. około 4179 badań, w tym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 2781 badań, natomiast podmioty zarządzające wykonały 1398 badań.

Wyk. 17. Liczba badań wykonanych w kierunku *Legionella* sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)

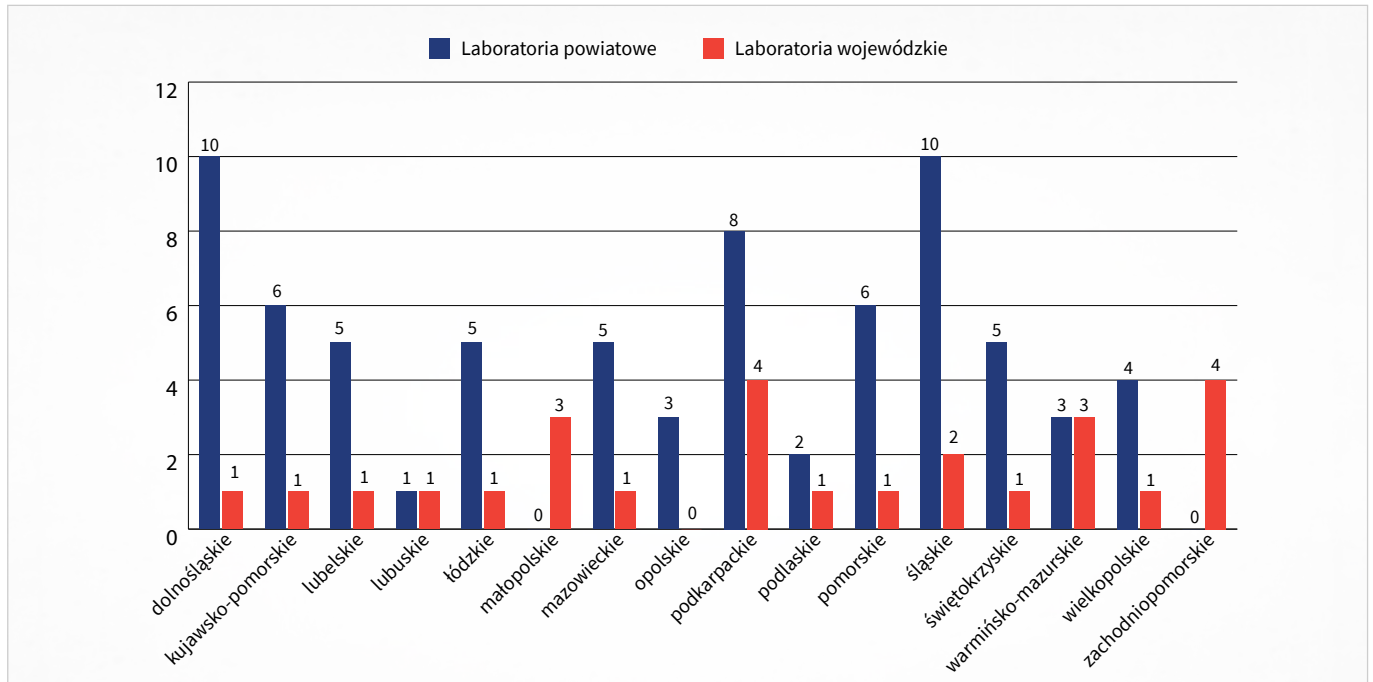


4. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody w 2019 r. musiały posiadać aktualne zatwierdzenie do badania jakości wody dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zatwierdzenie systemu jakości prowa-

dzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego w ramach prowadzenia nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody.

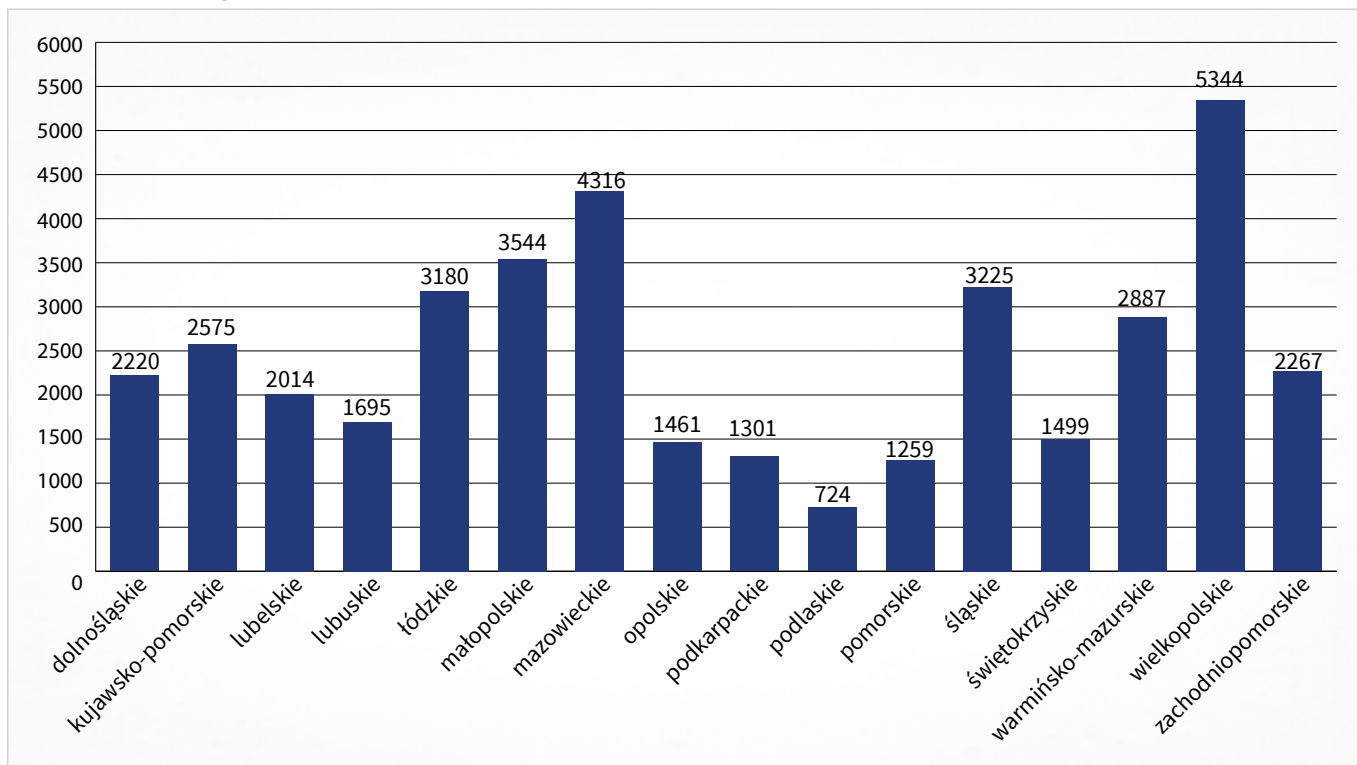
Wyk. 18. Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej badania wody do spożycia (opracowanie własne na podstawie danych z Systemu Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi)



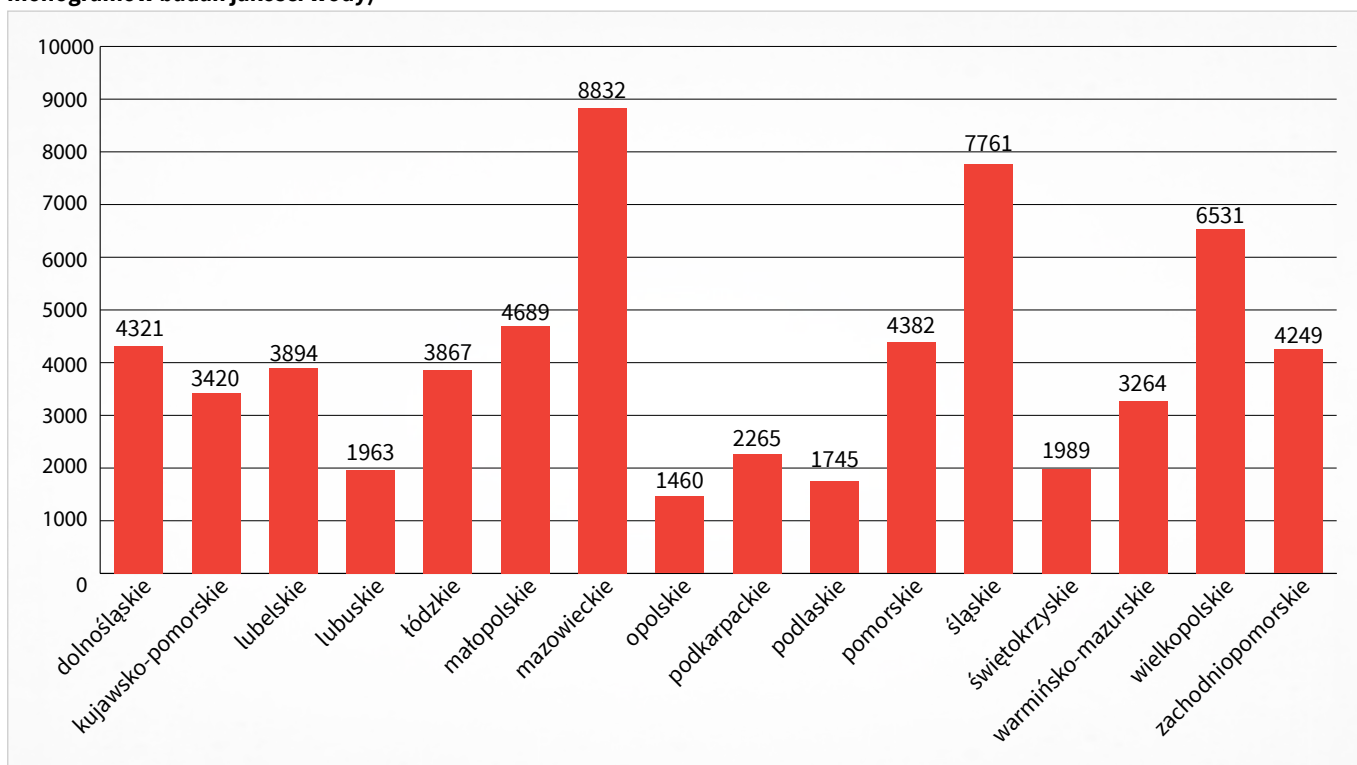
W ramach kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2019 wykonano około 40 tys. badań wody, podobnie jak w roku ubiegłym.

Wodociągi w ramach kontroli wewnętrznej w 2019 r. wykonały 64632 badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Dane o wynikach badań były przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Wyk. 19. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2019 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)



Wyk. 20. Liczba badań wykonanych w ramach kontroli wewnętrznej wodociągów 2019 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)







Pływalnie I

1. Wstęp

Pływalnia, zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. *o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych*¹, to obiekt kryty lub odkryty, z wodą przepływową, przeznaczony do pływania lub kąpieli, posiadający co najmniej jedną nieckę basenową, z trwałym brzegiem i dnem, wyposażony w urządzenia sanitarne, szatnie i natryski. Zagadnienia związane z funkcjonowaniem i nadzorem nad pływalniami w zakresie ich bezpieczeństwa zdrowotnego wody regulują krajowe akty prawne².

Za zapewnienie bezpieczeństwa kąpiących się osób odpowiedzialny jest podmiot prowadzący działalność w zakresie sportu lub rekreacji. W przypadku pływalni jest to osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która prowadzi działalność w tym zakresie oraz właściwy miejscowo wójt (burmistrz, prezydent miasta). Zarządzający pływalnią umieszcza, w ogólnie dostępnym miejscu, informacje dotyczące zasad korzystania, o ograniczeniach w korzystaniu z wyznaczone-

go obszaru wodnego oraz sposobie powiadamiania o wypadkach wraz z numerami alarmowymi.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim użytkownikom pływalni właściciel obiektu zobowiązany jest do prowadzenia kontroli wewnętrznej na podstawie wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach*. Badania jakości wody w ramach kontroli wewnętrznej prowadzone są zgodnie z harmonogramami ustalonymi we współpracy z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Kontrole przeprowadzane są również przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach prowadzanego nadzoru nad jakością wody. Dzięki takiej współpracy podmiotów, pozwalającej na szybkie eliminowanie zagrożeń zdrowotnych, wzrasta zaufanie kąpiących do podmiotów zarządzających pływalniami oraz niezależnych organów nadzorczych, czuwających nad ich bezpieczeństwem.

2. Wymagania jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach

Rozporządzenie Ministra Zdrowia³ reguluje najważniejsze kwestie w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody dotyczące:

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

Określone w rozporządzeniu zakres badania i częstotliwość, stanowią minimum badań koniecznych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się oraz kontroli prawidłowości prowadzenia procesów uzdatniania i dezynfekcji wody. Należy podkreślić, iż zakres tych badań pozwala w bezpiecznym stopniu zapewnić dobrą jakość wody na pływalni. Stanowi również podstawę do dokonania przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni.

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza sprawo-

waniem nadzoru nad jakością wody, nadzorowały także warunki higieniczno-sanitarne i stan techniczny hali basenowej, zaplecza technicznego oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych.

2.1 Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne

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

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 350

² Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59); Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. poz. 2016)

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach

Zakres badań wody basenowej najczęściej obejmuje następujące parametry: *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, gronkowce koagulazododatnie, ogólna liczba mikroorganizmów w $36\pm 2^\circ\text{C}$ po 48 h, chlor wolny, pH, potencjał redox.

Podstawowym wyzwaniem technologicznym w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody na pływalniach jest uzyskanie stanu, w którym woda na pływalniach spełnia wymagania mikrobiologiczne, a jednocześnie zawartość środka dezynfekcyjnego i produktów jego działania są na odpowiednio niskim poziomie. Codziennym wyzwaniem dla zarządzających pływalniami jest właśnie zapewnienie równowagi między ilością środka dezynfekcyjnego, a potencjalną liczbą mikroorganizmów chorobotwórczych występujących w wodzie. Bardzo ważne, zatem jest przestrzeganie podstawowych zasad higieny osobistej osób kąpiących się (dokładne umycie się mydłem i splukanie pod prysznicem przed wejściem do basenu i po każdym skorzystaniu z toalety). Dokładne umycie ciała pod prysznicem, przy użyciu mydła redukuje liczbę wnoszonych mikroorganizmów o 2-3 rzędy wielkości.

Ze względu na fakt, że najmłodszy użytkownicy pływalni stanowią grupę bardziej podatną na wszelkiego rodzaju infekcje, z uwagi na niedojrzały jeszcze układ odpornościowy organizmu, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach, w odniesieniu do nieck basenowych udostępnianych do nauki pływania dla niemowląt i małych dzieci do lat 3, w porównaniu z pozostałymi niecka-

*mi, dopuszcza niższą wartość stężenia wolnego chloru (aby nie powodować negatywnych reakcji zdrowotnych), na rzecz zwiększenia częstotliwości wykonywanych badań *Escherichia coli* oraz dodatkowej konieczności wykonywania badań w kierunku gronkowców koagulazododatnich.*

Badania wykonywane na pływalniach realizowane były również w zakresie parametrów fizykochemicznych. Badania te są ważne z uwagi na to, iż negatywne skutki wynikające z przekroczenia któregoś z parametrów fizykochemicznych, można zaobserwować dopiero po dłuższym czasie ekspozycji kąpiącego się na dany czynnik.

2.2 Legionella

Nowoczesne obiekty basenowe są często wyposażone w gorące wiry wodne, fale, fontanny, wulkany, dysze masujące, duże zjeżdżalnie ślizgowe, mgły wodne, jacuzzi czy kaskady. Miejsca te, z punktu widzenia specyfiki warunków sprzyjających tworzeniu się aerozoli wodno-powietrznych, mogą być miejscem narażenia na kontakt z bakteriami z rodzaju *Legionella*. Organizmy te, wywołując zakażenia drogą wziewną, mogą prowadzić do ciężkiego zapalenia płuc (choroba legionistów) lub do zachorowań o łagodniejszym przebiegu (objawy grypopochodne). Badania w kierunku *Legionella* wykonywane były zarówno przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak również przez zarządców pływalni. W przypadku ich przekroczeń zarówno organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i zarządcy pływalni podejmowali natychmiastowe działania mające na celu usunięcie zanieczyszczenia.



3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru:

- uzgadniają, przedkładane przez zarządzających pływalniami, harmonogramy badań jakości wody;
- gromadzą i analizują dane jakości wody na pływalniach;
- wykonują badania jakości wody;
- wydają zbiorcze roczne oceny jakości wody na pływalniach na podstawie wyników badań i pomiarów realizowanych przez zarządzającego pływalnią oraz wyników badań wykonanych w ramach realizacji kontroli urzędowej.

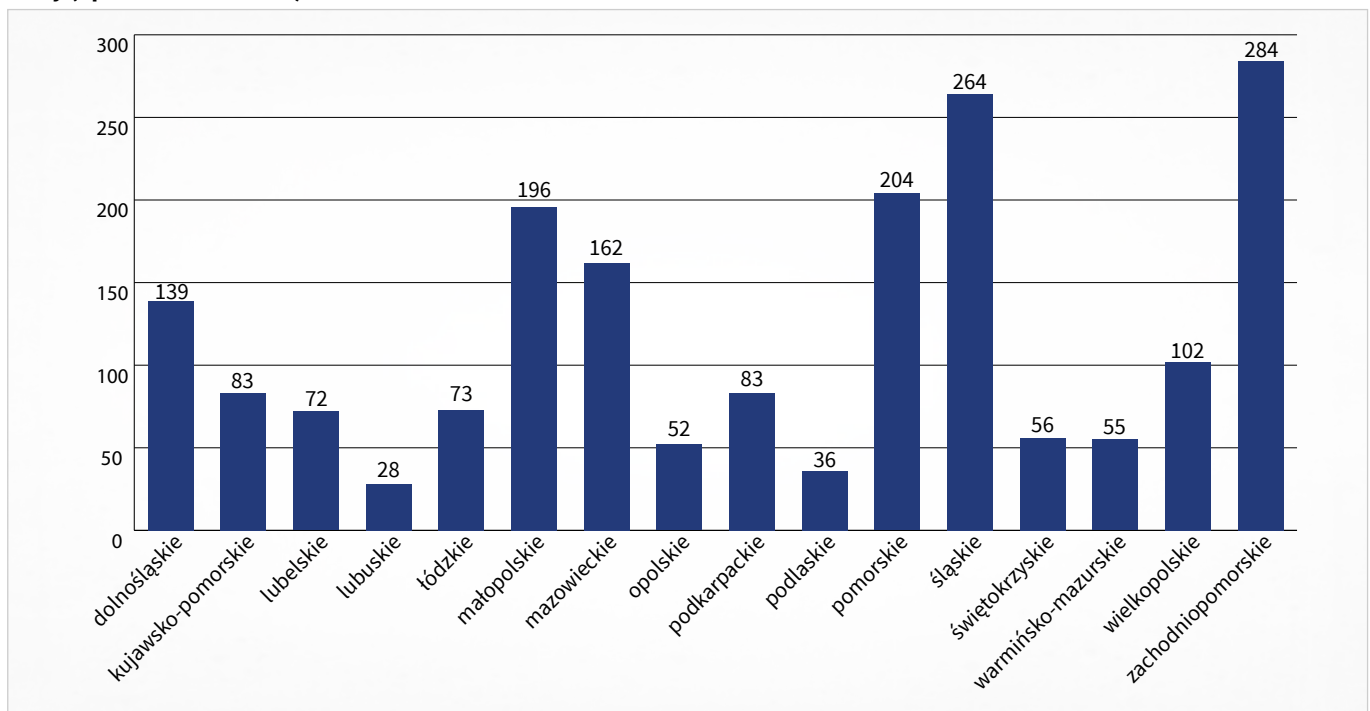
Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadania ustawowe, w tym m.in. zapobieganie występowaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni, przed wydaniem zbiorczej oceny rocznej wody

na pływalni, również wykonywały badania wody z częstotliwością i zakresem ustalonym w harmonogramach pobierania próbek wody. Liczba badań dla każdego obiektu była ustalana indywidualnie przez terenowo właściwego inspektora sanitarnego, w zależności od stanu obiektu i wyników badań kontrolnych.

3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody

Na podstawie informacji raportowanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, w 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody dla 1889 pływalni.

Wyk. 21. Liczba pływalni dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne)



Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 118105 ocen badań jakości wody na pływalniach. Wydano 110020 ocen o przydatności wody do kąpieli oraz 8085 o jej nieprzydatności.

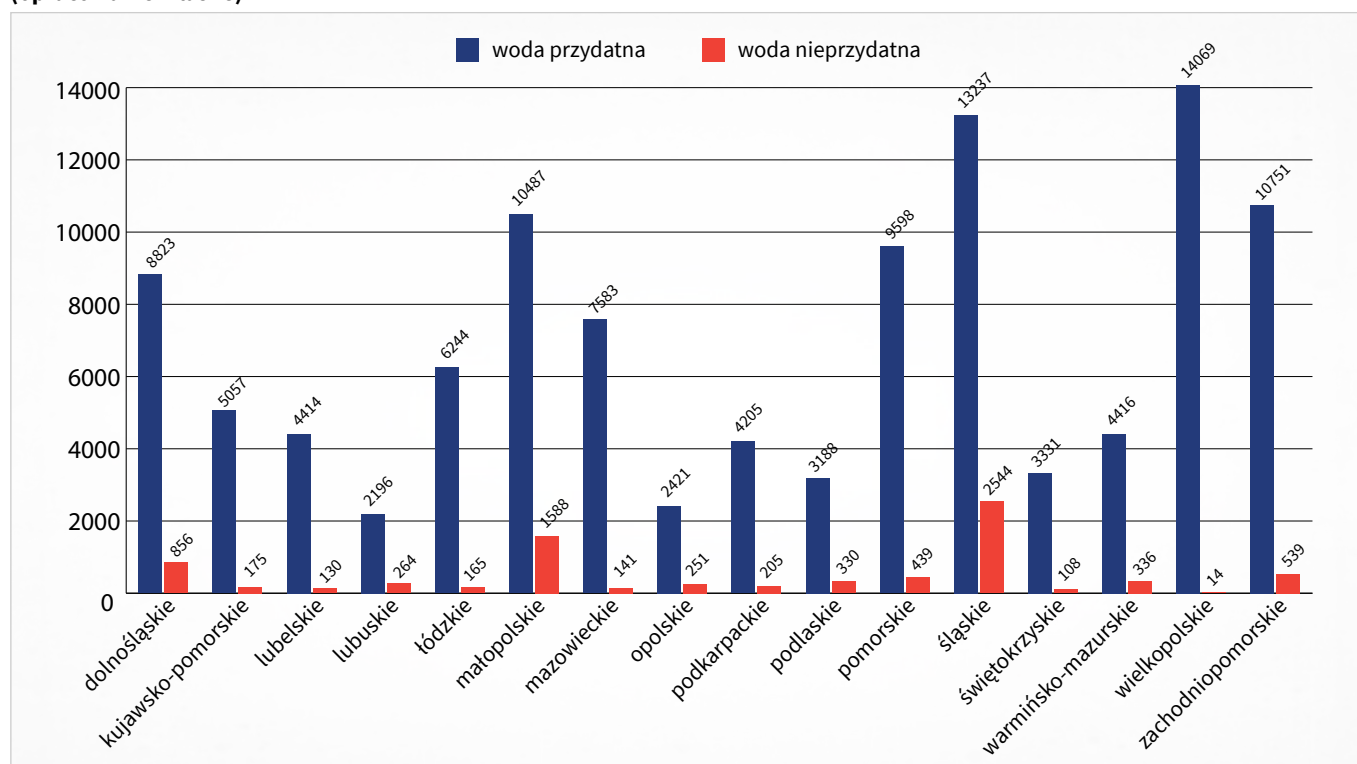
Każdorazowo w sytuacji stwierdzenia zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody, właściwi terenowo inspektorzy sanitarni nakazywali unieruchomienie obiektu i podjęcie skutecznych działań naprawczych w celu wyeliminowania z wody niebezpiecznych dla zdrowia mikroorganizmów i zabezpieczenie użytkowników pływalni przed narażeniem na zanieczyszczenie. Przyczyn tego rodzaju przekroczeń parametrów należy upatrywać w niespełnieniu wymagań

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

Tab. 13. Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2019 r. (opracowanie własne)

Województwo	Liczba badań	Ocena wody	
		przydatna	nieprzydatna
dolnośląskie	9679	8823	856
kujawsko-pomorskie	5232	5057	175
lubelskie	4544	4414	130
lubuskie	2460	2196	264
łódzkie	6409	6244	165
małopolskie	12075	10487	1588
mazowieckie	7724	7583	141
opolskie	2672	2421	251
podkarpackie	4410	4205	205
podlaskie	3518	3188	330
pomorskie	10037	9598	439
śląskie	15781	13237	2544
świętokrzyskie	3439	3331	108
warmińsko-mazurskie	4752	4416	336
wielkopolskie	14083	14069	14
zachodniopomorskie	11290	10751	539
POLSKA	118105	110020	8085

Wyk. 22. Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2019 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)



3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach

Zgodnie z przepisami krajowymi właściwy państwowy inspektor sanitarny dokonuje zbiorczej oceny rocznej, czy woda na pływalni odpowiada wymaganiom, poprzez analizę:

- parametrów jakości wody na pływalni ocenionych na podstawie wymagań określonych w przepisach krajowych;
- wyników badań wody na pływalni wykonanych przez zarządzającego pływalnią;

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

W 2019 r. właściwi państwowi inspektorzy sanitarni dokonali zbiorczych ocen rocznych jakości wody na pływalni za kolejny okres ich funkcjonowania obejmujący: 2 czerwca 2018 r. – 1 czerwca 2019 r.

Tab. 14. Liczba wydanych w 2019 r. rocznych ocen zbiorczych pływalni (opracowanie własne)

Wyszczególnienie		Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen	
		odpowiadających wymaganiom	nieodpowiadających wymaganiom
Pływanie – ogółem:		1619	79
pływanie	kryte	1312	47
	odkryte	233	30
	mieszane (kryte-odkryte)	74	2
w tym parki wodne		81	0

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały **1698 ocen rocznych**, w tym **1619** ocen pozytywnych (tj. woda odpowiadała wymaganiom), **79** ocen negatywnych (tj. woda nie odpowiadała wymaganiom).

W 2019 r. dla zdecydowanej większości obiektów wydano ocenę pozytywną tj. dla 86% obiektów. Natomiast dla 4% obiektów wydano ocenę negatywną.

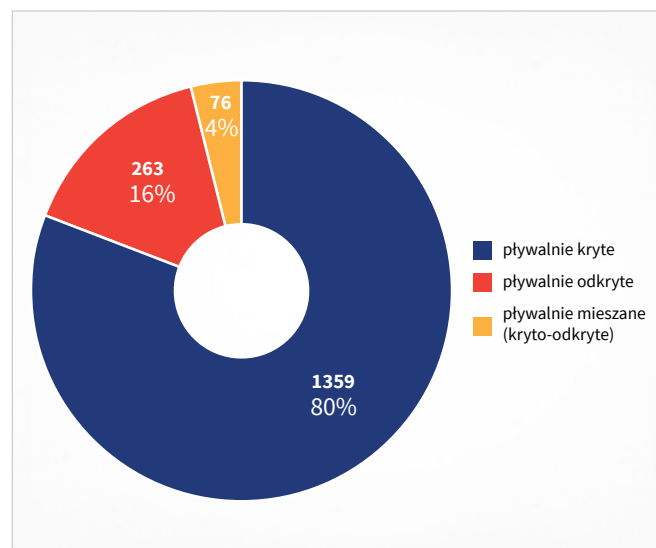
Przyczyny ocen negatywnych:

- przekroczenie wymagań mikrobiologicznych lub fizykochemicznych;
- brak spełnienia kryterium częstotliwości badań;
- brak realizacji badań zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Nie wszystkie pływalnie, będące pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podlegały procedurze wydania zbiorczej oceny rocznej jakości wody. Dla 10% obiektów nie wydano zbiorczej oceny rocznej. Przyczyny braku wydania zbiorczych ocen jakości wody na pływalni:

- pływalnia nieczynna - remont obiektu lub wyłączona z użytkowania;
- zbiorcza roczna ocena jakości wody na pływalni w trakcie realizacji;
- brak pełnego okresu działania obiektu wymaganego do wydania zbiorczej rocznej oceny jakości wody.

Wyk. 23 Liczba rocznych ocen zbiorczych pływalni z podziałem na rodzaj pływalni (opracowanie własne)



Dla porównania w 2018 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 1628 ocen rocznych, w tym 1552 oceny pozytywne (tj. woda odpowiadała wymaganiom), 76 ocen negatywnych (tj. woda nie odpowiadała wymaganiom). W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. o 4 punkty procentowe wzrosła liczba wydanych ocen pozytywnych. Natomiast udział procentowy ocen negatywnych w 2018 r. i w 2019 r. wynosił 4%. W 2019 r. w porównaniu do 2018 r. o 4 punkty procentowe zmniejszyła się liczba obiektów dla których nie wydano oceny rocznej.

4. Obowiązki zarządzającego pływalnią w zakresie zamieszczania komunikatów

Istotnym obowiązkiem zarządzającego pływalnią w zakresie zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego osób z niej korzystających jest obowiązek prezentowania informacji o jakości wody basenowej. Komunikat o jakości wody na pływalni powinien być zamieszczony na tablicy informacyjnej w obiekcie oraz na stronie internetowej, jeśli zarządzający taką prowadzi. W wyniku przeprowadzonej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontroli wypełnienia obowiązku informowania o jakości wody na pływalniach

stwierdzono, iż w 88% obiektów komunikaty zamieszczono na tablicy informacyjnej. Komunikaty umieszczone były najczęściej na tablicach informacyjnych lokalizowanych w miejscu widocznym dla osób pływających. Odnotowano niewielki wzrost liczby obiektów, które prezentują komunikaty o jakości wody na pływalni na stronie internetowej. W 2019 r. komunikaty były zamieszczone na stronach internetowych w przypadku 49% pływalni, co stanowi o 4 punkty procentowe więcej niż w odniesieniu do roku 2018.







**Kąpieliska i miejsca okazjonalnie
wykorzystywane do kąpieli**

1. Wstęp

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem oraz nadzorem nad jakością wody w kąpieliskach i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli regulują krajowe akty prawne¹ – implementujące Dyrektywę 2006/7/WE dotyczącą zarządzania jakością wody w kąpieliskach².

Woda w kąpieliskach i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli jest elementem środowiska i jej jakość jest bezpośrednio uzależniona od stanu tego środowiska. Działania Unii Europejskiej na rzecz zapewnienia czystej wody w kąpieliskach rozpoczęły się czterdzieści lat temu w ramach pierwszej dyrektywy dotyczącej wody w kąpieliskach. Polska wraz z przystąpieniem do Unii implementowała normatywy europejskie, jednak już w 1919 r. kwestie czystej wody, w tym do „kąpeli ludowych” znalazły się w Zasadniczej Ustawie Sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r. Dzisiaj wody w kąpieliskach są znacznie czystsze gdyż ograniczone zostało odprowadzanie do wody nieoczyszczonych ścieków komunalnych i przemysłowych. Działania wielu resortów, podmiotów i organizacji w obszarze polityki ochrony środowiska skutkują stałą poprawą jakości wody w Polsce.

Zapewnienie wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach jest możliwe poprzez ocenę realnych zagrożeń, analizę wskaźników mikrobiologicznych i przede wszystkim poprzez zarządzanie jakością wody w kąpieliskach przez: organizatora, wójta, burmistrza lub prezydenta miasta oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które pozwala na wykrycie zanieczyszczeń stanowiących niebezpieczeństwo dla osób kąpiących się.

W trakcie trwania sezonu kąpielowego najważniejszym działaniem jest utrzymanie odpowiedniej jakości wody w kąpieliskach oraz prowadzone przez podmioty zaangażowane w nadzór i organizację kąpielisk, zarządzanie jakością wody w kąpieliskach, polegające na podejmowaniu wszelkich działań mających na celu rozpoznawanie ryzyka zanieczyszczenia, co w szczególności wpływa na poprawę jakości wody. Zgodnie z przepisami prawa krajowego, środkami zarządzania polegają na:

- określeniu i regularnej aktualizacji profilu wody w kąpielisku,
- określeniu harmonogramu kontroli wody, kontroli i ocenie jakości wody w kąpielisku, klasyfikowaniu jakości wody,
- określeniu oraz ocenie przyczyn zanieczyszczenia, które mogłyby mieć wpływ na wodę w kąpielisku oraz niekorzystnie wpływać na zdrowie kąpiących się,
- informowaniu społeczeństwa, w tym aktywne rozpowszechnianie i niezwłoczne udostępnianie informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku oraz zakazie kąpeli przez oznakowanie kąpieliska,
- podejmowaniu działań mających na celu zapobieganie narażeniu kąpiących się na kontakt z zanieczyszczeniami, podejmowaniu działań w celu obniżenia ryzyka zanieczyszczenia.

Jak co roku i w 2019 r. wiele osób wybrało odpoczynek nad wodą. Stąd też organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odnotowały zwiększone zainteresowanie odpoczywających jakością wody w kąpieliskach. Prowadzony przez Inspekcję internetowy serwis kąpieliskowy odwiedziło w 2019 r. ponad milion osób.

2. Stan sanitarny kąpielisk

Ocena jakości wody w kąpielisku odbywa się poprzez analizę parametrów świadczących o zanieczyszczeniu mikrobiologicznym – *Escherichia coli* i *enterokoki*, które zostały zakwalifikowane jako 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. Środkami prewencyjnymi są badania mikrobiologiczne wody oraz wizualne nadzorowanie wody w zakresie występowania zakwitów sinic, makroalg, fitoplanktonu morskiego oraz stałych zanieczyszczeń mogących wpływać na bezpieczeństwo osób kąpiących się.

Bieżącym nadzorem sanitarnym w 2019 r. objęto 607 kąpielisk, przy czym ostatecznie w sezonie kąpielowym funkcjonowało 606 kąpielisk – dla jednego obiektu organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały badanie przed sezonem kąpielowym jednak organizator zrezygnował z jego otwarcia.

W 2019 r. najwięcej kąpielisk znajdowało się na obszarze województwa pomorskiego (129) i zachodniopomorskiego (120). Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: małopolskim (10) i podkarpackim (9).

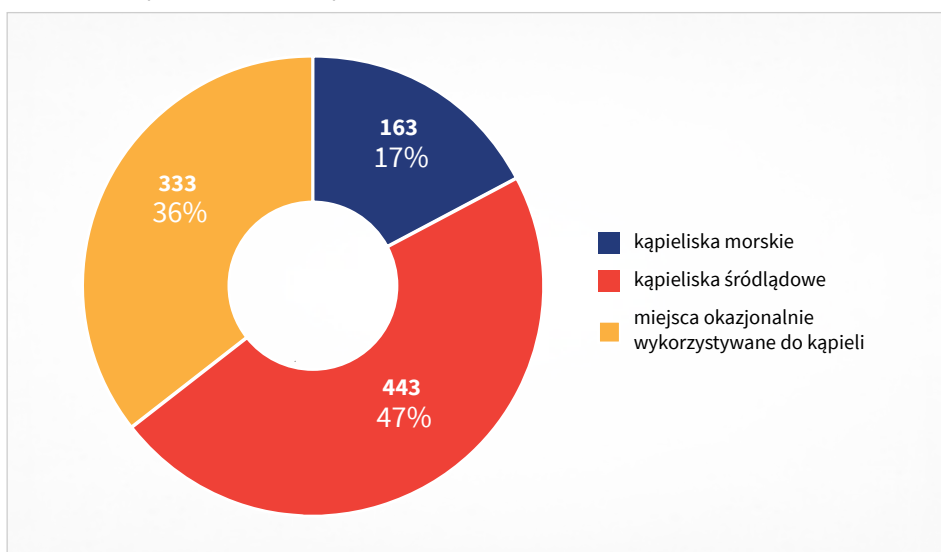
¹ Przepisy obowiązujące w 2019 r.: Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne (Dz. U. z 2018 r. poz. 2268 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpeli (Dz. U. poz. 255); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie ewidencji oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli (Dz. U. poz. 2476); Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku (Dz. U. Nr 36, poz. 191).

² Dyrektywa 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. dotycząca zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylająca dyrektywę 76/160/EWG (Dz. Urz. UE L 64 z 04.03.2006, str. 37).

Tab. 15. Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2019 (opracowanie własne)

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Wody przybrzeżne i przejściowe	84	82	88	97	146	163
Wody śródlądowe	117	115	113	108	337	443
Razem	201	197	201	205	483	606

Wyk. 24. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w sezonie kąpielowym 2019 r. (opracowanie własne)



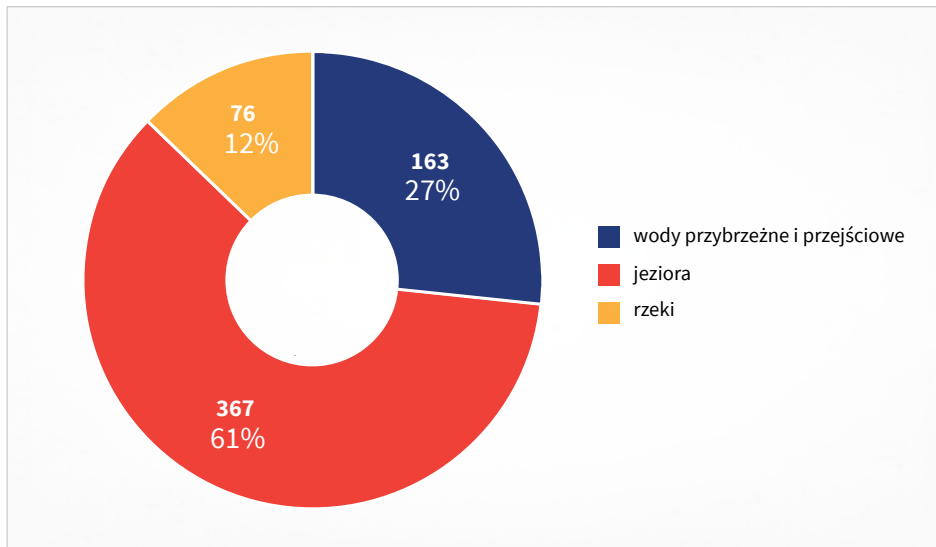
Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2019 r. liczyła 163 obiekty (stanowi to odpowiednio około 27% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim.

Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2019 r. w województwach wielkopolskim (91) i pomorskim (49).

Tab. 16. Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj (opracowanie własne)

Województwo	Kąpieliska		
	ogółem	śródlądowe	morskie
dolnośląskie	16	16	
kujawsko-pomorskie	36	36	
lubelskie	33	33	
lubuskie	31	31	
łódzkie	17	17	
małopolskie	10	10	
mazowieckie	24	24	
opolskie	12	12	
podkarpackie	9	9	
podlaskie	12	12	
pomorskie	129	49	80
śląskie	16	16	
świętokrzyskie	12	12	
warmińsko-mazurskie	38	38	
wielkopolskie	91	91	
zachodniopomorskie	120	37	83
POLSKA	606	443	163

Wyk. 25. Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2019 r. (opracowanie własne)



W 2019 r. spośród 606 czynnych kąpielisk, większość była zorganizowana na jeziorach.

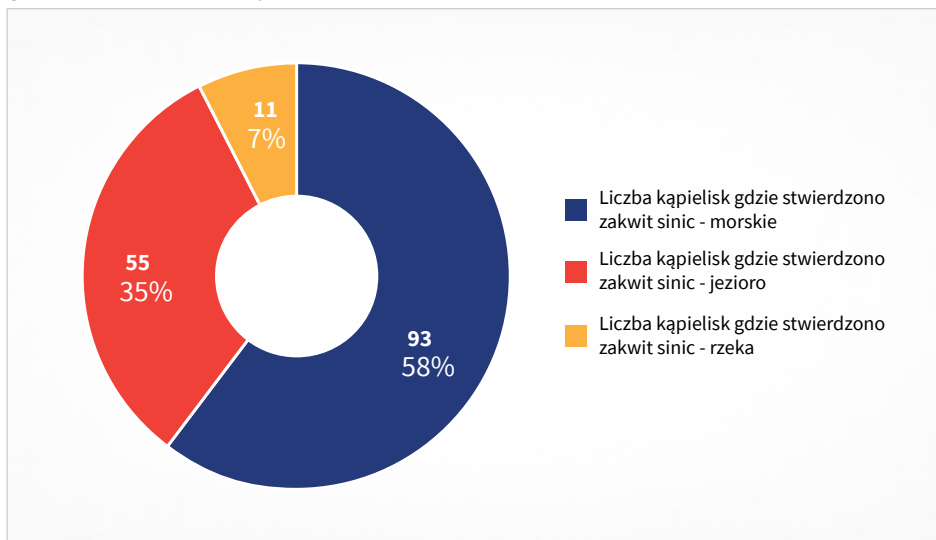
W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały w sumie 3061 ocen, w tym:

- 2864 oceny o przydatności wody do kąpeli dla 606 kąpielisk;
- 197 ocen o tymczasowym zakazie kąpeli dla 105 kąpielisk – głównie ze względu na wystąpienie nadmiernego zakwitów sinic lub przekroczenia parametrów mikrobiologicznych.

Tab. 17. Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2019 r. (opracowanie własne)

	Liczba ocen bieżących	Liczba kąpielisk dla których była wydana ocena bieżąca
Wszystkich	3061	606
Woda przydatna do kąpeli	2864	606
Tymczasowy zakaz kąpeli - wszystkie	197	105
Tymczasowy zakaz kąpeli – inne:	161	83
w tym zakwit sinic	159	82
Tymczasowy zakaz kąpeli parametry mikrobiologiczne	35	25
Tymczasowy zakaz kąpeli mikrobiologia i inne wymagania	1	1

Wyk. 26. Liczba kąpielisk gdzie stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2019 r. (opracowanie własne)



Sezon kąpielowy w 2019 r. był również charakterystyczny pod względem ilości wydanych ocen bieżących o tymczasowym zakazie kąpeli ze względu na nadmierny zakwit sinic, co było szczególnie odczuwalne dla turystów wypoczywających nad Morzem Bałtyckim. Do tej sytuacji przyczyniło się wyjątkowo ciepłe lato - wysoka temperatura sprzyja nadmiernemu namnażaniu się sinic, podobnie jak bezwietrzna aura i brak intensywnego mieszania się wody. Czynnikiem sprzyjającym zakwitowi sinic w Morzu Bałtyckim jest obecność znacznych ilości azotu i fosforu.



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

incydentalnych zanieczyszczeń mikrobiologicznych lub zakwitnięcia sinic.

Główny Inspektor Sanitarny, zgodnie z ustawą *Prawo wodne*³, sporządził w terminie do dnia 31 grudnia, sprawozdanie o jakości wody w kąpieliskach w Polsce wraz z informacją o podjętych środkach zarządzenia oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej, które przekazał Komisji Europejskiej. Na podstawie danych krajowych Europejska Agencja Środowiska publikuje coroczny raport o jakości wody w kąpieliskach w Unii Europejskiej⁴.

³ Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2268, z późn. zm.)

⁴ https://www.eea.europa.eu/publications#?c7=en&c11=5&c14=&c12=&b_start=0

3. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne* poza kąpieliskami, mogą być również tworzone miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii, które mogą funkcjonować przez okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym. Utworzenie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii odbywa się za zgodą rady gminy w drodze uchwały (po złożeniu odpowiedniego wniosku przez organizatora ww. miejsca). Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii mają zabezpieczyć wyjątkowe sytuacje, w których występuje konieczność zorganizowania formy rekreacji związanej z kąpielą. Sytuacje te to przypadki, w których nie dało się wcześniej przewidzieć konieczności utworzenia miejsca do kąpielii zgodnie z wymaganiami i procedurą przewidzianą dla kąpielisk. Mogą one być związane z koniecznością np. zorganizowania zawodów, obozu czy też wydarzeń kulturalnych połączonych z wypoczynkiem (kąpielą). Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą również nadzór nad miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpielii. Ich liczba w 2019 r. wyniosła 333, jest to o 43 mniej niż w 2018 r. W sezonie letnim 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 655 bieżących ocen jakości wody, w tym 28 ocen o okresowej nieprzydatności wody do kąpielii. 322 miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii spełniały wymagania jakości wody, zaś w przypadku 11 miejsc wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań – w większości przypadków z powodu nadmiernego zakwitów sinic.

W sezonie kąpielowym w 2019 r. na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony był wykaz wszystkich miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Tab. 18 Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii wg ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne)

Województwo	Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii
dolnośląskie	9
kujawsko-pomorskie	18
lubelskie	11
lubuskie	33
łódzkie	8
małopolskie	6
mazowieckie	24
opolskie	4
podkarpackie	10
podlaskie	5
pomorskie	43
śląskie	23
świętokrzyskie	23
warmińsko-mazurskie	62
wielkopolskie	38
zachodniopomorskie	16
POLSKA	333

4. Terminy otwarcia kąpielisk

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne* sezon kąpielowy obejmuje okres między 1 czerwca a 30 września. W sezonie kąpielowym w 2019 r. średni czas otwarcia kąpieliska wyniósł 69 dni, najdłuższy 121 dni, a najkrótszy 34 dni.

Indywidualnie dla każdego kąpieliska decyzję o jego otwarciu i zamknięciu w ramach czasowych określonych pra-

wem praktycznie podejmuje organizator kąpieliska. Sezon kąpielowy jest określany i zatwierdzany przez radę gminy w uchwale, dodatkowo informacje te można znaleźć w serwisie kąpieliskowym prowadzonym przez Główny Inspektorat Sanitarny (<https://sk.gis.gov.pl/>).

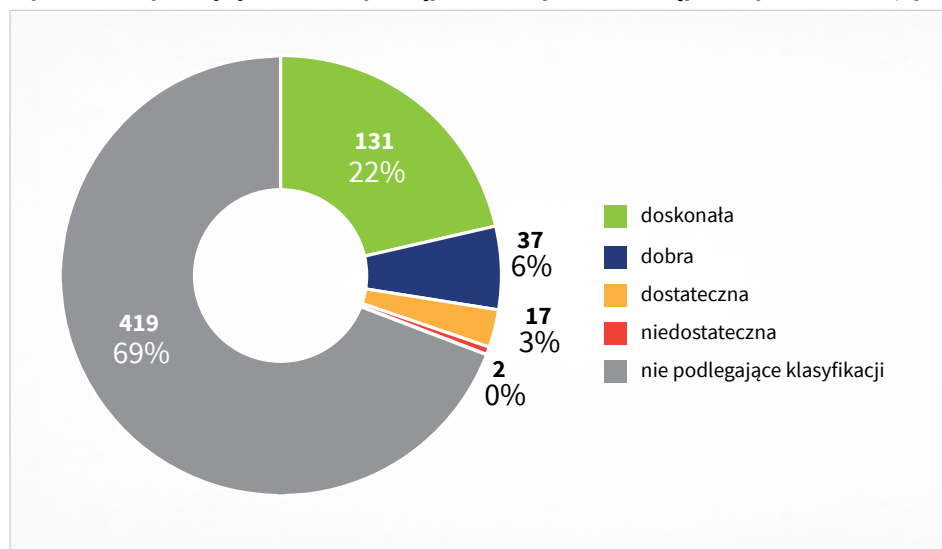


5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

W 2019 roku po zakończeniu sezonu kąpielowego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły klasyfikację jakości wody dla kąpielisk, które posiadały pełen zestaw danych. Oznacza to, iż kąpieliska, które funkcjonowały rokrocznie przez kolejne cztery sezony kąpielowe, były klasyfikowane i otrzymały status: doskonałe, dobre, dostateczne, niedostateczne. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach przeprowadzana jest na podstawie wyników badań parametrów mikrobiologicznych tj. enterokoki i *Escherichia coli*.

Klasyfikacja kąpieliska jest dokonywana zgodnie z przepisami rozporządzenia⁵ i mogła zostać wykonana dla 187 kąpielisk z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody niezbędnych do przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. 419 kąpielisk nie zostało sklasyfikowanych przede wszystkim z uwagi na to, iż są to obiekty nowo zidentyfikowane jako kąpieliska i nie posiadają jeszcze pełnego zestawu danych.

Wyk. 27. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2019 r. (opracowanie własne)



6. Serwis kąpieliskowy

Serwis kąpieliskowy zgodnie ustawą *Prawo wodne* zawiera informację dotyczącą kąpielisk, czyli obiektów spełniających najwyższe standardy bezpieczeństwa.

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 w trakcie trwania sezonu kąpielowego. Ogólnie dostępne komunikaty przyczyniają się nie tylko do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa korzystającego z kąpielisk, podnoszenia jakości usług, ale także do wzrostu świadomości zdrowotnej osób kąpiących się.

Serwis kąpieliskowy w sezonie kąpielowym 2019 był na bieżąco aktualizowany w terminie 1 czerwca - 30 września, zgodnie z okresem trwania sezonu kąpielowego i był prowa-

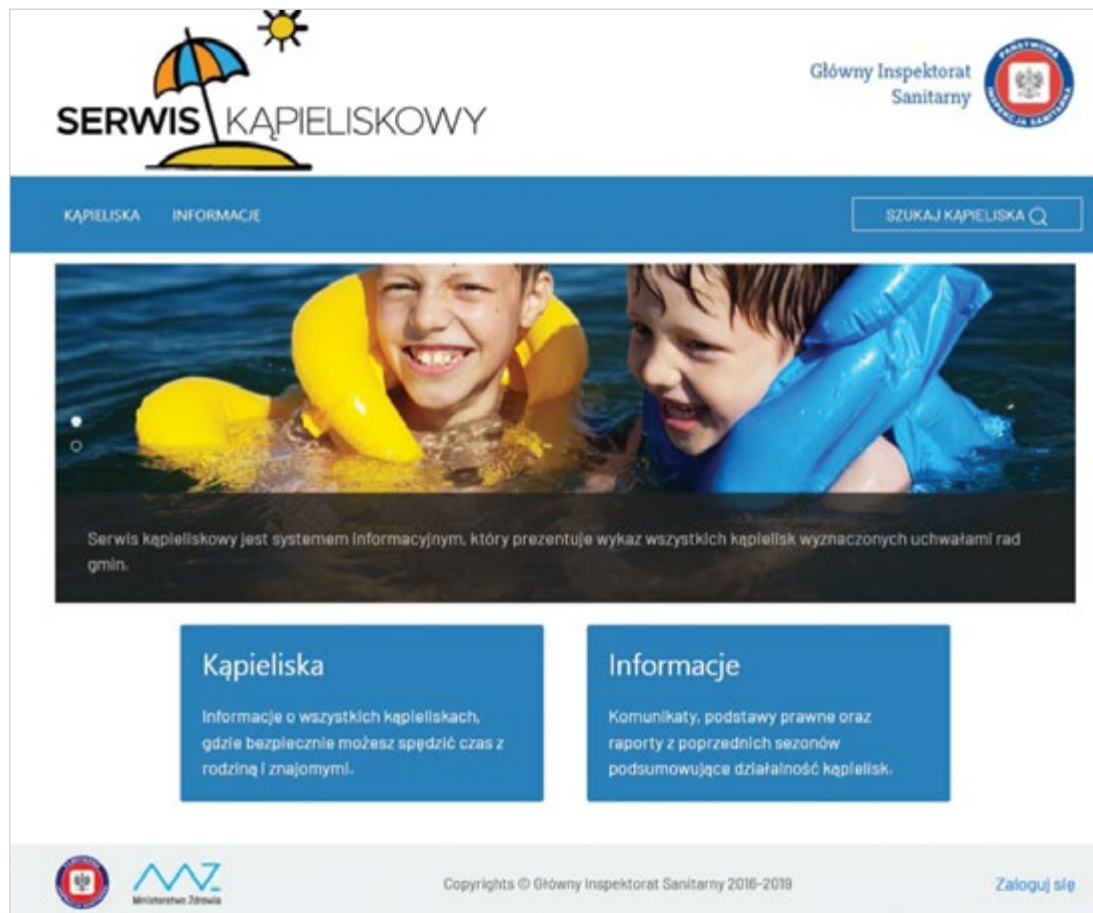
dzony na podstawie danych uzyskiwanych od właściwych państwowych inspektorów sanitarnych oraz organizatorów kąpielisk. Dla każdego kąpieliska na podstawie sprawozdania z badania jakości wody, właściwy państwowy powiatowy lub państwowy graniczny inspektor sanitarny dokonuje bieżącej oceny jakości, w celu określenia jej przydatności do kąpiel. Informacja ta zostaje zamieszczona na stronie serwisu kąpieliskowego.

Serwis kąpieliskowy zawiera informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

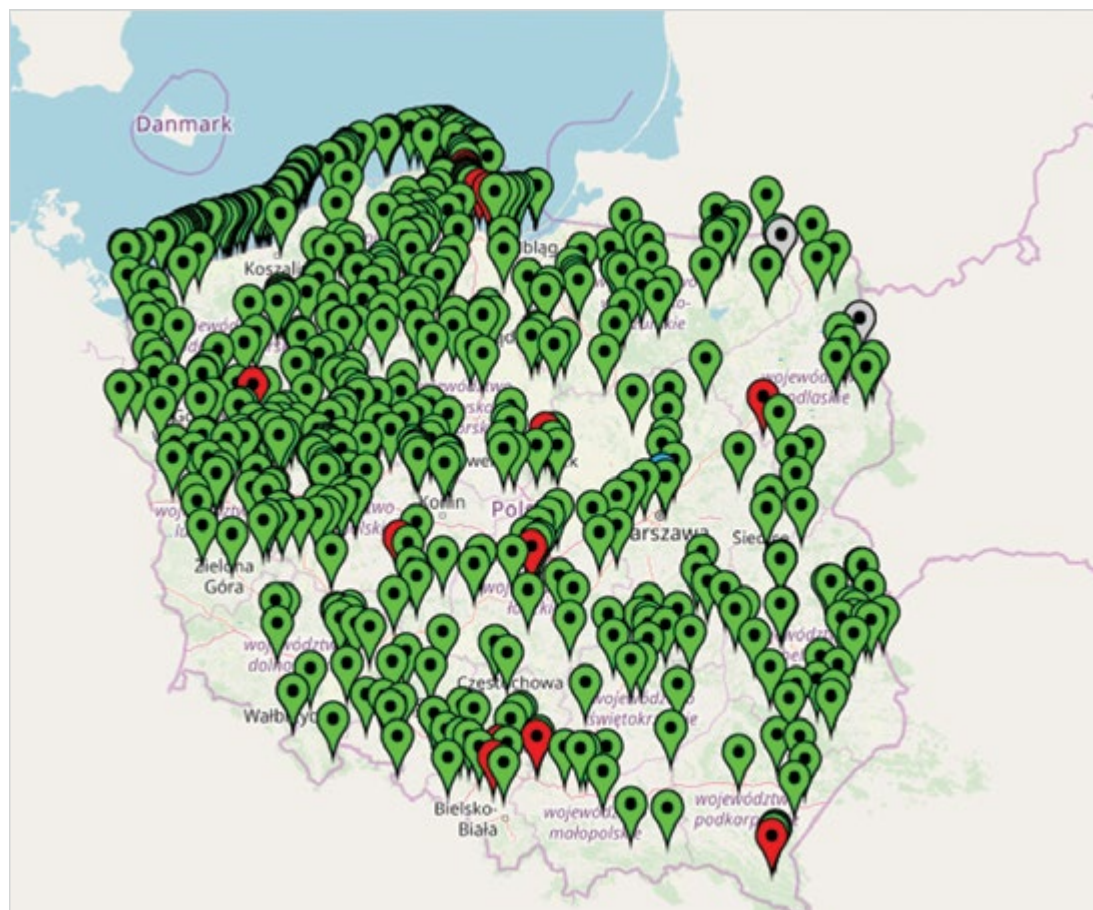
- wykaz kąpielisk i bieżącą ocenę jakości wody w kąpielisku,
- informację o zakazie kąpielii wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informację o innych zaleceniach dotyczących jakości wody,

⁵ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpeli (Dz.U. poz. 255)

Rys. 2. Strona główna Serwisu kąpieliskowego (źródło: sk.gis.gov.pl)



Rys. 3. Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce (źródło: sk.gis.gov.pl)



- ogólny opis wody w kąpielisku, sporządzony w oparciu o profil wody w kąpielisku, przedstawiony w języku nie-technicznym,
- informacje o:
 - możliwości występowania krótkotrwałych zanieczyszczeń,
 - liczbie dni, w których kąpiel była zakazana w czasie po-

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

Rys. 4. Widok wykazu kąpielisk (źródło: sk.gis.gov.pl)

Odległość	Nazwa	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja
0,7 km	Jezioro Czerniakowskie	Jezioro Czerniakowskie, Warszawa, powiat Warszawa, woj. mazowieckie	9/08/2019 - 15/09/2019	Brak danych	Brak aktualnych badań	2019 - Nowe kąpielisko
0,12 km	Glinianki Zielonka	Zielonka, powiat wołomiński, woj. mazowieckie	20/06/2019 - 1/09/2019	10:00 - 18:00	Woda przydatna do kąpielii Wynik badania z dnia 15/08/2019	2019 - Nowe kąpielisko
0,17 km	Kąpielisko zorganizowane na wydzielonym fragmencie zbiornika wodnego "Glinianka Hosera"	Pruszków, powiat pruszkowski, woj. mazowieckie	22/06/2019 - 1/09/2019	10:00 - 18:00	Woda przydatna do kąpielii Wynik badania z dnia 28/08/2019	2019 - Nowe kąpielisko

Rys. 5. Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)

Gdynia Babie Doły

Adres: Gdynia, Babie Doły, woj. pomorskie, pow. Gdynia

Adres: Zastoka Gdańska

Długość linii brzegowej: 100m

Sezon kąpielowy: 29/06/2019 - 31/08/2019

Godziny otwarcia: 09:30 - 17:30

Ocena wody: Woda przydatna do kąpielii
Data oceny: 14/08/2019
Następne badania: 14/09/2019

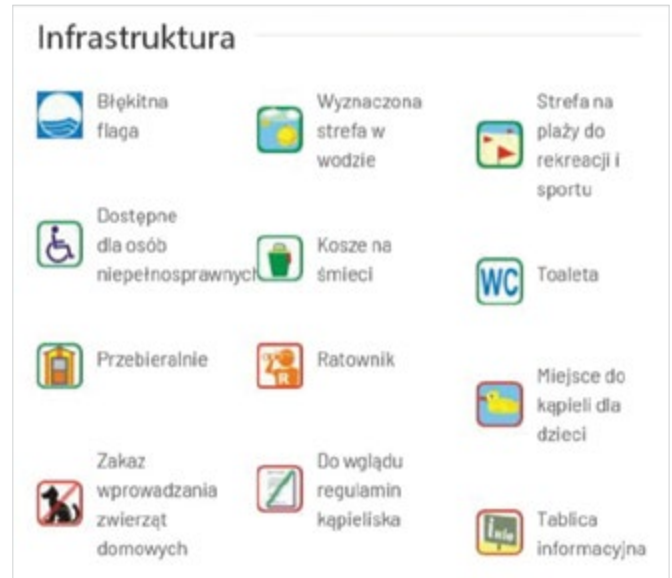
Profil: Kąpielisko wyznaczone jest 50m od starej "tąpiedawki" w Gdyni, obejmuje fragment wody na odcinku 100m linii brzegowej i 30m w głąb morza. Badania jakości wody z kąpieliska w sezonie 2018, przeprowadzone zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8.04.2011r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpielii (t.j., Dz.U. 2018, poz. 1802) nie wykazały przekroczeń. Kąpielii zakazano 2 razy z uwagi na wystąpienie zakwitów sinicowego, istnieje możliwość wystąpienia zakwitów sinicowego w sezonie 2019. Bliska lokalizacja osady i przystani rybackiej może mieć wpływ na jakość wody w kąpielisku.

Serwis kąpieliskowy zawiera również informacje z zakresu infrastruktury na obszarze kąpieliska.

W 2019 r. serwis kąpieliskowy jak co roku cieszył się rosnącą popularnością (liczba aktywnych użytkowników w bieżącym sezonie przekroczyła milion odwiedzających). Najwięcej użytkowników w czasie trwania sezonu kąpielowego przypadło na dzień 28 lipca 2019 r. (84 780) oraz 25 lipca 2019 r. (76 461). Dużym zainteresowaniem cieszył się również materiał informacyjny pt. *Przyczyny występowania i zagrożenia wynikające z obecności potencjalnie toksycznych cyjanobakterii (sinic) w wodzie.*

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

Rys. 6. Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)



7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

W sezonie kąpielowym w 2019 odnotowano wzrost liczby kąpielisk o 123 w porównaniu z sezonem kąpielowym w 2018 r. Wzrost jest wynikiem prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej corocznie - od roku 2014 r. działań edukacyjnych i promocyjnych mających na celu podniesienie świadomości: podmiotów zaangażowanych w organizację kąpielisk, gmin, które decydując o organizacji kąpielisk dokładają starań, aby zapewnić społeczności lokalnej i turystom bezpieczne warunki rekreacji wodnej.

W ramach podejmowanych działań Główny Inspektorat Sanitarny po sporządzeniu raportu o jakości wody w kąpieliskach za rok 2019 (analogicznie jak w roku poprzednim), przekazał Państwowemu Gospodarstwu Wodnemu Wody Polskie oraz Głównemu Inspektorowi Ochrony Środowiska zestawienie kąpielisk, w których odnotowano pogorszenie klasyfikacji jakości wody z prośbą o podjęcie działań na rzecz poprawy stanu ochrony wód przed zanieczyszczeniami.





**Zapobiegawczy |
nadzór sanitarny**

1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

Państwowa Inspekcja Sanitarna w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wykonuje zadania z zakresu zdrowia publicznego na etapie planowania i realizacji przedsięwzięć strategicznych na szczeblu krajowym i regionalnym (wojewódzkim, powiatowym i gminnym) oraz indywidualnych, wpisując się w ochronę zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobieganie powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Działania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego są szczególnie ważne ze względu na fakt, iż dotyczą zamierzeń wywołujących długofalowe skutki, często o dużym zasięgu terytorialnym oraz szerokim spektrum oddziaływania na środowisko i warunki życia człowieka w miejscu zamieszkania, pracy, wypoczynku i innych aktywności, przez co mają istotny wpływ nie tylko na obecny, ale również na przyszły stan sanitarny kraju.

1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Zapobiegawczy nadzór sanitarny jest znaczącym obszarem działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz zdrowia publicznego, mającym charakter zaradczy, sprawowanym w celu:

- wyeliminowania albo zminimalizowania w jak największym stopniu zagrożeń dla bezpieczeństwa sanitarnego i zdrowia ludzi;
- ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych;
- kształtowania polityki prozdrowotnej w aspekcie zapobiegania negatywnym wpływom czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.

1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Cele zapobiegawczego nadzoru sanitarnego realizowane są poprzez działania, w trakcie których dokonywana jest weryfikacja ocenianych zagadnień pod kątem spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych. Do ww. działań należą w szczególności:

- opracowywanie i współdziałanie przy tworzeniu polityk, strategii, planów, programów, prawa miejscowego, aktów administracyjnych i normatywnych, a także zajmowanie stanowisk dotyczących różnych dziedzin gospodarki, zagadnień społecznych, zdrowotnych i środowiskowych na poziomie gminy, powiatu, województwa, regionu i kraju,

- uczestniczenie w poszczególnych etapach procesu inwestycyjnego, w tym na etapie zagospodarowania przestrzennego gminy, województwa, zagospodarowania i warunków zabudowy terenu, planowania, projektowania, zmiany sposobu użytkowania, realizacji i dopuszczenia do użytkowania obiektów budowlanych, statków morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych,
- uczestniczenie w postępowaniach dotyczących oddziaływania na środowisko, porządku i czystości w gminach, rewitalizacji, remediacji, naprawy szkód w środowisku, stref przemysłowych, wykorzystania terenów po składowiskach odpadów.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego dokonuje oceny projektowanych zamierzeń planistycznych, inwestycyjnych i systemowo-organizacyjnych odnoszących się do obszarów gmin, powiatów, województw i kraju, rozwiązań techniczno-budowlanych obiektów, infrastruktury oraz rozwiązań technologicznych różnych procesów w aspekcie spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych.

Działania w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ukierunkowane są na zapewnienie, już na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz projektowania i realizacji inwestycji, właściwego stanu sanitarnego w obiektach, w taki sposób, aby przyjęte rozwiązania w trakcie eksploatacji nie powodowały zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi.

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

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

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

- oddzielenie obszarów przeznaczonych na zabudowę mieszkaniową od obszarów przemysłowych, tras komunikacyjnych, itp. w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania na mieszkańców,
- zapewnienie właściwej gospodarki wodno-ściekowej,
- eliminację lub ograniczenie emisji zanieczyszczeń do środowiska w celu zapewnienia wymaganej jakości jego

komponentów, w tym powietrza, wody i gleby na terenach zamieszkania i pobytu ludzi, ujęć wody, kąpielisk, terenów rekreacyjnych, między innymi poprzez zastosowanie odpowiednich technologii przemysłowych, rozwiązań technicznych i urządzeń redukujących lub pochłaniających substancje szkodliwe dla zdrowia ludzi,

- zagwarantowanie odpowiednich pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków pobytu ludzi w budynkach, w odniesieniu do funkcji pomieszczeń, m.in. w zakresie właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (prawidłowej wymiany i czystości powietrza, temperatury, wilgotności),
- zapewnienie pracownikom odpowiednich higienicznych i zdrowotnych warunków pracy, biorąc pod uwagę m.in. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń chemicznych i fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi oraz szkodliwe czynniki biologiczne.

W 2019 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowiska dotyczące:

- projektów, programów i strategii oraz innych dokumentów odnoszących się do terenów gmin, województw i całego kraju, działając w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko,
- planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena

oddziaływania na środowisko,

- planowanych przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko na etapie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
- dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
- obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ,
- zgód, opinii i uzgodnień wynikających z odrębnych przepisów prawa, w tym rewitalizacji, remediacji, naprawy szkód w środowisku, stref przemysłowych, wykorzystania terenów po składowiskach odpadów.

Dokonywane oceny, pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych, dotyczyły przedsięwzięć inwestycyjnych takich jak: obiekty handlowe, przemysłowe, usługowe, turystyczne, hotelarskie, wychowania i nauczania, działalność lecznicza, miejsca obsługi pasażerów transportu zbiorowego i innych.

Strategiczne oceny oddziaływania na środowisko

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

- uzgodnień dotyczących zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko projektów dokumentów strategicznych, w tym:



- projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy,
 - innych planów i dokumentów, np. koncepcji, planów, programów i strategii opracowywanych dla gmin, województw i kraju.
- uzgodnień w zakresie odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla wyżej wymienionych dokumentów,
 - oceny ww. projektów dokumentów wraz z prognozami oddziaływania na środowisko.

Ocena oddziaływania przedsięwzięcia mogącego znacząco oddziaływać 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 przedsięwzięcia,
- w sprawie zakresu raportu o oddziaływaniu na środowisko przedsięwzięcia,
- przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach,
- inne, w ramach przeprowadzanych ponownych ocen oddziaływania przedsięwzięć na środowisko.

Odpowiednio do stopnia szczegółowości dokumentów strategicznych bądź przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko dokonywana była kompleksowa ocena ryzyka wpływu zamierzeń (zadań) projektowanego dokumentu strategicznego lub danego przedsięwzięcia na poszczególne komponenty środowiska. Analiza obejmowała oddziaływanie na powietrze, gruntowo-wodne (w tym jakość wód podziemnych zasilających ujęcia służące do zbiorowego lub indywidualnego zaopatrzenia ludności w wodę, kąpieliska) oraz na inne pochodne elementy, w szczególności w kontekście emisji zanieczyszczeń do środowiska (ścieków, odpadów, emisji do powietrza), energii (PEM, hałasu, interferencji, promieniowania jonizującego, radioaktywności itp.). Ponadto, brano pod uwagę ingerencję planowanych zamierzeń/strategii/programów/przedsięwzięć/cia w środowisko w zakresie przyjętych rozwiązań niwelujących, ograniczających lub rekompensujących negatywne oddziaływanie i przewidywane uciążliwości w szeroko rozumianym środowisku, pod kątem bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi.

Uzgodnianie dokumentacji projektowej i inne stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na etapie projektowania, przebudowy i realizacji inwestycji, w tym obiektów budowlanych

W procesie inwestycyjnym, na etapie projektowania obiektów budowlanych, w tym uzyskiwania decyzji o pozwoleniu

na budowę, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych, uzgadniali dokumentację projektową inwestycji.

Rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych uzgadniają dokumentacje projektowe obiektów budowlanych w imieniu państwowego inspektora sanitarnego pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych.

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

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

Główny Inspektor Sanitarny w 2019 r. nadał ww. uprawnienia rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych 7 osobom (w 2018 r. - 11 osobom, w 2017 r. - 7 osobom, a w 2016 r. - 8 osobom).

W roku sprawozdawczym na terenie całego kraju zarejestrowanych było 389 rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, w tym aktywnie działających 292 rzeczoznawców (w 2018 r. 382 zarejestrowanych, w tym aktywnie działających 285).

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

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

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



Inne stanowiska dotyczące warunków środowiska zewnętrznego, w tym zajmowane w zakresie rewitalizacji, remediacji, naprawy szkód w środowisku.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały również:

- opinie do decyzji regionalnego dyrektora ochrony środowiska w sprawie projektu planu remediacji historycznego zanieczyszczenia powierzchni ziemi w odniesieniu do oceny występowania znaczącego zagrożenia dla zdrowia ludzi na danym terenie lub do zanieczyszczenia w ujęciach wody przeznaczonej do spożycia,
- opinie dotyczące warunków przeprowadzenia działań naprawczych w odniesieniu do szkody w środowisku za-

wartych w projekcie decyzji organu ochrony środowiska, w zakresie oceny występowania znaczącego zagrożenia dla zdrowia ludzi na danym terenie lub szkody w środowisku w ujęciach wody przeznaczonej do spożycia oraz wody w kąpieliskach,

- opinie w związku z uchwałą Rady Gminy, dotyczące projektów gminnych programów rewitalizacji, stanowiącej proces wyprowadzania ze stanu kryzysowego obszarów zdegradowanych, prowadzony w sposób kompleksowy, poprzez zintegrowane działania na rzecz lokalnej społeczności, przestrzeni i gospodarki, skoncentrowane terytorialnie, prowadzone przez interesariuszy rewitalizacji.

2. Zapobiegawczy nadzór sanitarny - dane liczbowe

W 2019 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna zajęła ogółem ok. 100 tysięcy stanowisk, w tym ok. 1 tysiąca negatywnych, co stanowi 1,2 %.

W ramach powyższych działań dokonano: około 24,6 tysięcy uzgodnień dokumentacji projektowej inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym przez:

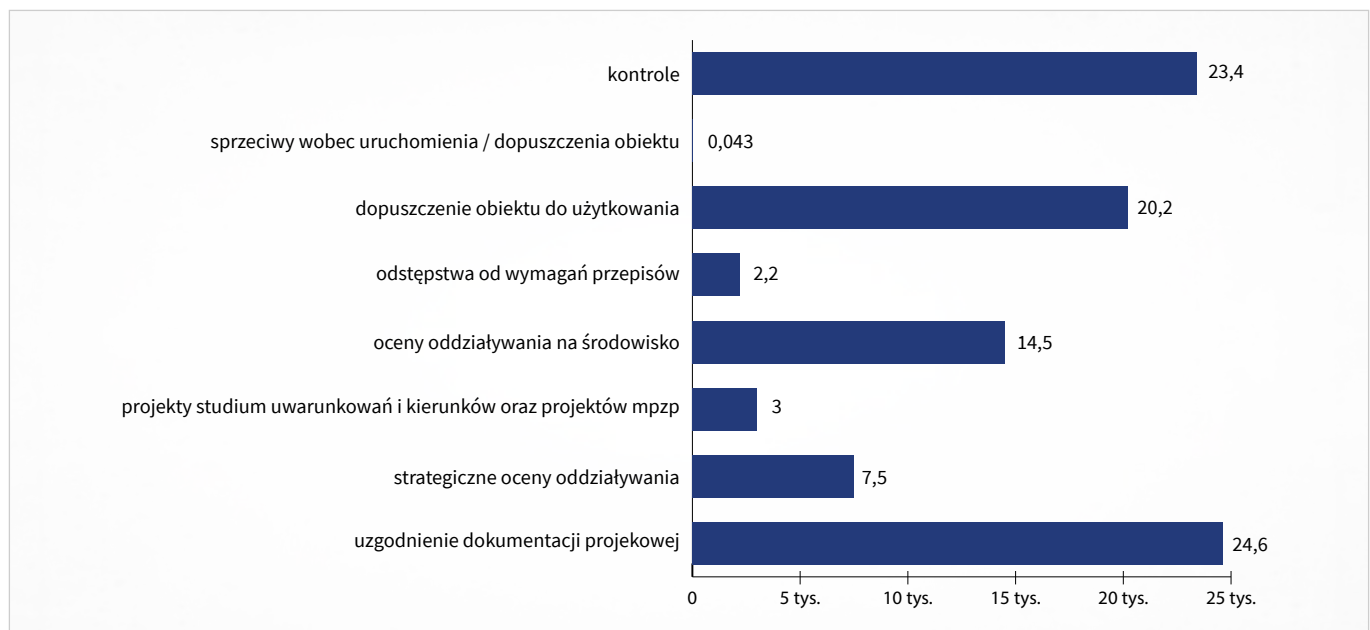
- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – ok. 6,5 tysiąca uzgodnień dokumentacji projektowej,
- rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych – ok. 18 tysięcy uzgodnień dokumentacji projektowej.

Ponadto, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odpo-

wiednio dokonały, zajęły lub wydały:

- ok. 7,5 tysiąca uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów,
- ok. 3 tysiące opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko,
- ok. 14,5 tysiąca opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
- ok. 2,2 tysiące stanowisk dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym zakresie warunków technicznych,
- ok. 20,2 tysiące stanowisk w ramach uczestniczenia w do-

Wyk. 28. Liczba wybranych rodzajów stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w latach 2016-2018



puszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego, 43 sprzeciwy wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowywanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania.

W związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały ok. 23,4 tysiąca kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów.

3. Podsumowanie

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

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







**Stan sanitarny
obiektów użyteczności
publicznej**

1. Informacje ogólne

W dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego nieruchomości, zakładów pracy, instytucji, obiektów i urzędzeń użyteczności publicznej oraz zbiorowego transportu publicznego, a także ochrona zdrowia ludzi przed szkodliwym działaniem sztucznego promieniowania ultrafioletowego (U_V) w solariach.

W 2019 r. skontrolowano ogółem 70 422 obiekty użyteczności publicznej, co stanowiło 49% spośród 144 172 ujętych w ewidencji. Ocenie zostały poddane:

- salony fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej - skontrolowano 32 105 spośród 60 422 ujętych w ewidencji, co stanowi 53%,
- obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczony są usługi hotelarskie - skontrolowano 8 545 spośród 20 136 ujętych w ewidencji, co stanowi 42%,
- ustępy publiczne ogółem - skontrolowano 1 715 spośród 2 271 ujętych w ewidencji, co stanowi 75%,
- ustępy ogólnodostępne w obiektach użyteczności publicznej - skontrolowano 776 spośród 1 209 pozostających w ewidencji, co stanowi 64%,

- domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej - skontrolowano 1 830 spośród 2 720 ujętych w ewidencji, co stanowi 67%,
- dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze i morskie, przystanie żeglugi morskiej i śródlądowej, stacje metra, przystanie jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych - skontrolowano 779 spośród 1 381 ujętych w ewidencji, co stanowi 56%,
- przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne - skontrolowano 32 spośród 34 ujętych w ewidencji, co stanowi 94%,
- tereny rekreacyjne - skontrolowano 5 161, spośród 10 312, co stanowi 50%,
- cmentarze i domy pogrzebowe - skontrolowano 3 555, spośród 9 944, co stanowi 36%,
- inne obiekty i urzędnia użyteczności publicznej np. apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze - skontrolowano 14 303 spośród 33 841, co stanowi 42%.

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach działalności kontrolno-represyjnej:

- wydały 33 896 decyzji merytorycznych,
- nałożyły 1 324 mandaty na kwotę 284 750 zł.

2. Stan sanitarny wybranych obiektów

2.1. Ustępy publiczne i ogólnodostępne

Ustępy ogólnodostępne to toalety znajdujące się w obiektach użyteczności publicznej, np. na dworcach, w centrach handlowych, stanowiąc ich funkcję uzupełniającą.

Ustępy publiczne (szalety publiczne), których budowę, utrzymanie i eksploatację zapewniają gminy, są obiektami samodzielnymi, zlokalizowanymi w przestrzeni publicznej, których przeznaczeniem jest zapewnienie ludności możliwości załatwienia potrzeb fizjologicznych w trakcie przebywania poza miejscem zamieszkania (np. w parku publicznym, na placu zabaw, w pobliżu plaży, w mieście).

W 2019 r. skontrolowano 72% ustępów spośród ujętych w ewidencji, w tym:

- 75% ustępów ogólnodostępnych spośród ujętych w ewidencji;
- 64% ustępów publicznych spośród ujętych w ewidencji.

Nadal obserwuje się niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych, zwłaszcza w miejscowościach wypoczynkowych, przy szlakach turystycznych, targowiskach, kościołach oraz przy cmentarzach. W miejscach organizowania imprez masowych, organizator ma obowiązek ustawienia przenośnych systemów sanitarnych (toalet przenośnych). Utrzymanie i eksploatacja ustępów publicznych leży w gestii gmin, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco współpracują z samorządami gminnymi.

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

W 2019 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 2 720 tego typu obiektów, z czego skontrolowano 1 830, stwierdzając uchybienia:

- 38 przypadków niezadowolającego stanu sanitarnego pod względem technicznym,

- 21 niezadowolającego stanu pod względem higieniczno-sanitarnym,
- 51 niezadowolającego stanu pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym.

Wśród kontrolowanych obiektów pomocy społecznej znajdowały się obiekty o następujących profilach działalności:

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

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

W 2019 r. skontrolowano 8 545 spośród zewidencjonowanych 20 136 tego typu obiektów. W 94 przypadkach stwierdzono niezadowolający stan sanitarny pod względem technicznym, w 36 przypadkach - niezadowolający stan pod względem higieniczno-sanitarnym oraz w 94 przypadkach - niezadowolający stan higieniczno-sanitarny i techniczny.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru nad tego typu obiektami kontroluje:

- jakość wody przeznaczonej do spożycia,
- zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- gospodarkę ściekami i odpadami,
- postępowanie z brudną i czystą bielizną oraz pościelą,
- procedury utrzymania czystości, środki czystości i dezynfekcyjne,
- warunki eksploatacji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- dokumentację zdrowotną pracowników,
- stan sanitarno-higieniczny, techniczny oraz infrastrukturę terenów przeznaczonych pod kempingi, pola namiotowe i wokół budynków.

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

Wymagania dla zakładów, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne i tatuażu regulują między innymi przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*. 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. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oferują pomoc przy opracowywaniu procedur postępowania w przypadku wykonywania zabiegów, przy których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek.

W 2019 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujęto:

- 28 103 zakłady fryzjerskie,
- 18 526 zakładów kosmetycznych,
- 930 zakładów tatuażu,
- 4 742 zakłady odnowy biologicznej,
- 8 121 innych zakładów, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z ww. usług.

W porównaniu z poprzednim rokiem 2018, liczba podmiotów oferujących usługi zmniejszyła się o ok. 4200. Skontrolowano 32 105 podmiotów, co stanowiło 53% spośród 60 422 zarejestrowanych. W toku kontroli stwierdzono:

- W 128 przypadkach niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny,
- 314 przypadków niewłaściwego stanu higieniczno-sanitarnego,
- 180 obiektów z niewłaściwym stanem technicznym.

Dokonywano kontroli:

- procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi u ludzi, w tym postępowania z wyrobami, narzędziami i materiałami wielokrotnego użytku, powodującymi lub mogącymi spowodować naruszenie ciągłości tkanek ludzkich (mycie, dezynfekcja, sterylizacja, przechowywanie),
- postępowania z bielizną wielokrotnego użytku (ręczniki, peleryny i inne),
- postępowania z odpadami,
- postępowania z produktami i preparatami kosmetycznymi (zachowanie terminu ważności, sposób przechowywania),
- stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń, wyposażenia, sprzętów i urządzeń,
- zaopatrzenia w bieżącą ciepłą i zimną wodę, w tym jakości wody przeznaczonej do spożycia,
- sposobu odprowadzania ścieków, wyposażenia pomieszczenia w wentylację lub klimatyzację,
- przestrzegania przepisów o ochronie zdrowia przed następstwem używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.



2.5. Solaria

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium, w 2019 r. po raz kolejny działania kontrolne ww. obiektów usługowych objęły w sposób szczególny miejsca świadczenia usług w zakresie udostępniania solarium. Obok wymagań higieniczno-sanitarnych, działania nadzorcze skierowane były na ochronę zdrowia Polaków przed szkodliwym działaniem sztucznego promieniowania ultrafioletowego (U\Z), wydzielanego przez urządzenia wykorzystywane do naświetlania skóry, wywołującego efekt opalenizny, tzn. solarium. Zgodnie z przepisami ww. ustawy obowiązują:

- całkowity zakaz udostępniania solarium małoletnim (osobom, które nie ukończyły 18 roku życia),
- całkowity zakaz reklamy i promocji usług w zakresie udostępniania solarium, w szczególności: w telewizji, radiu, prasie, na plakatach, ulotkach oraz w środkach usług informatycznych,
- obowiązek umieszczenia w miejscu udostępniania solarium czytelnej i widocznej informacji o zakazie udostępniania solarium osobom małoletnim.

W 2019 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły w tym zakresie 2846 kontroli (w tym również sprawdzających) w 2799 obiektach świadczących usługi solarium. Wydano 26 zaleceń, nałożono 12 kar ustawowych na łączną kwotę 18 000 zł.

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

Punkty obsługi ruchu pasażerskiego jako miejsca przestrzeni publicznej oraz związane z nimi środki transportu zbiorowego dla ludności służą przemieszczaniu dużej liczby ludzi i ich rotacji, dlatego też istotna jest bieżąca dbałość o zapewnienie standardów higienicznych, pozwalających na bezpieczne odbycie podróży na każdym jej etapie bez uszczerbku dla zdrowia. Obok środków transportu publicznego kontrolowane są również specjalne środki transportu, służące działalności w sferze usług dla ludności (np. do przewozu osób chorych, a także osób zmarłych).

Ogółem skontrolowano 660 dworców i stacji (autobusowych, kolejowych, metra) na 1 225 obiektów znajdujących się w ewidencji; w 5 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 1 przypadku uchybienia pod względem higieniczno-sanitarnym, w 11 wyłącznie pod względem technicznym.

W 2019 r. skontrolowano 6076 środków transportu:

- autobusy komunikacji publicznej - 2151,
- autobusy turystyczne - 250,
- tramwaje, metro, szybka kolej miejska - 369,

- statki i promy - 55,
- samolotów pasażerskich - 47,
- samochodów do przewozu chorych - 413,
- samochodów do przewozu zwłok i szczątków ludzkich - 2088,
- samochodów do przewozu bielizny - 155,
- innych środków transportu - 134.

W 12 przypadkach na 6 076 stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, w 30 - niezadawalający stan techniczny.

Pomimo tego, że Plan kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej na dany rok jest w pełni realizowany, nie oznacza to, że każdy środek transportu publicznego wyjeżdżający ze stacji początkowej zostanie skontrolowany. Środki transportu sprzątane są przed wyjazdem w trasę, nie zaś w trakcie podróży, która trwa niekiedy kilka godzin i dłużej. W związku z tym czystość bieżąca w pojeździe w znacznym stopniu może odbiegać od stwierdzanej przed wyjazdem w trasę.

Przygotowanie środka transportu do wyjazdu w trasę oraz utrzymanie bezpiecznego dla zdrowia ludzi poziomu czystości powinno być zorganizowane i odbywać się według ustalonych procedur uwzględniających miejsce sprzątnięcia (stacja początkowa, końcowa, baza transportowa, zajezdnia czy trasa), rodzaj środka transportu, rodzaj połączeń (lokalne, regionalne, międzynarodowe), długość trasy, liczbę pasażerów, czas trwania podróży, sytuacje nadzwyczajne i inne okoliczności. Nadzór sanitarny w tym obszarze skupia się na sprawdzeniu, czy podejmowane przez przewoźników działania porządkowe przynoszą oczekiwany efekt, a w przypadku stwierdzenia uchybień natury sanitarnohigienicznej - na podejmowaniu działań wyjaśniających i/lub egzekwujących. Przewoźnicy nie tylko ze względów sanitarnych ale również komercyjnych wykazują dbałość o komfort i czystość w środkach transportu.

Sprawdzone jest, adekwatnie do rodzaju środka transportu i związanego z nim charakteru podróży, czy procedury utrzymania porządku i czystości obejmują: czyszczenie i/lub mycie powierzchni, w tym podłóg, powierzchni i elementów dotykowych (blatów, poręczy, klamek, grzejników), mycie i dezynfekcję toalet wraz z wyposażaniem kabin WC w ręczniki, papier toaletowy i mydło, opóźnianie i mycie zbiorników na ścieki, mycie oraz dezynfekcję i uzupełnianie zbiorników na wodę do mycia rąk, opróżnianie pojemników na śmieci, wymiana pokrowców na zagłówkach, zasłon, czyszczenie chodników, wycieraczek. W przypadku stwierdzenia zanieczyszczenia substancjami organicznymi - miejsce powinno być dokładnie zdezynfekowane i umyte.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, sprawując bieżący nadzór nad obiektami i środkami transportu publicznego, przeprowadziły kontrole zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem na rok 2019.

2.7. Porty lotnicze i morskie, przejścia graniczne

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r. znajdowało się 15 portów lotniczych i 13 portów morskich. Skontrolowano 15 portów lotniczych i 8 morskich - nie stwierdzono nieprawidłowości pod względem sanitarno-higienicznym i technicznym. Obiekty te spełniają standardy europejskie, nie wydano żadnych decyzji administracyjnych, ani nie nałożono mandatów karnych. W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r. znajdowały się 34 przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne. Skontrolowano 52, nie stwierdzając nieprawidłowości.

2.8. Tereny rekreacyjne

Tereny rekreacyjne pozostające pod nadzorem sanitarno-higienicznym Państwowej Inspekcji Sanitarnej to place zabaw dla dzieci, piaskownice, ogródki jordanowskie, parki, ogrody botaniczne i zoologiczne. Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach czynności sprawdzających tereny rekreacyjne kontrolowała piaskownice ogólnodostępne w przestrzeni publicznej (w parkach, ogródkach jordanowskich, na osiedlowych placach zabaw). Szczególną uwagę poświęcono placom zabaw i piaskownicom. Przedmiotem kontroli sanitarnej był stan sanitarno-techniczny piaskownic, a także czystości piasku, z uwzględnieniem częstotliwości jego wymiany. Coraz częściej piaskownice są zabezpieczane przed dostępem zwierząt.

W 2019 r. - na 10 312 wszystkich ujętych w ewidencji terenów rekreacyjnych skontrolowano 5 161, czyli 50% objętych nadzorem, w 66 przypadkach stwierdzając zły stan higieniczno-sanitarny i/lub techniczny.

2.9. Cmentarze, domy przedpogrzebowe

Spośród 9 944 obiektów znajdujących się w ewidencji skontrolowano 3 555. W 19 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, w 46 niezadawalający stan techniczny. Stwierdzone w domach przedpogrzebowych nieprawidłowości najczęściej dotyczyły: braku bieżącej ciepłej i zimnej wody, braku pomieszczenia do przechowywania sprzętu porządkowego oraz środków do mycia i dezynfekcji.

2.10. Inne obiekty użyteczności publicznej

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty użyteczności publicznej, inne niż wyżej wymienione, w przypadku których zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich sąsiedztwie.

Do grupy *Inne obiekty użyteczności publicznej* 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.

Skontrolowano 14 303 obiektów na 33 841 znajdujących się w ewidencji; w 93 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, w 178 niezadawalający stan techniczny.

3. Podsumowanie

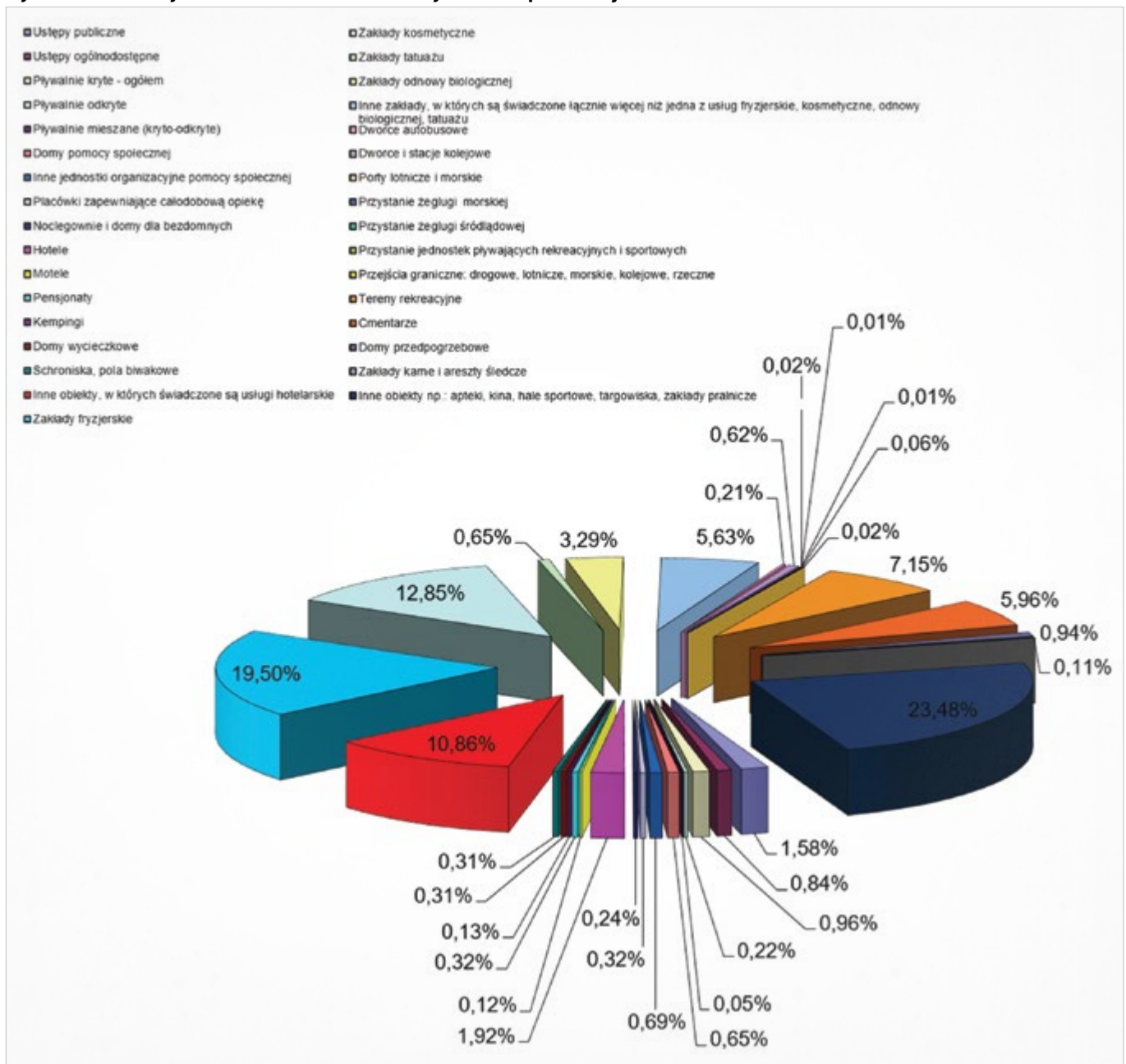
W 2019 r. państwo inspektorzy sanitarni nie stwierdzili poważniejszych zagrożeń sanitarno-epidemiologicznych dla osób korzystających z usług świadczonych w obiektach

użyteczności publicznej. Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości były usuwane na bieżąco lub w terminach wyznaczonych w postępowaniach administracyjnych.


Tab. 19. Porównanie liczby dokonanych kontroli w kolejnych latach

liczba obiektów użyteczności publicznej	2015	2016	2017	2018	2019
wg ewidencji na 31 XII	136 940	139 904	142 939	153 186	144 172
skontrolowanych	82 786	80 644	79 067	79 651	70 422
	60%	57%	55%	52%	49%
z nieodpowiednim stanem sanitarnym higieniczno sanitarnym i technicznym	346	390	377	381	485
	0,3%	0,3%	0,5%	0,5%	0,7%
z nieodpowiednim stanem sanitarnym tylko pod względem technicznym	763	634	600	687	769
	0,6%	0,5%	0,8%	0,9%	1,1%

Wyk. 29. Odsetkowy rozkład kontroli obiektów użyteczności publicznej w 2019 r.





The image shows a large industrial facility, likely a steel mill, with a complex network of steel beams, pipes, and walkways. The scene is split diagonally from the top-left to the bottom-right. The left side is tinted with a vibrant red color, while the right side is in a light, desaturated blue-grey. The overall atmosphere is one of a busy, large-scale manufacturing environment.

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

1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

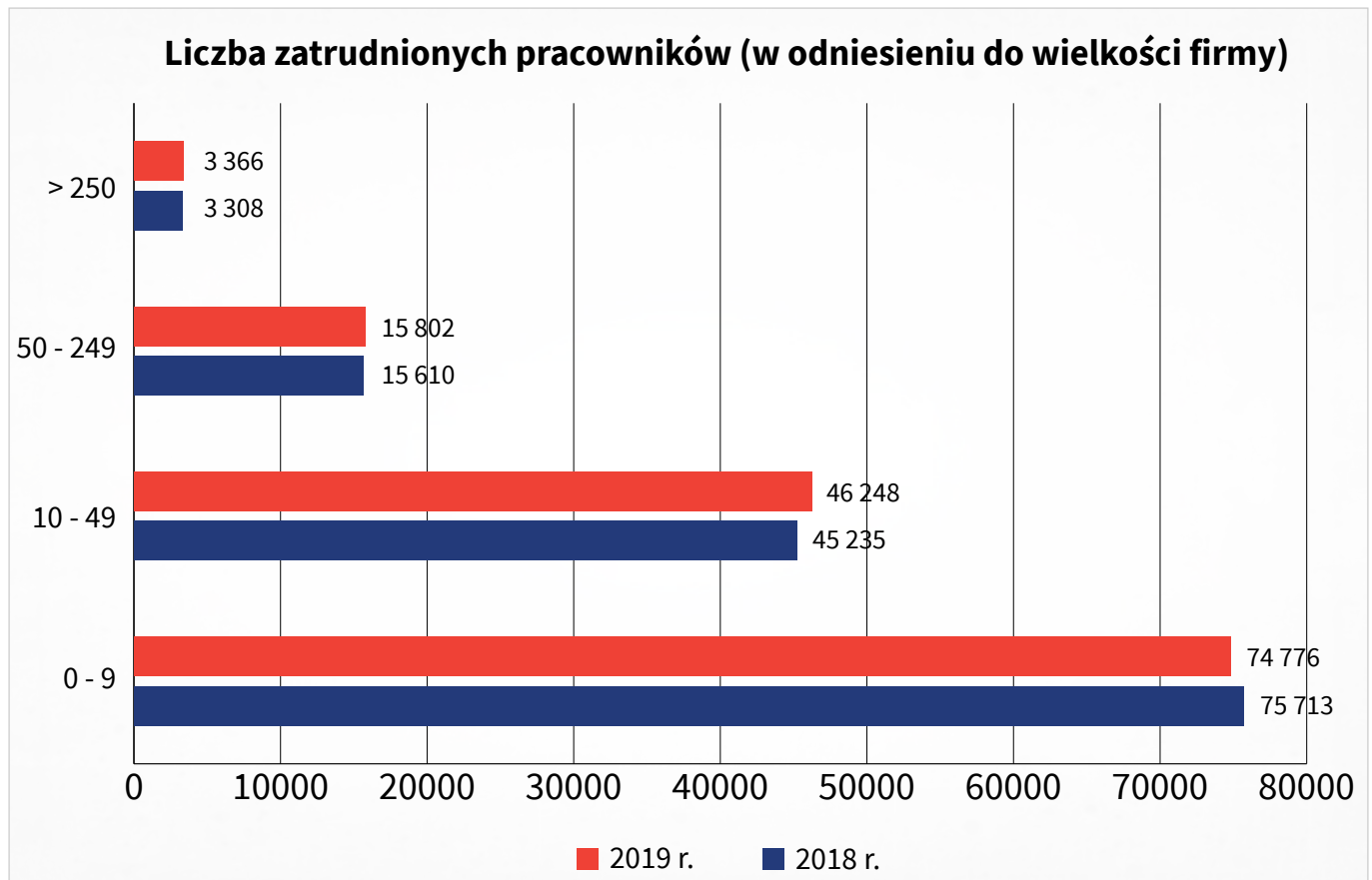
Główne kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących na stanowiskach pracy określone były w *Wytocznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r.* Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2019 r. kontrolę dotyczące przestrzegania przepisów m.in. z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich u zatrudnionych pracowników, występowania substancji chemicznych i ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, a także oceny ryzyka zawodowego.

Pion Higieny Pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r. obejmował ewidencją **139 743** zakładów pracy (**139 896**

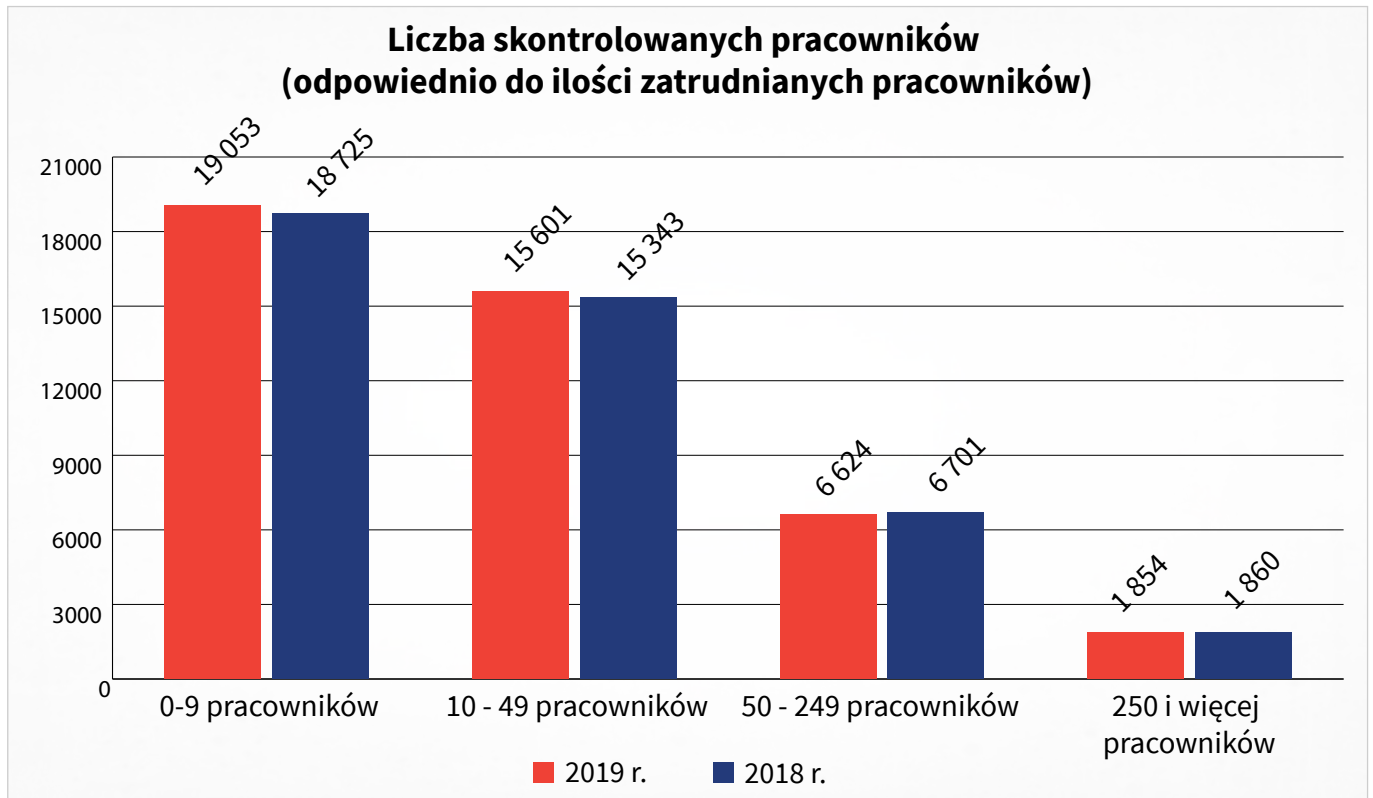
w roku 2018), zatrudniających ogółem: **5 011 542** pracowników (w 2018 r. – **4 944 272**), z czego największą liczbę zatrudnionych stanowili pracownicy wg. następującej klasyfikacji działalności:

- PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – **491 360** zatrudnionych (w 2018 r. **474 886**);
- PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – **366 153** zatrudnionych (w 2018 r. - **362 776**);
- PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – **271 403** zatrudnionych (w 2018 r. - **265 009**);
- PKD 85 Edukacja – **242 835** zatrudnionych (w 2018 r. - **248 440**);
- PKD 46 Handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi – **207 900** zatrudnionych (w 2018 r. - **214 206**);
- PKD 29 Produkcja pojazdów samochodowych, z wyłączeniem motocykli – **206 499** zatrudnionych (w 2018 r. - **189 866**);
- PKD 22 Produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych – **201 576** zatrudnionych (w 2018 r. - **197 661**).

Wyk. 30. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2018 i 2019 /wg liczby zatrudnionych pracowników/



Wyk. 31. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2018 i 2019 /wg liczby skontrolowanych pracowników/



W 2019 r. pracownicy pionu Higieny Pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili **53 716** kontrole w **43 133** zakładach (porównując w 2018 r. odbyło się **53 535** kontroli u **42 630** pracodawców), zatrudniających łącznie **2 347 661** pracowników. Nadzorem objętych zostało **46,8 %** zewidencjonowanych podmiotów (w 2018 r. – **30,5%**).

Działalność kontrolna obejmowała następujący zakres:

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – **26 158** kontroli w **4 256** obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w **20 833** obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3 – liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie prekursorów narkotykowych – **1 963**, w tym m.in. w **598** obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – **6697** kontrole, w tym m.in. w **2 383** 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 – **3 774** kontroli w **3 304** obiektach;
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – **11 616** kontrole w **10 640** obiektach;

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w **4 664** skontrolowanych badaniach zakładach pracy. Przekroczenia

najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i najwyższych dopuszczalnych natężeń (NDN) odnotowane w **2019 r.**, tak jak w roku ubiegłym, dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

- PKD 25 – produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – w **740** zakładach (w 637 zakładach w 2018 r.);
- PKD 16 - produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – w **702** zakładach (w 696 zakładach w 2018 r.);
- PKD 10 - produkcja artykułów spożywczych – w **470** zakładach (w 348 zakładach w 2018 r.);
- PKD 31 - produkcja mebli – w **309** zakładach (w 330 zakładach w 2018 r.);
- PKD 22 - produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych – w **272** zakładach (w 256 zakładach w 2018 r.);

Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2019 r. zatrudnionych było **212 608** pracowników (porównując w 2018 r. – **210 097**), z czego:

- PKD 25 - przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – **26 849** pracowników,
- PKD 05 - przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – **26 032** pracowników;
- PKD 16 - przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – **20 265** pracowników;

- █ PKD 10 - przy produkcji artykułów spożywczych – **16 972** pracowników;
- █ PKD 31 - przy produkcji mebli – **12 527** pracowników;
- █ PKD 24 - przy produkcji metali – **11 622** pracowników;
- █ PKD 22 – produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych – **11 057** pracowników.

Podobnie jak w latach poprzednich również w 2019 r. najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, były przekroczenia NDS i NDN ponadnormatywnego hałasu. Przekroczenie te stwierdzono w **3 915** zakładach objętych kontrolami, to jest o **58** zakładów więcej niż odnotowano w 2018 r. (**3 857** zakładów). Łączna liczba zakładów narażonych na jego oddziaływanie stanowiła **9,1 %** ogółu zatrudnionych w skontrolowanych zakładach w różnych gałęziach gospodarki (w 2018 r. liczba ta stanowiła **7,4%**).

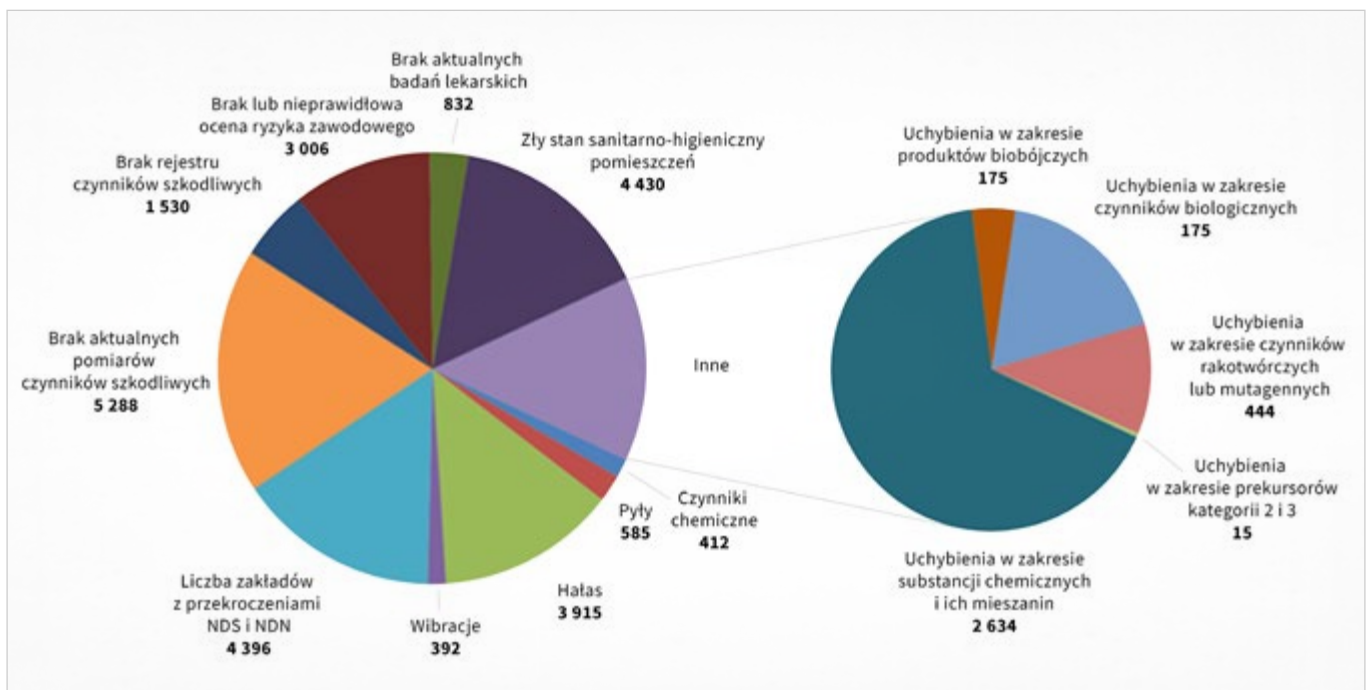
W wyniku przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną postępowań administracyjnych i egzekucyjnych dotyczących warunków higieniczno-sanitarnych oraz realizacji zadań wynikających z bieżącego nadzoru, ogółem wydano **13 081 decyzji**, w tym aż **7 298** decyzji dotyczących poprawy warunków pracy oraz **11 decyzji** unieruchamiających stanowisko pracy. Największą liczbę decyzji ogółem

wydano w województwie małopolskim – **1 865** decyzji, śląskim – **1 666** decyzji i mazowieckim – **1 571** decyzji. Nakazy decyzji liczbie **40 291** dotyczyły, m.in.:

- █ badań i pomiarów czynników szkodliwych – **9 458** nakazów (w 2018 r. - 9 859);
- █ oceny ryzyka zawodowego – **4 439** nakazów (w 2018 r. - 4 628);
- █ substancji chemicznych i ich mieszanin – **3 526** nakazów (w 2018 r. - 3 599);
- █ obniżenia normatywnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – **2 021** nakazów (w 2018 r. - 2 037);
- █ czynników biologicznych w środowisku pracy – **1 075** nakazów (w 2018r. - 1 373);
- █ substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – **736** nakazy (w 2018r. - 748);
- █ produktów biobójczych – **164** nakazów (w 2018r. - 178);
- █ detergentów – **53** nakazów (w 2018r. - 31)

Liczba wydanych postanowień o nałożeniu grzywien celem przymuszenia do wykonywanych decyzji w roku 2019 wyniosła **255** decyzji, celem przymuszenia do wykonania decyzji. W **drodze mandatu karnego** nałożono **137 grzywien** na łączną kwotę: **37 650 PLN**.

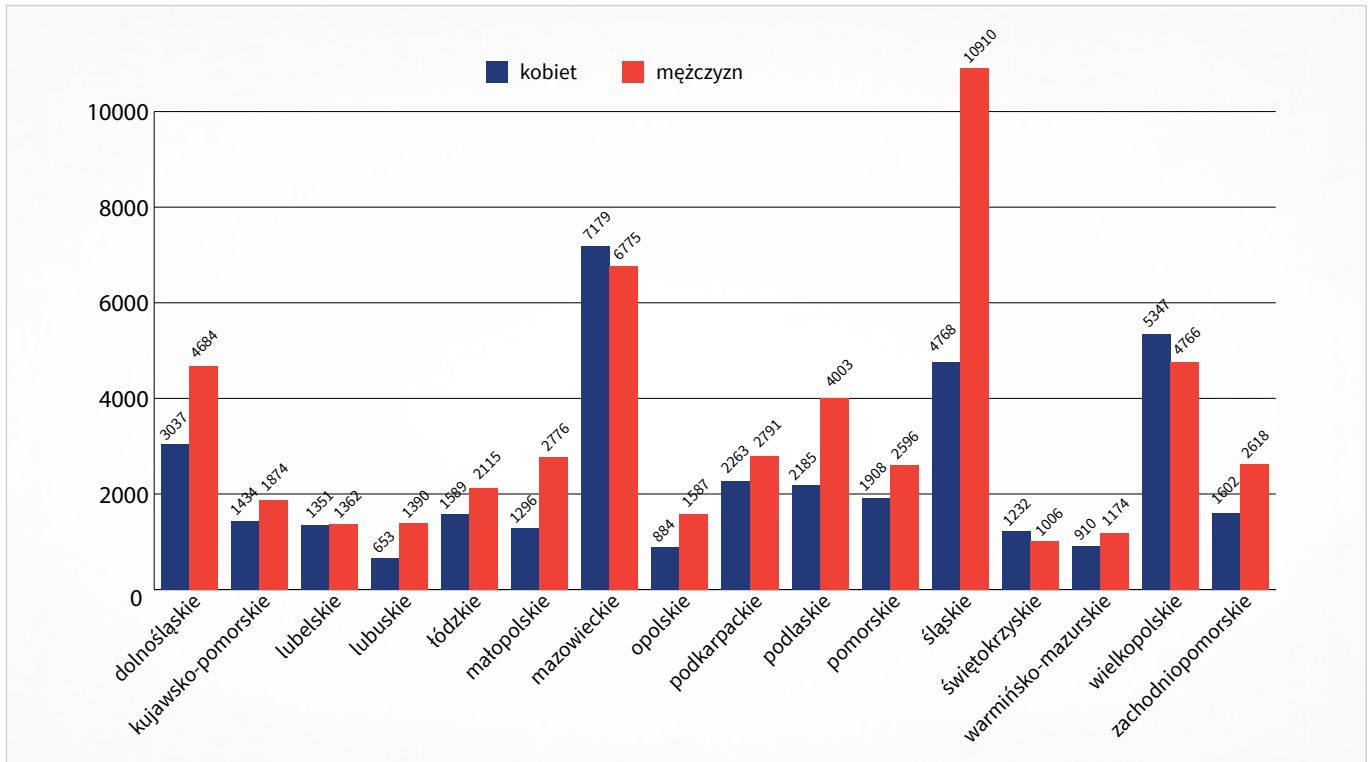
Wyk. 32. Zestawienie najistotniejszych nieprawidłowości stwierdzonych w skontrolowanych zakładach pracy w roku 2019 r.



Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowanego nadzoru nad warunkami pracy szczególny nacisk kładzie na występujące w środowisku pracy czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Ze względu na charakter skutków zdrowotnych temat ten jest realizowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną w sposób ciągły.

W 2019 r. przeprowadzono **3774** kontroli w **3 304** obiektach; liczba pracowników narażonych na czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym ogółem wyniosła **90 049**, w tym **37 638** kobiet i **52 427** mężczyzn (Wykres 4). Wydano **355** decyzji w zakresie nadzoru nad czynnikami o działaniu rakotwórczym/mutagennym.

Wyk. 33. Nadzór nad czynnikami rakotwórczymi/mutagennymi w roku 2019 r. – narażenie pracowników w poszczególnych województwach z rozgraniczeniem na stanowiska zajmowane przez kobiety i mężczyzn.



Kolejna grupa pracowników będąca pod szczególnym nadzorem pionu Higieny Pracy są stanowiska pracy na których występuje narażenie na szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy. W 2019 r. skontrolowanych zostało **10 640** zakładów pracy, a liczba pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne wynosiła ogółem **423 804**. Wydano **773** decyzji w zakresie nadzoru nad szkodliwymi czynnikami biologicznymi.

Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono następujące uchybienia:

- brak rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 – **252 zakłady**;
- brak oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne – **552 zakłady**;
- brak rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 – **245 zakładów**;
- brak stosownych procedur i instrukcji – **132 zakłady**;
- brak szkoleń pracowników – **105 zakładów**.

2. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest – na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2019 roku

Rządowy „Program oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” określa główne kierunki działania, potrzebne środki na jego realizację, a także podaje szacunkowe ilości wyrobów zawierających azbest w całym kraju oraz poszczególnych województwach, a także przewiduje zabezpieczenie wyrobów zawierających azbest bądź odpowiednio rozbiórki takich elementów, odpowiednio we właściwym czasie, w zależności od stopnia zniszczenia tych wyrobów. W ramach jego realizacji Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi nadzór nad przygotowaniem pracodawców pod kątem przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny podczas prac związanych z usuwaniem bądź zabezpieczaniem wyrobów zawierających azbest. Kontrolom

towarzyszyły również działania edukacyjne o potencjalnych skutkach zdrowotnych wynikających z narażenia na substancje niebezpieczne podczas wykonywania prac związanych z narażeniem na azbest w przypadku nie przestrzegania przepisów prawa z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

W **2019 r.** ewidencją pionu higieny pracy objętych zostało **488** firm zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest. Pracownicy pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2019 roku na terenie całego kraju **169** kontroli w siedzibach firm zajmujących się usuwaniem, zabezpie-

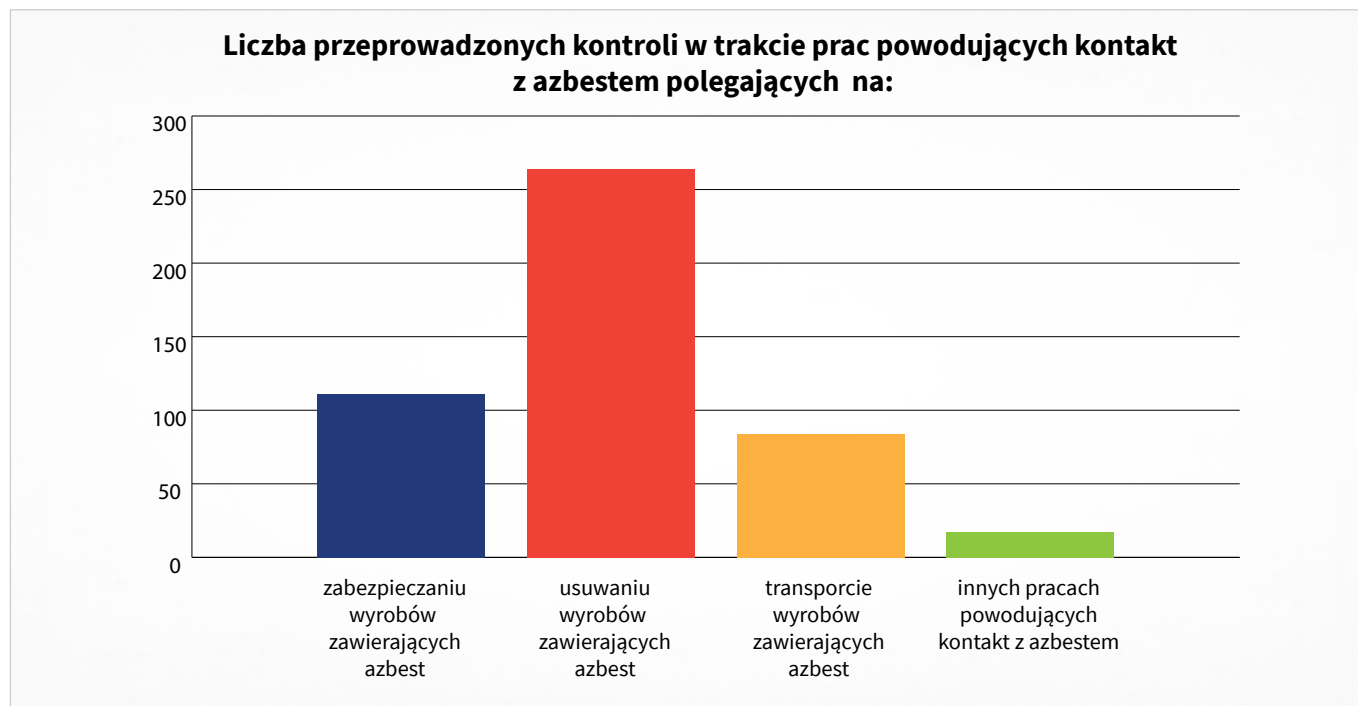


PROFESIONALNA CHEMIA BUDOVANIA

czaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest, oraz przeprowadzono **309** kontroli podczas prowadzonych prac powodujących kontakt z azbestem, dotyczących m.in.:

- prac polegających na zabezpieczaniu wyrobów zawierających azbest – **111** kontroli;
- prac polegających na usuwaniu wyrobów zawierających azbest – **264** kontroli;
- prac polegających na transporcie wyrobów zawierających azbest – **84** kontroli;
- podczas innych prac powodujących kontakt z azbestem – **17** kontroli.

Wyk. 34. Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w roku 2019.



Najczęściej stwierdzane uchybienia sanitarnohigieniczne stwierdzone podczas przeprowadzonych działań kontrolnych dotyczyły braku:

- przekazywania do właściwego PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – **w 6 firmach;**
- rejestru prac, których wykonanie powoduje konieczność kontaktu z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym – **w 15 firmach;**
- rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym – **w 16 firmach;**
- oceny i udokumentowania ryzyka zawodowego – **w 9 firmach;**
- planu usuwania wyrobów zawierających azbest – **w 6 firmach;**
- wyposażenia pracowników w odpowiednią odzież i obuwie robocze oraz środki ochrony indywidualnej stosownie do rodzaju i stopnia narażenia – **w 9 firmach;**
- aktualnych orzeczeń lekarskich, stwierdzających brak przeciwwskazania do pracy na określonym stanowisku – **w 3 firmach;**
- przeszkolenia pracowników i osób kierujących lub nadzorujących w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z zabezpieczaniem lub usuwaniem wyrobów albo innych materiałów zawierających azbest – **w 6 firmach;**
- zezwolenia, pozwolenia, decyzji, zatwierdzenia programu gospodarowania odpadami niebezpiecznymi – **w 6 firmach.**

W przypadkach, w których stwierdzono naruszenie wymagań higieniczno-sanitarnych, zostało wszczęte postępowanie administracyjne mające na celu wyegzekwowanie od pracodawców wszystkich obowiązków wynikających z przepisów jw. w zakresie objętym kontrolą sanitarną. W 2019 r. wydano łącznie **17** decyzji administracyjnych, które obejmowały w sumie **42** nakazów. Nałożono **4** mandaty karne na łączną kwotę: **650 PLN.**

W 2019 r. stwierdzono prawomocną decyzją **132** przypadków chorób zawodowych spowodowanych pracą w kontakcie z azbestem, w tym:

- pylica płuc azbestowa – **93**,
- Rozległe zgrubienia opłucnej – **19**,
- Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu: rozległe blaszki opłucnej lub osierdzia – **4**
- Rak płuc lub oskrzela – **10**,
- Międzybłonniak opłucnej lub osierdzia – **6**

3. Choroby zawodowe

W 2019 r. postępowania administracyjne w sprawie chorób zawodowych prowadzone były na podstawie przepisów określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r., poz.1367) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2013 r., poz. 1379).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r. wpłynęło łącznie **4 902** podejrzeń o chorobę zawodową (w 2018 r. – **4 802**, w 2017 r. – **4 864**). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały **2 131** decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz **1 885** decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

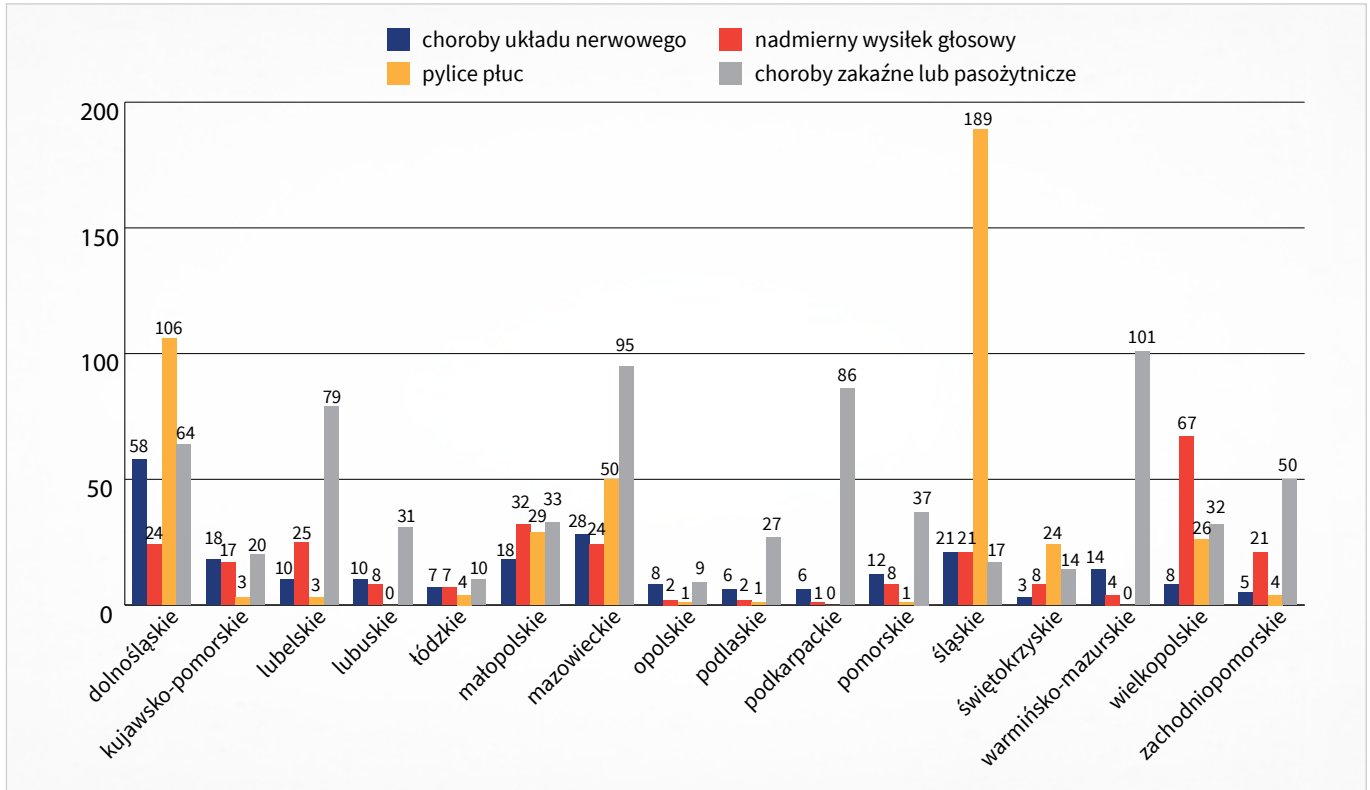
Łącznie w 2019 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono **2 059** chorób zawodowych (2018 r. - **1 993**), z czego w woje-

wództwach: dolnośląskim – **315**, śląskim –**282**, mazowieckim – **251**. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: opolskim – **25** i podkarpackim – **43** oraz łódzkim – **45** przypadków.

W roku 2019 r. dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze - **705** przypadków (porównując w 2018 r. – **650** przypadków), następnie pylica płuc - **441** przypadków (w 2018 r. **338** przypadków). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym rozpoznano schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym - **271** przypadki (w 2018 r. – **284** przypadki). Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie **232** przypadków klasyfikują się na miejscu czwartym (w 2018 r. – **206** przypadków). Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy znalazły się na piątym miejscu i wystąpiły w liczbie **89** przypadków. W grupie: choroby zakaźne lub pasożytnicze dominowała borelioza – **639** przypadków.



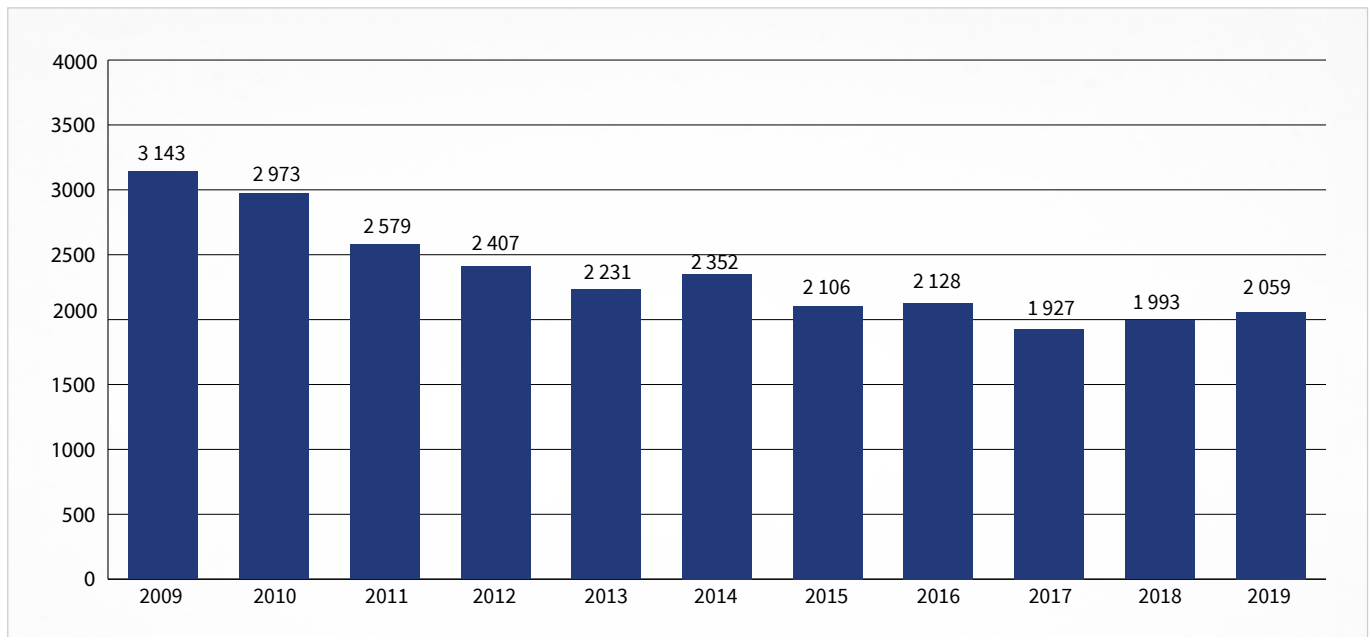
Wyk. 35. Zestawienie najczęściej występujących chorób zawodowych stwierdzonych w 2019 r. w kraju, z podziałem na województwa



Szczegółowe dane dotyczące stwierdzonych chorób zawodowych opracowywane są przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w ramach Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych i opracowy-

wanie analiz kształtowania się zapadalności na te choroby. Rejestr jest tworzony na podstawie kart stwierdzenia chorób zawodowych przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarno-epidemiologicznych, po uprawnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Wyk. 36. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych z ostatnich 10 lat (w latach 2009 – 2019).



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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2019 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili **130 150** oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych (porównując w 2018 r. – **144 994** oznaczeń), dokonując przy tym kontroli i oceny **46 126** stanowisk pracy (porównując w 2018 r. oceniono **40 003** stanowiska pracy).

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

Tab. 20. Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych w roku 2019

Czynniki szkodliwe i uciążliwe	Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych
Substancje chemiczne	13 113
Biologiczne	577
Mikroklimat gorący	681
Mikroklimat zimny	230
Mikroklimat umiarkowany	1 116
Hałas	72 827
Drgania	12 049
Oświetlenie	17 346

5. Podsumowanie

Pracownicy pionu higieny pracy wykonując zadania z zakresu poprawy warunków pracy, w 2019 roku zrealizowali **53 716** kontroli w zakładach pracy zatrudniających **2 347 661** pracowników. Następstwem przeprowadzonych działań kontrolnych było wydanie **13 081** decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych.

Największy odsetek uchybień w skontrolowanych zakładach pracy stanowił brak aktualnych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – **12,3 %** (w 2018 r. – **12,7 %**). Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono w **4 858** skontrolowanych podmiotach (porównując w 2018 r. liczba ta wynosiła **4 284** podmioty).

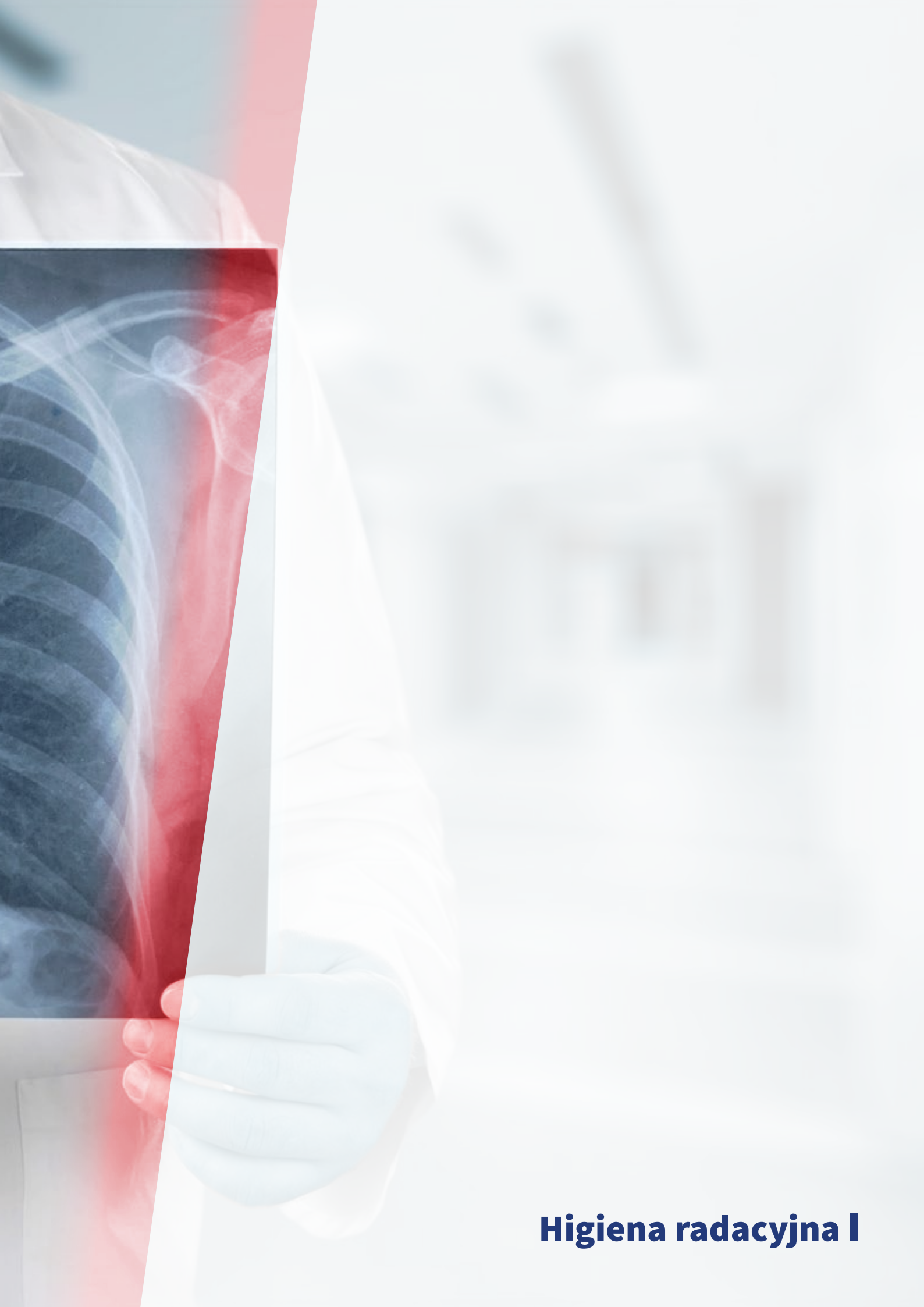
W 2019 r. w zakresie nadzoru nad chemikaliami stwierdzono, w porównaniu z rokiem poprzednim objętym sprawozdawczością, spadek liczby kontroli w obszarze nadzoru nad produktami biobójczymi do **2 383** kontroli (o 24 kontrole), oraz spadek kontroli w zakresie substancji chemicznych i ich mieszanin do **4 256** kontroli (o 64 kontrole).

W porównaniu z rokiem 2018 w roku bieżącym odnotowano wzrost liczby stwierdzonych chorób zawodowych o **66** przypadków (podobnie było porównując lata 2017-2018).

Realizacja zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie kompetencji pionu higieny pracy przyczyniła się do poprawy warunków pracy oraz zwiększenia poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników, a także świadomości pracodawców.







Higiena radacyjna I

1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna, zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, działalność w zakresie higieny radiacyjnej realizuje poprzez szesnastu Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych.

Oddziały higieny radiacyjnej realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego prowadząc nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników w podmiotach stosujących źródła promieniowania jonizującego w celach medycznych oraz w podmiotach stosujących źródła promieniowania niejonizującego elektromagnetycznego. Ponadto realizują zadania polegające na ochronie populacji i środowiska przed promieniowaniem jonizującym, elektromagnetycznym i skażeniami promieniotwórczymi o poziomach wyższych niż dopuszczalne.

Główny Inspektor Sanitarny oraz Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni prowadzą nadzór nad działalnością związaną z narażeniem w celach medycznych poprzez wydawanie zgód na udzielanie świadczeń medycznych zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (art. 33d ust., a od 23 września 2019 r. art. 33p ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*¹), zgód na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (art. 33e ust. 1, a od 23 września 2019 r. art. 33q ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*) oraz zezwoleń na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych

oraz uruchamianie pracowni stosujących takie aparaty (art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*).

W ramach realizacji zadań w zakresie higieny radiacyjnej Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa,
- postępowania administracyjne,
- ocenę wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne,
- kontrole przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-lecznym, w tym kontrolę jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów osłon stałych nowych lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- działalność opiniotwórczą i informacyjną w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem,
- wykonywanie pomiarów skażeń elementów środowiska w ramach podstawowych placówek pomiarów skażeń promieniotwórczych,
- udział w realizacji wojewódzkich planów postępowania awaryjnego w przypadku
- zaistnienia zdarzenia radiacyjnego o zasięgu wojewódzkim.

2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie nadzoru nad aparatami rentgenowskimi do celów medycznych przyczyniają się do poprawy jakości pracy tych urządzeń, co ma istotny wpływ na ochronę radiologiczną pacjentów i optymalizację badań oraz zabiegów.

W 2019 r. zewidencjonowano 17634 jednostki prowadzące działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w tym 13265 pracowni rentgenowskich, 4261 jednostek organizacyjnych bez pracowni rentgenowskich oraz 108 ambulansów. W wyżej wymienionych jednostkach zatrudniano 45926 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej w 2019 r. przeprowadzono 4837 kontroli w jednostkach prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. W wyniku przeprowadzonych kontroli wydano 266 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych, w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, nieprawidłowości.

W 2019 r. wydano 2697 zezwoleń na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich oraz 1543 zezwolenia na uruchomienie pracowni.

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1792 z późn. zm.



Zgodnie z ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. *w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych*², w 2019 r. Główny Inspektor Sanitarny powołał 62 komisje egzaminacyjne. W wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano 777 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

Nowelizacja³ ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* przewiduje, że Główny Inspektor Sanitarny powołuje i od-

wołuje komisję egzaminacyjną w zakresie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w składzie od 100 do 120 osób oraz wyznacza przewodniczącego komisji spośród członków komisji (nowy art. 7¹ ust. 2). W dniu 23 września 2019 r. Główny Inspektor Sanitarny powołał 117 osób do składu ww. komisji, a w dniu 14 października 2019 r. wyznaczył Przewodniczącego tej komisji. Ponadto w nowelizacji ustawy wskazano, że koszty egzaminu ponosi się w formie opłaty stanowiącej dochód budżetu państwa wnoszony na rachunek właściwego organu, w tym przypadku Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Pierwsze egzaminy dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej zgodnie z „nowymi zasadami”⁴ odbyły się w 2020 r.

² Dz. U. poz. 1534

³ Dnia 23 września 2019 r. wszedł w życie art. 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. *o zmianie ustawy - Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1593) wprowadzający zmiany w ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*.

⁴ Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. *o zmianie ustawy - Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej* do spraw wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe

3. Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej pacjenta reguluje ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* 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 rentgenowskiej (w roku ubiegłym Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonała 683 testy jakości aparatów rentgenowskich), sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury rentgenowskiej. Łącznie w 2019 r. wykonano 2676 pomiarów przy aparatach rentgenowskich.

W roku 2019 Główny Inspektor Sanitarny powołał 213 komisji egzaminacyjnych do przeprowadzenia egzaminów dla osób, które ukończyły szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta. Osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów leczniczych przy użyciu promieniowania jonizującego były obowiązane do podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta.

W celu wykonania ww. obowiązku osoby wykonujące badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie, z zastosowaniem promieniowania jonizującego, a także osoby nadzorujące ich wykonywanie, do dnia 22 września 2019 r. były zobowiązane do podnoszenia swoich kwalifikacji poprzez ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zdanie egzaminu i uzyskanie certyfikatu potwierdzającego jego zdanie, natomiast od dnia 23 września 2020 r. ww. osoby są obowiązane uzyskać co najmniej 20 punktów szkoleniowych w ciągu kolejnych 5 lat (art. 33n ust. 2 ustawy *Prawo atomowe*).

Tab. 21. Możliwości podnoszenia kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta

Lp.	Wskazane w ustawie <i>Prawo atomowe</i> możliwości stałego podnoszenia kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta	Liczba punktów szkoleniowych
1.	Ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, kończącego się wewnętrznym egzaminem i uzyskaniem certyfikatu potwierdzającego ukończenie tego szkolenia oraz zdanie egzaminu	20
2.	Ukończenie innego niż wskazane w pkt 1 szkolenia obejmującego tematykę ochrony radiologicznej, bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych, medycznych zastosowań promieniowania jonizującego lub metod i procedur badań parametrów technicznych urządzeń radiologicznych oraz uzyskanie zaświadczenia o ukończeniu każdego z tych szkoleń	1 punkt szkoleniowy za każdą godzinę ¹⁾ ukończonego szkolenia
3.	Udział w krajowych lub międzynarodowych kongresach, zjazdach, konferencjach lub sympozjach naukowych poświęconych zagadnieniom obejmującym tematykę ochrony radiologicznej, bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych, medycznych zastosowań promieniowania jonizującego lub metod i procedur badań parametrów technicznych urządzeń radiologicznych	5 ²⁾
4.	Wygłoszenie wykładu lub wystąpienia w zakresie zagadnień obejmujących tematykę ochrony radiologicznej, bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych, medycznych zastosowań promieniowania jonizującego lub metod i procedur badań parametrów technicznych urządzeń radiologicznych, na krajowym lub międzynarodowym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym	10 ^{2) 3)}

1) Godzina szkolenia wynosi 60 minut.

2) Punkty szkoleniowe dotyczące jednego wydarzenia nie sumują się.

3) Punkty szkoleniowe za wygłoszenie wykładu lub wystąpienia o tej samej treści mogą być przyznane tylko raz.

Główny Inspektor Sanitarny, na podstawie upoważnienia Ministra Zdrowia opracował oraz procedował w 2019 r. *rozporządzenie ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta*⁵, określające:

1) ramowy program szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta oraz wzór certyfikatu potwierdzającego ukończenie szkolenia i zdanie egzaminu;

2) zakres tematyczny szkolenia obejmującego tematykę ochrony radiologicznej, bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych, medycznych zastosowań promieniowania jonizującego lub metod i procedur badań parametrów technicznych urządzeń radiologicznych oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu każdego z tych szkoleń.

4. Zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych

Główny Inspektor Sanitarny oraz Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni wydali w 2019 r. 342 zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych.

Główny Inspektor Sanitarny wydał 17 zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych.

Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni wydali 325 zgód w tym: 254 z zakresu rentgenodiagnostyki, 6 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych, 4 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radiofarmaceutycznych oraz 61 z zakresu radiologii zabiegowej.

V. Radon

Dnia 23 września 2019 r. wszedł w życie art. 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. *o zmianie ustawy - Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej*, wprowadzający zmiany w ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*. Celem wskazanej nowelizacji było m.in. wdrożenie do polskiego systemu prawnego przepisów dyrektywy Rady 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiającej podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającej dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom.

W ww. ustawie ustalono poziom odniesienia dla średniorocznego stężenia promieniotwórczego radonu w powietrzu: w miejscach pracy wewnątrz pomieszczeń oraz w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi, w wysokości 300 Bq/m³ (bekereli na metr sześcienny).

Biorąc pod uwagę możliwość przenikania radonu z gruntu do miejsc pracy znajdujących się w budynkach, w art. 23c ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* wskazano miejsca, w których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu w znacznej liczbie

budynków może przekroczyć poziom odniesienia, zobowiązując jednocześnie ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekraczać poziom odniesienia. Główny Inspektor Sanitarny, na podstawie upoważnienia Ministra Zdrowia opracował oraz procedował projekt *rozporządzenia w sprawie terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć poziom odniesienia*. Prace legislacyjne nad ww. rozporządzeniem zostały zakończone w lutym 2020 r.

Istotny wpływ na poziom stężenia promieniotwórczego radonu w budynku ma wartość potencjału radonowego terenu, na którym budynek się znajduje. Główny Inspektor Sanitarny otrzymał dodatkowe zadanie, polegające między innymi na identyfikacji terenów, na których w znacznej liczbie budynków poziom średniorocznego stężenia promieniotwórczego radonu w powietrzu może przekroczyć poziom odniesienia, tj. 300 Bq/m³. W ramach realizacji tego zadania w 2019 r. Główny Inspektor Sanitarny zwrócił się do, wskazanych w ustawie z dnia 13 czerwca 2019 r. *o zmianie*

⁵ Dz. U. poz. 390



ustawy - Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej, instytutów badawczych⁶ o przekazanie wyników działań prowadzonych przez te instytuty, przed wejściem w życie ww. ustawy, mających na celu identyfikację ww. terenów. Realizacja tego zadania jest kontynuowana w 2020 r.

Ponadto zgodnie z art. 23f ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym został zobowiązany do opracowania krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy, zwany dalej „krajowym planem działania”. Opracowanie wskazanego powyżej krajowego planu działania zostało powierzone przez Ministra Zdrowia Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

Na podstawie art. 7 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o *Radzie Ministrów*⁷ Minister Zdrowia na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego powołał zarządzeniem z dnia 14 grudnia 2019 r. Zespół do spraw krajowego planu działania w przypadku narażenia na radon⁸, który został zobowiązany do opracowania projektu krajowego planu działania, współpracy przy jego wdrażaniu oraz dokonywania jego przeglądu nie rzadziej, niż co 4 lata. Prace nad projektem ww. dokumentu obejmowały szczegółową analizę aktów prawnych odnoszących się do wskazanej tematyki, stanowisk i opinii podmiotów, do których zwrócono się o ich przekazanie, jak również publikacji naukowych oraz krajowych planów narażenia na radon wybranych Państw Członkowskich Unii Europejskiej (Irlandia, Czechy) oraz Wielkiej Brytanii. Prace nad opracowaniem projektu krajowego planu działania są kontynuowane w 2020 r.

6. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r. koncentrowały się wokół wypełnienia przez podmioty stosujące źródła pola elektromagnetycznego obowiązków nałożonych rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z narażeniem na pole elektromagnetyczne⁹, tzn. w zakresie promieniowania niejonizującego (elektromagnetycznego) nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęte były źródła wykorzystywane m.in. w ochronie zdrowia, przemyśle, telekomunikacji i łączności oraz nauce.

W ochronie zdrowia w 2406 zakładach użytkowanych było łącznie 10231 aparatów (rezonanse magnetyczne, urządze-

nia do elektrochirurgii, diatermie krótkofalowe i inne). W 567 zakładach przemysłowych eksploatowanych było 5069 urządzeń wytwarzających pola elektromagnetycznego (piece indukcyjne, zgrzewarki dielektryczne i punktowe, urządzenia do spawania, elektrodrażarki i defektoskopy magnetyczne). W radiokomunikacji i łączności w 189 obiektach eksploatowane były 3443 nadajniki radiofoniczne i telewizyjne.

W roku 2019 przeprowadzono 779 kontroli w podmiotach stosujących źródła pola elektromagnetycznego, z czego 502 kontrole odbyły się w zakładach ochrony zdrowia. Liczba osób zatrudnionych przy urządzeniach będących źródłem pól elektromagnetycznych w 2019 r. wynosiła 60895 z czego m.in. w ochronie zdrowia – 45286.

⁶ Centralnego Laboratorium Ochrony Radiologicznej w Warszawie; Głównego Instytutu Górnictwa w Katowicach; Instytutu Fizyki Jądrowej imienia H. Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk w Krakowie; Instytutu Techniki Budowlanej w Warszawie; Instytutu Medycyny Pracy imienia prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi; Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie; Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 1171

⁸ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 103

⁹ Dz. U. z 2018 r., poz. 331





**Higiena procesów nauczania,
wychowania oraz wypoczynku
i rekreacji dzieci i młodzieży**

Jednym z priorytetów działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego jest czuwanie nad bezpieczeństwem sanitarnym warunków pobytu i aktywności dzieci oraz młodzieży. Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących¹:

higieny pomieszczeń i wymagań w stosunku do sprzętu używanego w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach wyższych oraz ośrodkach wypoczynku, higieny procesów nauczania.

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór sanitarny na placówkami dla dzieci i młodzieży przeznaczonymi zarówno na pobyt dzienny, jak i całodobowy, dla których

warunki i zasady funkcjonowania określają następujące akty prawne:

- ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3²* – w odniesieniu do żłobków i klubów dziecięcych,
- ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. *Prawo oświatowe³* – w odniesieniu do przedszkoli, innych form wychowania przedszkolnego, szkół,
- ustawa z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* – w odniesieniu m. in. do miejsc wypoczynku dzieci i młodzieży⁴,
- ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce⁵* – w odniesieniu do uczelni oraz szkół wyższych,
- ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej⁶* – w odniesieniu do m.in. placówek wsparcia dziennego, pogotowia opiekuńczo-wychowawczego, domów dziecka.

1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży

W roku 2019 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się ogółem **44 494 placówki** opieki, wychowania, nauki oraz wypoczynku i rekreacji. Katalog placówek objętych nadzorem obejmował:

- żłobki, kluby dziecięce,
- przedszkola, inne formy wychowania przedszkolnego,
- szkoły wszystkich typów, w tym szkoły wyższe,
- placówki kształcenia ustawicznego,
- warsztaty szkolne, centra szkolenia zawodowego,
- placówki wsparcia dziennego,
- placówki wychowania pozaszkolnego, np: młodzieżowe domy kultury i pałace młodzieży, międzyszkolne ośrodki sportowe, ogniska pracy pozaszkolnej, ogrody jordanowskie,
- pozaszkolne placówki specjalistyczne,
- placówki z pobytem całodobowym, np.:
- domy studenckie, bursy i internaty, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, spe-

cialne ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze, domy pomocy społecznej,

- placówki wypoczynku i rekreacyjne, np.: domy wczasów dziecięcych, „zielone/białe szkoły”, schroniska młodzieżowe.

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły **40 256** kontroli sanitarnych w **28 117** placówkach, z których korzystało łącznie **4 607 499** dzieci i młodzieży. Niektóre obiekty skontrolowano więcej niż 1 razy w roku.

Większość kontroli została przeprowadzona w sposób planowy, jedynie nieznaczny odsetek – 3,7 % (1535) wszystkich stanowiły kontrole o charakterze interwencyjnym, podjęte w rezultacie zgłoszenia lub interwencji w sprawie naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych bądź podejrzenia, że na terenie placówki nie zostały zapewnione dzieciom i młodzieży bezpieczne i higieniczne warunki pobytu.

Tab. 22. Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2017–2019

Rok sprawozdawczy	Liczba placówek będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba skontrolowanych placówek
2017	44 717	44 644	30 634
2018	44 145	41 077	28 482
2019	44 494	40 256	28 117

¹ Art. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59, z późn. zm)

² Dz.U. z 2020 r. poz. 326, z późn. zm.

³ Dz.U. z 2020 r. poz. 910

⁴ Dz.U. 2019 r. poz. 1481, z późn. zm

⁵ Dz.U. z 2020 r. poz. 85, z późn. zm.

⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 821

2. Stan sanitarny budynków lub ich części, w których funkcjonują placówki opieki, wychowania i nauczania dla dzieci i młodzieży

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach przeprowadzonych czynności kontrolnych w placówkach nauczania i wychowania dzieci i młodzieży stwierdziły nieprawidłowości natury sanitarnej ogółem:

w 941 placówkach, które stanowiły 3,3% spośród 28 117 skontrolowanych obiektów, wykazując uchybienia w następujących trzech zakresach:

1. sanitarno-higienicznym i technicznym, występujących jednocześnie - w 38,5% skontrolowanych placówek,
2. wyłącznie sanitarno-higienicznym – w 31,1% skontrolowanych placówek,
3. wyłącznie technicznym – 30,4% skontrolowanych placówek.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w trakcie kontroli podejmowały następujące działania zmierzające do wyeliminowania wykazanych uchybień natury sanitarnej:

- w odniesieniu do uchybień wymagających nakładu sił i środków (np. remont, wymiana urządzeń) nakładano obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w drodze decyzji administracyjnej;
- egzekwowano wykonanie obowiązku poprzez kontrole sprawdzające, a w sytuacji niewykonania decyzji wdrażano postępowanie egzekucyjne w administracji;
- w odniesieniu do uchybień, które można było usunąć na bieżąco lub małym nakładem środków w krótkim czasie, odnotowywano w protokole warunki i termin usunięcia nieprawidłowości, a tam gdzie przepisy prawa to przewidują, nakładano grzywnę w drodze mandatu.



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

Zaplecze sanitarne to ustępy (toalety) i łazienki, które służą przede wszystkim utrzymaniu higieny osobistej dzieci i młodzieży w czasie pobytu na terenie placówek opiekuńczych, wychowawczych i nauki, a także wypoczynku i rekreacji. Zapewnienie w placówkach prawidłowych warunków higienicznosanitarnych zaplecza sanitarnego i jego wyposażenia jest jednym z elementów profilaktyki. Bieżąca czystość, dobry stan techniczny powierzchni, instalacji, wentylacja, podłączenie do instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej, wyposażenie w wystarczającą liczbę urządzeń sanitarnych w odniesieniu do liczby osób korzystających oraz zapewnienie środków higieny osobistej składają się na podstawowe standardy higieniczne.

Spośród 28 043 obiektów, skontrolowanych w 2019 r. pod kątem gospodarki wodno-ściekowej:

- **27 309 (97,4%)** placówek było podłączonych do wodociągu miejskiego/ gminnego;
- **733** placówek korzystało z własnego ujęcia wody, co stanowiło 2,6% skontrolowanych obiektów;
- **23 195** obiektów było podłączonych do sieci kanalizacyjnej centralnej (miejskiej/gminnej), co stanowi **82,7%** placówek skontrolowanych;
- w **4 851** obiektach stwierdzono brak podłączenia do sieci kanalizacyjnej (**17,3%** skontrolowanych obiektów) z czego:
 - **3 944** placówki posiadały zbiorniki bezodpływowe (szamba);
 - **895** placówek - własne oczyszczalnie ścieków;
- w **437** obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie w odniesieniu do liczby urządzeń sanitarnych);

- **4** placówki spośród wszystkich skontrolowanych korzystały z ustępów zewnętrznych, jednakże liczba takich placówek maleje z roku na rok i wynosiła: 12 w 2016 r., 6 w 2017 r. i 5 w 2018 r.

W 96,7% skontrolowanych obiektów, tj. w 27 110 placówkach, nie stwierdzono uchybień w zakresie warunków do utrzymania higieny osobistej. Stwierdzono natomiast następujące uchybienia:

- **76** placówek wykazało brak bieżącej ciepłej wody;
- **45** placówek wykazało brak wyposażenia w środki higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, mydła w płynie w dozownikach, ręczników papierowych do suszenia rąk) wraz z dostępem do ciepłej bieżącej wody, stwarzając należyte pod względem higienicznym i zdrowotnym warunki do utrzymania higieny osobistej uczniów,
- **592** obiekty wykazywały niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- **107** placówek wykazało zaniedbania dotyczące bieżącego stanu sanitarno-higienicznego.

W związku z uchybieniami dotyczącymi niezapewnienia właściwego stanu sanitarno-higienicznego toalet, w tym sprawności technicznej armatury oraz wyposażenia w środki higieniczne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2019:

- wydały **583** decyzje administracyjne,
- wydały **134** zalecenia pokontrolne,
- nałożyły **125** mandatów karnych na łączną kwotę **31 850 zł**.

4. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży

Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, systematycznie przeprowadzała w przedszkolach i szkołach ocenę dostosowania mebli szkolnych do wymagań ergonomii zgodnie z obowiązującą normą oraz wyposażenia placówek w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy.

Celem przeprowadzonej oceny była eliminacja występujących nieprawidłowości oraz propagowanie zasad prawidłowego doboru mebli wśród dzieci i młodzieży, nauczycieli, jak i wychowawców.

W 2019 r. roku nadzorem objęto **22 209** placówek, czyli **64,6%** spośród ujętych w ewidencji, pod kątem oceny wy-

posażenia i przystosowania mebli szkolnych dla potrzeb dzieci i młodzieży. W wyniku dokonanej oceny stwierdzono, że **105** placówek (tj. **0,5%** spośród skontrolowanych obiektów) posiada meble zakupione przed 1997 rokiem, natomiast meble zakupione po 1997 roku bez certyfikatów posiadało **75** placówek (**0,3%**).

Odsetek mebli bez certyfikatów, zakupionych po 1997 r., kształtował się następująco:

- **do 25%** mebli z certyfikatami posiadało **249** placówek (**1,1%**);
- **do 50%** mebli z certyfikatami posiadało **936** placówek (**4,24%**);



- **powyżej 50%** mebli z certyfikatami posiadało **5.355** placówek (**24,1%**);
- **100%** mebli z certyfikatami posiadało **16.510** placówek (**74,3%**).

Placówki, które nie posiadają stosownych dokumentów potwierdzających prawidłową jakość mebli, na ogół dysponują wyposażeniem otrzymanym z darowizn lub z likwidowanych podmiotów. Meble nieposiadające certyfikatów są utrzymane w dobrym stanie technicznym, oznakowane i dostosowane do wzrostu uczniów. Według zapewnień dyrektorów placówek, w miarę pozyskiwanych środków finansowych stare meble sukcesywnie wymienia się na nowe. Z roku na rok obserwuje się systematyczną poprawę jakości mebli w placówkach. Największy odsetek mebli certyfikowanych posiadają przedszkola i szkoły podstawowe.

Podczas kontroli w roku 2019 przeprowadzano ocenę poprawności rozmieszczenia dzieci i uczniów w ławkach i przy stolikach, zgodnie z obowiązującymi normami. Obowiązek ten nie dotyczył mebli i innych elementów wyposażenia nabytych przed 1997 rokiem.

Spośród **21 024** placówek skontrolowanych, w **7432** placówkach ocenie poddano dostosowanie mebli do wzrostu uczniów i przedszkolaków (łącznie **412 400** stanowisk). Nieprawidłowości w ww. zakresie stwierdzono w **358** placówkach i dotyczyły one **5773** stanowisk dla przedszkolaków i uczniów.

Dokonano oceny urządzeń i sprzętu sportowego w **27 100** placówkach, spośród **41 501** ujętych w ewidencji (co stano-

wi około **65,3%**). Część szkół nie posiadała własnego zaplecza sportowego, a zajęcia z wychowania fizycznego odbywały się w sąsiednich szkołach na zasadzie wynajmu.

Sprzęt sportowy zakupiony przed 1997 r. stwierdzono w **346** placówkach (co stanowi około **1,3%** skontrolowanych obiektów), natomiast brak certyfikowanych urządzeń i sprzętu sportowego stwierdzono w **162** placówkach (tj. około **0,6%**).

Brak certyfikowanego sprzętu i urządzeń wynikał najczęściej z faktu, że szkoły nadal użytkują sprzęt zakupiony przed 1997 r., który utrzymywany jest w dobrym stanie technicznym, zapewniającym bezpieczne korzystanie podczas zajęć. Odsetek skontrolowanych placówek wyposażonych w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy był następujący:

- **do 25%** urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami posiadało **399** placówek (**1,5%**);
- **do 50%** urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami posiadało **1 083** placówki (**4%**);
- **powyżej 50%** urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami posiadało **3 509** placówek (**12,9%**);
- **100%** urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami posiadało **19 385** placówek (**71,5%**).

Według ocen z poprzednich lat, odsetek sprzętu sportowego i urządzeń z certyfikatami powoli, ale sukcesywnie rośnie. Największy odsetek urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami posiadają przedszkola i szkoły podstawowe.



5. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne i higieniczna ocena rozkładów zajęć lekcyjnych w placówkach

W trosce o stan zdrowia uczniów został wprowadzony prawny obowiązek zapewnienia uczniom miejsca na pozostawienie w placówkach podręczników i przyborów szkolnych. Zbyt duże obciążenie uczniów ciężarem tornistrów/plecaków szkolnych może powodować nasilenie bólu pleców, zmniejszenie pojemności płuc, sprzyjać kształtowaniu nieprawidłowej statyki ciała i w efekcie prowadzić do skrzywienia kręgosłupa.

Liczba placówek, która zapewniła uczniom miejsca na pozostawienie w szkole części podręczników i przyborów szkolnych w roku 2019 wynosiła **11 507**, spośród **20 325** skontrolowanych, co stanowi **56,6%**. Z powyższego obowiązku w roku 2019 najlepiej wywiązały się szkoły podstawowe.

W 2019 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna dokonała również oceny rozkładów zajęć lekcyjnych pod względem higienicznym. Podczas czynności kontrolnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracały szczególną uwagę na stałą porę rozpoczynania zajęć lekcyjnych, z nie większą od 1 godziny różnicą czasu rozpoczynania zajęć w poszczególnych dniach tygodnia, jak również różnicę liczby godzin lekcyjnych w kolejnych dniach tygodnia - nie większą od 1 godziny. Dodatkowo, zwracano uwagę na fakt, że prawidłowo skonstruowany plan lekcji musi uwzględniać potrzebę wypoczynku między lekcjami. Czas trwania przerwy międzylekcyjnej powinien umożliwić uczniom krótki odpoczynek, dlatego też przerwa powinna trwać co najmniej 10 minut. Zaleca się również jedną przerwę

20 minutową, która m.in. umożliwi uczniowi spożycie posiłku (zamiennie dopuszcza się dwie przerwy 15 min.).

Nieprawidłowości w powyższym zakresie wykazano w **680** placówkach spośród 9403 skontrolowanych, co stanowi **7,2%**.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2019 r. zaangażowana była również w działania dotyczące oceny ciężaru tornistrów szkolnych, uczestnicząc m.in. w akcji pn. *Październik Miesiącem Ważenia Tornistrów*. Właściwie dobrany tornister korzystnie wpływa na kształtowanie prawidłowej postawy ciała u dzieci i młodzieży. Według obowiązujących zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie tornistrów szkolnych:

- ciężar tornistra wraz z zawartością nie powinien przekraczać od 10 do 15% wagi ucznia,
- jego ciężar powinien być rozłożony symetrycznie,
- długość szelek powinna umożliwić swobodne wkładanie i zdejmowanie, jednocześnie zapewniając jak najlepsze przyleganie tornistra do pleców,
- zalecane jest dodatkowe zapięcie spinające szelki z przodu klatki piersiowej,
- tornister należy nosić na obu ramionach,
- konieczne jest kontrolowanie przez rodziców zawartości tornistra, aby zapobiec zabieraniu przez uczniów zbędnych ciężarów.

6. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pobytu dzieci i młodzieży w szkołach, kontrolami objęto również warunki sanitarno-higieniczne prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Ocenie poddano m. in. posiadaną przez placówkę infrastrukturę sportową oraz stan sanitarno-techniczny zaplecza sportowego.

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2019 r. w **12 041** szkołach ustalono, że z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego wraz z boiskiem, w skład którego wchodzi jedna lub dwie sale sportowe oraz pomieszczenia pomocnicze, tj. przebieralnie, natryskownie, ustępy, przechowalnie sprzętu sportowego, gabinet wychowania fizycznego – pokój nauczycieli, mogli korzystać uczniowie **5144** szkół, co stanowi **42,7%** wszystkich skontrolowanych placówek. Zespoły sportowe bez boiska posiadało natomiast **541** placówek.

W **780** skontrolowanych szkołach odnotowano, że pomimo posiadania infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania

fizycznego prowadzono również na korytarzach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku **921** placówek, co stanowi **7,7%** placówek skontrolowanych.

Podczas kontroli oceniano również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach sportowych – tylko w **148** szkołach uczniowie korzystali z natrysków po każdych zajęciach sportowych.

93 szkoły posiadały nieczynne natryski (nieudostępnione do użytku dla uczniów), a w **2156** placówkach natryski nie były używane - pomieszczenia natryskowni często były wykorzystywane na inne cele, np. magazynowe.

Pomimo poprawy w ostatnich latach, nadal istnieje problem z zapewnieniem dzieciom i młodzieży właściwych warunków do utrzymania higieny osobistej w placówkach nauczania i wychowania. Dlatego też należy nadal podejmować działania służące umożliwianiu korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach wychowania fizycznego.



7. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W 2019 roku, w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej, zarejestrowano **35 395** turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży. W ramach wypoczynku dzieci i młodzieży podejmowano działania profilaktyczne i prewencyjne zmierzające do zapewnienia bezpiecznego wypoczynku

Warunki sanitarno-higieniczne skontrolowano podczas **11 546** turnusów, z których skorzystały łącznie **524 787** osób, z czego **79** kontroli miało charakter interwencyjny, tj. zostały przeprowadzone na skutek zgłoszenia podejrze-

nia, iż uczestnikom nie zapewniono należytych warunków sanitarnych. **36** spośród zgłoszonych interwencji okazało się uzasadnionych. W **157** przypadkach kontrole wykazały uchybienia w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku. W **131** przypadkach stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu. (w porównaniu do 95 w roku 2018). W **5** przypadkach podjęto decyzję o zamknięciu całości lub części obiektu, w którym odbywał się wypoczynek dzieci i młodzieży (w 2018 r. było 8 takich przypadków).

Tab. 23. Analiza porównawcza liczby skontrolowanych turnusów w odniesieniu do stwierdzonych nieprawidłowości sanitarno-higienicznych w latach 2017 – 2019

Rok sprawozdawczy	Placówki z uchybieniami sanitarno-higienicznymi	Placówki z brakiem aktualnej dokumentacji medycznej personelu	Wydane decyzje w sprawie zamknięcia całości lub części obiektu
2017	214	101	3
2018	224	95	8
2019	157	131	5

8. Żłobki i kluby dziecięce

Pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się **4413** żłobków i klubów dziecięcych. W 2019 r. skontrolowano **2970** placówek, co stanowi **67,3%** ogółu ujętych w ewidencji, a liczba wszystkich przeprowadzonych kontroli wyniosła **3833** (niektóre obiekty kontrolowano więcej niż 1 razy w roku). Łącznie nieprawidłowości wykazano w **40** placówkach (w 22 przypadkach dotyczyły złego stanu higieniczno-sanitarnego).

W 2019 r. opracowano i upowszechniono Poradnik Głównego Inspektora Sanitarnego – Opieka nad dziećmi w wieku do lat 3 w żłobkach i klubach dziecięcych – Aspekty higieniczne i zdrowotne, będący efektem współpracy Głównego Inspektoratu Sanitarnego z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – resortem wiodącym w obszarze opieki nad dziećmi w wieku do lat 3. Poradnik został umieszczony na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod linkiem <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/06/11-06-PORADNIK-GIS-Opieka-nad-dzie%20mi-do-lat-3.pdf>.

9. Podsumowanie

W celu wyegzekwowania standardów higienicznych wymaganych przepisami prawa, w wielu przypadkach konieczne było zastosowanie środków represyjnych, polegających na wydaniu zaleceń, nałożeniu grzywien w drodze mandatu karnego, a także prowadzeniu postępowań administracyjnych i wydaniu stosownych decyzji administracyjnych. Skuteczność powyższych działań potwierdziły kontrole prze-

prowadzone w roku 2019. Należy odnotować, że warunki sanitarno-higieniczne w placówkach oświatowo-wychowawczych ulegają powolnej, ale systematycznej poprawie.

Zaobserwowano poprawę sytuacji w zakresie zapewnienia uczniom możliwości pozostawiania części podręczników i przyborów szkolnych w placówkach edukacyjnych.



A blurred photograph of a hospital hallway. In the foreground, two female medical staff members in white and blue scrubs are walking towards the camera. In the background, a patient is seated in a wheelchair, and another staff member is attending to a patient lying on a gurney. The hallway has large windows on the left and a red wall section. The image is overlaid with a semi-transparent white and blue graphic.

Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą

Warunki higieniczno-sanitarne, jakie
powinien spełniać sprzęt oraz pomieszczenia,
w których są udzielane świadczenia zdrowotne

Odpady medyczne - postępowanie
w miejscu wytworzenia

1. Informacje ogólne

W 2019 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w ok. 80 tys. placówek podmiotów leczniczych.

Celem prowadzonych działań była ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Na ocenę warunków higieniczno-sanitarnych placówek wpływały:

- stwierdzony stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- warunki zaopatrzenia w bieżącą wodę ciepłą i zimną obejmujące stan instalacji i urządzeń wodociągowych wewnątrz budynków,
- sposób prowadzenia gospodarki odpadami medycznymi, postępowanie z brudną i czystą bielizną,
- postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w miejscach stacjonarnego i całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Stan higieniczno-sanitarny placówek działalności leczniczej był kontrolowany pod kątem zgodności z wymaganiami przepisów:

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹ i przepisów wykonawczych do ww. ustawy^{2,3},
- ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach⁴ i wydane-go na jej podstawie (art. 33 ust. 2 ustawy) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi, – w kontekście przepisów
- ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁵,
- ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁶, i przepisów wykonawczych do ustawy⁷,
- ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane⁸ i przepisów wykonawczych do ustawy⁹,
- ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków¹⁰ i przepisów wykonawczych do ustawy¹¹,
- ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych¹² i przepisów wykonawczych do ustawy¹³.

2. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze

Oceny stanu sanitarno-higienicznego dokonywano na podstawie kontroli pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

1. przez podmioty wykonujące działalność leczniczą:

- udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych: szpitale (szpitale ogólne, specjalistyczne, jednodniowe, uzdrowiskowe) i inne niż szpitale (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, sanatoria, hospicja i inne),
- udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych: przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice, zakłady badań diagnostycznych

i medyczne laboratoria diagnostyczne, zakłady rehabilitacji leczniczej i inne, w tym uzdrowiskowe;

2. w ramach działalności leczniczej wykonywanej przez praktykę zawodową:

- indywidualne praktyki lekarskie, w tym indywidualne praktyki lekarzy dentyków,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków,
- grupowe praktyki lekarskie, w tym grupowe praktyki lekarzy dentyków,
- indywidualne praktyki pielęgniarek,
- indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek,
- grupowe praktyki pielęgniarek.

1 Dz.U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.

2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595), poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739)

3 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 420)

4 Dz.U. z 2020 r. poz. 797, z późn. zm.

5 Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.

6 Dz.U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.

7 m. in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz.U. 2005 Nr 81, poz. 716, z późn. zm.)

8 Dz.U. z 2019 r. poz. 1186, z późn. zm.

9 rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2019 r. poz. 1065)

10 Dz.U. z 2019 r. poz. 1437, z późn. zm.

11 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294, z późn. zm.)

12 Dz.U. z 2019 r. poz. 1473, z późn. zm.

13 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. 2001 Nr 153, poz. 1783, z późn. zm.)

2.1 Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

W 2019 r. w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 30 793 obiekty działalności leczniczej realizowanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Ogółem skontrolowano 17 814 obiektów, co stanowi 57,9% ujętych w ewidencji placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjo-

narnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W 475 placówkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, tj. 2,7% spośród skontrolowanych obiektów.

W 180 przypadkach (1,0% skontrolowanych obiektów) odnotowano nieprawidłowości higieniczno-sanitarne. W 420 obiektach (2,35% skontrolowanych obiektów) stwierdzono niezadowalający stan techniczny.

Tab. 24. Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	Ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Szpitala ogółem	884	166	34	162
w tym szpitale jednodniowe	137	2	2	2
w tym szpitale uzdrowiskowe	41	2	1	3
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	234	17	1	13
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	113	5	2	4
Zakłady rehabilitacji leczniczej	48	0	0	0
Sanatoria	149	4	3	4
Hospicja	67	1	1	0
Inne podmioty świadczące usługi lecznicze	202	5	8	3
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	13 088	228	110	201
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	746	16	7	4
Zakłady rehabilitacji leczniczej	843	6	8	13

2.2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Szpitalne

W 2019 r. ogółem skontrolowano 884 szpitale na 1 043 ujęte w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 362 obiektach skontrolowanych stwierdzono uchybienia:

- w 166 przypadkach (co stanowi 18,8% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego łącznie,
- w 34 przypadkach (co stanowi 3,8% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego,
- w 162 przypadkach (co stanowi 18,3% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu technicznego.

Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

W 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały następujące obiekty udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, innych niż świadczenia szpitalne:

- 234 zakłady opiekuńczo-lecznicze na 280 ujętych w ewidencji, co stanowi 83,6% objętych nadzorem,
- 113 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych na 168 ujętych

- w ewidencji, co stanowi 67,3% objętych nadzorem,
- 48 zakładów rehabilitacji leczniczej na 73 ujęte w ewidencji, co stanowi 65,8% objętych nadzorem,
- 149 sanatoriów na 202 ujęte w ewidencji, co stanowi 73,8% objętych nadzorem,
- 67 hospicjów na 98 ujętych w ewidencji, co stanowi 68,4% objętych nadzorem,
- 202 na 283 ujęte w ewidencji, co stanowi 71,4% objętych nadzorem, obiektów innych podmiotów oferujących usługi lecznicze, świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego itp.

Najczęściej stwierdzone w czasie kontroli sanitarnych uchybienia to:

- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny powierzchni ścian, sufitów (zacieki, zagrzybienia, ubytki farby), podłóg i futryn drzwiowych, w szczególności w salach chorych i na korytarzach oddziałów oraz w toaletach dla pacjentów, a także w magazynach bielizny brudnej i czystej,
- brak udokumentowanego przeglądu i czyszczenia wentylacji,
- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny mebli, sprzętów i wyposażenia oddziałów,

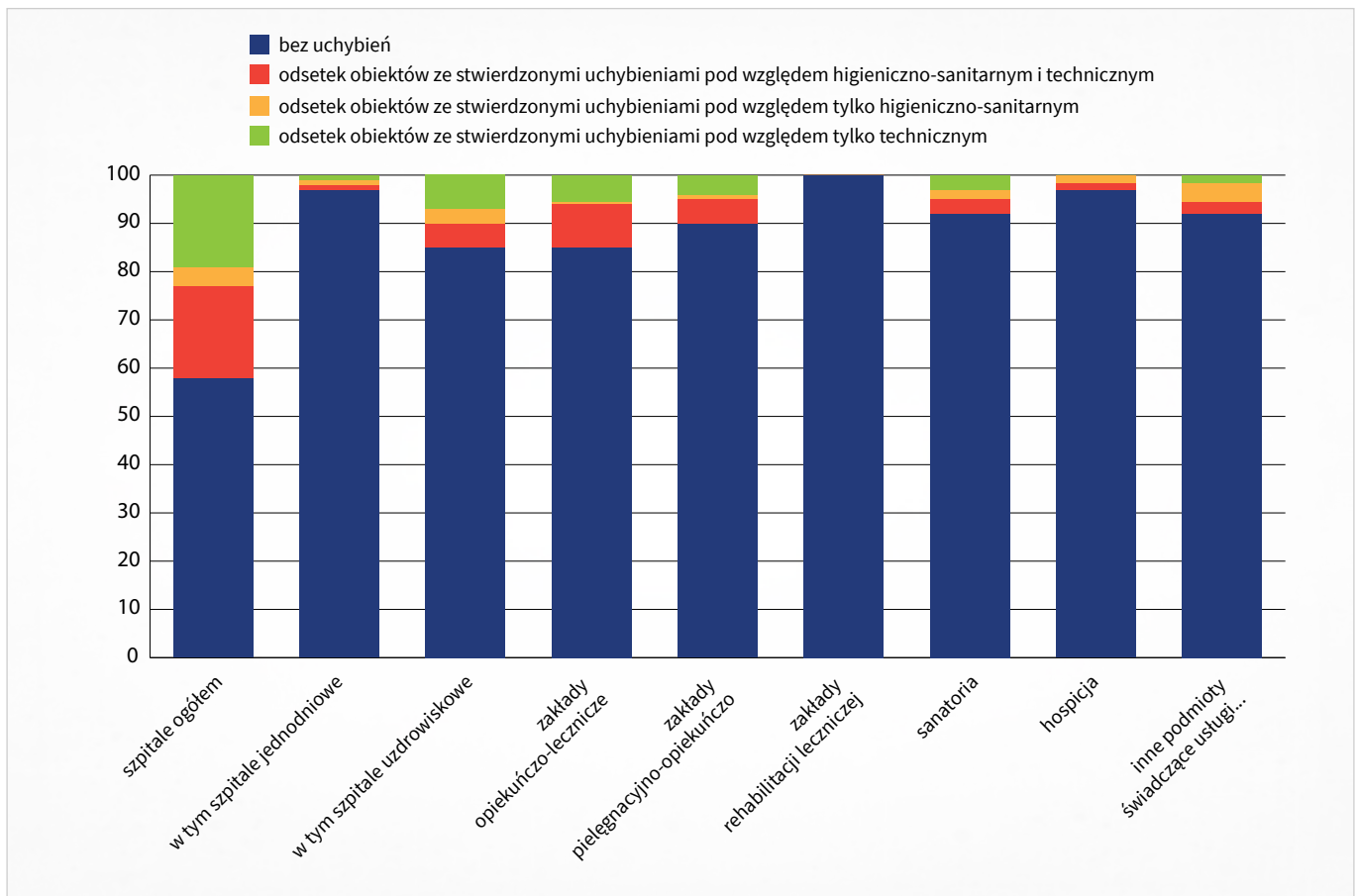


- brak pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych,
- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny kabin i brodzików prysznicowych w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych dla pacjentów,
- brak bezszczerbinowego połączenia ścian z podłogą,
- brak wyposażenia brudownika na oddziale w płuczkę-dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji basenów i kacek oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej,
- brak możliwości wymaganej w zespole porodowym obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka.

Postępowanie z bielizną szpitalną w obiektach stacjonarnej opieki zdrowotnej regulują opracowane i wdrożone procedury szpitalne uwzględniające warunki lokalowe oraz zapisy umów zawartych z pralniami zewnętrznymi piorącymi bieliznę szpitalną i zapewniającymi transport bielizny czystej i brudnej. Większość szpitali przekazuje bieliznę do posiadających barierę higieniczną pralni, zapewniających właściwe monitorowanie technologicznego procesu prania i skutecznej dezynfekcji.

Pranie bielizny i pościeli z obiektów lecznictwa zamkniętego zlecane jest głównie podmiotom zewnętrznym.

Wyk. 37. Odsetek obiektów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych z tej grupy



2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej, badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą

chorych), w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym, w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

Spośród 22 029 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w formie ambulatoryjnego udzielania świadczeń zdrowotnych skontrolowano 13 088, tj. 59,4% ogółu.

- W 228 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 1,7% skontrolowanych placówek.

- W 110 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 0,8% skontrolowanych placówek.
- W 201 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 1,5% skontrolowanych obiektów.

Najczęściej stwierdzone w czasie kontroli sanitarnych uchybienia dotyczyły:

- braku bezpośredniego połączenia gabinetu badań ginekologicznych z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet, niewłaściwie zorganizowanej sterylizatorni,
- braku w pomieszczeniu wykonywania badań lub zabiegów umywalki do mycia rąk z baterią z ciepłą i zimną wodą oraz dozownika z mydłem w płynie, dozownika ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnika na zużyte ręczniki,
- niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego ścian, sufitów i podłóg,
- braku połączeń ścian z podłogami w sposób umożliwiający właściwe mycie i dezynfekcję,
- niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego wyposażenia pomieszczeń, m.in. mebli, sprzętów.

Podsumowanie

Podobnie jak w latach 2017-2018, w roku sprawozdawczym w 2019 r. skontrolowano ok. 60% placówek działalności leczniczej realizowanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych:

- w 2019 przeprowadzono kontrolę w 58% obiektów nadzorowanych (w 17 814 obiektów spośród 30 793 ujętych w ewidencji),
- w 2018 r. przeprowadzono kontrolę w 61% obiektów nadzorowanych (w 20 725 obiektach spośród 34 096 ujętych w ewidencji),
- w 2017 r. skontrolowano 63% obiektów nadzorowanych (20 150 obiektów spośród 32 044 ujętych w ewidencji).

Odsetek skontrolowanych placówek ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów z tej grupy ujętych w ewidencji utrzymywał się na zbliżonym niskim poziomie i oscylował:

- od 2,3 do 2,83% w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym łącznie;
- od 0,92 do 1,23% w zakresie wyłącznie higieniczno-sanitarnym;
- od 1,63 do 2,36 % w zakresie wyłącznie technicznym.

Tab. 25. Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2017-2019

obiekty ogółem	według ewidencji na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
2017	32044	20150	463	186	329
	100%	63%	2,30%	0,92%	1,63%
2018	34096	20725	586	255	481
	100%	61%	2,83%	1,23%	2,32%
2019	30793	17814	475	180	420
	100%	58%	2,67%	1,01%	2,36%



8

9

10

11

13

12

15

14

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

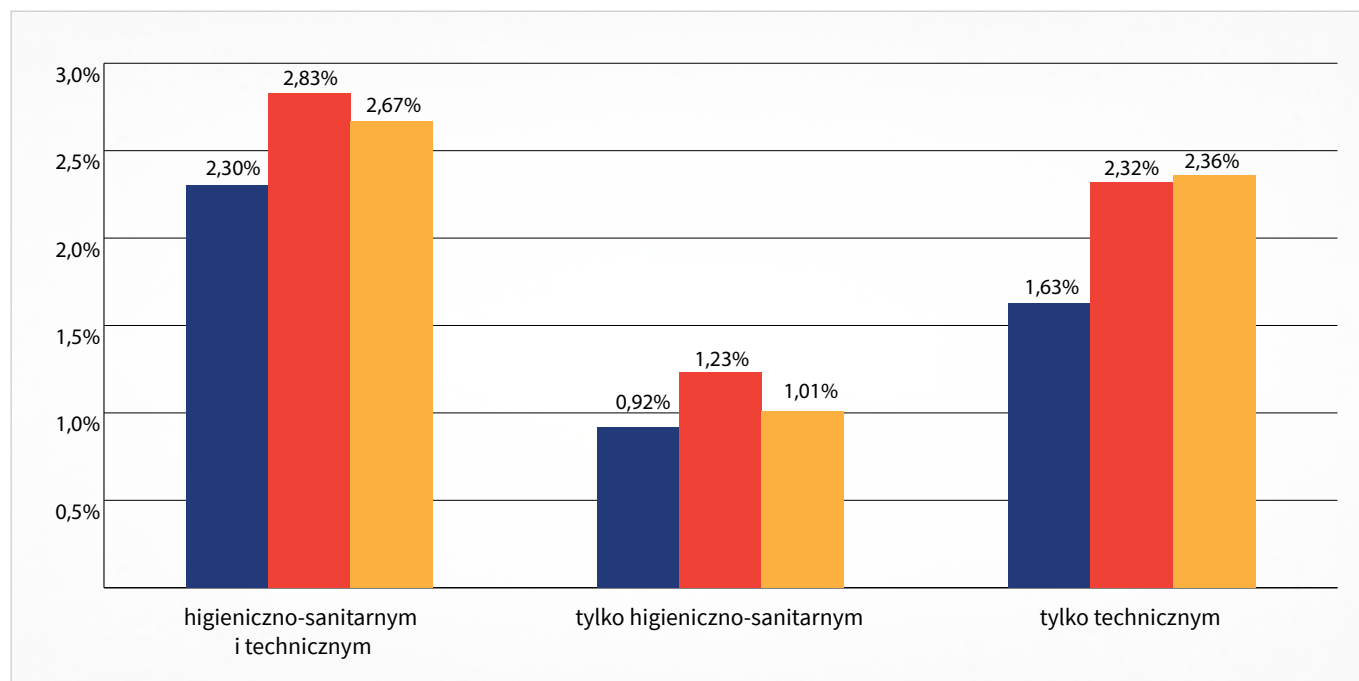
97

98

99

100

Wyk. 38. Procentowy udział obiektów działalności leczniczej ze stwierdzonym złym stanem higieniczno-sanitarnym i technicznym, tylko higieniczno-sanitarnym lub tylko technicznym w latach 2017-2019.



2.4. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową

Indywidualne praktyki lekarskie/pielęgniarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie/pielęgniarskie i grupowe praktyki lekarskie/pielęgniarskie

Spośród 48 960 placówek udzielających świadczeń zdrowotnych w formie praktyki zawodowej skontrolowano ogółem 15 421, tj. 32% (w 2018r. - 34%, w 2017r. - 36%) objętych nadzorem:

- w 101 przypadkach (0,7% skontrolowanych ogółem) stwierdzono zły stan sanitarno-higieniczny i techniczny,
- w 81 przypadkach niezadowolający stan sanitarno - techniczny (0,5% skontrolowanych ogółem),
- w 42 przypadkach zły stan techniczny (0,3% skontrolowanych ogółem).

Podczas przeprowadzanych kontroli praktyk zawodowych najczęściej występowały nieprawidłowości dotyczące:

- braku opracowanych i wdrożonych procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych dostosowanych do warunków i specyfiki gabinetu, a w szczególności dotyczących mycia i dezynfekcji rąk, mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego, sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń,
- postępowania z odpadami medycznymi, postępowania z brudną bielizną oraz postępowania po ekspozycji,
- braku pomieszczenia lub miejsca porządkowego wypo-

żonego w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym,

- nieprawidłowego magazynowania odpadów medycznych,
- braku przeprowadzania kontroli wewnętrznych w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Zasady działania w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w trakcie kontroli

W przypadku ujawnienia nieprawidłowości w trakcie kontroli podejmowane były następujące działania:

- w odniesieniu do uchybień wymagających nakładu sił i środków (np. remont, wymiana urządzeń) nakładano obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w drodze decyzji administracyjnej,
- egzekwowano wykonanie nałożonego obowiązku poprzez kontrole sprawdzające, a w sytuacji niewykonania decyzji wdrażano postępowanie egzekucyjne w administracji,
- w odniesieniu do uchybień, które można było usunąć na bieżąco lub małym nakładem środków w krótkim czasie, odnotowywano w protokole warunki i termin usunięcia nieprawidłowości, a tam gdzie przepisy prawa¹⁴ to przewidują, nakładano grzywnę w drodze mandatu.

W 2019 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna skontrolowała ponad 42%, to jest 33 235 spośród wszystkich 79 753 placówek ujętych w ewidencji. W 1299 placówkach stwierdzono zły stan sanitarny. Na podstawie wyników kontroli podejmowano stosowne działania wyjaśniające i egzekwujące.

¹⁴ ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.)

Tab. 26 Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową

Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Indywidualne praktyki lekarskie ogółem	6843	60	42	15
w tym indywidualne praktyki lekarzy dentyków	5870	54	37	12
Indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie ogółem	6791	38	30	25
w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków	2582	21	17	10
Grupowe praktyki lekarskie ogółem	395	0	4	0
w tym grupowe praktyki lekarzy dentyków	279	0	4	0
Indywidualne praktyki pielęgniarek	504	1	1	0
Indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek	132	0	0	0
Grupowe praktyki pielęgniarek	268	0	0	0

3. Odpady medyczne

W 2019 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, sprawowała nadzór nad postępowaniem z odpadami medycznymi.

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

Odpady medyczne dzielimy na:

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

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

Odpady medyczne są również podzielone na rodzaje, którym przypisane są konkretne kody, pozwalające na iden-

tyfikację tych odpadów¹⁵. Postępowanie i gospodarowanie odpadami medycznymi jest uzależnione od ich rodzaju, właściwości i dopuszczalnych sposobów ich przetwarzania: odzysku¹⁶ lub unieszkodliwiania¹⁷.

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

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

Zakaźne odpady medyczne mogą stanowić poważne zagrożenie epidemiczne, ponieważ niektóre patogeny mają możliwość przetrwania na powierzchniach nieożywionych do kilkunastu miesięcy. Stosowanie zasad bezpiecznego postępowania z tymi odpadami może w znacznym stopniu

¹⁵ rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz.U. z 2020 r. poz. 10), poprzedzone rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz.U. z 2014 r. poz. 1923) oraz rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 24 grudnia 2019 r. w sprawie warunków uznania odpadów za posiadające właściwości zakaźne oraz sposobu ustalania tych właściwości (Dz.U. z 2020 r. poz. 3) poprzedzone rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 23 września 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków uznania odpadów niebezpiecznych za odpady inne niż niebezpieczne (Dz.U. z 2016 r. poz. 1601)

¹⁶ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie rodzajów odpadów medycznych i odpadów weterynaryjnych, których odzysk jest dopuszczalny (Dz.U. z 2015 r. poz. 1116)

¹⁷ rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych z dnia 21 października 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1819)



zmniejszyć ryzyko przeniesienia zakażenia nie tylko na pacjentów, personel medyczny i osoby zaangażowane w gospodarkę odpadami, ale również na pozostałych członków społeczeństwa.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego kontrolowały postępowanie z odpadami medycznymi w placówkach działalności leczniczej (u wytwórców odpadów medycznych): szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej, sanatoriach, hospicjach, podmiotach udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (przychodniach, poradniach, ośrodkach zdrowia, lecznicach, zakładach badań diagnostycznych i medycznych laboratoriach diagnostycznych, zakładach rehabilitacji leczniczej, praktykach zawodowych).

Nadzór sanitarny obejmował etap postępowania z odpadami medycznymi w miejscach ich powstawania od momentu ich wytworzenia przez wytwórcę (przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, np. na sali chorych, w gabinecie zabiegowym, diagnostycznym, na sali operacyjnej, w laboratorium diagnostycznym lub badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny) do magazynowania wstępnego (miejsca gromadzenia odpadów do czasu ich transportu poza placówkę lub przekazania do unieszkodliwiania). Kontrola w zakresie odpadów medycznych obejmowała również postępowanie z odpadami medycznymi, w szczególności zakaźnymi wytwarzanymi w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych na wezwanie do momentu przekazania do miejsc ich wstępnego magazynowania.

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej skupiały się szczególnie na ochronie zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych oraz zapobieganiu powstawaniu i szerzeniu się chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności poprzez ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji powierzchni pomieszczeń i urządzeń, czy stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych. W ten obszar wpisuje się postępowanie z odpadami medycznymi, w szczególności zakaźnymi.

Wymagania w zakresie postępowania z odpadami medycznymi zostały określone przepisami ustawy dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach¹⁸ i wydanego na jego podstawie (art. 33 ust. 2 ustawy) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi¹⁹.

W trakcie przeprowadzania kontroli dużą wagę przykładano do postępowania z wysoce zakaźnymi odpadami medycznymi - zawierającymi wyjątkowo groźne biologiczne czynniki chorobotwórcze, mogące wywoływać choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, łatwo rozprzestrzeniające się, o wysokiej śmiertelności (takie jak cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne), powodujące szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagające specjalnych metod zwalczania.

W szczególności kontrolowano:

- procedury postępowania z odpadami,
- zasady segregacji i warunki gromadzenia, w tym odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach,
- kolorystykę i oznakowanie pojemników i worków do gromadzenia odpadów medycznych,
- sposób transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- stan sanitarny środków i pojemników do transportu wewnętrznego odpadów medycznych,
- stan sanitarno-techniczny oraz wyposażenie miejsc do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego,
- stan sanitarno-techniczny, wyposażenie, sposób i warunki magazynowania w miejscach wstępnego magazynowania.

Kontrole postępowania z odpadami medycznymi uwzględniały również narażenie personelu mającego styczność z odpadami medycznymi na szkodliwe czynniki biologiczne w kontekście wymagań przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy²⁰, a w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki²¹. Zgodnie z § 11 przywołanego rozporządzenia, w ramach ochrony przed zagrożeniem powodowanym przez szkodliwy czynnik biologiczny pracodawca jest obowiązany do zabezpieczenia stanowiska pracy poprzez: wyposażenie pracowników w odpowiednie środki ochrony indywidualnej i przechowywanie ich w wyraźnie oznakowanych miejscach, zapewnienie odpowiednich urządzeń i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych oraz środków higieny osobistej, zapewnienie bezpiecznych warunków czyszczenia, odkażania lub niszczenia odzieży, środków ochrony indywidualnej lub wyposażenia, które uległy skażeniu materiałem biologicznym.

18 Dz.U. z 2020 r. poz. 797, z późn. zm.

19 Dz.U. poz. 1975

20 Dz.U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.

21 Dz.U. 2005 Nr 81, poz. 716, z późn. zm.

W 2019 r. oceniono postępowanie z odpadami medycznymi na terenie podmiotów leczniczych jako prawidłowe, pomimo wystąpienia niedopełnienia wymagań określonych w przepisach prawa. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- stanu technicznego pomieszczenia do magazynowania odpadów medycznych,
- dostosowania temperatury w miejscu gromadzenia odpadów medycznych do rodzaju i czasu przechowywania tych odpadów bądź braku termometru,
- niewłaściwych warunków transportu wewnętrznego odpadów,
- braku umywalki w sąsiedztwie pomieszczenia magazynowania odpadów,
- braku środków myjących i dezynfekujących przy umywalkach oraz podajnika z rękawiczkami jednorazowego użytku,
- braku oznakowania pojemników i worków z odpadami,
- właściwej segregacji odpadów w miejscu wytworzenia,
- aktualizacji procedury postępowania z odpadami,
- miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego,
- braku przeszkolonego personelu w zakresie postępowania z odpadami.

Każdorazowo w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wydawano decyzje lub zalecenia z nakazem ich usunięcia i nakładano mandaty karne, mające na celu wyegzekwowanie poprawy stanu w tym zakresie.

Ponadto, Główny Inspektor Sanitarny na podstawie art. 95 ust. 7-11 *ustawy o odpadach*²² był organem współuczestniczącym w postępowaniu w sprawie wydania zezwolenia na przetwarzanie zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych. Na wniosek organu wydającego ww. zezwolenie, Główny Inspektor Sanitarny był zobligowany do zajęcia stanowiska na podstawie art. 106 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego w zakresie zgody na dopuszczenie funkcjonowania instalacji lub urządzenia do unieszkodliwiania na wniosek organu wydającego ww. zezwolenie. W przypadku wydania zgody na dopuszczenie do funkcjonowania instalacji lub urządzenia do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych i/lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych, ww. organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej określał:

- rodzaj i typ (model) instalacji lub urządzenia;
- dokładne parametry przeprowadzania procesu unieszkodliwiania odpadów dla danego typu instalacji lub urządzenia;
- wymagania i metody dotyczące okresowej kontroli mikrobiologicznej skuteczności procesu unieszkodliwiania dla danego rodzaju i typu (modelu) instalacji lub urządzenia;
- wymagania dotyczące pojemników lub worków, w których odpady będą unieszkodliwiane w danym rodzaju i typie (modelu) instalacji lub urządzenia;
- wymagania dotyczące okresowego przeglądu technicznego danego rodzaju i typu (modelu) instalacji lub urządzenia;
- masę unieszkodliwianych odpadów w okresie roku.

²² Do dnia 5 września 2019 r. – do czasu zmiany brzmienia art. 95 ustawy o odpadach na skutek wejścia w życie ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o utrzymaniu czystości i porządku w gminach oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 1579)







**Oświata zdrowotna |
i promocja zdrowia**

1. Profilaktyka uzależnień

Do zadań Departamentu Komunikacji Społecznej i Promocji Zdrowia należy prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych w zakresie zdrowia publicznego.

Jednym z ważniejszych zagadnień jest informowanie społeczeństwa o wpływie nikotyny na organizm. Palenie rozpoczyna już młodzież w wieku szkolnym, dlatego tak ważne jest przekazywanie jej wiadomości na temat szkodliwości tego nałogu oraz wykształcenie w niej postaw asertywnych wobec tego zjawiska.

W 2019 r. realizowano:

1.1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych

„Bieg po zdrowie” jest programem antytytoniowej edukacji zdrowotnej, opracowanym przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z psychologami: dr hab. Kamillą Bargiel-Matusiewicz oraz mgr Rafałem Dziurłą. Program został objęty honorowym patronatem Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej oraz Rzecznika Praw Dziecka.

W roku szkolnym 2018/2019 odbyła się jego III edycja, w której udział wzięły 4 453 szkoły podstawowe (7 903 IV klas), tj. 35% ogółu szkół tego typu w Polsce. Program został zrealizowany zgodnie z założeniami tj. zgodnie ze scenariuszami zajęć w 95% klas, natomiast w 1601 klasach (38% realizujących klas) program został rozszerzony o dodatkowe działania, takie jak: tworzenie komiksów, gazetek („Dziękuję nie palę”; „Stop nałogom”) i prezentacji, udział w eventach i festynach promujących zdrowy tryb życia, pokaz filmów edukacyjnych, zajęcia profilaktyczne, organizowanie konkursów, zawodów sportowych oraz gier (np. pod nazwą „Bieg po zdrowie”), spotkania z ekspertami, psychologami oraz pielęgniarkami. Dzieci chętnie uczestniczyły w grupach, mocno angażowały się w prace domowe. W programie wzięło udział 143 701 uczniów oraz 119 413 rodziców. „Bieg po zdrowie” został wysoko oceniony przez szkolnych koordynatorów, uczniów i rodziców.

Główny Inspektorat Sanitarny przygotował także odpowiednie materiały edukacyjne dla wszystkich szkół realizujących zajęcia. Opracowano ciekawie ilustrowane podręczniki dla nauczycieli, zeszyty ćwiczeń dla uczniów, plakaty, ulotki informacyjne dla rodziców. Materiały można pobrać ze internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Wzmocnieniem programu oraz pomocą dla rodziców są filmy edukacyjne z udziałem ekspertów. Poświęcone są umiejętnościom budowania i dbania o relacje z dziećmi w kontekście przeciwdziałania uzależnieniom. Sposób, w jaki

rodzice komunikują się z dorastającym dzieckiem wpływa na przebieg dokonujących się w nim psychospołecznych procesów rozwojowych, takich jak kształtowanie się poczucia własnej tożsamości, podejmowanie ról życiowych itp. Pozytywna komunikacja, dostrzeganie konfliktów i umiejętność ich rozwiązywania poprawia relacje z dziećmi. Dobre wzajemne relacje są kluczem do uniknięcia często poważnych i niebezpiecznych błędów młodości.

IV edycja programu „Bieg po zdrowie” realizowana jest w roku szkolnym 2019/2020.

1.2. Światowy Dzień Bez Tytoniu

Światowy Dzień bez Tytoniu obchodzony 31 maja został ustanowiony na konferencji Światowej Organizacji Zdrowia w 1987 r. Każdego roku wyznaczany jest inny aspekt wpływu tytoniu na zdrowie ludzi. W 2019 r. hasło przewodnie brzmiało - „Tytoń a zdrowe płuca”. Głównym celem kampanii było zwiększenie świadomości na temat negatywnego wpływu tytoniu na płuca – od raka po przewlekłe choroby układu oddechowego.

Palenie tytoniu jest główną przyczyną zachorowań na raka płuc i odpowiada za ponad dwie trzecie zgonów. Także bierne palenie, szczególnie w zamkniętych pomieszczeniach, może prowadzić do zachorowania na raka płuc. Nałóg palenia jest także istotną przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na POChP choruje co 10 osoba powyżej 40 roku życia. Choroba stanowi trzecią pod względem częstości przyczynę zgonów na świecie. W Polsce cierpi na nią blisko 2 miliony osób. Jedynie 20% przypadków zostaje odpowiednio wcześniej zdiagnozowanych i leczonych. W wyniku palenia wzrasta także ryzyko zachorowania na gruźlicę. Zwiększa się ryzyko przejścia utajonego zakażenia prątkami gruźlicy w aktywną postać choroby. Ryzyko to wzrasta z liczbą wypalanych papierosów i okresem palenia. Aktywna postać gruźlicy, w połączeniu z paleniem tytoniu, przyczynia się do niepełnosprawności i śmierci z powodu niewydolności oddechowej. Palenie przez matkę w okresie ciąży, a także narażenie ciężarnej na bierne palenie prowadzi do poważnych zaburzeń rozwoju wewnątrzmacicznego dziecka, m.in. zmniejszonego wzrostu i upośledzenia funkcji płuc. U małych dzieci, narażonych na bierne palenie, istnieje większe ryzyko wystąpienia i zaostrzenia objawów astmy oskrzelowej, zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli oraz częstych infekcji dolnych dróg oddechowych.

Rozwiązania, które zgodnie z Europejską Konwencją Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu w coraz większym stopniu wprowadzane są przez państwa Europejskiego Regionu WHO, umożliwiają skuteczną walkę

z chorobami układu krążenia. Działania te obejmują podniesienie akcyzy oraz cen wyrobów tytoniowych, wprowadzenie prostych/standaryzowanych opakowań i/lub dużych graficznych ostrzeżeń zdrowotnych umieszczanych na wszystkich opakowaniach wyrobów tytoniowych, egzekwowanie kompleksowych zakazów reklamy wyrobów tytoniowych, a także ich promocji i sponsoringu, eliminowanie narażenia na biernie wdychanie dymu tytoniowego w miejscu pracy, przestrzeni publicznej i środkach transportu publicznego oraz prowadzenie efektywnych kampanii medialnych informujących społeczeństwo o zagrożeniach związanych z paleniem tytoniu oraz biernym wdychaniem dymu tytoniowego.

Z okazji Światowego Dnia bez Tytoniu w 2019 r. w siedzibie Głównego Inspektoratu Sanitarnego zorganizowano tweet up meeting – obalamy mity pt. „Ile legislacji a ile edukacji w profilaktyce palenia tytoniu”.

W 2019 roku, działania związane ze Światowym Dniem bez Tytoniu podjęły także stacje wojewódzkie i powiatowe. Z tej okazji odbyły się różnego rodzaju akcje edukacyjne, zorganizowano punkty pomiaru tlenku węgla, prelekcje w szkołach, konkursy oraz festyny.

1.3. Światowy Dzień Rzucania Palenia

Światowy Dzień Rzucania Palenia pt. „Rzuć palenie razem z nami” przypada w trzeci czwartek listopada i jest obchodzony w Polsce od 1991 r. Celem obchodów jest zachęcenie jak najszerszej grupy odbiorców do zerwania z nałogiem palenia tytoniu.

W 2019 roku z okazji Światowego Dnia Rzucania Palenia w Urzędzie Wojewódzkim w Bydgoszczy odbyła się konferencja prasowa, w której uczestniczyli: Główny Inspektor Sanitarny Jarosław Pinkas, poseł na Sejm RP Tomasz Latos, prof. Leszek Markuszewski Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego, prof. Arkadiusz Jawień Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Andrzej Wiśniewski Prezes NFZ Oddział w Bydgoszczy. Na spotkaniu omawiano m.in. takie tematy jak: skuteczność przepisów, edukacja oraz e-papierosy.

W 2019 r. z inicjatywy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych zorganizowano wiecje, które są zwieńczeniem całorocznej działalności programowej w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania



tytoniu i wyrobów tytoniowych. W placówkach oświatowo-wychowawczych, w ramach realizacji programów edukacji antytytoniowej, prowadzone były przez koordynatorów szkolnych pogadanki, prelekcje, imprezy okolicznościowe (eventy, happeningi) oraz różnego rodzaju konkursy m.in. fotograficzne, plastyczne. Zorganizowano prezentacje multimedialne, projekcje filmów, wystawy, warsztaty, ekspozycje wizualne tj. gazetki ścienne oraz prowadzono dystrybucję materiałów edukacyjnych. U uruchomiono wiele punktów informacyjno-pomiarowych, w których udzielano informacji na temat profilaktyki palenia tytoniu. Można było wykonać bezpłatne badania medyczne: pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pomiaru poziomu cukru we krwi, masy ciała i określenia BMI, pomiaru poziomu zawartości tlenu węgla w powietrzu wydychanym z płuc aparatem

„smokolyzer”, ćwiczenia z wykorzystaniem algogogli i narkogogli. Prowadzono dystrybucję materiałów do zakładów opieki zdrowotnej, placówek nauczania i wychowania. Podczas organizowanych stoisk rozdysponowano materiały edukacyjne (ulotki, plakaty itp.). Społeczność lokalna chętnie brała udział w organizowanych na terenie województw imprezach. Należy zwrócić uwagę, że w obchody aktywnie angażowały się również lokalne władze rządowe i samorządowe, udzielając patronatów oraz wsparcia finansowego i rzeczowego.

Informacje na temat obchodów Światowego Dnia Rzucania Palenia były na bieżąco zamieszczane na stronach internetowych WSSE i PSSE, partnerów i współrealizatorów działań oraz na portalach społecznościowych.



1.4. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

Dostępne badania wskazują jednoznacznie, że nie ma bezpiecznego poziomu narażenia na dym tytoniowy. Każdy obywatel ma konstytucyjne prawo do ochrony swojego zdrowia, a narażenie na bierne palenie, szczególnie w przestrzeni publicznej, zdecydowanie to prawo narusza. Dlatego istotne jest, aby w obiektach objętych przepisami ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1446, 2227.) przeprowadzać cykliczne kontrole sprawdzające przestrzeganie tych przepisów oraz, w razie wykrycia nieprawidłowości, skutecznie egzekwować prawo. Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych prowadzi systematyczne kontrole przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej.

Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego: „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”.

W 2019 r. przeprowadzono łącznie 262 173 kontrole, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu.

Z wykonanych kontroli wynika, że ustawa w 2019 r. była stosowana w 99,95% (n=262 046) obiektów użyteczności publicznej. Natomiast w 0,05% skontrolowanych obiektach (n=127) stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Ze wszystkich przypadków, najliczniejszą grupą obiektów, w których nie są przestrzegane zapisy ustawy, były zakłady pracy - 56,69% (n=72). Ustawa była przestrzegana w 100% pomieszczeń obiektów sportowych, których skontrolowano 2471 oraz w obiektach służących obsłudze podróżnych (5174 skontrolowanych miejsc).

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r. wystawiły łącznie 90 mandatów, na łączną kwotę 17 600,00 zł za łamanie zakazu palenia papierosów tradycyjnych, palenia e-papierosów oraz za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem.

1.5. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”

W roku szkolnym 2018/2019 została zrealizowana VI edycja programu edukacyjnego pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?” opracowanego przez dr Krzysztofa Wojcieszka, w ramach Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?” dotyczy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki, dopalacze). Adresowany jest do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. Program objęto honorowym patronatem Ministra Zdrowia oraz Ministra Edukacji Narodowej. Ponadto, w 2018 r., program „ARS, czyli jak dbać o miłość” został wpisany do Bazy Programów Rekomendowanych jako program spełniający standardy jakości poziomu I, do kategorii programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Informacje o programie można znaleźć na stronie internetowej www.programyrekomendowane.pl.

VI edycja programu została zrealizowana w 2208 szkołach ponadgimnazjalnych (zasadnicze szkoły zawodowe, licea ogólnokształcące, profilowane i uzupełniające, technika, technika uzupełniająca oraz inne szkoły i placówki pracujące z młodzieżą w wieku 15-19 lat) w Polsce (42,9%).

Działaniami programowymi w VI edycji objęto ogółem 126 562 uczniów klas I-IV szkół ponadgimnazjalnych. W VI edycji programu udział wzięło 32 309 rodziców. W sumie w sześciu edycjach uczestniczyło 742 784 uczniów.

1.6. Konkurs „Szkoła wolna od używek”

W ramach programu „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, Główny Inspektorat Sanitarny zorganizował III edycję konkursu „Szkoła wolna od używek”. Głównym jego celem była aktywna promocja i edukacja w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych. Zadanie konkursowe polegało na nagraniu i zmontowaniu filmu krótkometrażowego o tematyce dotyczącej profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu czy innych środków psychoaktywnych. Było to wydarzenie ogólnopolskie, skierowane do szkół ponadpodstawowych. Finał miał miejsce 14 czerwca 2019 r. w Warszawie. Konkurs realizowany był w ramach utrzymania trwałości rezultatów Projektu KIK/68 pn. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”.

2. Profilaktyka nadwagi i otyłości

2.1. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”

Główny Inspektorat Sanitarny wraz z Polską Federacją Producentów Żywności Związkiem Pracodawców od 13 lat realizują Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”.

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

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

W roku szkolnym 2018/2019 Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności realizowała XIII edycję programu „Trzymaj Formę!”.

Patronat honorowy nad tą edycją objął: Minister Zdrowia, Minister Sportu i Turystyki, Minister Edukacji Narodowej, Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Ponadto patronami programu byli: Instytut Żywności i Żywienia, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Federacja Konsumentów oraz Wydział Nauki o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie.

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

Działaniami programowymi zostali objęci uczniowie V, VI, VII i VIII klas szkół podstawowych oraz III klas gimnazjalnych na terenie całego kraju. Program w XIII edycji był realizowany na podstawie założeń programowych i zaproponowanej metodyki w 6 837 szkołach (41% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce z wyłączeniem szkół dla dorosłych). Odbiorcami XIII edycji programu

było 588 180 uczniów. Ponadto 125 119 uczniów, uczących się w klasach nierealizujących całości programu sporadycznie uczestniczyło w działaniach realizowanych w ramach programu np. apelach, festynach, konkursach, przedstawieniach.

Ogółem, w trakcie trzynastu edycji, działaniami programowymi objętych zostało ponad 9,6 mln uczniów.

Program „Trzymaj Formę!” realizowany jest metodą projektu, która dla młodych ludzi stanowi ciekawe wyzwanie i szansę współpracy z innymi. Pozwala wspólnie osiągnąć założony cel, wpływa na proces zdobywania nowej wiedzy oraz doświadczenia, a także wpływa na rozwijanie umiejętności radzenia sobie z zagadnieniem problemowym. W czasie trwania XIII edycji programu 1872 szkoły opracowały własny autorski projekt, 3064 placówki korzystały z gotowych propozycji projektów, natomiast pozostałe 1901 szkół realizowało program z wykorzystaniem alternatywnych metod. Przygotowywane projekty dotyczyły najczęściej tematyki z zakresu aktywności fizycznej, zbilansowanej diety oraz edukacji konsumenckiej.

W ramach XIII edycji programu „Trzymaj Formę!” zorganizowany został Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia. Konkurs jest działaniem cyklicznym i cieszy się stale rosnącym zainteresowaniem uczestników. Skierowany jest do szkół, które uczestniczą w programie, jednak mogą wziąć w nim również udział uczniowie szkół które go nie realizują. Do udziału w tegorocznej edycji konkursu zgłoszonych zostało łącznie 14578 uczniów z 1668 szkół.

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

Systematyczna edukacja zdrowotna w szkole jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa. Kształtuje u uczniów nawyk dbałości o zdrowie własne i innych oraz umiejętność tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Dobre zdrowie i samopoczucie uczniów jest zasobem dla edukacji, sprzyja uczeniu się i skutecznej realizacji podstawowych zadań szkoły.



3. Profilaktyka chorób zakaźnych

3.1. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

Nadrzędnym dokumentem określającym politykę państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczania AIDS jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (Dz. U. Nr 44, poz. 227) oraz Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2017-2021, przyjęty Uchwałą Nr 156/2016 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2016 r.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS zakłada podjęcie działań w pięciu obszarach: 1) zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa, 2) zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, 3) wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, 4) współpracy międzynarodowej, 5) monitoringu.

Głównym celem realizacji programu jest ograniczenia i zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażeń HIV wśród ogółu społeczeństwa poprzez zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji i edukacji oraz wzmacnianie postaw prospołecznych.

W 2019 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna (dalej: PIS) na szczeblu wojewódzkim i powiatowym, realizowała działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS zgodnie z Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanego na lata 2017-2021.

Wsparciem w podejmowanych czynnościach promocyjnych było Krajowe Centrum ds. AIDS na mocy zawartego Porozumienia o współpracy w zakresie profilaktyki HIV/AIDS. PIS przekazała do 15 kwietnia 2020r. sprawozdanie roczne z realizacji programu w 2019 r. za pośrednictwem Elektronicznej Bazy Monitoringowej (EBM).

Zakażenia wirusem HIV, a w konsekwencji zachorowania na AIDS, są jednym z istotnych problemów zdrowia publicznego. Liczba nowo wykrytych zakażeń HIV w określonych populacjach może budzić zaniepokojenie. Dlatego też popularyzacja wiedzy na temat czynników ryzyka, źródeł zakażenia oraz skutecznych możliwości zapobiegania zakażeniom stanowi ważny element problematyki HIV/AIDS. Biorąc pod uwagę fakt, że wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS ma przełożenie na ograniczenie zakażeń HIV, Główny Inspektorat Sanitarny prowadził szereg działań w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter) oraz na stronie internetowej. Podjęto między innymi działania:



- upowszechniano informacje o charakterze edukacyjno-profilaktycznych w zakresie prewencji HIV / AIDS na kanałach social media GIS (liczba odbiorców- 75 000),
- popularyzowano w social media posty w aspekcie problematyki HIV/AIDS o dostępności anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV (liczba odbiorców- 23 943),
- monitorowano informacje o obowiązującym stanie prawnym w zakresie HIV/AIDS i prowadzono działania informacyjne w social mediach GIS oraz w ramach współpracy z wojewódzkimi koordynatorami Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (liczba odbiorców- 50 000),
- koordynowano i nadzorowano prace nad sprawozdawczością 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych,
- opracowano własne materiały na temat HIV/AIDS,
- popularyzowano rzetelną wiedzę o HIV/AIDS (własne materiały na stronie internetowej urzędu w ramach obchodów, w tym m.in. Światowego Dnia AIDS, Dni Honorowego Krwiodawstwa, Światowego Dnia Pocałunku (liczba odbiorców- 220 485),
- promowano zdrowy styl życia i życie bez uzależnień.

W ramach realizacji celów Programu, wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne organizowały różne formy działań. Aby dotrzeć z informacją do jak najszerszej grupy osób, oprócz tradycyjnych form promocji, wykorzystywano nowe technologie informacyjne i komunikacyjne.

Największym zainteresowaniem młodzieży cieszyły się imprezy środowiskowe, spotkania, happeningi.

Ponadto organizowano stoiska informacyjne, narady koordynatorów, konferencje, a także inicjowano i wspierano działania w placówkach oświatowo-wychowawczych.

Prowadzono także dystrybucję publikacji w wersji papierowej i elektronicznej, wśród których znajdowały się takie pozycje jak: „To warto wiedzieć o HIV i AIDS”, „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie”, „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS bez względu na to, gdzie mieszkasz i pracujesz?”.

Grupę docelową odbiorców działań stanowił ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem ludzi młodych w wieku prokreacyjnym, osób aktywnych seksualnie, pracowników ochrony zdrowia, uczniów różnych typów szkół oraz psychologów, terapeutów, pracowników oświaty.

Ponadto, wzorem lat poprzednich, koordynatorzy działań w obszarze HIV/AIDS w listopadzie 2019r. wzięli udziału w XXVI Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” organizowanej przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS. Jest to największe forum dyskusyjne poświęcone zagadnieniom HIV i AIDS w naszym kraju. Wśród poruszanych tematów były m.in.: międzynarodowe wsparcie i promocja lokalnych programów zapobiegania HIV i przeciwdziałania stygmatyzacji osób seropozytywnych czy poradnictwo okołotestowe.

4. Profilaktyka wszawicy

Wszawica jest aktualnym problemem zdrowotnym, gdyż liczba osób zarażonych jest stale na wysokim poziomie. Zараżeniu się wszawicą sprzyjają duże skupiska ludzi. Dlatego choroba najczęściej dotyka dzieci w przedszkolach, szkołach, na koloniach.

Najprostszym sposobem zapobiegania wszawicy jest w pierwszej kolejności edukacja, która powinna doprowadzić do powstania właściwych nawyków higienicznych od najmłodszych lat. Z tego względu celem działania Głównego Inspektoratu Sanitarnego jest wsparcie w zakresie zwiększenia wiedzy na temat występowania wszawicy, możliwości zarażenia się, rozpoznania i leczenia. Tym samym na stronie internetowej urzędu znajdują się informacje edukacyjne dotyczące charakterystycznych objawów, czasu trwania i zapobiegania wszawicy oraz mity i fakty na jej temat. Ponadto, zamieszczone są komunikaty dotyczące zaleceń w zakresie zapewnienia warunków do bezpiecznego i higienicznego pobytu dzieci w placówkach oświatowych i opiekuńczych. Materiały edukacyjne z cyklu „Wszystko o wszawicy: tj.: pla-

kat, broszura, ulotka można pobrać ze strony internetowej GIS. Skierowane są do rodziców/opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym/szkolnym oraz do dyrektorów placówek oświatowych.

W 2019 r., w związku z licznymi sygnałami o przypadkach wszawicy, Główny Inspektorat Sanitarny prowadził działania komunikacyjne w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter) oraz na stronie internetowej. Rozpowszechniano informacje w postaci postów o charakterze edukacyjno-profilaktycznych, które dotarły do 123 109 odbiorców. Wśród nich były infografiki: „Wszystko o wszawicy” (29 601 odbiorców), „To jest wesz kliknij w wesz a dowiesz się więcej” (24 186 odbiorców), „Jak dochodzi do zarażenia?” (25 683 odbiorców) oraz „Jak leczyć wszawicę?” (43 639 odbiorców). Posty te popularyzowano na początku roku szkolnego, kiedy dzieci wracają z kolonii i obozów, a następnie późną jesienią i na początku zimy. Dodatkowo, w Dniu Dziecka zorganizowanym w Kancelarii Premiera, Główny Inspektorat Sanitarny dystrybuował ulotki na temat wszawicy.

5. Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia

Główny Inspektorat Sanitarny, chcąc dotrzeć do jak największej liczby odbiorców, prowadzi swoje strony i kanały w mediach społecznościach: Facebook, Instagram, Twitter.

Założeniem serwisu społecznościowego Facebook jest zwrócenie szczególnej uwagi na problemy zdrowotne społeczeństwa. Na portalu informujemy o zdarzeniach niekorzystnie wpływających na nasze życie, aktywizujemy, edukujemy oraz pokazujemy przedsięwzięcia prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

W 2019 roku w oparciu o kalendarz zdrowia publicznego oraz o sytuację epidemiologiczną, a także potrzeby zdrowotne społeczeństwa opublikowano posty dotyczące m.in.:

- profilaktyki grypy, przeziębienia – od stycznia, kiedy zaczyna się szczyt epidemii grypy, w mediach społecznościach rozpoczęto publikację infografik, wpisy te zamieszczane były przez cały okres sezonu grypowego i cieszyły się zainteresowaniem docierając do 858 192 tys. odbiorców; (8 infografik);
- ciąży, gdzie przyszłe mamy znalazły odpowiedź na bardzo ważne kwestie - poruszano tematy takie jak: negatywny wpływ alkoholu na dziecko (jeśli w czasie ciąży kobieta wypije choćby kieliszek wina lub jedno piwo, jej nienarodzone dziecko wypije go wraz z nią. Jego organizm nie ma żadnego mechanizmu obronnego, który uchroniłby je przed skutkami działania procentów. Nie chroni go łożysko, a wątroba nie jest jeszcze dostatecznie rozwinięta, by eliminować alkohol); zażywania leków przez ciężarną a bezpieczeństwa jej dziecka; zdrowego i rozsądnego odżywiania przyszłej mamy (stan odżywienia kobiety w ciąży jest jednym z ważniejszych czynników determinujących wzrastanie i rozwój płodu);
- bezpieczeństwa społeczeństwa – jak zabezpieczać się przed czadem, jakie są sposoby ochrony przed smogiem, jak bronić się przed chorobami przenoszonymi przez nieodpowiednią higienę rąk. Posty te łącznie dotarły do 103 403 odbiorców;
- profilaktyki jamy ustnej dzieci, udzielania pierwszej pomocy, zdrowia w pracy, które zainteresowały ponad 364 tys. użytkowników;
- zdrowia publicznego np.: Europejski Dzień Prostaty, Dzień Przedszkolaka, Światowy Dzień Wścieklizny, Międzynarodowy Dzień Zdrowia Psychicznego, Światowy Dzień Wzroku, Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom, Międzynarodowy Dzień Osób Leworęcznych, Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby, Dziś Światowy Dzień Pocałunku, Światowy Dzień Chorych na Osteoporozę, Światowy Dzień Nerek, Światowy Dzień Słuchu, Międzynarodowy Dzień Osób Niepełnosprawnych, Światowym Dzień AIDS, Światowy Dzień Rzucania Palenia, Światowy Dzień Chorego na Łuszczycę, Światowy Dzień Reumatyzmu, Między-

narodowy Dzień Zdrowia Psychicznego, Światowy Dzień Wścieklizny;

- przed rozpoczęciem roku szkolnego 2019/2020 przeprowadzono akcję edukacyjną dotyczącą wad postawy uczniów, na które duży wpływ mają przeciążone tornistry. Przypominano dzieciom, rodzicom i nauczycielom, żeby zwracali uwagę na wagę plecaków. Akcja objęła zasięgiem ponad 115 tys. osób;
- w czasie, kiedy dzieci rozpoczynały ferie czy wakacje, na kontaktach mediów społecznościowych i stronie internetowej publikowano infografiki dotyczące m.in. wszawicy - jak dochodzi do zakażenia, jak leczyć wszawicę. Informacje trafiły łącznie do ponad 100 tys. osób.
- w czerwcu 2019 r. zainicjowano publikację wpisów - Patent na bezpieczne wakacje, która była realizowana do września. Informacje ukierunkowane były na bezpieczeństwo zdrowotne dzieci i młodzieży przebywających w placówkach wypoczynku letniego. Opublikowano 8 postów, które trafiły do ponad 715 tys. tylko facebookowiczów;
- promowano aktywny styl życia, zachęcając do aktywnego spędzania czasu. GIS od 2006 roku realizuje program „Trzymaj Formę”, którego celem jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej. Publikowane treści dotarły do ponad 105 tys. użytkowników; (105 830)
- poświęcono także uwagę profilaktyce palenia tytoniu czy używania e-papierosów, docierając wpisami do ponad 530 tys. czytelników;
- objaśniano czym są zakażenie HIV i choroba AIDS, jak przenosi się wirus oraz jak temu zapobiec. Tematyką zainteresowało się 93 954 użytkowników (4 posty);
- w oparciu o program „ARS, czyli jak dbać o miłość” pojawiły się treści dotyczące profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, nowe narkotyki) adresowane do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych;
- od maja do października trwała kampania „Czas na polskie superowoce!”, gdzie we współpracy z: Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi, ekspertami oraz plantatorami owoców jagodowych informowaliśmy o konferencjach prasowych, ale przede wszystkim zachęcaliśmy do spożycia polskich owoców, przedstawiając ich walory zdrowotne i smakowe (np. truskawka, aronia, mini kiwi).

Na stronie internetowej urzędu podawane są do publicznej wiadomości m.in. ostrzeżenia dotyczące żywności; w 2019 roku zamieszczane były także w głównym medium społecznościowym – Facebooku, na Twitterze i Instagramie. Komunikaty o wycofaniu produktu z rynku opatrzone były zrozumiałą grafiką, która ułatwiała konsumentom odczytanie najważniejszych informacji. Zamieszczane ostrzeżenia publiczne dotyczyły wadliwych produktów, głównie żywności i suplementów diety. Łącznie pojawiły się 53 ostrzeżenia, które tylko na Facebooku dotarły do 10 492 684 odbiorców.



W 2019r. Główny Inspektorat Sanitarny i Główny Inspektorat Transportu Drogowego rozpoczęli realizację projektu edukacyjno-informacyjnego „Wrzuć bieg na zdrowie” skierowanego do przedstawicieli branży transportowej. Celem działań, realizowanych przede wszystkim z wykorzystaniem internetowych nośników informacyjnych, było promowanie zdrowego trybu życia wśród kierowców, zachowania aktywności fizycznej, zmiany nawyków żywieniowych, potrzeby wykonywania badań, unikania ryzykownych zachowań w postaci manipulowania i oszukiwania czasu pracy, czy prowadzenia pojazdów pod wpływem środków psychoaktywnych. Bezpieczeństwo i zdrowie publiczne obywateli to działania wpisujące się w zadania Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Infografiki dotyczyły między innymi:

- spożywania nadmiernej ilości produktów wysoko przetworzonych (fast food) - nadużywanie soli, cukru zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia chorób układu krwionośnego,
- braku ruchu i źle zbilansowanej diety co prowadzi do niebezpiecznej dla zdrowia nadwagi i otyłości,
- odpowiedniej ilości snu,

- palenia papierosów,
- narażenia na hałas,
- propagowania aktywności fizycznej, wymaganych przerw w jeździe,
- profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Od 25 września do końca 2019 roku łącznie opublikowano 12 postów które tylko na Facebooku dotarły do ponad 390 tys. użytkowników (391 060).

Na Facebooku rekordowy odbiór w liczbie 3 141 617 osób miał wpis z ostrzeżeniem publicznym dotyczącym wykrycia salmonelli Typhimurium w gorzycy białej, udostępniło go ponad 18 tys. użytkowników.

Od czerwca do grudnia 2019 r. liczba obserwujących profil GIS na Instagramie zwiększyła się z 9 145 do 18 643. W okresie od 15.10.2019 r. do 15.12.2019 r. średni dzienny zasięg dla profilu wynosił 2 933.

W 2019 r. liczba obserwujących profil FB zwiększyła się ponad dwukrotnie i wyniosła 79 300, tym samym GIS uplasował się na drugim miejscu wśród profili administracji publicznej.

Rys. 7. Infografika „Rodzaje plastikowych opakowań”

Rodzaje plastikowych opakowań
plastik plastikowi nierówny

<p>1 PET</p> <p>politereftalan etylenu</p> <p>może zawierać ftalany i BPA nie podgrzewać nie używać ponownie</p>	<p>2 HDPE</p> <p>polietylen wyższej gęstości</p> <p>bezpieczny</p>	<p>3 PVC</p> <p>polichlorek winylu</p> <p>może wydzielac toksyny jest szkodliwy dla zdrowia działa rakotwórczo</p>	<p>4 LDPE</p> <p>polietylen niższej gęstości</p> <p>bezpieczny</p>
<p>5 PP</p> <p>polipropylen</p> <p>bezpieczny</p>	<p>6 PS</p> <p>polistyren</p> <p>wydziela toksyny, zwłaszcza pod wpływem ciepła szkodliwy dla zdrowia</p>	<p>7 INNE</p> <p>inne tworzywa</p> <p>może zawierać BPA nie podgrzewać może być szkodliwy</p>	

Główny Inspektorat Sanitarny | /GIS_gov | /GISgovpl | /GIS_gov_pl | /gis.gov.pl

Rys. 8. Infografika „Pierwsza pomoc: OMDLENIE”

Pierwsza pomoc: OMDLENIE (ZASŁABNIĘCIE)

Omdlenie to krótkotrwała przemijająca utrata przytomności

OBJAWY POPRZEDZAJĄCE:

- osłabienie
- „mroczki” przed oczami
- szumy w uszach
- błąda, spocona skóra

PIERWSZA POMOC:

- oceń parametry życiowe
- zastosuj pozycję przeciwwstrząsową, unieś kończyny dolne około 30 stopni do góry
- kobiety ciężarne po omdleniu ułóż na lewym boku
- zapewnij dostęp świeżego powietrza
- nie pionizuj (stawiaj na nogi) chorego zbyt szybko, by nie doszło to ponownego omdlenia
- nie podawaj żadnych leków

Główny Inspektorat Sanitarny | /GIS_gov | /GISgovpl | /GIS_gov_pl | /gis.gov.pl

Rys. 9. Infografika „Polskie superowoce - aronia”



Rys. 12. Infografika „Jakie są konsekwencje otyłości”



Rys. 10. Infografika „Kalendarz pylenia roślin w Polsce”



Rys. 13. Infografika „Zwiększmy aktywność fizyczną”




Rys. 11. Infografika „Ile jest kostek cukru w...”



Rys. 14. Infografika „Kochany Dziadku...”







**Działalność Państwowej Inspekcji
Sanitarnej w zakresie zmniejszania
zagrożeń zdrowia publicznego
stwarzanego przez nowe narkotyki
w 2019 r.**

1. Wprowadzenie

Nowe narkotyki nadal stanowią duże zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi, w szczególności narażając bezpieczeństwo zdrowotne dzieci i młodzieży. Powodem ryzyka związanego z ich używaniem jest zwłaszcza to, że substancje te nie posiadają udowodnionego bezpieczeństwa stosowania, zawierają nieznaną skład, liczne zanieczyszczenia i z tego powodu wysoką toksyczność. W celu ograniczenia zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez nowe narkotyki, Państwowa Inspekcja Sanitarna nieprzerwanie inicjuje wiele działań zarówno w skali ogólnopolskiej, jak i lokalnie na poziomie województw i powiatów. Aktywny udział w tych działaniach przejawia Główny Inspektorat Sanitarny, Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne w ramach działań Zespołów do Spraw Nadzoru nad Środkami Zastępczymi, jak i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne. Spośród działań, jakie podejmowała Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2019 r. należy wymienić: monitorowanie rynku nowych narkotyków w wyniku czego zidentyfikowano nowe produkty, dokonywanie oceny ryzyka, podejmowanie działań zapobiegawczych poprzez inicjowanie kontroli w stacjonarnych punktach sprzedaży w przypadku uzasadnionego podejrzenia wprowadzania do obrotu substancji podejrzanej, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zatruc i zgonów, a ponadto informowanie, edukowanie

i ostrzeganie przed niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia ze strony nowych narkotyków. Podkreślenia wymaga, że priorytetowym celem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r., tak jak w ubiegłych latach, była współpraca w zakresie ograniczania dostępności nowych narkotyków. Współdziałanie z innymi resortami, urzędami centralnymi, jednostkami nauki, jednostkami samorządu terytorialnego oraz stowarzyszeniami dotyczyło przede wszystkim wymiany informacji w systemie wczesnego rozpoznawania, ostrzegania i adekwatnego reagowania. W celu uszczegółowienia zasad współpracy wynikających z przepisów prawa Główny Inspektor Sanitarny inicjował zawieranie porozumień szczególnych, czego przykładem jest Porozumienie zawarte w dniu 26 listopada 2018 r. pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Komendantem Głównym Policji, Szefem Krajowej Administracji Skarbowej, Prokuratorem Krajowym, Komendantem Głównym Straży Granicznej i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym o współpracy w celu sprawnego i skutecznego wykonywania zadań w zakresie przeciwdziałania wprowadzaniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Jak pokazały wyniki wspólnych działań w roku 2019, Porozumienie w znaczący sposób wpłynęło na działanie sprawnego systemu przeciwdziałania



zagrożeniom ze strony nowych narkotyków oraz umożliwiło wczesne, szybkie reagowanie.

W 2019 r. kontynuowano działania, w tym w zakresie współpracy międzyresortowej, które zostały zainicjowane na mocy ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. *o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. poz.1490), w ramach których objęto odpowiedzialnością karną posiadanie, wytwarzanie, udzielanie oraz wprowadzanie do obrotu oraz przemyt nowych substancji psychoaktywnych. Wspomniane wyżej Porozumienie z dnia 26 listopada 2018 r. stało się instrumentem ułatwiającym bieżącą wymianę informacji w zakresie środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych wobec zmian jakie wprowadzono w zakresie sprawowanego nadzoru po 21 sierpnia 2018 r.

Ważnym elementem działalności Głównego Inspektoratu Sanitarnego jest obsługa i nadzór merytoryczny nad pracami Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych przy Ministrze Zdrowia. W wyniku prac Zespołu opracowano i wprowadzono w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2019 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych* (Dz.U. z 2019 r poz. 1745), które w istotny sposób przyczyniło się do zwiększenia uprawnień do likwidacji z rynku kolejnych 9 niebezpiecznych substancji psychoaktywnych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna na podstawie art. 4 ust.1 pkt 9a i ust. 2 pkt 1a *ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985 r.* (Dz. U. z 2019 r. poz. 59), w rozumieniu *ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1030, z późn. zm.) egzekwuje przestrzeganie przepisów dotyczących zakazu wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rze-

czypospolitej Polskiej środków zastępczych oraz sprawuje nadzór nad realizacją przepisów dotyczących prowadzenia przez przedsiębiorców działalności w zakresie wytwarzania, przetwarzania, przerabiania, przywozu, wywozu, wewnątrzwspólnotowej dostawy lub wewnątrzwspólnotowego nabycia oraz wprowadzania do obrotu nowej substancji psychoaktywnej, w tym w postaci mieszaniny lub w wyrobie.

Zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych obowiązuje niezmiennie od dnia 27 listopada 2010 r. Źródłem zakazu staje się decyzja administracyjna, w której zakwestionowane produkty są wskazane z nazwy w odniesieniu do zidentyfikowanych w ich składzie substancji psychoaktywnych. Kwestia odpowiedzialności związanej z środkami zastępczymi obejmuje dwa poziomy: administracyjny, co daje instrumenty zwalczania ich podaży bez stosowania represji karnej wobec użytkowników oraz karny, w przypadku zaistnienia zagrożenia życia lub zdrowia wielu osób.

Informacje o zidentyfikowanych substancjach psychoaktywnych w kwestionowanych produktach i o zagrożeniu jakie one stwarzają, zamieszczone są na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego i przekazywane w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania do Centrum Informacji o Narkomanii i Narkotykach (CINN) w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dane te są przesyłane do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkomanii i Narkotyków (EMCDDA) w Lizbonie, co umożliwia wymianę informacji o niebezpiecznych substancjach pojawiających się w innych państwach Europy. Główny Inspektor Sanitarny w wydawanych ostrzeżeniach publicznych zwraca szczególną uwagę na substancje psychoaktywne, których użycie może doprowadzić do zatrucia lub nawet zgonu, mając na względzie, iż na europejskich rynkach narkotykowych, w tym w Polsce, wzrasta realne zagrożenie powodowane tego typu substancjami.

2. Sytuacja epidemiologiczna

Jednym z najważniejszych zadań w obszarze nowych narkotyków realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, w tym Główny Inspektorat Sanitarny, jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zatruc i podejrzeń zatruc nowymi narkotykami.

Na podstawie art. 30a *ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 852 z późn. zm.) Główny Inspektor Sanitarny podejmując działania z zakresu wczesnego ostrzegania utworzył rejestr zatruc środkami zastępczymi (ŚZ) lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP), czyli nowymi narkotykami, w celu ograniczenia zagrożeń, jakie stwarzają te substancje. Rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej jako System Mo-

onitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD), zgodnie z § 1 pkt. 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2014 r. *w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U z 2014 r. poz. 1474 z późn. zm.). W opracowaniu informacji dotyczącej zatruc Główny Inspektor Sanitarny współpracuje z Ośrodkiem Kontroli Zatruc w Warszawie.

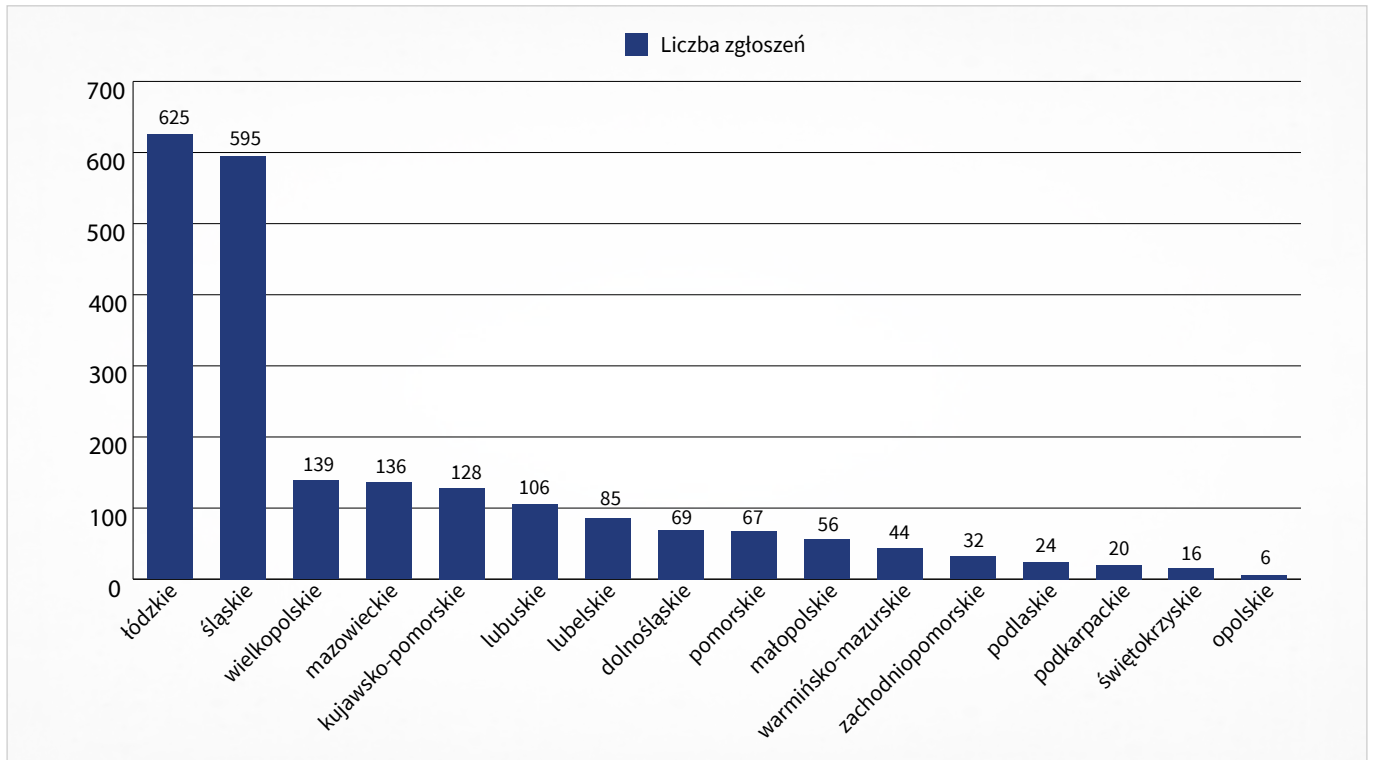
Do rejestru zatruc zostały włączone **2148** przypadki interwencji medycznych (IMed), zakwalifikowane jako podejrzenie zatrucia lub zatrucie nowymi substancjami psychoaktywnymi / środkami zastępczymi. Największa liczba zgłoszeń pochodziła z województwa łódzkiego (**625**), ślą-

skiego (595) oraz województw wielkopolskiego (139) i mazowieckiego (136). Najmniejsza liczba zgłoszonych IMed wpłynęła z województwa opolskiego (6), świętokrzyskiego (16) oraz województwa podkarpackiego (20).

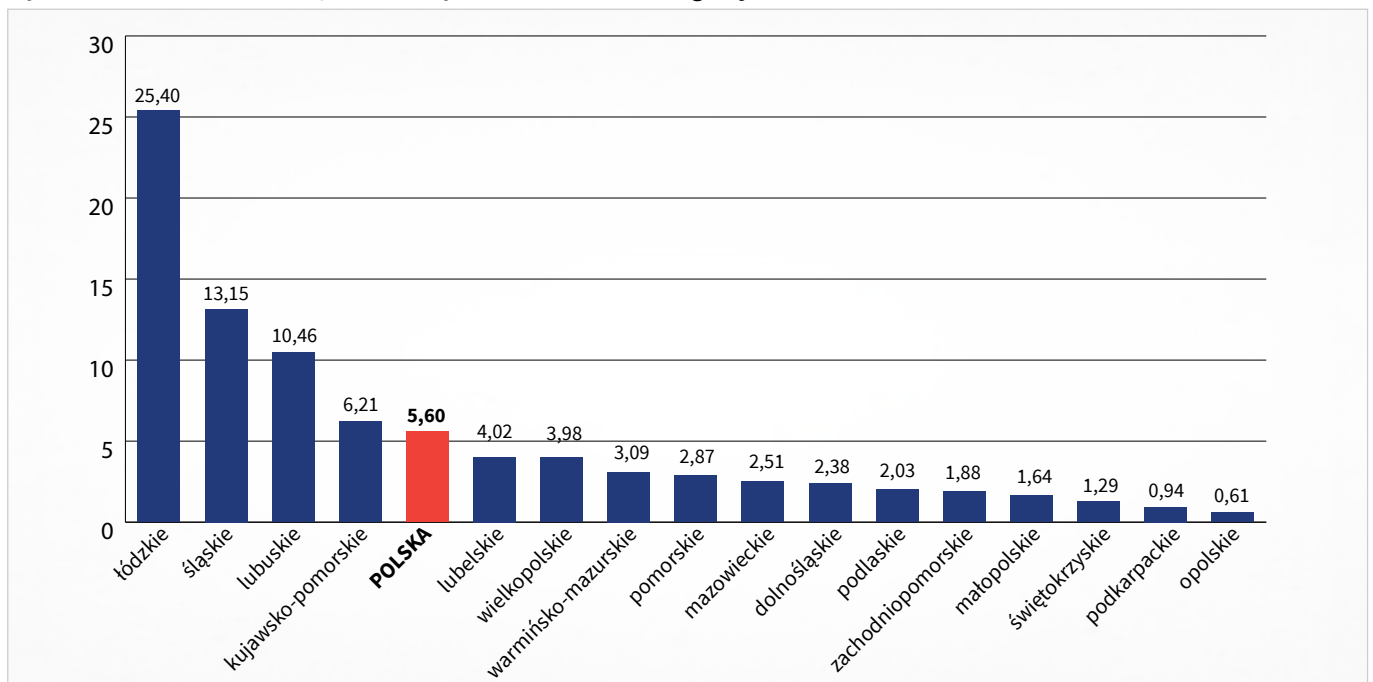
W obliczeniach wskaźników liczba mieszkańców określona została na podstawie danych GUS według stanu ludności na dzień 30 czerwca 2019 r. Wskaźnik IMed w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców dla całego kraju w 2019 r. wyniósł

5,60. W czterech województwach wskaźnik ten był wyższy od parametru określonego w skali kraju. Dotyczy to województw: łódzkiego (25,40), śląskiego (13,15), lubuskiego (10,46) i kujawsko-pomorskiego (6,21). W pozostałych dwunastu województwach, wskaźniki IMed na 100 tys. mieszkańców były niższe od średniego parametru w skali kraju. Najniższe wskazania dotyczyły województw: opolskiego (0,61), podkarpackiego (0,94) oraz świętokrzyskiego (1,29).

Wyk. 39. Liczba zatruczeń NSP/ŚZ w Polsce w 2019 r. z podziałem na województwa



Wyk. 40. Wskaźnik zatruczeń NSP/ŚZ na 100 tys. mieszkańców według województw



Z kolei analiza zatruć według grup wiekowych potwierdza, że najwyższy odsetek wszystkich zgłoszeń w 2018 r. dotyczył grupy wiekowej 19-24 lat i wynosił prawie 1/3 wszystkich zgłoszeń (29,4%). W pozostałych grupach kształtował się następująco: 30-39 lat (25%), 25-29 lat (19,1%), 16-18 lat (12,4%), a w grupie powyżej 40 r.ż. – 4,9%.

W 2019 roku określono wskaźniki dla dwóch „dużych” grup populacyjnych **do 18 r.ż.** (0-18 lat) i **powyżej 18 r.ż.** Liczba

mieszkańców kraju w wieku do 18 r.ż. wynosiła 7 308 691, natomiast w grupie wieku powyżej 18 r.ż. - 31 077 785 (dane GUS). Wskaźnik dla populacji do 18 r.ż. wyniósł **5,31**, a dla grupy powyżej 18 r.ż. wskaźnik ten został określony na poziomie **5,57**. W skali kraju najwyższy wskaźnik zatruć na 100 tys. mieszkańców dotyczył grupy wiekowej 16-18 lat (**24,11**) oraz 19-24 lata (**24,14**), następnie grup: 25-29 lat (**16,16**) i 13-15 lat (**11,08**). Niewiele niższa jest wartość wskaźnika dla grupy: 30-39 (**9,1**), co stanowi niemal dwukrotność średniej krajowej.

Tab. 27. Zgłoszenia zgonów w 2019 r. według województw

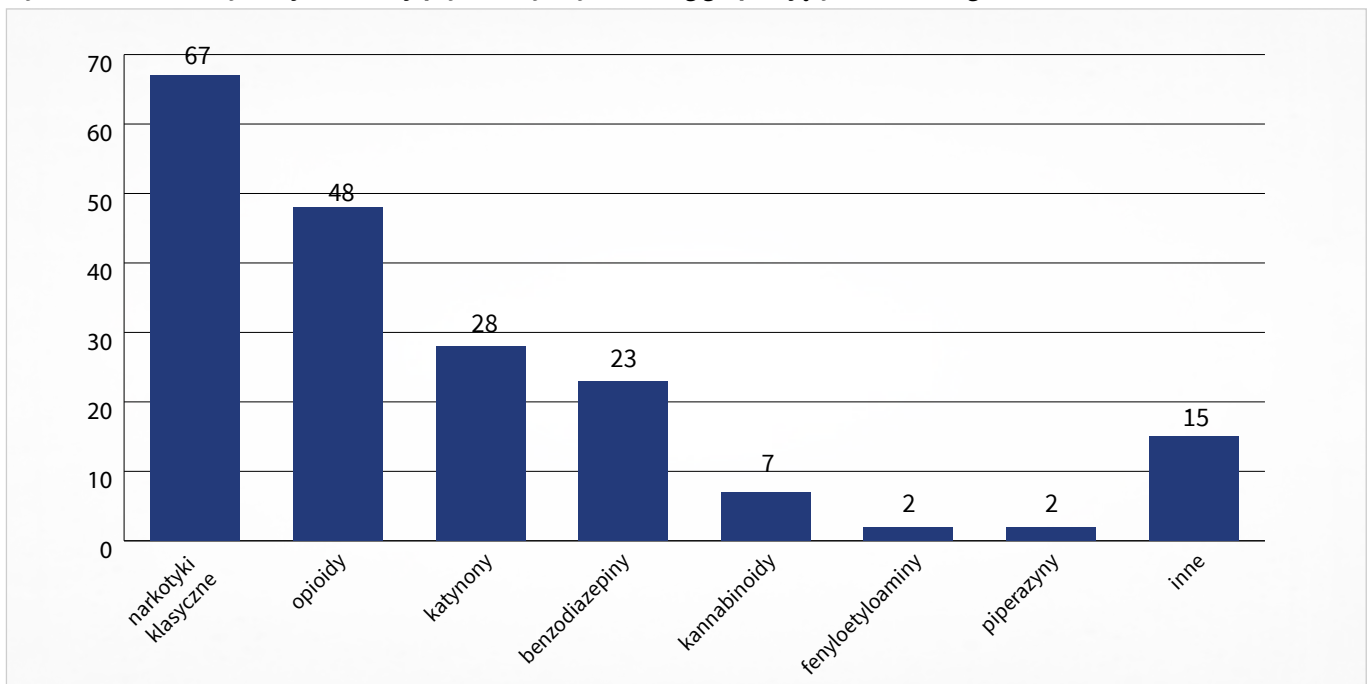
Lp.	Województwo	2019
1	Dolnośląskie	13
2	Kujawsko-pomorskie	11
3	Lubelskie	2
4	Lubuskie	2
5	Łódzkie	7
6	Małopolskie	6
7	Mazowieckie	72
8	Opolskie	2
9	Podkarpackie	1
10	Podlaskie	1
11	Pomorskie	8
12	Śląskie	41
13	Świętokrzyskie	1
14	Warmińsko-mazurskie	5
15	Wielkopolskie	5
16	Zachodniopomorskie	7
Razem		184

Główny Inspektor Sanitarny powziął informację na temat **184** zgonów, które mają związek z użyciem nowych narkotyków. Najwięcej zgonów stwierdzono w województwie mazowieckim (**72**), śląskim (**41**) oraz dolnośląskim (**13**) i kujawsko-pomorskim (**11**).

Analizując zebrane informacje pod względem cech socio-demograficznych ofiar tzw. „dopalaczy”, możemy stwierdzić, że w zdecydowanej większości są to mężczyźni (78,8%). Z kolei mając na uwadze strukturę wieku ofiar, najwięcej zgonów zanotowano w przedziale wiekowym 20-29 lat (35%) oraz w wieku 30-39 (34%).

Analiza przypadku zgonów daje również możliwość odpowiedzi na pytanie jakie substancje przyjmowali użytkownicy nowych narkotyków i jakie stwierdzono w ich materiale biologicznym po śmierci. Dane pochodzące z autopsji 126 zmarłych obejmują 282 wskazania substancji psychoaktywnych, przy czym w wielu przypadkach stwierdzono 2 lub więcej substancji. Mamy więc do czynienia z użytkownikami, którzy mieszają różne narkotyki, nieświadomie albo dla wzmocnienia efektu.

Wyk. 41. Liczba identyfikacji substancji psychoaktywnych według grup mających udział w zgonach w 2019 r.



Najczęściej identyfikowane były substancje z grupy syntetycznych katynonów (np. α -PIHP – 14 razy, 4-CMC – 4 razy, NEP – 5 razy, 3-CMC- 3 razy, N-etyloheksedron – 3 razy); opioidów (głównie 4F-BF – 13 razy) oraz rzadziej syntetycznych kannabinoidów (5F-MDMB-PICA, 4F-MDMB_BUTINA-

CA, 5F-AB, 5F-ADB, AB-PINACA). Relatywnie często w materiale biologicznym znaleziono ślady produktów leczniczych z grupy benzodiazepin (diazepam, ordazepam, alprazol, lorazepam).

3. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych

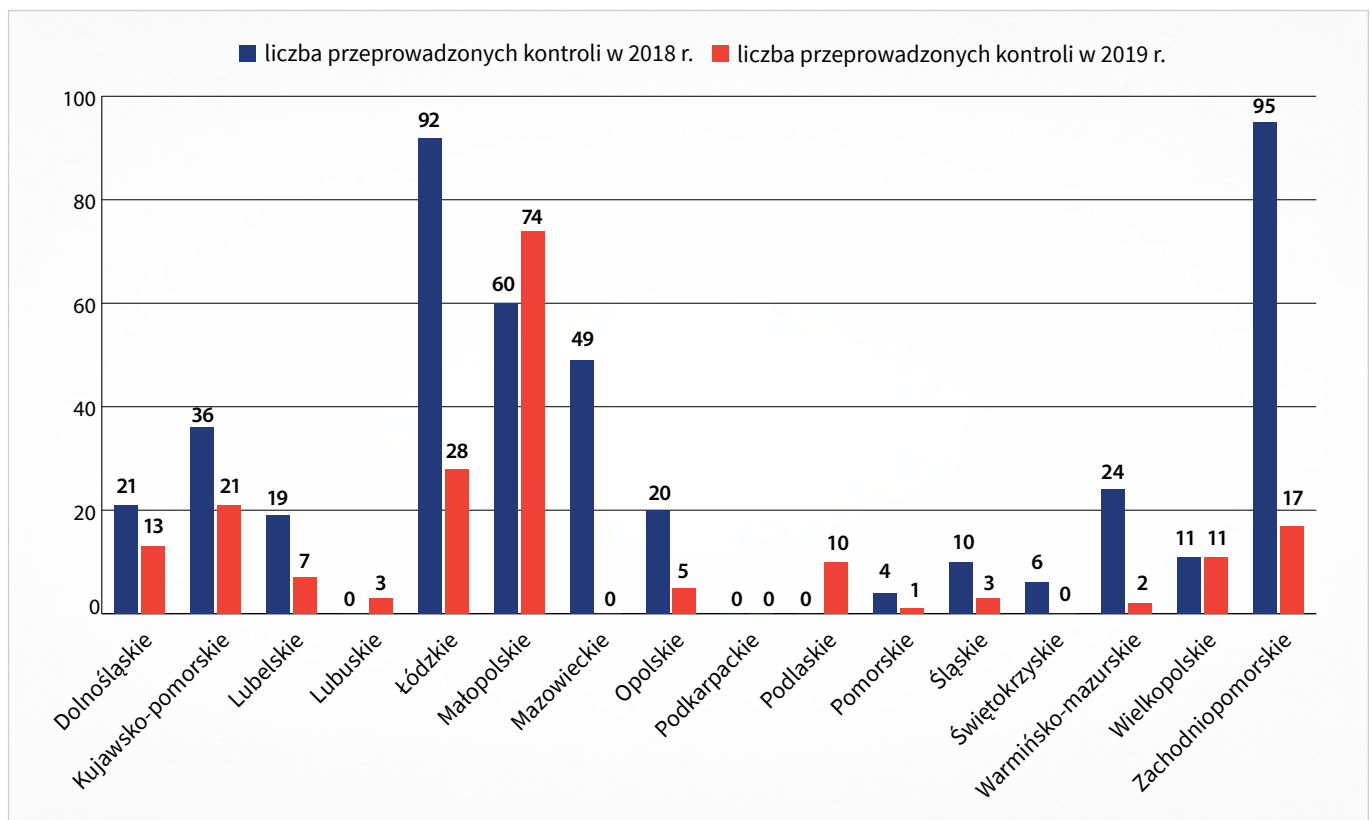
W 2019 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) przeprowadzili **195** kontrole punktów działalności gospodarczej przedsiębiorców, u których zachodziło uzasadnione podejrzenie produkcji lub wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych (NPS).

W następstwie działań państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych (PPIS) wydano łącznie **1134** decyzje administracyjne, w tym **25** decyzji dotyczących czasowego wycofania produktów z obrotu na podstawie art. 44c ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tab. 28. Aktywność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze nowych narkotyków w 2019 i 2018 rok

Rok	Liczba kontroli	Liczba wydanych decyzji administracyjnych	Liczba zabezpieczonych opakowań produktów	Liczba próbek pobranych do badań	Liczba podmiotów oferujących w sprzedaży środki zastępcze	Kwota nałożonych kar w PLN	Kwota wyegzekwowanych kar w PLN
2018	447	3 013	11 651	1 134	38	9 701 762	418 560
2019	195	1134	916	145	10	1 937 823	507 115

Wyk. 42. Liczba przeprowadzonych kontroli w 2018 r. oraz 2019 r.





Zabezpieczono **916** opakowań o łącznej wadzie **36 455,22 g** produktów, co do których istniało podejrzenie, że stanowią środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne. Do badań laboratoryjnych pobrano **145** próbek.

W ramach prowadzonych postępowań nałożono łącznie **1 937 823** zł kar finansowych na podmioty i osoby fizyczne wytwarzające lub wprowadzające do obrotu środki zastępcze. Bezpośrednio w toku prowadzonych przez PPIS postępowań udało się wyegzekwować **507 114,88** zł tytułem nałożonych kar. Pozostała część kar została skierowana do postępowania egzekucyjnego prowadzonego przez organy skarbowe.

Organy PIS złożyły **35** zawiadomień do organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa związanych z funk-

cjonowaniem procederu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych i NPS, a także związanych z bezpośrednim narażeniem życia lub zdrowia ludzi.

Spadkowa tendencja, w postaci liczby przeprowadzanych kontroli w stacjonarnych punktach sprzedaży, wskazuje że organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wypracowały skuteczne metody walki z procederem wprowadzania do obrotu środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Jednocześnie, wskazać należy, że w 2018 r., jak i 2019 r. postępowania administracyjne prowadzone były w głównej mierze w stosunku do osób fizycznych (sprawy otrzymane od innych organów ścigania m.in.: Policja, Prokuratura).

4. Nowe narkotyki zidentyfikowane w 2019 r.

Problem nowych narkotyków, tzw. dopalaczy jest zauważalny w Polsce od pojawienia się w 2006 r. produktu o nazwie Spice. Faktem jest to, że liczba nowych substancji psychoaktywnych (NSP), zwłaszcza w ciągu ostatnich 10 lat, sukcesywnie wzrasta. Pojęcie NSP można potocznie przyjąć jako synonim „nowego narkotyku” a także „narkotyku nowej generacji”. W krajach anglojęzycznych środki te opisywane są pod różnymi nazwami jako „legal highs”, „designer drugs”, „herbal highs” czy „research chemicals”. Skład chemiczny tych substancji ulega ciągłej ewolucji, co stanowi wyzwanie dla Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoak-

tywnych przy Ministrze Zdrowia. W związku z zagrożeniem zdrowia publicznego stwarzanym przez „nowe narkotyki”, Zespół, któremu przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny, na bieżąco dokonuje oceny ryzyka zdrowotnego i społecznego wybranych substancji psychoaktywnych, mając na uwadze dostępność i potencjał rozpowszechniania, szkody zdrowotne spowodowane używaniem nowej substancji związane z jej toksycznością ostrą lub przewlekłą oraz ryzykiem jej nadużywania lub właściwościami uzależniającymi. W 2019 r. Zespół przeprowadził 3 posiedzenia, w trakcie których podjął 11 uchwał oraz wydał opinię na temat substancji o nazwie ACETYLOFENTANYL-d₅ HCl (**tabela 1**). Dodatkowo

Tab 29. Działania Zespołu zrealizowane w 2019 r.

Data posiedzenia Zespołu	Nr podjętej uchwały/ opinii	Rekomendacja Zespołu dot. Substancji
20.02.2019	Uchwała nr 1/2019	FLUBROMAZOLAM, DIKLAZEPAM, 3-HYDROKSYFENAZEPAM
	Uchwała nr 2/2019	4-HO-MiPT
	Uchwała nr 3/2019	ALD-52
	Uchwała nr 4/2019	ETH-LAD
	Uchwała nr 5/2019	pF-4-METYLOAMINOREKS
06.06.2019	Uchwała nr 6/2019	FLUNITRAZOLAM, FLUALPRAZOLAM, FLUBROMAZEPAM
	Uchwała nr 7/2019	4-HO-DET, DPT (N,N-dipropylotryptamina)
	Uchwała nr 8/2019	DCK (deschloroketamina)
01.08.2019	Opinia nr 1/2019	ACETYLOFENTANYL-d ₅ HCl
03.10.2019	Uchwała nr 9/2019	AL-LAD, 1P-LSD
	Uchwała nr 10/2019	Grupa „pochodne tryptaminy”
	Uchwała nr 11/2019	2-FDCK (2-fluorodeschloroketamina)

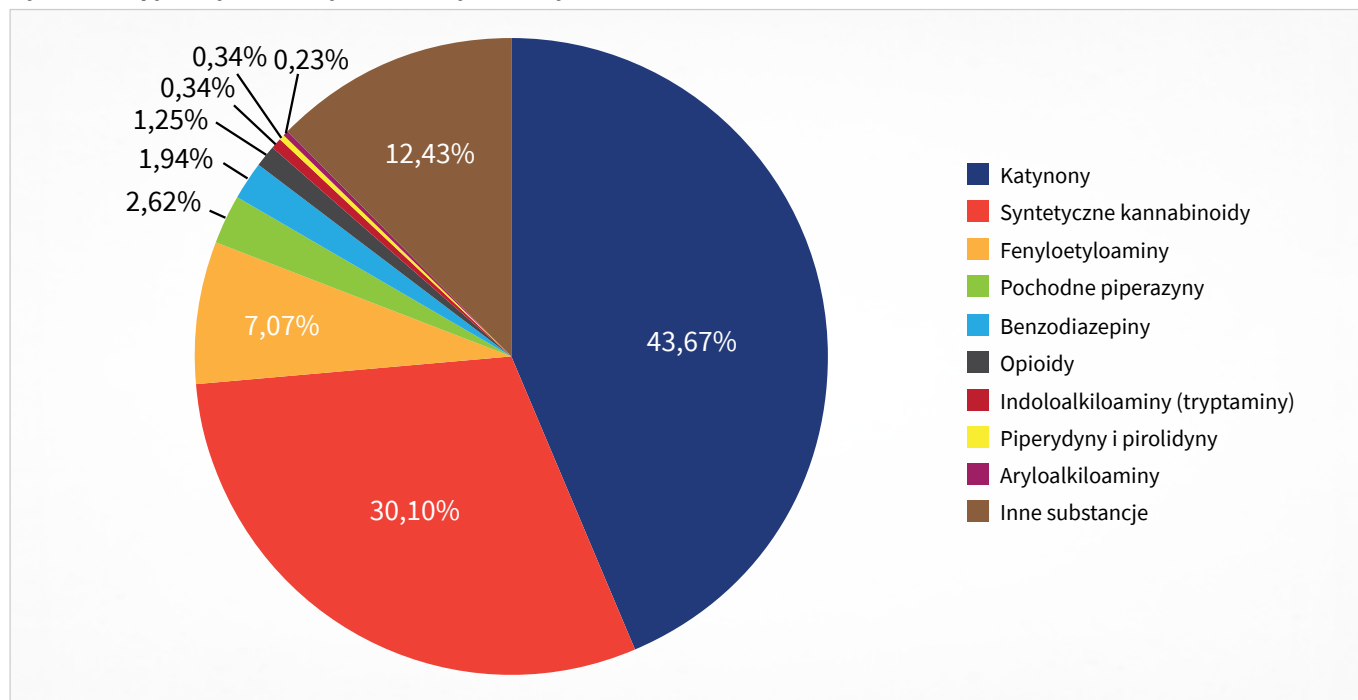
efektem prac Zespołu, było przygotowanie i wprowadzenie w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2019 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych* (Dz. U. z 2019 poz. 1745). Rozporządzenie objęło dodatkowo regulacją 9 substancji psychoaktywnych, tj. 3-FLUOROFENMETRAZYNA, KLONAZOLAM, FLUBROMAZOLAM, DIKLAZEPAM, 3-HYDROKSYFENAZEPAM, 4-HO-MIPT, ALD-52, ETH-LAD, pF-4-METYLOAMINOREKS.

Na polskiej scenie narkotykowej oferowane są „nowe narkotyki”, które z reguły zawierają nieznaną dla użytkownika mieszaninę psychoaktywnych związków chemicznych, których składnikami mogą być jedna lub więcej substancji czynnych, wypełniacze oraz nierzadko przypadkowe zanieczyszczenia. Jednym z problemów rozpoznania klinicznego oraz właściwego leczenia w szpitalach i ośrodkach toksykologicznych jest przyjmowanie przez użytkowników w krótkim czasie przed, po zażyciu, albo jednocześnie kolejnych porcji substancji psychoaktywnych połączonych z alkoholem albo lekami. Ponadto „nowe narkotyki”, głównie syntetyczne opioidy charakteryzują się wysoką toksycznością nawet w mikroskopijnych dawkach, których zażycie może doprowadzić do nieodwracalnych skutków zdrowotnych a nawet śmierci. Należy zdać sobie sprawę z faktu, że w ciągu ostatnich kilku lat doszło do wzrostu liczby, rodzaju i dostępności NSP należących do klasy benzodiazepin. Niektóre z nich oferowane są jako podrobiona odmiana leków wydawanych na receptę o działaniu przeciwlękowym, takich jak alprazolam (Xanax) czy diazepam. Często skład i działanie oferowanych produktów nie są znane sprzedającemu a tym bardziej kupującemu. Również reakcja organizmu jest zmienna i nieprzewidywalna, co stanowi realne zagrożenie dla zdrowia i życia. Używanie „no-

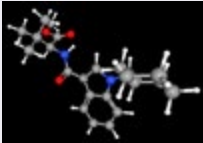
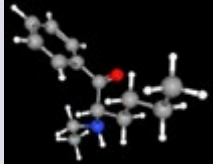
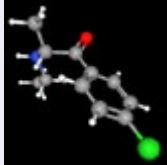
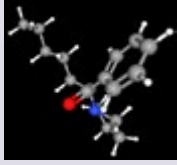
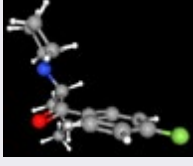
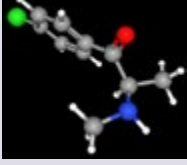
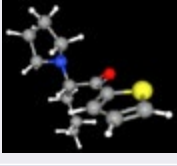
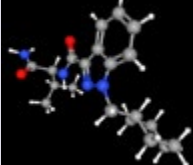
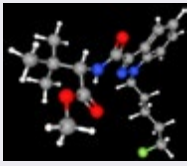
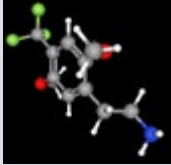
wych narkotyków”, nawet jednorazowe, może doprowadzić do groźnego dla życia ostrego zatrucia a nawet zgonu. Używanie substancji psychoaktywnych prowadzi do uzależnienia, dezintegracji osobowości, depresji lub innych zaburzeń psychicznych a to z kolei do rozpadu rodziny, przerwania nauki, utraty pracy i innych negatywnych skutków społecznych.

Substancje psychoaktywne będące narkotykami nowej generacji, które w 2019 r. były identyfikowane w próbkach produktów zatrzymanych i wycofanych z obrotu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, należały do następujących grup chemicznych: katynonów, syntetycznych kannabinoidów, fenyloetyloamin, pochodnych piperazyny, beznodiazepin i innych. Produkty te występowały w różnej postaci, np. proszku, suszu roślinnego, plastycznej substancji oraz kapsułek. Laboratoria uprawnione do przeprowadzania badań, mających na celu ustalenie, czy dany produkt jest środkiem zastępczym, w 2019 r. w zabezpieczonych produktach oferowanych na polskim rynku jako nowe narkotyki najczęściej wykrywały substancje z grup katynonów, syntetycznych kannabinoidów oraz benzodiazepin. Z analizy tych badań wynika, że w 2019 r., inspektorzy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujawnili 84 różne substancje, jednak prawie połowa rynku to 10 najpopularniejszych substancji psychoaktywnych („lista TOP 10”). Ranking najpopularniejszych związków chemicznych tego rodzaju obejmuje następujące substancje: MDMB-CHMICA, HEX-EN, 4-CEC, PV-8, 4F- α -PVP, 4-CMC, α -PVT, AB-CHMINACA, 5F-ADB, 2C-TFM, których zażycie stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka. Z dostępnych danych wynika, że w 2019 r. największa liczba identyfikacji tj. 97 przypadków, dotyczyła substancji MDMB-CHMICA. Natomiast najmniejsza liczba identyfikacji z „listy TOP 10” przypadła substancji o nazwie 2C-TFM i wynosiła 18 przypadków.

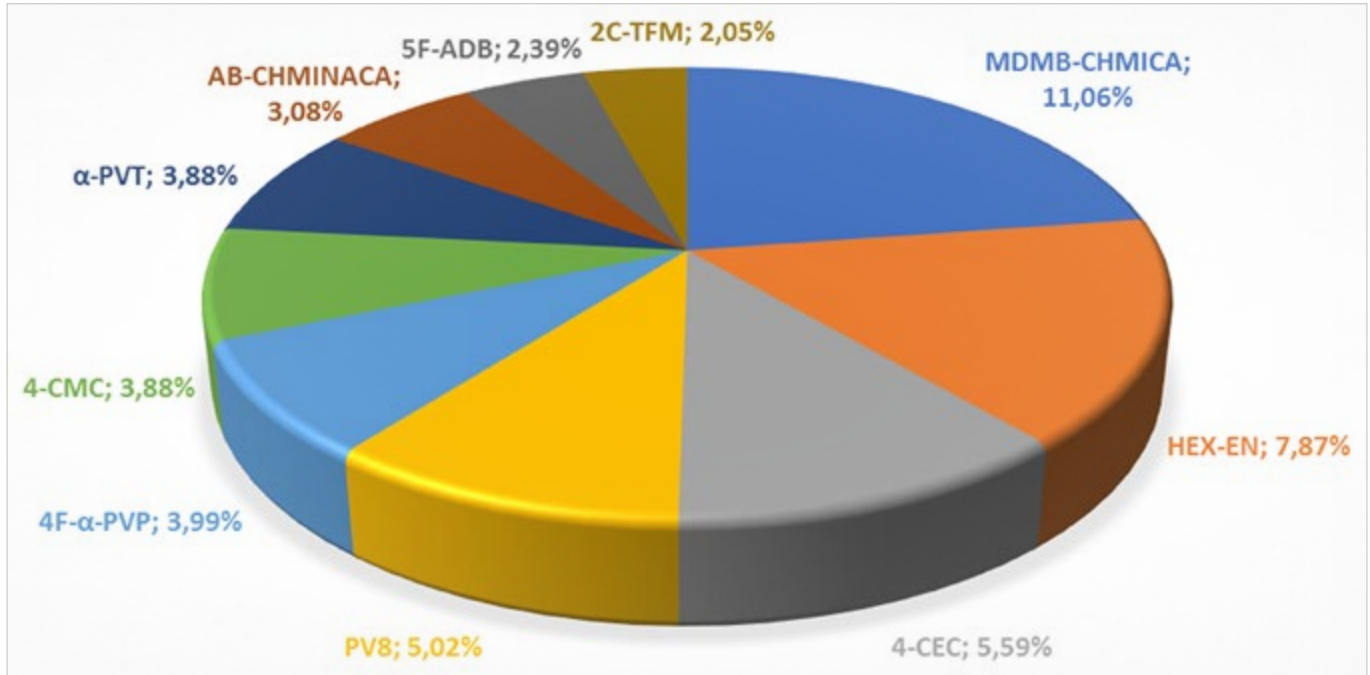
Wyk. 43. Grupy nowych narkotyków zidentyfikowanych w 2019 r.



Tab 30. Najczęściej identyfikowane w kwestionowanych produktach nowe narkotyki w 2019 r.

Substancja psychoaktywna	Grupa substancji	Nazwa IUPAC	Numer CAS	Wzór strukturalny
MDMB-CHMICA	SYNTETYCZNE KANNABINOIDY	methyl (2S)-2-[[1-(cyclohexylmethyl)indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethylbutanoate	1971007-95-0	
HEX-EN	KATYNOHY	2-(ethylamino)-1-phenylhexan-1-one	802857-66-5	
4-CEC	KATYNOHY	1-(4-chlorophenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one	14919-85-8	
PV8	KATYNOHY	1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)heptan-1-one	13415-55-9	
4F-α-PVP	KATYNOHY	1-(4-fluorophenyl)-2-pyrrolidin-1-ylpentan-1-one	850352-62-4	
4-CMC	KATYNOHY	1-(4-chlorophenyl)-2-(methylamino)propan-1-one	1225843-86-6	
α-PVT	KATYNOHY	2-pyrrolidin-1-yl-1-thiophen-2-ylpentan-1-one	1400742-66-6	
AB-CMINACA	SYNTETYCZNE KANNABINOIDY	N-[(2S)-1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl]-1-(cyclohexylmethyl)indazole-3-carboxamide	1185887-21-1	
5F-ADB	SYNTETYCZNE KANNABINOIDY	methyl 2-[[1-(5-fluoropentyl)indazole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethylbutanoate	1715016-75-3	
2C-TFM	FENYLOETYLOAMINY	2-[2,5-dimethoxy-4-(trifluoromethyl)phenyl]ethanamine	159277-08-4	

Wyk. 44. Najpopularniejsze nowe narkotyki zidentyfikowane w 2019 r.



5. Działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne

W 2019 r. z inicjatywy i przy udziale pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowano działania realizowane w latach poprzednich, których celem było ograniczanie rozmiarów używania nowych narkotyków oraz zapobieganie różnorodnym skutkom zdrowotnym i społecznym, z tym związanym. Na terenie całego kraju, przeprowadzono kilkaset konferencji, szkoleń i spotkań poświęconych tematyce nowych narkotyków, często przy współpracy i z udziałem wojewodów, kuratorów oświaty, przedstawicieli organów samorządu terytorialnego, dyrektorów szkół oraz pedagogów oraz policyjnych ekspertów zajmujących się profilaktyką i zwalczaniem przestępczości narkotykowej.

Wśród w/w konferencji w których uczestniczyli przedstawiciele Głównego Inspektora Sanitarnego na szczególną uwagę zasługuje udział w III Międzynarodowej Konferencji pt. „Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym”, tym ważne, bo poświęcone prezentacji programów profilaktycznych o zasięgu lokalnym oraz udział w VI Ogólnopolskiej Konferencji pt. „Narkotyki-Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Inspiracje i Perspektywy”, poświęconej współpracy w zakresie polityki w obszarze przeciwdziałania narkomanii na poziomie ogólnopolskim. Inne ważne ze względów merytorycznych konferencje to zorganizowana przez Krajową Administrację Skarbową przy udziale przedstawicieli Głównego Inspektora Sanitarnego: „Nowe wyzwania w obszarze kontroli obrotu środkami zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi”. Ponadto

należy wyróżnić Krajową konferencję na temat walki z fałszowaniem produktów leczniczych przeznaczonych dla ludzi, udział w posiedzeniach Rady do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, spotkania Zespołu roboczego do spraw współpracy międzynarodowej 2020/63 i dwóch sesjach Komisji Środków Odurzających.

Pracownicy WSSE i PSSE w ciągu roku 2019 prowadzili szeroki zakres działań edukacyjnych w obszarze środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, w tym opracowywali i upowszechniali materiały informacyjno-edukacyjne dotyczące profilaktyki i leczenia osób uzależnionych oraz zagrożeń związanych z zakażeniami HIV, HCV i HBV oraz chorób przenoszonych drogą płciową wśród osób stosujących substancje psychoaktywne. Polityka Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie przeciwdziałania narkomanii była ukierunkowana na upowszechnianie i praktyczne wdrażanie programów profilaktyki opracowywanych w oparciu o naukowe podstawy oraz o potwierdzonej skuteczności, w tym programy które określają kategorie czynników chroniących i czynników ryzyka w zakresie używania nowych narkotyków. Programy te były adresowane do dzieci i młodzieży szkolnej, osób dorosłych, do potencjalnych użytkowników, osób używających szkodliwie, osób współuzależnionych, rodziców i opiekunów osób uzależnionych. Działania te podejmowane były we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i wpisywały się w zakres merytoryczny określony w wojewódzkich i gminnych programach przeciwdziałania narkomanii.

Tab 31. Tabela z danymi 3.06.2020 r.

województwo	odbiorcy 2017	odbiorcy 2018	odbiorcy 2019	suma
dolnośląskie	85 052	75 692	60 577	221 321
kujawsko-pomorskie	67 344	64 198	178 334	309 876
lubelskie	158 962	138 090	319 878	616 930
lubuskie	33 355	91 033	31 265	155 653
łódzkie	75 890	52 534	113 504	241 928
małopolskie	3 105	40 040	282 406	325 551
mazowieckie	167 860	159 210	193 916	520 986
opolskie	1 630	5 345	8 862	15 837
podkarpackie	33 950	123 593	118 338	275 881
podlaskie	53 576	63 504	21 437	138 517
pomorskie	35 611	62 113	67 690	165 414
śląskie	336 391	378 345	110 939	825 675
świętokrzyskie	60 216	79 831	40 802	180 849
warmińsko-mazurskie	10 657	29 710	43 922	84 289
wielkopolskie	9 888	23 306	20 597	53 791
zachodnio-pomorskie	72 754	296 864	54 179	423 797
POLSKA	1 206 241	1 683 408	1 666 646	4 556 295

W ramach współpracy z organami administracji centralnej oraz jednostkami samorządu terytorialnego, Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała udział w działaniach polegających na wdrażaniu i monitorowaniu lokalnych standardów polityki antynarkotykowej, między innymi poprzez angażowanie dzieci i młodzieży do podejmowania aktywnych form reagowania na zagrożenia płynące ze strony nowych narkotyków.

Wśród przedsięwzięć wpisujących się w powyższy zakres można jako przykłady wymienić między innymi: grę miejską „Razem dla bezpieczeństwa” i akcję „Nie daj się złapać do palaczom”.

W 2019 r. kontynuowała swoje działania całodobowa infolinia, obsługiwana przez pracowników WSSE a administrowana przez Główny Inspektorat Sanitarny. Przez 10 letnie doświadczenie swojego funkcjonowania, infolinia wpisuje się w zadania Narodowego Programu Zdrowia, poprzez upowszechnianie szeroko pojętej edukacji w celu kształtowania odpowiednich postaw i zachowań prozdrowotnych. W infolinii osoby zagrożone uzależnieniem lub członkowie ich rodzin mogą pozyskać informację o formach i miejscach udzielania pomocy medycznej, o tym jak rozpoznać działanie poszczególnych substancji i jak reagować mając kontakt z osobą pod wpływem substancji psychoaktywnych. Infolinia stanowi także instrument wsparcia lokalnego środowiska szkolnego w przeciwdziałaniu narkomanii.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2019 r., wzorem lat minionych, realizuje zadania, które zostały ujęte w celu operacyjnym nr 2 *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* (Dz. U. poz. 1492). W ramach tego Programu realizowane są projekty z zakresu profilaktyki uniwersalnej. Przykładem tego rodzaju projektu jest opracowanie pakietu informacyjnego pt. „*Nowe narkotyki – czym są i jak działają?*” na który składa się poradnik dla nauczycieli i rodziców uczniów, który zostanie przekazany szkołom w roku szkolnym 2020/2021 oraz konkurs, którego przedmiotem jest opracowanie konspektu zajęć profilaktycznych, dotyczących zapobiegania i przeciwdziałania używaniu nowych narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Poradnik może być wykorzystany przez nauczycieli przy opracowywaniu diagnozy w zakresie występujących czynników chroniących i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Wartość praktyczną poradnika stanowi fakt, że wśród jego autorów są terapeuci uzależnień z doświadczeniem klinicznym w leczeniu oraz rehabilitacji osób uzależnionych oraz edukacyjnym w pracy z młodzieżą szkolną szkodliwie używającą nowe narkotyki. Pakiet zawiera również ofertę na temat form i metod pomocy ambulatoryjnej i stacjonarnej osobom uzależnionym oraz instytucji realizujących leczenie i rehabilitację dla tych osób.

Rys. 15. Nowe narkotyki - poradnik dla nauczycieli

W 2019 r. wiodącym tematem działania Głównego Inspektoratu Sanitarnego była współpraca z Ministerstwem Edukacji Narodowej. W celu zacieśnienia współpracy w obszarze przeciwdziałania narkomanii zrealizowano szereg spotkań roboczych, których rezultatem było opracowanie dwóch dokumentów: *Wytycznych Ministra Edukacji Narodowej do współpracy szkoły z Policją i Państwową Inspekcją Sanitarną, jako ważnych partnerów szkoły w profilaktyce narkomanii* oraz *Harmonogramu prac związanych ze współpracą szkoły z Policją i przedstawicielami wojewódzkich i powiatowych inspektorów sanitarnych – partnerów szkoły w profilaktyce narkomanii*. Wytyczne zostały przeznaczone dla dyrektorów szkół i placówek oświatowych, nauczycieli, szkolnych specjalistów, rodziców oraz partnerów szkoły, jako wsparcie w realizacji skutecznych działań profilaktyki narkomanii, która jest działaniem międzyresortowym i od jej spójności zależy jej efektywność zarówno w skali kraju, jak i w środowiskach lokalnych. W Harmonogramie przedstawiono szeroki zakres działań wspierających szkołę w realizacji profilaktyki narkomanii, które są realizowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ośrodek Rozwoju Edukacji, Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Policję. W ofercie Głównego Inspektoratu Sanitarnego podkreślono fakt, że realizacja przedsięwzięć prozdrowotnych związana jest z inicjowaniem działań zmierzających do informowania i ostrzegania

m. in. rodziców i nauczycieli o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem nowych narkotyków. Do działań tych można zaliczyć: opracowywanie i upowszechnianie programów informacyjno-edukacyjnym o zasięgu ogólnopolskim i lokalnym oraz udostępnianie materiałów dotyczących profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, które mogą stać się wsparciem dla nauczycieli podczas realizacji działań profilaktycznych w szkołach.

W ramach międzyresortowej współpracy zainicjowano i opracowano zakres merytoryczny do przyszłego Porozumienia o współpracy w tworzeniu spójnej polityki profilaktyki narkomanii wśród dzieci i młodzieży, które finalnie zostało podpisane w dniu 15 stycznia 2020 r. Wśród zadań Głównego Inspektora Sanitarnego w przedmiotowym Porozumieniu znalazło się m. in. prowadzenie promocji zdrowego stylu życia, kształtowanie właściwych postaw i nawyków prozdrowotnych, pobudzanie aktywności uczniów i ich rodziców na rzecz własnego zdrowia i zdrowia rodziny oraz prowadzenie monitoringu zagrożeń dla życia i zdrowia dzieci i młodzieży ze strony nowych narkotyków.

W 2019 r. przeprowadzono dwie narady szkoleniowe dla WSSE - Koordynatorów Zespołów do spraw Nadzoru nad Środkami Zastępczymi i PSSE, z udziałem przedstawicieli m. in. Instytutu Ekspertyz Sądowych, Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji, Krajowej Administracji Skarbowej, Komendy Głównej Policji - Biura Kryminalnego oraz Biura do Walki z Cyberprzestępczością, Ministerstwa Sprawiedliwości – Departamentu do Spraw Przestępczości Zorganizowanej i Korupcji, Prokuratury Krajowej, Biura do Spraw Substancji Chemicznych.

Tematami wiodącymi narad szkoleniowych były między innymi: monitoring i zwalczanie nowych narkotyków w Internecie, dyskusja nad nowymi metodami współpracy pomiędzy organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej a organami ścigania, intensyfikacja działań w zakresie monitoringu i identyfikacji nowych narkotyków, zmiany w zakresie klasyfikacji nowych narkotyków i epidemiologii zatruc, Pilotażowi Mazowieckiemu w zakresie zatruc i zgonów spowodowanych nowymi narkotykami i rozwojowi rynku produktów pochodzących z konopii siewnych. Dodatkowo zorganizowano spotkanie z pracownikami WSSE zajmującymi się współpracą ze szkołami i placówkami systemu oświaty na poziomie regionalnym i lokalnym. Podczas narady przedstawiono optymalny plan współpracy, wytyczne oraz omówiono diagnozę szkolną w celu najpełniejszego wykorzystania potencjału czynników chroniących i zmniejszenia stopnia oddziaływania czynników ryzyka na terenie szkoły.

6. „DOPMED - System Rejestracji i Identyfikacji Zatruc Nowymi Substancjami Psychoaktywnymi w Polsce jako kluczowe źródło szybkiego reagowania na niepożądane skutki ich używania”

Główny Inspektorat Sanitarny inicjował również przygotowanie i przeprowadzenie badań naukowych w obszarze nowych narkotyków. Przykładem jest opracowanie i przeprowadzenie pilotażowego programu rejestracji, identyfikacji i analizy zatruc wywołanych użyciem nowych narkotyków. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dra. med. Jerzego Nofera w Łodzi realizował projekt badawczy „DOPMED - System Rejestracji i Identyfikacji Zatruc Nowymi Substancjami Psychoaktywnymi w Polsce jako kluczowe źródło szybkiego reagowania na niepożądane skutki ich używania”, realizowany we współpracy z Narodowym Instytutem Leków, Ośrodkiem Kontroli Zatruc-Warszawa i Głównym Inspektoratem Sanitarnym.

Realizacja zadań dotyczących wspierania badań naukowych w obszarze problemu nowych narkotyków i narkomanii w ramach tego projektu zakończyła się w listopadzie 2019 r.

W efekcie działań projektu DOPMED, została opublikowana monografia *Nowe Narkotyki („Dopalacze”) – wybrane zagadnienia toksykologii współczesnej*, która jest kompleksowym opracowaniem dotyczącym problemu, który stał się w ostatnich latach wyzwaniem dla toksykologów, czyli nowych substancji psychoaktywnych zwanych „dopalaczami”. Książka skierowana jest do szerokiego grona odbiorców, którzy w swojej pracy stykają się z problematyką zatruc nowymi narkotykami, czyli profesjonalistów medycznych oraz pracowników placówek oświatowych i Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ważnym aspektem tego projektu było również przygotowanie wniosków i rekomendacji dla Ministra Zdrowia z pilotażowego programu rejestracji i analizy zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi. Warto podkreślić, że problem związany z nowymi substancjami psychoaktywnymi wymaga współpracy różnych specjalistów-klinicystów, w tym toksykologów klinicznych, psychiatrów, terapeutów uzależnień oraz specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, gdyż jest to nie tylko problem ostrych zatruc, ale także używania nowych substancji psychoaktywnych prowadzącego


do uzależnienia oraz innych problemów zdrowotnych (m.in. zaburzeń psychicznych), a także stanowi istotny problem społeczny. Zdaniem autorów projektu DOPMED, z punktu widzenia zdrowia publicznego, dane na temat wzorców zażywania NSP oraz szkód związanych z ich stosowaniem, wraz z danymi demograficznymi typu wiek, płeć oraz miejsce zamieszkania mogą być użyteczne w podejmowaniu decyzji, gdzie powinna być umiejscowiona w systemie ochrony zdrowia opieka specjalistyczna oraz celowane interwencje.

Rys. 16. Nowe narkotyki. Dopalacze









**Działalność Państwowych
Granicznych Inspektorów
Sanitarnych (PGIS) w zakresie
zabezpieczenia sanitarno-
epidemiologicznego granic
Rzeczypospolitej Polskiej
i Unii Europejskiej w 2019 roku**

Od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, północno-wschodnie granice Polski stały się zewnętrznymi granicami Unii Europejskiej i od tej chwili Państwowa Inspekcja Sanitarna działa również na granicy wspólnotowej.

Równoczesne otwarcie granic i rozwój transportu międzynarodowego, a także m.in. 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

Państwowi graniczni inspektorzy sanitarni, kierujący 10. granicznymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi (GSSE) przeprowadzają graniczne kontrole sanitarne, których celem jest utrzymanie bariery sanitarno-epidemiologicznej kraju poprzez m.in. 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, PGIS monitorują zagrożenia i oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

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, wykonują graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne w: Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemyślu, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu i Warszawie.

3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Głównymi zadaniami realizowanymi przez PGIS są:

1. Ochrona sanitarno-epidemiologiczna granic państwa i Unii Europejskiej przed zawleczeniem do kraju wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych.
2. Sprawowanie nadzoru sanitarnego nad środkami spożywczymi, substancjami pomagającymi w przetwarzaniu, materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością przekraczającymi granicę.
3. Nadzór nad nowymi produktami wprowadzanymi do obrotu, mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.
4. Nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich, lotniczych i lądowych przejściach granicznych.
5. Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w środkach transportu morskiego, powietrznego i kolejowego.
6. Sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów sanitarno-higienicznych nad infrastrukturą na obszarach przejść granicznych.
7. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów określających warunki zdrowotne środowiska pracy, w zwłaszcza zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy.
8. Współpraca ze służbami i organami kontrolnymi działającymi na granicy państwa w celu zapewnienia skutecznej ochrony sanitarno-epidemiologicznej jego granic.
9. Prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych i promujących zdrowie wobec osób przekraczających granice państwa, w zakresie aktualnych zagrożeń.

Zgodnie z posiadanymi kompetencjami, nadzór nad GSSE w zakresie zadań merytorycznych oraz w zakresie organizacyjnym i finansowym sprawuje Główny Inspektor Sanitarny.

4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2019 roku

W 2019 r., w ramach urzędowej kontroli żywności, obejmującej graniczną kontrolę żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, na przejściach granicznych w całym kraju przeprowadzono ogółem 56 358 kontroli. Oznacza to wzrost liczby kontroli w porównaniu z rokiem 2018 o 8,4%. W związku z przeprowadzonymi kontrolami, w stosunku do niewielkiej części partii produktów wydano decyzję o zakazie wprowadzenia importowanych partii środków spożywczych do obrotu w Unii Europejskiej, co stanowi spadek o 7,9 % w stosunku do roku 2018.

Od 7 lat obserwuje się trend spadkowy dotyczący liczby decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów

przeznaczonych do kontaktu z żywnością, pomimo wzrostu rok do roku liczby granicznych kontroli sanitarnych.

Liczba partii produktów odrzucanych na granicy ze względu na jakość zdrowotną nieodpowiadającą obowiązującym przepisom, stanowi zaledwie 0,3% partii towarów, dla których, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały świadectwa stwierdzające spełnienie wymagań zdrowotnych. Podana wyżej wartość utrzymuje ten sam korzystny dla konsumentów poziom, co w roku poprzednim.

Graniczne kontrole sanitarne przeprowadzają na przejściach granicznych PGIS, a w miejscu przeznaczenia towarów (w siedzibie importera albo odbiorcy) - państwoi powiatowi lub państwoi graniczni inspektorzy sanitarni.



Tab. 32. Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2019.

Nazwa stacji sanitarno-epidemiologicznej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba wydanych świadectw jakości zdrowotnej/CED*	Liczba decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE lub zmiana przeznaczenia
GSSE Dorohusk	2 274	2 462/93*	8
GSSE Elbląg	237	188/0*	0
GSSE Gdynia	21 747	16 404/944*	55
GSSE Hrebenne	6 023	5 935/81*	82
GSSE Koroszczyń	2 457	2 338/193*	4
GSSE Przemyśl	9 135	9 099/8*	1
GSSE Suwałki	729	679/47*	1
GSSE Szczecin	618	617/5*	1
GSSE Świnoujście	2	3/0*	0
GSSE Warszawa	13 136	3 022/22*	1
SUMA	56 358	40 757/1393*	152

* wspólnotowy dokument wejścia (CED) wprowadzony rozporządzeniem Komisji (WE) nr 669/2009 z dnia 24 lipca 2009 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie zwiększonego poziomu kontroli urzędowych przywozu niektórych rodzajów pasz i żywności nie pochodzących od zwierząt i zmieniające decyzję 2006/504/WE

5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega

Graniczna kontrola sanitarna zgodnie z art. 16 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem państwowym 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 przez kontrolowane towary, a na podstawie świadectwa organy celne nadają dopuszczalne przeznaczenie celne.

Środki spożywcze pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, przy-

wożone 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, co oznacza, że 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. z 2015 r. poz. 546) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2017 r. w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych (Dz. U. 2017 poz. 567).



6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej

Bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarno-epidemiologiczny na granicy Polski prowadzony jest na podstawie ściśle określonych zasad współpracy z innymi organami kontroli granicznej oraz z innymi jednostkami m.in.:

1. Urzędami Celno-Skarbowymi,
2. Strażą Graniczną,
3. Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym,
4. Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym,
5. Granicznym Lekarzem Weterynarii,
6. Państwowym Inspektorem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji,
7. wojewódzkimi/powiatowymi centrami zarządzania kryzysowego,
8. podmiotami leczniczymi,
9. przedsiębiorcami / przewoźnikami / podmiotami zgłaszającymi towar do kontroli.

7. Działania GSSE w obszarze portów morskich i jednostek pływających

W 2019 r. Główny Inspektor Sanitarny realizował zadania związane z ochroną zdrowia publicznego wpisujące się w politykę morską państwa poprzez wykonywanie przez podległe GSSE w: Gdyni, Szczecinie, Świnoujściu i Elblągu w oparciu o m.in. Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne działań z zakresu:

■ nadzoru sanitarnego nad jednostkami pływającymi o polskiej i obcej przynależności:

- łącznie przeprowadzono **601 kontroli** jednostek w celu wydania Świadectwa Zwolnienia Statku z Zabiegów Sanitarnych (*Ship Sanitation Control Exemption Certificate (SSCEC)*). Taką samą liczbę wydano certyfikatów, co oznacza wzrost o 5,4 % w stosunku do roku ubiegłego;
- łącznie przeprowadzono **49 kontroli** punktów medycznych na jednostkach o obcej przynależności celem wydania *Certyfikatu Medycznego (Medical Certificate)* dot. spełnienia minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w celu zapewnienia wyższego poziomu leczenia na jednostkach pływających. Taką samą liczbę wydano certyfikatów;
- łącznie przeprowadzono **29 kontroli** na zlecenie armatorów i właścicieli jednostek pływających, celem wydania przez Urząd Morski *Karty Bezpieczeństwa Żeglugi*;

■ nadzoru sanitarnego nad portowymi obiektami lądowymi (punkty gastronomiczne, infrastruktura portowa, zakłady pracy) i przystaniami;

- łącznie przeprowadzono **1615 kontroli**;

■ nadzoru sanitarnego nad jednostkami pływającymi (promy pasażerskie, rekreacyjne i turystyczne) o polskiej przynależności odbywających rejsy po morskich wodach terytorialnych RP oraz morskich wodach wewnętrznych obejmujących polskie porty:

- łącznie przeprowadzono **701 kontroli**;

■ nadzoru nad wszelkimi zabiegami dezynfekcyjnymi, dezynsekcijnymi i deratyzacyjnymi wykonywanymi na terenie obiektów portowych i na statkach:

- wykonywania obowiązków wynikających z międzynarodowych przepisów zdrowotnych i konwencji międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę, w tym wykonywanie szczepień ochronnych wymaganych w ruchu międzynarodowym. Łączna liczba wykonanych **szczepień w 2019 roku to 947**, co stanowi wzrost o 24% w stosunku do roku ubiegłego:

- w GSSE w Szczecinie prowadzony jest jeden z nielicznych w kraju - referencyjny punkt szczepień ochronnych dla marynarzy oraz osób podróżujących do wszystkich krajów świata. Liczba **szczepień w 2019 roku to 915**;
- w GSSE w Świnoujściu również znajduje się Międzynarodowy Punkt Szczepień (MPR), w którym wykonano **32 szczepienia przeciwko żółtej febrze**;

■ poradnictwa z zakresu medycyny podróży i szczepień obowiązkowych i zalecanych oraz profilaktyki chorób zakaźnych i pasożytniczych:

- w 2019 roku udzielono **1995 porad**, co stanowi wzrost o 7% w stosunku do roku ubiegłego;

■ kontroli, zapobiegania i nadzoru nad przypadkami zachorowań na choroby zakaźne zawleczone drogą morską, przeprowadzanie wywiadów i dochodzeń epidemiologicznych;

- przeprowadzone **2 czynności kontrolne** na jednostkach przybyłych ze strefy o potencjalnym zagrożeniu epidemiologicznym, celem wydania dokumentu *Prawo Wolności Ruchów (Free Pratique)*;

■ współdziałania przy organizowaniu i kierowaniu akcją sanitarną w przypadku zaistnienia stanów masowego zagrożenia i stanów awaryjnych na obszarze wód terytorialnych;

■ nadzoru nad warunkami sanitarnymi transportu pasażerskiego na przejściach granicznych morskich;

■ nadzoru sanitarnego nad jakością wody z urządzeń służących do zaopatrywania w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi i na potrzeby gospodarcze na jednostkach pływających i w obiektach portowych:

- **w 2019 roku pobrano 434 próbki wody pitnej** ze zbiorników statków morskich, jednostek żeglugi śródlądowej

- oraz infrastruktury portowej do badań mikrobiologicznych, co stanowi wzrost aż o 195% w stosunku do roku ubiegłego;
- uczestniczenia w dopuszczeniu do użytku statków morskich;
- uzgadniania lub opiniowania dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczących budowy oraz zmiany sposobu użytkowania statków morskich, a także związane z przeprowadzaniem oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko.

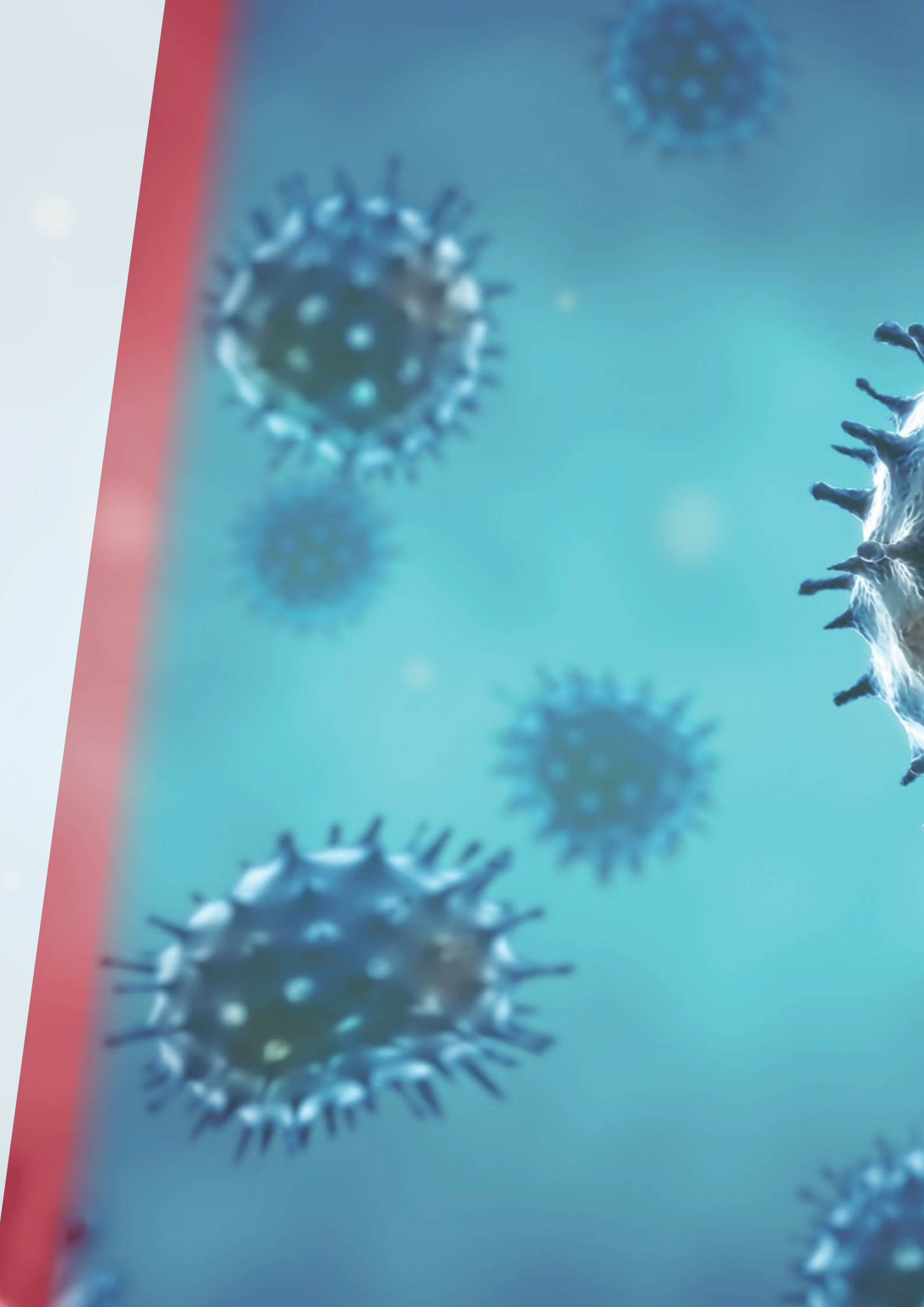
8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia

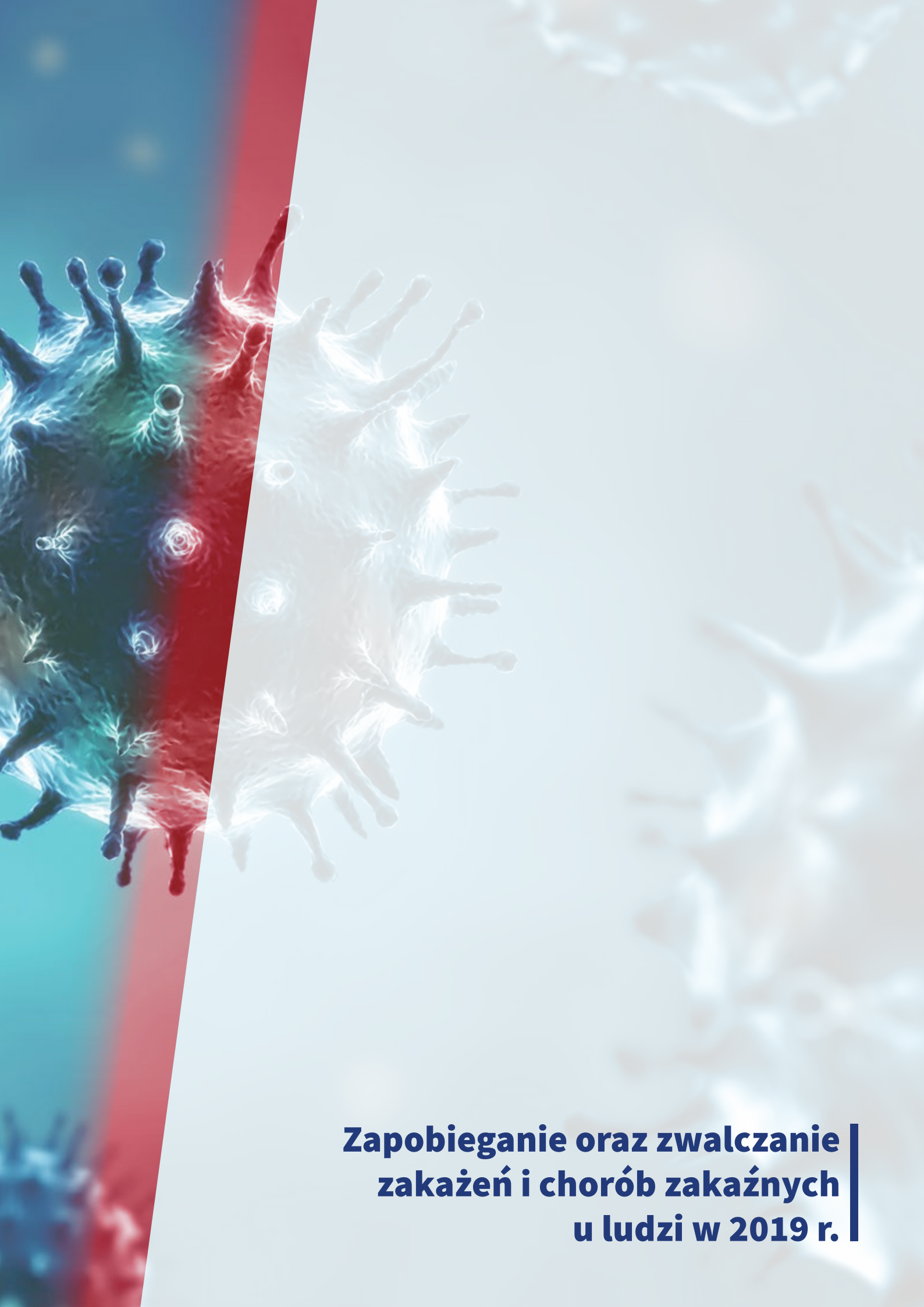
W Głównym Inspektoracie Sanitarnym funkcjonuje Krajowy Punkt Kontaktowy Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (Early Warning and Response System - EWRS) obejmujący wszystkie kategorie zagrożeń zdrowia. Ww. system działa na podstawie Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia i służy do wymiany informacji między Państwami Członkow-

skimi o poważnych zagrożeniach zdrowia publicznego mających wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo obywateli Unii Europejskiej.

W roku 2019, tak jak w roku ubiegłym, korzystano z EWRS głównie do wyszukiwania osób z kontaktu z osobami chorymi na gruźlicę, chorobę meningokową i odrę.







**Zapobieganie oraz zwalczanie
zakażeń i chorób zakaźnych
u ludzi w 2019 r.**

W 2019 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wielokierunkową działalność w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, która obejmowała zarówno działania skierowane na populację ogólną, jak również na zagadnienia specjalne takie jak zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów poprzez nadzorowanie warunków sanitarno-higienicznych oraz monitorowanie zakażeń szpitalnych.

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

Prowadzono również działania mające na celu podniesienie świadomości społecznej odnośnie korzyści wynikających ze szczepień ochronnych oraz działania na forum Sejmu RP, w mediach społecznościowych i debatach publicznych mających na celu utrzymanie i dalsze doskonalenie systemu organizacji szczepień ochronnych w Polsce.

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

W odniesieniu do chorób zakaźnych, które nie mają rezerwuaru zwierzęcego (tzn. występują jedynie u człowieka) i dla których dostępne są szczepionki o wysokim stopniu skuteczności, możliwe jest osiągnięcie celu jakim jest eliminacja choroby na danym obszarze, rozumiana jako brak zakażeń na terenie kraju przy nadal możliwych jej zawleczeniach z zagranicy, a następnie eradykacja choroby tzn. całkowite wyeliminowanie na świecie. Obecnie Polska uczestniczy w koordynowanych przez WHO globalnych programach eliminacji i eradykacji odry i różyczki oraz *poliomyelitis* (synonimy: ostre nagminne porażenie dziecięce, zapalenie rogów przednich rdzenia, choroba Heinego-Medina).

1.1. Odra

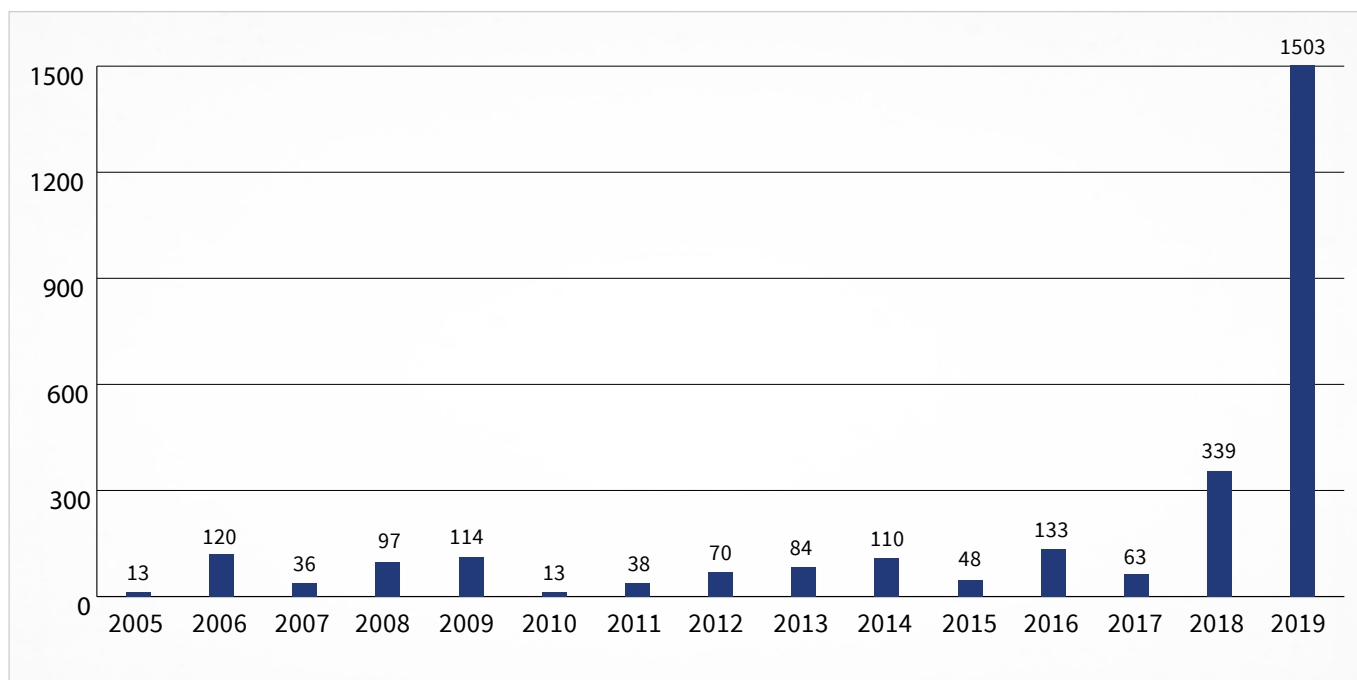
Odra jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą z gorączką, kaszlem, zapaleniem spojówek oraz wysypką. Najczęstszym

powikłaniem jej przebiegu jest zapalenie płuc oraz zapalenie ucha środkowego. W roku 2019 liczba przypadków odry wyniosła 1503, podczas gdy w 2018 było ich 339, a w 2017 zaledwie 63 przypadki. Liczbę odnotowanych przypadków zachorowań na odrę w Polsce w latach 2005-2019 przedstawia wykres 45.

Ok. 50 % osób chorujących na odrę było hospitalizowanych. Przypadki zawleczone stanowiły ok. 35% wszystkich przypadków odry zarejestrowanych w Polsce w 2019 r. (518 przypadków zawleczonych z Ukrainy, Gruzji, Izraela i Niemiec).

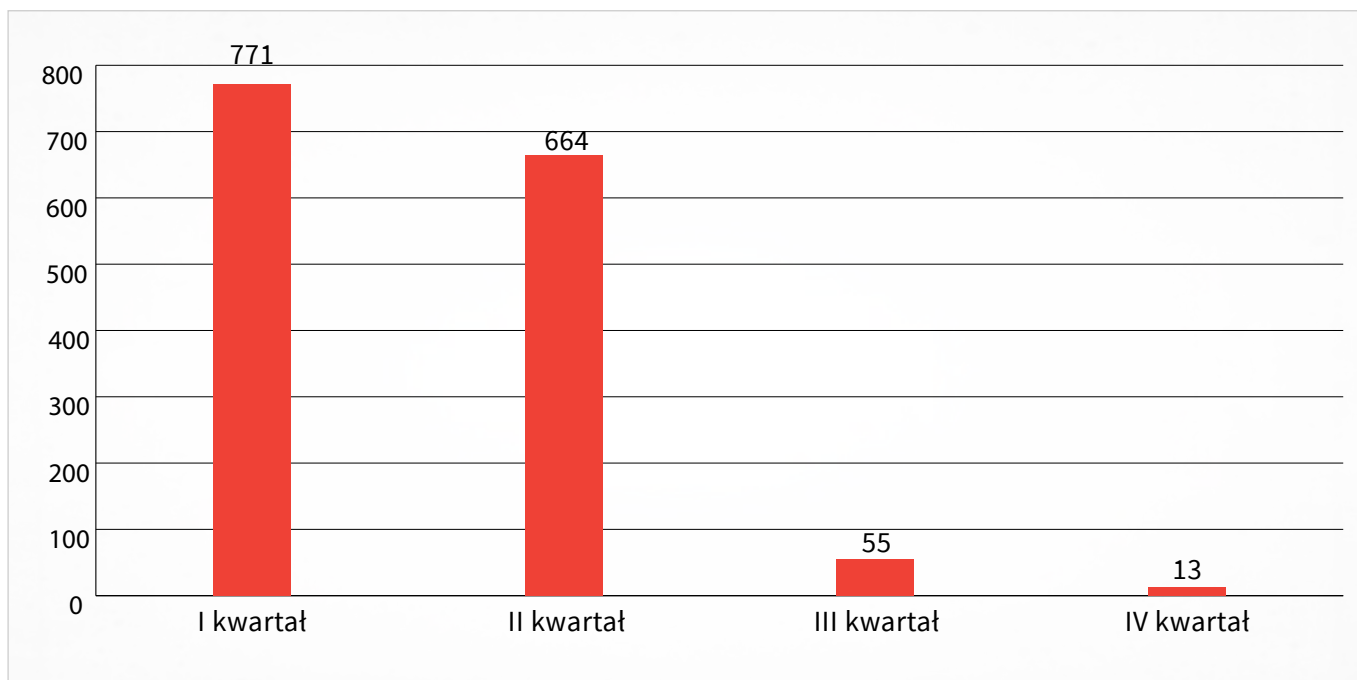
Szczególnie wysoka liczba zachorowań na odrę rejestrowana była w I i II kwartale 2019 r. (Wykres 46.)

Wyk. 45. Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2005-2019



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Wyk. 46. Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych kwartałach 2019 r.

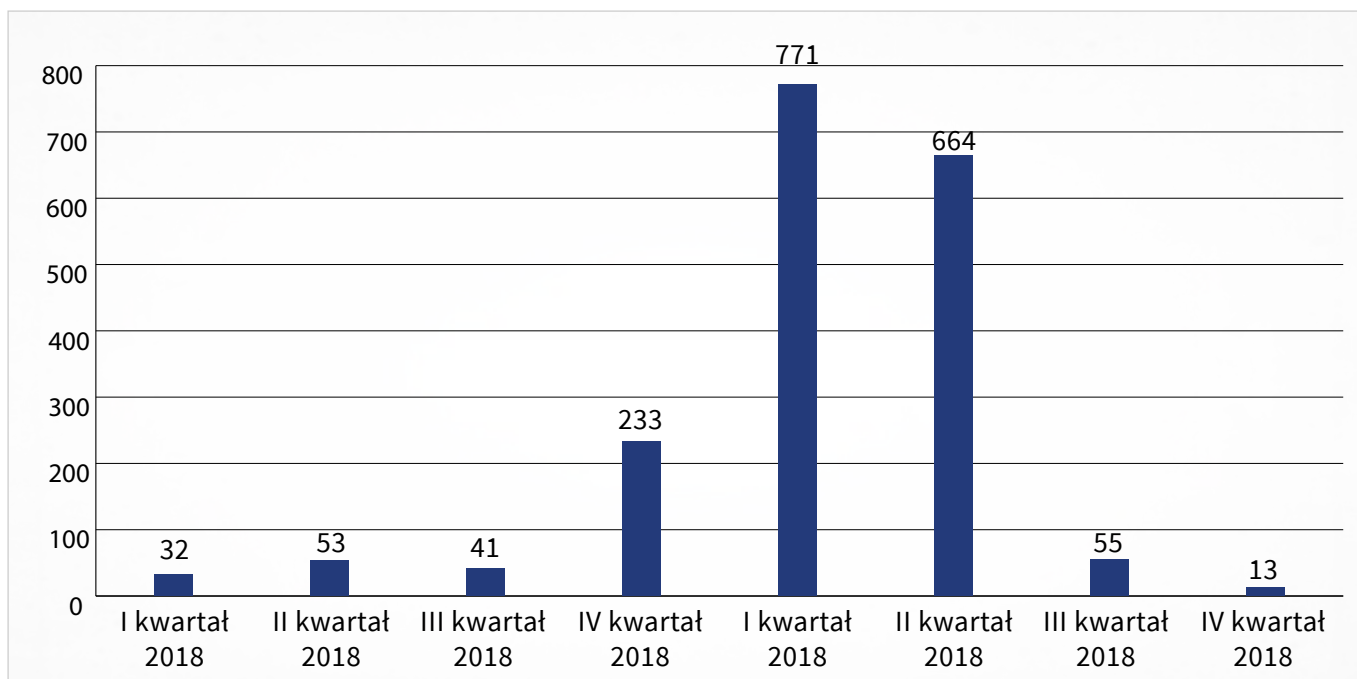


Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Zarejestrowany wzrost liczby przypadków związany był z trwającą od 2018 r. epidemią odry w całym regionie Europejskim WHO. W Polsce epidemia odry zaczęła się w III kwar-

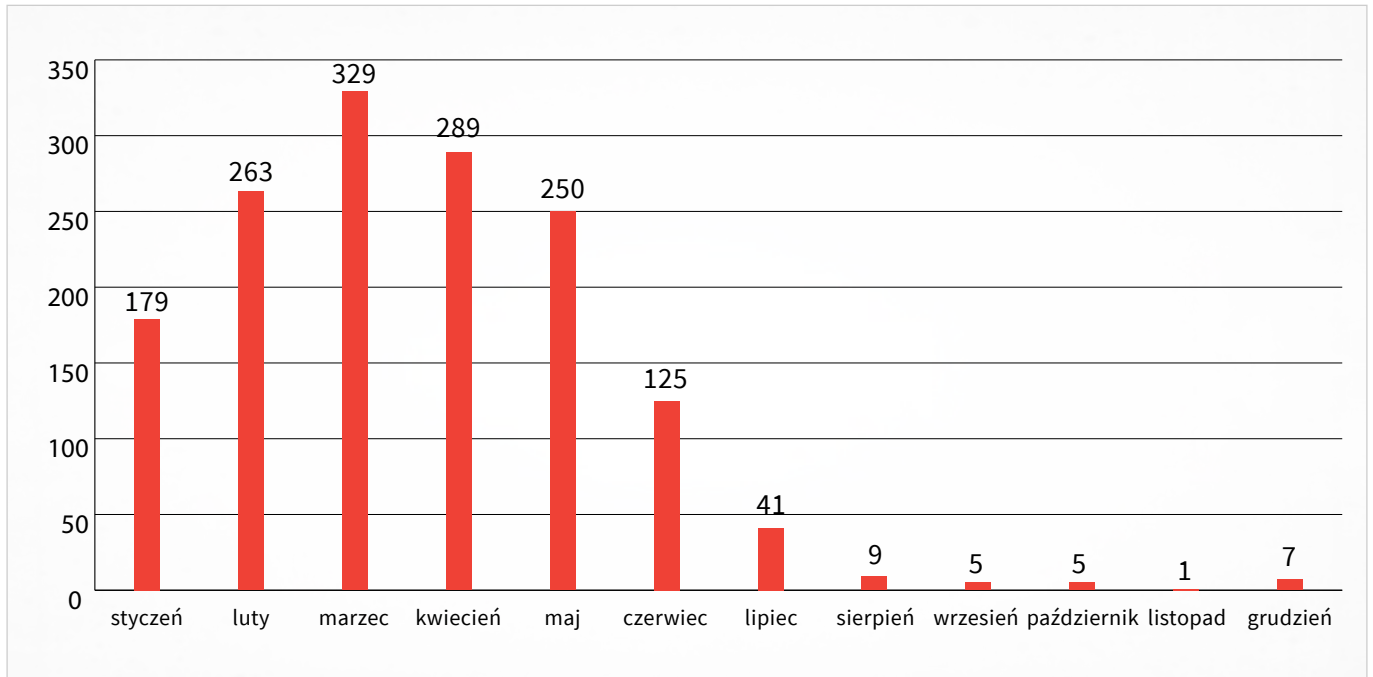
tale 2018 r., a od II kwartału 2019 r. obserwowany był spadek liczby jej przypadków. (Wykres 47. i 48.)

Wyk. 47. Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych kwartałach 2018 i 2019 r.



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

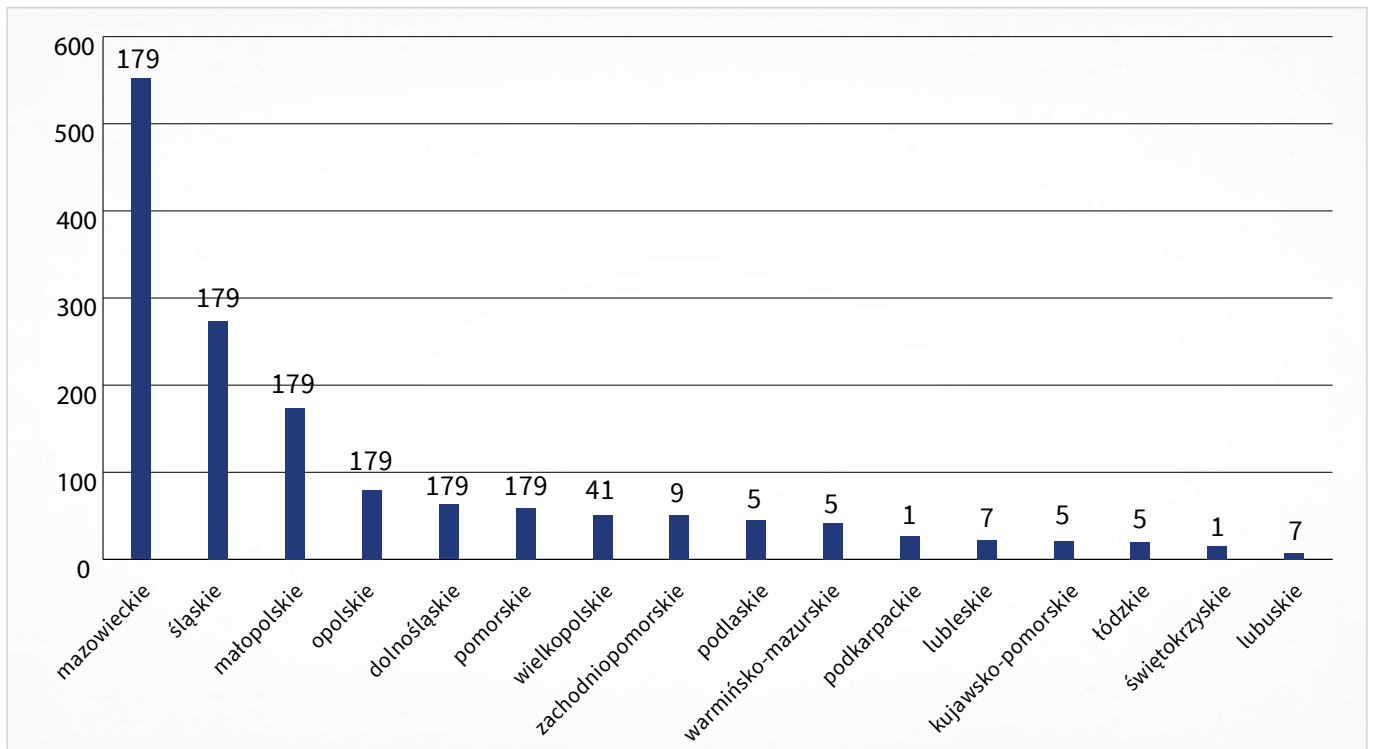
Wyk. 48. Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych miesiącach 2019 r.



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Najwięcej przypadków odry zgłoszono z województw: mazowieckiego (37%), śląskiego (18%) i małopolskiego (12%) (Wykres 49).

Wyk. 49. Liczba przypadków odry w 2019 r. według województw.



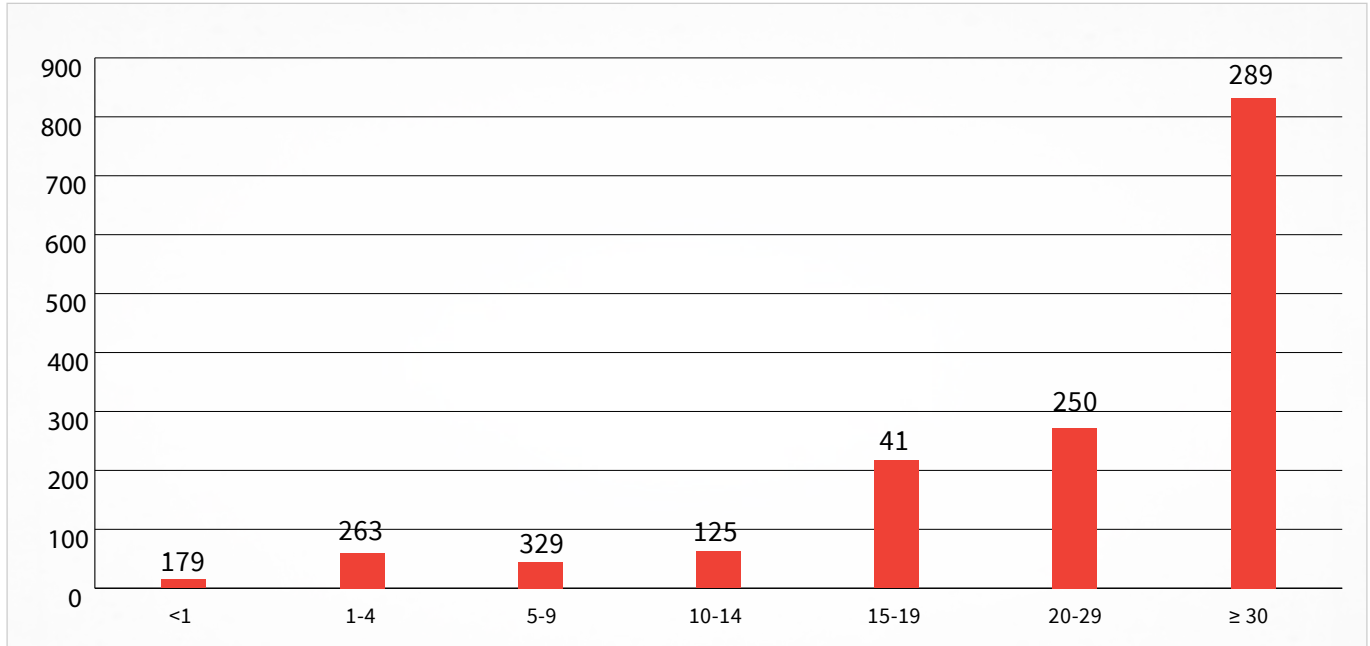
Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Najwięcej przypadków odry (55%) zarejestrowano w grupie wiekowej ≥ 30 lat, następnie w grupie wiekowej 20-29 lat (18%) oraz w grupie wiekowej 15-19 lat (15%). (Wykres 50.)

Spośród 1503 chorych na odrę, 63% nie było zaszczepionych przeciw odrze, 19% zostało zaszczepionych tylko jedną dawką szczepionki, a 1% dwiema dawkami. Nieznany status zaszczepienia dot. 17% przypadków (Wykres 51.)

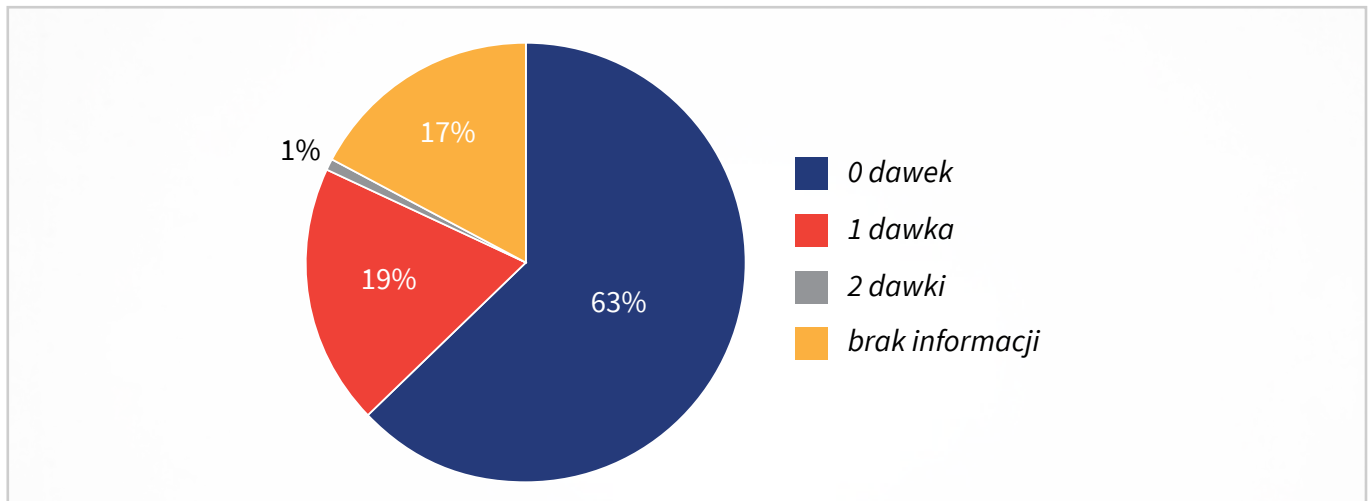
W 2019 roku w Polsce wystąpiło 60 ognisk odry.

Wyk. 50. Liczba przypadków odry w 2019 r. w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Wyk. 51. Przypadki odry w 2019 r. w kontekście statusu zaszczepienia.



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r. 30 państw członkowskich UE / EOG zgłosiło 13 207 przypadków odry, z czego 10534 (80%) zostało potwierdzonych laboratoryjnie. Najwięcej przypadków zgłosiły Francja (2636), Rumunia (1706), Włochy (1626), Polska (1503) i Bułgaria (1235). Najwyższą liczbę zgłoszeń na milion mieszkańców, powyżej średniej UE / EOG wynoszącej 25,5, zgłosiły Litwa (296,9), Bułgaria (175,2), Rumunia (87,3), Malta (67,3), Słowacja (58,6), Czechy (55,6), Belgia (43,9), Luksemburg (41,5), Francja (39,4), Polska (37,5), Włochy (26,9) i Islandia (25,8).

W 2019 roku odnotowano 10 zgonów związanych z odrą w 5 państwach członkowskich UE / EOG: w Rumunii (5), Francji (2), na Węgrzech (1), we Włoszech (1) i Wielkiej Brytanii (1).

Z 12 470 osób zakażonych o znanym wieku, 3 487 (28%) dotyczyło dzieci poniżej piątego roku życia, a 6 866 (55%)

było w wieku 15 lat lub starszych. Najwyższe wskaźniki zgłoszeń obserwowano u niemowląt poniżej 1 roku życia (269,1 przypadków na milion) i dzieci w wieku 1–4 lat (101,1 przypadków na milion). Łącznie 2 889 przypadków (22%) miało nieznaną stan zaszczepienia. Z 9 581 przypadków (73% wszystkich przypadków) o znanym wieku 6758 (71%) było niezaszczepionych, 1 712 (18%) zostało zaszczepionych jedną dawką szczepionki zawierającej odrę, 951 (10%) zaszczepiono dwiema lub więcej dawkami, a 160 (2%) zaszczepiono nieznaną liczbą dawek, przy czym odsetek niezaszczepionych przypadków był najwyższy wśród niemowląt poniżej 1 roku życia (1 169 z 1 371 przypadków; 85%).

Niemowlęta poniżej pierwszego roku życia są szczególnie narażone na odrę i jej powikłania i najlepiej chroni je wysoki poziom odporności zbiorowiskowej, ponieważ w większo-

ści krajów UE / EOG pierwszą dawkę szczepionki przeciw odrze podaje się po 12 miesiącu życia. Spośród 2 116 przypadków zgłoszonych u 1-4. latków (docelowa grupa wiekowa pierwszej, a w niektórych krajach drugiej dawki szczepionki), 1 340 (63%) było niezaszczepionych, 464 (22%) było zaszczepionych jedną dawką szczepionki przeciw odrze, 24 (1%) zostało zaszczepionych dwiema lub więcej dawkami, a 6 (<1%) zostało zaszczepionych nieznaną liczbą dawek.

Odra nadal rozprzestrzenia się w Europie, ponieważ poziom zaszczepienia w wielu krajach pozostaje nieoptymalny.. Dalego zaleca się utrzymanie stałego poziomu zaszczepienia, wynoszącego co najmniej 95% dwóch dawek szczepionki przeciw odrze. Najnowsze szacunki WHO-UNICEF dotyczące krajowych poziomów zaszczepienia pokazują, że w 2019 r. tylko pięć krajów UE / EOG (Węgry, Malta, Portugalia, Słowacja i Szwecja) zgłosiło co najmniej 95% poziom zaszczepienia zarówno dla pierwszej, jak i drugiej dawki szczepionki zawierającej odrę.

W całym Regionie Europejskim WHO w 2019 r. zarejestrowano ponad 104,5 tys. przypadków odry, a na całym świecie ponad 537 tys. przypadków.

Zachorowania o charakterze i rozmiarach ognisk epidemicznych mogą wystąpić jedynie wśród społeczności lokalnych lub w środowisku szkolnym, w których stopień uodpornienia dzieci i dorosłych jest niewystarczający dla uzyskania odporności zbiorowiskowej, która powstaje gdy liczba osób uodpornionych w danym środowisku osiąga co najmniej 95%.

Niepokojący jest fakt wzrostu liczby osób odmawiających szczepień dzieci. W krajach w których odsetek osób nie-

zaszczepionych jest znacznie wyższy niż w Polsce, obserwuje się znacznie większą liczbę przypadków odry.

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

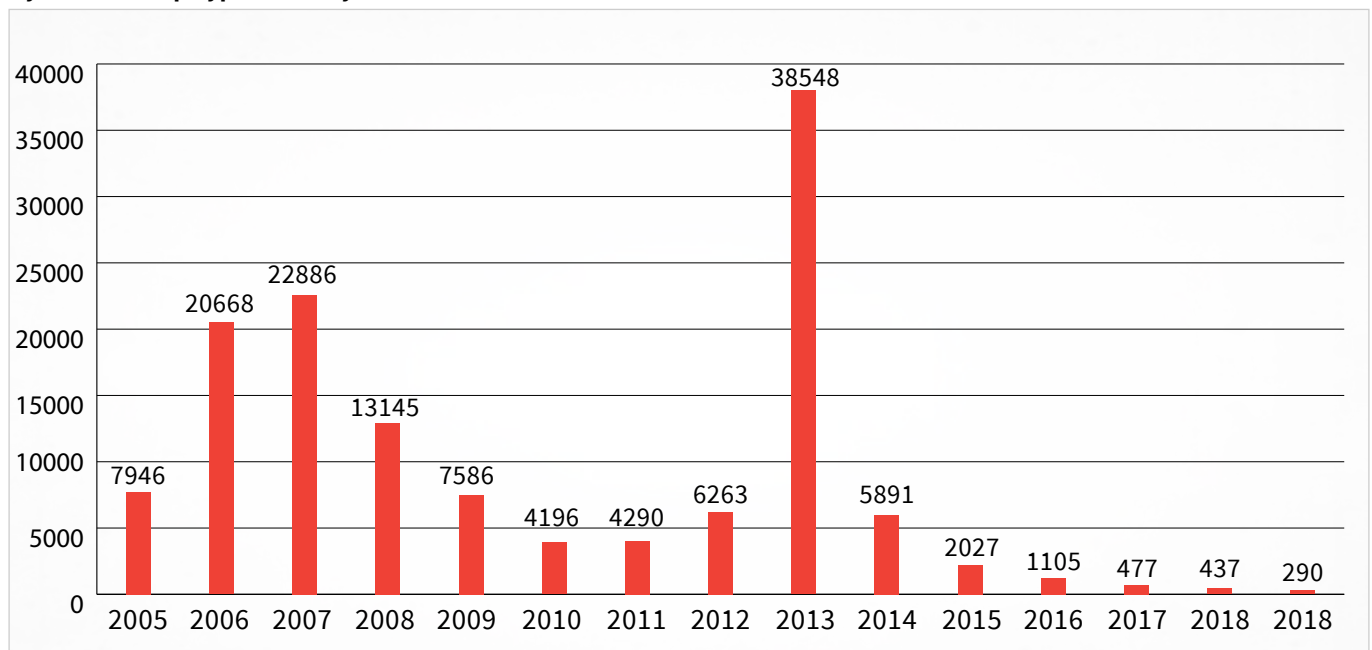
1.2. Różyczka

Różyczka jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą z gorączką oraz wysypką. Pomimo relatywnie łagodnego przebiegu, zapobieganie różyczce jest niezwykle istotne ze względu na powodowanie przez tę chorobę zespołu wad wrodzonych (zespół różyczki wrodzonej) u dzieci urodzonych przez kobiety, które uległy zakażeniu w trakcie trwania ciąży.

Po okresie wystąpienia wzrostu zachorowań na różyczkę wywołanych epidemią wyrównawczą (ostatnia miała miejsce w 2013 r.) głównie wśród młodych mężczyzn, którzy nie byli objęci obowiązkowymi szczepieniami w latach 90. XX wieku, w kolejnych latach obserwowano spadek liczby zachorowań na różyczkę w Polsce.

W 2019 r. odnotowano 290 zachorowań na różyczkę, w porównaniu z 437 przypadkami w 2018 r. Liczbę odnotowanych zachorowań na różyczkę w poszczególnych latach przedstawiono na wykresie nr 52. W 2019 r. nie odnotowano przypadków różyczki wrodzonej.

Wyk. 52. Liczba przypadków różyczki w 2019 r. w latach 2005-2019



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

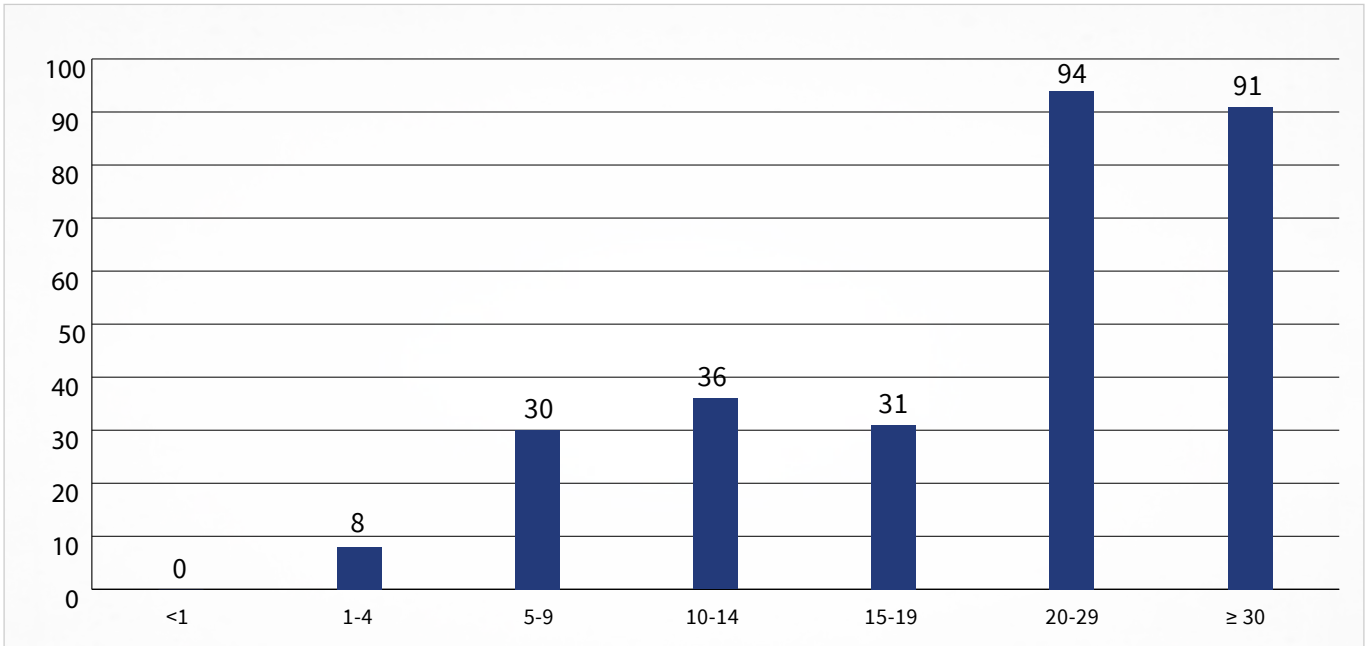
Pomimo, odnotowywanego od kilku lat spadku liczby przypadków, Polska uznawana jest za kraj, w którym różyczka występuje endemicznie.

Najwięcej przypadków różyczki zarejestrowano wśród osób dorosłych, w grupie wiekowej 20-29 lat - 33% oraz w grupie wiekowej ≥ 30 lat – 31%, następnie wśród dzieci w grupach wiekowych 10-14 lat , 15-19 lat, 5-9 lat i 1-4 lat - odpowied-

nio 12%, 11%, 10% i 3%. Nie zgłoszono przypadków odry wśród dzieci poniżej 1 r. ż. (Wykres 53.)

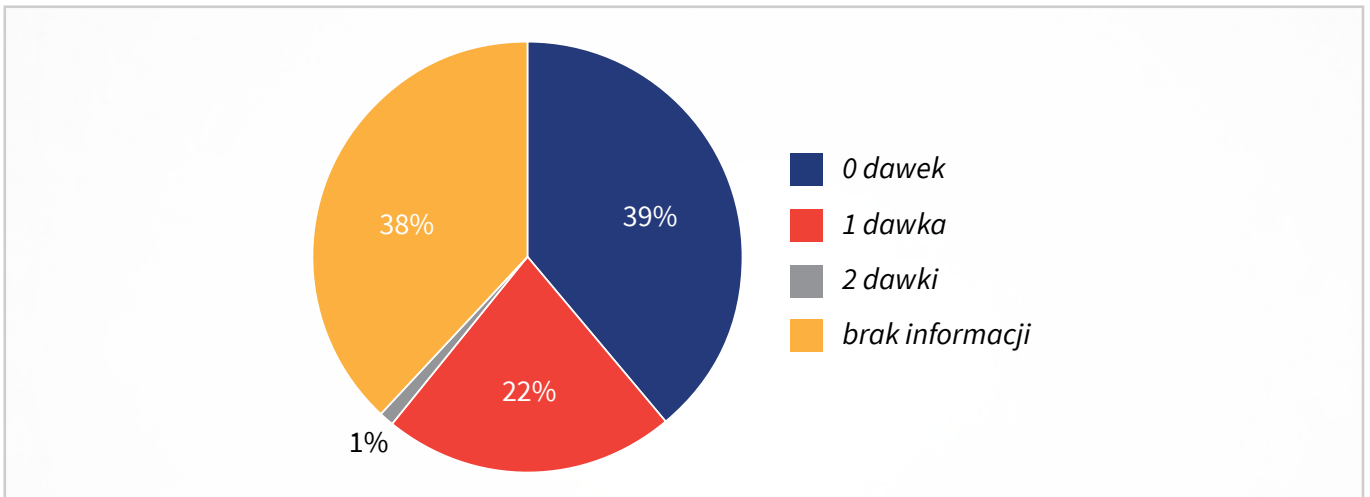
Z 290 przypadków różyczki, 39% zakażonych osób nie było zaszczepionych przeciw różyczce, 22% zostało zaszczepionych tylko jedną dawką szczepionki, a 1% dwiema dawkami. Nieznany status zaszczepienia dot. 38% przypadków (Wykres 54.)

Wyk. 53. Liczba przypadków różyczki w 2019 r. w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Wyk. 54. Przypadki różyczki w 2019 r. w kontekście statusu zaszczepienia.



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

W 2019 r. dziewięć państw członkowskich UE/EOG zgłosiło 389 przypadków różyczki, z czego 37 (10%) zostało potwierdzonych laboratoryjnie. Dane dotyczące Polski obejmują zarówno podejrzenia zachorowań jak i zachorowania potwierdzone laboratoryjnie. Tylko 3 przypadki różyczki w Polsce, zostały potwierdzone laboratoryjnie. Dziewiętnaście krajów nie zgłosiło żadnych przypadków w okresie 12 miesięcy. Najwięcej przypadków zgłosiły Polska (290), Niemcy

(57), Włochy (22) co stanowi 75%, 15%, 6% odpowiednio we wszystkich przypadkach. Natomiast Rumunia i Hiszpania zgłosiły po 4 zachorowania.

W całym Regionie Europejskim WHO w 2019 r. zarejestrowano 526. przypadków różyczki, a na całym świecie ponad 47,8 tys. przypadków.

1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)

Poliomyelitis jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą najczęściej w postaci bezobjawowego zakażenia lub niecharakterystycznych objawów z przewodu pokarmowego. W przypadku wystąpienia postaci porażennej powoduje trwałe upośledzenie narządu ruchu lub zgon spowodowany porażeniem mięśni oddechowych. Polska, jak i cały Region Europejski WHO, jest oficjalnie wolna od *poliomyelitis* od 2002 r. Ostatnie dwa spowodowane dzikim wirusem polio przypadki tej choroby w Polsce odnotowano w 1982 r. i 1984 r.

Mimo to, groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa polio do Polski pozostaje realna, aż do momentu wyeradycjonowania tej choroby na świecie.

Istnieją trzy szczepy dzikiego wirusa polio (WPV), typ 1, typ 2 i typ 3. WPV 2 i WPV 3 zostały eradycjonowane odpowiednio w 2015 (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 1999 r.) i 2019 r. (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 2012 r.), podczas gdy WPV 1 nadal krąży w dwóch krajach: Afganistanie i Pakistanie.

W 2019 r. w krajach tych wykryto łącznie 143 przypadki WPV 1 (25 w Afganistanie i 117 w Pakistanie) w porównaniu do 33 przypadków w roku 2018 (21 w Afganistanie i 12 w Pakistanie).

W celu zapobieżenia szerzeniu się zachorowań w przypadku zawleczenia wirusa na obszar Polski konieczne jest między innymi utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażień wiotkich, które są poddawane diagnostyce wirusologicznej dla celów nadzoru epidemiologicznego, w celu wykluczenia

wirusa polio jako przyczyny wystąpienia tego zespołu chorobowego. Należy dążyć do osiągnięcia co najmniej 95% poziom zaszczepienia dzieci w 2 r.ż. pełnym cyklem podstawowym (3 dawki szczepionki). Szczepienie przypominające w Polsce prowadzi się w 6 r.ż. podając jedną dawkę szczepionki inaktywowanej IPV. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), do czasu całkowitej eradycji *poliomyelitis* na świecie, osoby wyjeżdżające na tereny endemicznego występowania *poliomyelitis* powinny posiadać kompletne zaszczepienie (uodpornienie) przeciwko tej chorobie. Polska posiada „Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia ogniska zachorowań lub zdarzenia z udziałem wirusa polio.

1.4. Grypa

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

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

Tab. 33. Liczba zachorowań, podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w przeciągu ostatnich 8 lat

Rok	Liczba przypadków (w tym dzieci do 0-14 lat)	Zapadalność (na 100 tys.)		Liczba osób skierowanych do szpitala	
		Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat	Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat
2019	4 790 033 (2 176 248)	8038,924	37058,40	18198	7819
2018	5 239 696 (2 297 492)	9018,7	39619,2	17858	8627
2017	5 043 491 (2 269 154)	8504,2	39130,5	7707	9411
2016	4 316 823 (2 038 966)	11233,9	35399,9	16 648	9428
2015	3 843 438 (1784680)	9994,7	30995,9	12 197	7447
2014	3 137 056 (1530240)	8151,6	26543,6	10 118	6437
2013	3 164 405 (1400947)	8218,7	24229,3	14 376	7079
2012	1 460 037 (702584)	3789,0	12096,2	4 887	3292

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)



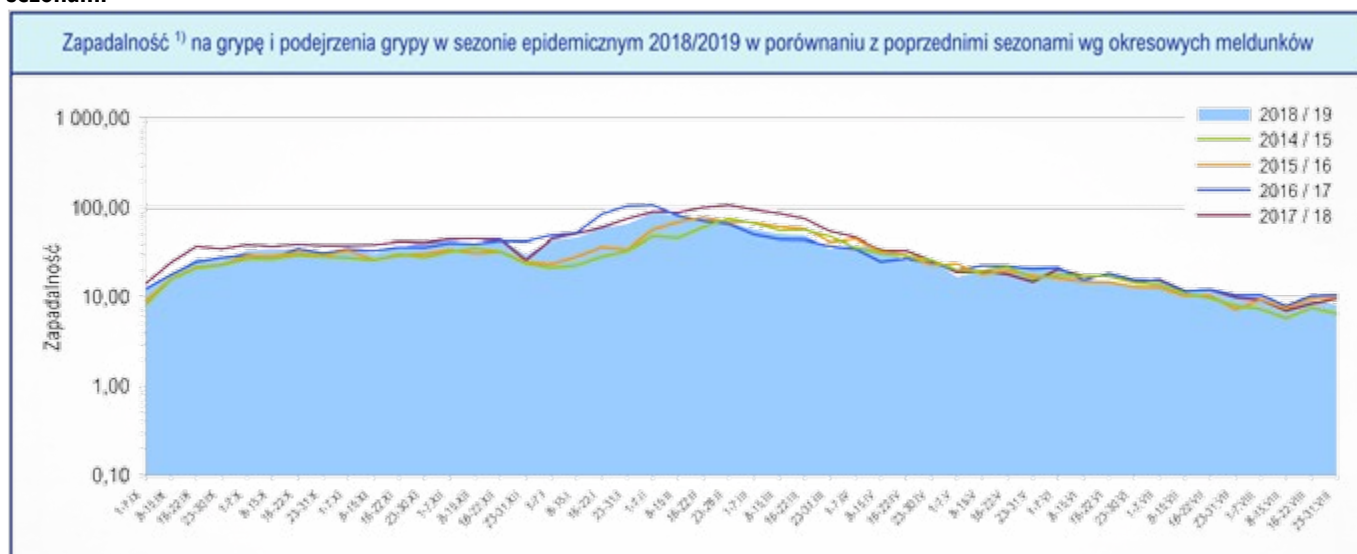
pod postacią zespołów objawów klinicznych takich jak: zachorowania grypopodobne (ILI) lub ostre zakażenia górnych dróg oddechowych (ARI), zgodnie z definicjami przypadku przyjętymi dla celów nadzoru epidemiologicznego.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej grypy według wstępnych danych w 2019 r. zarejestrowano ogółem 4 790 033 przypadków grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 12478,4/100 000). W 2019 r. zgłoszono 153 zgony osób, u których stwierdzono obec-

ność wirusa grypy, na podstawie badań wykonanych metodą RT-PCR w laboratoriach wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczbę osób skierowanych do szpitala, w poszczególnych latach przedstawia tabela 33.

Liczbę zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2017/2018 i 2018/2019 przedstawia Tabela 34.

Wyk. 55. Zapadalność na grypę i podejrzeń grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2018/2019 w porównaniu z poprzednimi sezonami



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Tab. 34. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2017/2018 i 2018/2019

Miesiąc/Rok	Liczba przypadków sezon 2017/2018	Liczba przypadków sezon 2018/2019
Wrzesień	322 432	244 118
Październik	458 309	400 708
Listopad	460 635	416 800
Grudzień	468 805	472 207
Styczeń	698 657	881 830
Luty	1 032 434	844 755
Marzec	914 286	566 062
Kwiecień	400 813	364 209
RAZEM	4 756 371	4 190 689

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w sezonie grypowym 2018/2019 przypadł na okres od października 2018 roku do marca 2019 roku, a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 8 do 15 lutego 2019 roku, w którym zachorowało 250 131 osób (zapadalność wynosiła 81,40 /100 000). Dla porównania w sezonie 2017/2018 szczyt zachorowań również przypadł od 8 do 15 lutego 2018 roku, w którym zachorowało 271 777 osób (zapadalność wynosiła 88,42 /100 000).

Ponadto, stosownie do wymogów European Influenza Surveillance Network (EISN) oraz European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) prowadzono zintegrowany program nadzoru epidemiologicznego z uwzględnieniem diagnostyki wirusologicznej typu sentinel. Uczestniczyli w nim wybrani lekarze świadczący podstawową opiekę zdrowotną, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH, pełniący rolę koordynatora. W ramach nadzoru typu sentinel nad grypą lekarze biorący w nim udział, przesyłali dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne wraz z próbkami do badań wirusologicznych dla celów nadzoru.

Jednocześnie z danych wspólnotowego nadzoru epidemiologicznego nad grypą wynika, iż szczepy wirusa grypy typu A były dominującymi w Europie w sezonie 2018/2019. Wchodziły one w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych w danym sezonie.

Pomimo, iż szczepienia przeciw grypie są jedyną i bezpieczną metodą profilaktyki przeciw tej chorobie oraz jej powikłaniom, a także pomimo udowodnionej skuteczności i powszechnej dostępności na rynku szczepionek przeciwko grypie sezonowej oraz akcji informacyjnej skierowanej do wielu grup ludności, w sezonie 2018/2019 zaszczepiło się jedynie 3,9% populacji.

W procesie podnoszenia wszechpialności przeciwko grypie w Polsce i tym samym w ramach ograniczania szerzenia się grypy Główny Inspektor Sanitarny wraz z ekspertami Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy zorganizował akcję bezpłatnych szczepień przeciw grypie dla pracowników Urzędu. Zapobieganie grypie poprzez promowanie zdrowego stylu życia i szczepień ochronnych to jedno z zadań realizowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny i podległą mu Państwową Inspekcję Sanitarną.

Według aktualnych międzynarodowych zaleceń z profilaktyki przeciwgrypowej powinny skorzystać wszystkie osoby chętne, a przede wszystkim osoby z grup ryzyka np. chorzy przewlekle, kobiety w ciąży, dzieci i osoby starsze.

1.5. Gruźlica

Gruźlica jest bakteryjną chorobą zakaźną o przewlekłym przebiegu występującą w postaci klinicznej gruźlicy płuc

(najczęstsza postać) oraz gruźlicy innych narządów. Zażłiwia jest jedynie gruźlica płuc – w okresie prątkowania. Pierwszy, trwający najczęściej miesiąc okres leczenia, prowadzi się w warunkach izolacji szpitalnej pacjenta.

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

W 2019 roku zarejestrowano 5 321 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców - 13,9), co oznacza 166 przypadków gruźlicy mniej niż w roku poprzednim i 2188 przypadków mniej w porównaniu z rokiem 2010. W 2018 roku w Polsce zarejestrowano 5 487 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców - 14,3), w 2017 r. - 5 787 (zapadalność na 100 tys. mieszkańców - 15,1). Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwpłatkowy stwierdzono u 102 osób. Gruźlicę wielolekooporną stwierdzono u 43 osób.

W 2019 roku współczynnik zapadalności na gruźlicę był tym wyższy, im starsza była grupa wieku, ale tylko do wieku 45-64 lata. Współczynniki zapadalności wynosiły od 1,4 (w 2018 r. - 0,9) wśród dzieci do 14 roku życia do 23,9 (w 2018 r. - 24,7) u osób w wieku od 45 do 64 lat. Chorzy w wieku od 45 do 64 lat stanowili największy odsetek ogółu chorych na gruźlicę (45,2%). Wskazuje to na efektywność programu zwalczania gruźlicy w Polsce.

U dzieci do 14 roku życia w 2019 r. zarejestrowano 81 zachorowań (zapadalność na 100 tys. mieszkańców - 1,4).

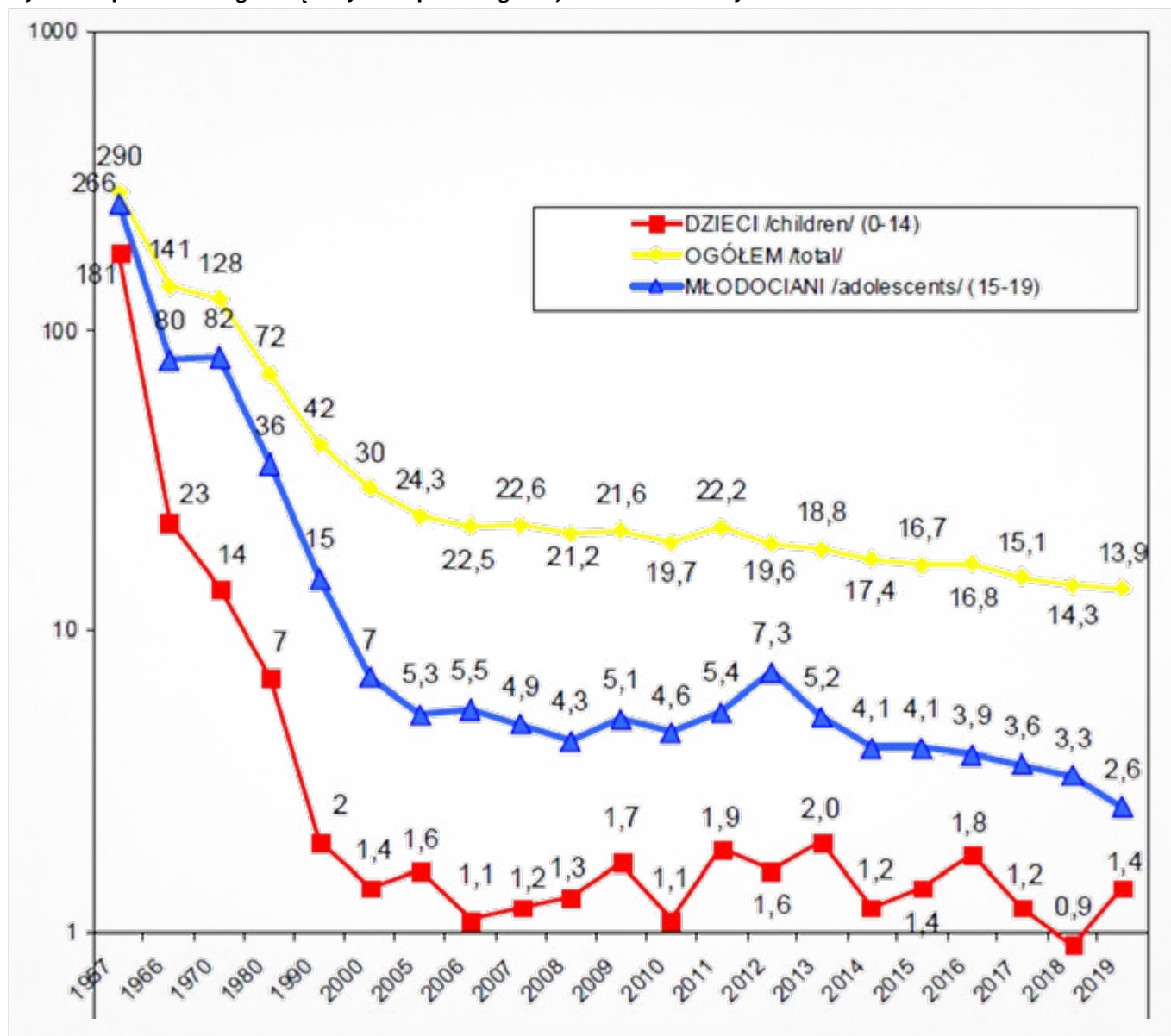
Zmiany w zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957-2019 przedstawia Wykres 56.

Znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami, obserwowane od lat, wystąpiły także w roku 2019. W 2019 roku największą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach: lubelskim, śląskim, łódzkim i świętokrzyskim. W województwach: wielkopolskim, lubuskim i podlaskim współczynniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci były najniższe w całym kraju. W 2019 roku spadek zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w porównaniu z rokiem poprzednim wystąpił w 7 województwach. Współczynniki zapadalności większe niż w roku 2018 stwierdzono w woj. woj.: podlaskim, kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim, śląskim, zachodnio-pomorskim, łódzkim i dolnośląskim. W dwóch województwach: świętokrzyskim i wielkopolskim zapadalność była taka sama jak w poprzednim roku.

Przyczynami historyczno-społecznymi należy zapewne również tłumaczyć utrzymujące się wciąż różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. Gruźlica jest



Wyk. 56. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2019



Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2019 r.

bowiem chorobą, która może ulec aktywacji po wielu latach od zakażenia pierwotnego, jak również reaktywacji w wiele lat po przebytych leczeniu. Współczesna sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest w znacznej mierze echem sytuacji epidemiologicznej sprzed wielu dziesięcioleci.

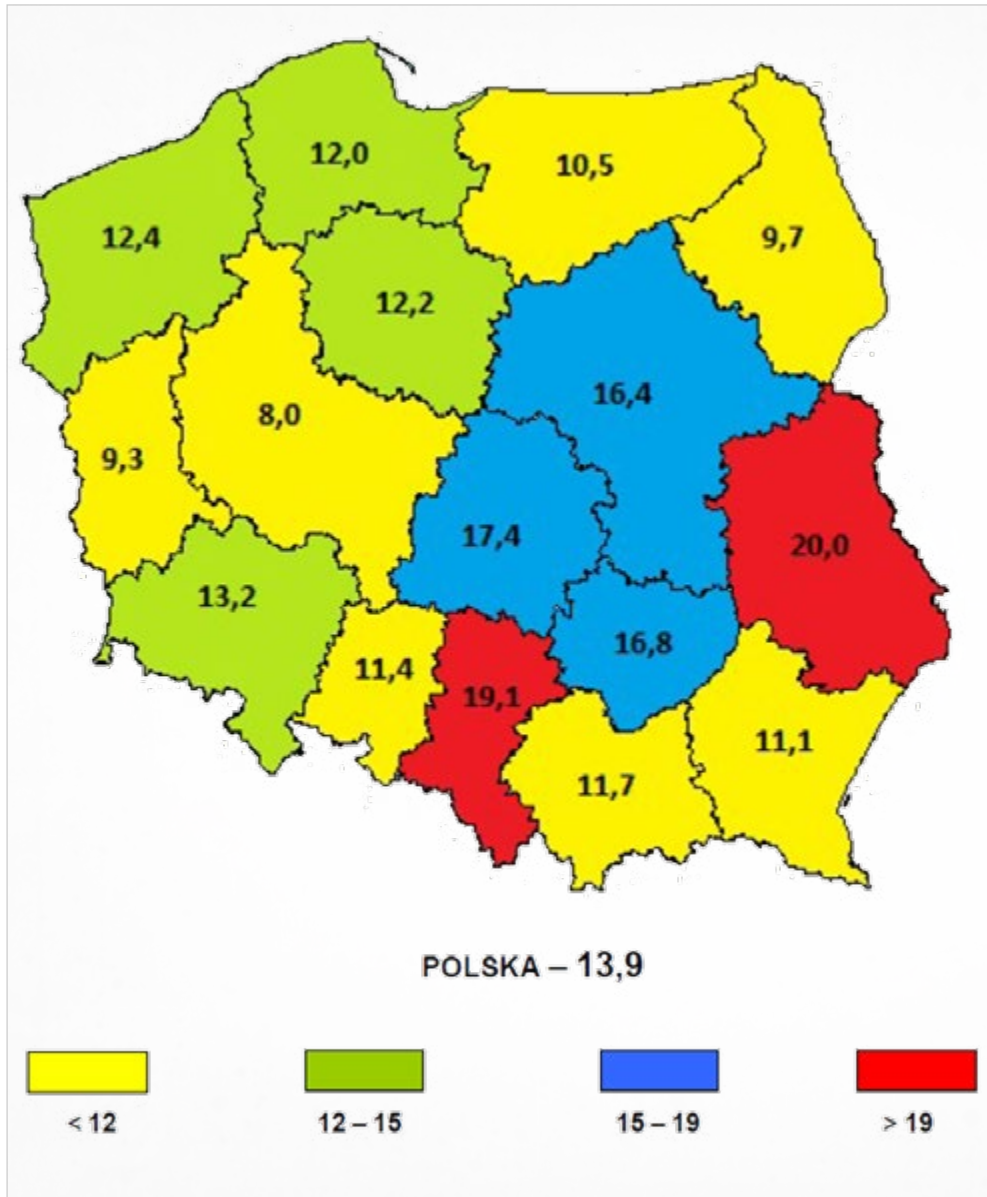
W 2019 r. najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która stanowiła 95,4% (w 2018 r. 95,2%) wszystkich zachorowań. Zarejestrowano 5075 przypadków gruźlicy płuc - współczynnik zapadalności 13,2 (w 2018 r. - 13,7). W 18 przypadkach gruźlica płuc występowała razem z gruźlicą pozapłucną. Chorzy tylko na gruźlicę pozapłucną stanowili 4,6% ogółu chorych - 246 przypadków, współczynnik zapadalności 0,6 (dla porównania w 2018 r. - 243 przypadki stanowiące 4,4% ogółu chorych, zapadalność 0,6).

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

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

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowanie od 80 lat szczepienia BCG, które zapobiega wystąpieniu u niemowląt ciężkich i śmiertelnych postaci klinicznych gruźlicy takich jak gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlica rozsiana (prosówka). Szczepienia te wykonywane są zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego. W roku 2018 zaszczepiono tą szczepionką 283 070 noworodków, co stanowiło 72,9 % ogółu dzieci żywo urodzonych.

Wyk. 57. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2019 roku wg województw



Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2019 r.

Przepisy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nakładają na osoby chore na gruźlicę obowiązek leczenia gruźlicy oraz przewidują obowiązek leczenia szpitalnego osób chorych na gruźlicę w okresie wydalania

prątków gruźliczych (prątkowania) lub z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Leczenie osób chorych na gruźlicę jest bezpłatne dla wszystkich osób przebywających w Polsce (także dla cudzoziemców).

2. Choroby przenoszone drogą pokarmową

Do chorób przenoszonych drogą pokarmową zalicza się zarówno choroby odzwierzęce przenoszone poprzez żywność, co jest najpowszechniejszą przyczyną zakażeń w tej grupie chorób, jak również choroby, które występują wyłącznie u człowieka, takie jak: zakażenia rotawirusowe, norowirusowe, a także wirusowe zapalenie wątroby typu A (wzw typu A) oraz dur brzuszny. Rozpowszechnienie ostatniej z wymienionych chorób jest w Polsce niewielkie i wiąże się najczęściej z powrotem z krajów jej endemicznego występowania.

W przypadku grupy chorób bakteryjnych zapobieganie polega na przestrzeganiu zasad bezpiecznego przygotowania żywności. Zachorowaniu na wzw typu A, oraz dur brzuszny można skutecznie zapobiegać poprzez szczepienia. W drodze szczepień można zapobiegać również zakażeniom rotawirusowym, które szerzą się głównie przez kontakt bezpośredni wśród dzieci.

2.1. Zakażenia bakteryjne

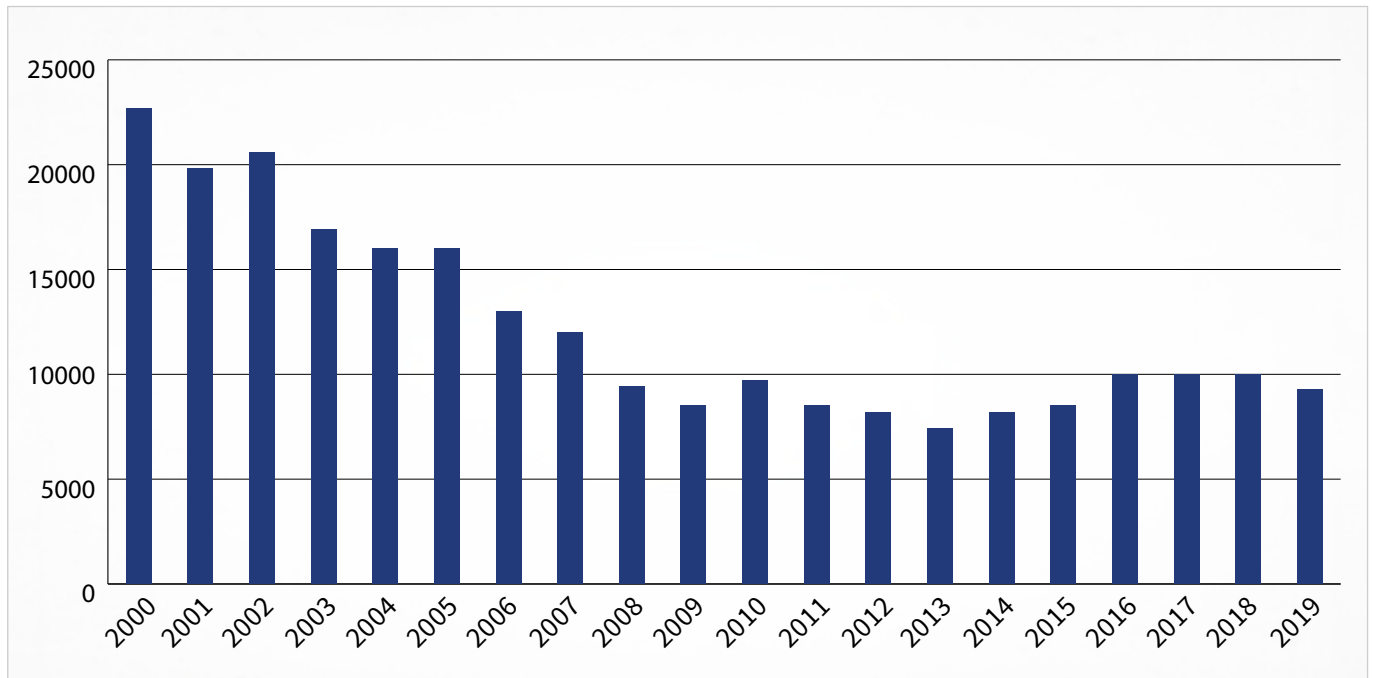
W Polsce wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. W 2019 r. potwierdzono 9243 zachorowania wywołane tą bakterią (w tym 8929 zatruc pokarmowych). W 2018 r. potwierdzono 9 957 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 9 651 zatruc pokarmowych). Są to porównywalne liczby jak w latach ubiegłych. Zakażenia *Salmonella* powszechnie występują u zwierząt hodowlanych.

Najczęstszym źródłem ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych są: mleko i inne produkty nabiałowe, gotowe dania (gotowe potrawy/gotowe posiłki), jaja oraz pro-

dukty je zawierające, mięso wieprzowe i drobiowe, owoce morza oraz wtórnie zanieczyszczona żywność pochodzenia roślinnego. Chorobotwórcze dla człowieka bakterie dość powszechnie występują w przewodach pokarmowych zwierząt i w czasie procesu produkcyjnego może dochodzić do zanieczyszczenia mięsa. Nieodpowiednia obróbka termiczna żywności (niewłaściwa temperatura, zbyt krótki czas obróbki), niewłaściwe warunki przechowywania żywności, w tym nieprzestrzeganie warunków chłodzenia, a także zanieczyszczenie krzyżowe podczas przechowywania i przygotowywania potraw może prowadzić do przeniesienia zakażenia na człowieka.

Liczbę zachorowań na salmonellozy w latach 2000-2019 przedstawia wykres 58.

Wyk. 58. Liczba zachorowań na salmonellozy w latach 2000-2019 r.



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Escherichia coli (pałeczka okrężnicy) jest bakterią wchodzącą w skład fizjologicznej flory jelitowej ludzi i zwierząt. Niektóre szczepy tej bakterii są w stanie wywołać chorobę, zwykle infekcję przewodu pokarmowego objawiającą się biegunką. Chorobotwórcza *Escherichia coli* jest też najczęstszym czynnikiem etiologicznym tzw. biegunki podróźnych. Bakterie te mogą być przenoszone z człowieka na człowieka przy niezachowaniu higieny osobistej. Patogeny te mogą również dostać się do żywności podczas jej przygotowywania lub produkcji.

W latach 2014 - 2019 zakażenia wywołane przez enterokrwotoczne *E.coli* - EHEC utrzymywały się na poziomie kilku przypadków rocznie (2014 - 8 przypadków, 2015 - 2 przypadki, 2016 - 8 przypadków, 2017 - 6 przypadków, 2018 - 9 przypadków). W 2019 r. odnotowano 17 przypadków. Liczba zakażeń bakteryjnych wywołanych przez *E. coli* biegunkotwórcze wy-

kazuje trend malejący stabilny (2014 – 464 przypadków, 2015 – 368 przypadków, 2016 – 330 przypadków, 2017 – 270 przypadków, 2018 – 285 przypadków, 2019 – 288 przypadków). Od 2014 r. obserwujemy się spadek zakażeń jelitowych *E.coli* innych i bliżej nie określonych (2014 – 597 przypadków, 2015 – 496 przypadków, 2016 – 326 przypadków, 2017 – 306 przypadków, 2018 – 276 przypadków, 2019 – 281 przypadków).

2.2. Kampylobakterioza i jersinioza

W 2019 r. w Polsce zarejestrowano 715 zachorowań wywołanych przez bakterie z rodzaju *Campylobacter* sp. Dla porównania w 2018 r. odnotowano 726 przypadków zakażenia jelitowego wywołanego przez ten drobnoustrój, w 2017 r. - 874, w 2016 r. - 787 przypadki kampylobakteriozy, a w 2015 r. - 653. Trend rozpoznawania zakażeń pokarmowych wywołanych *Campylobacter* utrzymuje się w Polsce na stałym poziomie.

Głównym nośnikiem chorobotwórczych dla człowieka bakterii *Campylobacter* jest: surowy (niedogotowany/niedopieczony) drób lub inne mięso, niepasteryzowane mleko krowie i kozie oraz ich przetwory.

W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* obserwowana jest podobna stabilna liczba zachorowań w kolejnych latach (191 przypadków w 2017 r., 170 zachorowań w 2018 r., 196 przypadków w 2019 r.). Dla porównania w roku 2016 r. odnotowano – 167 przypadków, a w 2015 r. – 172 przypadki.

2.3. Czerwonka bakteryjna (szigelozja)

Na przestrzeni ostatnich dwóch dziesięcioleci w Polsce obserwowany był spadek liczby zachorowań na czerwonkę. Zmniejszanie się liczby rejestrowanych corocznie zachorowań postępuje od 1995 roku. W 1999 r. zgłoszono ogółem tylko 292 zachorowania, o 47,41% mniej niż w roku 1998, w którym zgłoszono 555 zachorowań i prawie trzykrotnie mniej niż wynosiła mediana (815) z lat 1993-1997. Spadek zachorowań obserwowany jest w dalszych latach (od 2000 do 2017) z niewielkimi wahaniami.

Liczbę zachorowań na czerwonkę w latach 2009 -2019 przedstawia tabela nr 35.

Tab. 35. Zachorowania na czerwonkę w Polsce w latach 1999-2019 r. (NIZP-PZH)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Liczba przypadków w Polsce	30	30	18	13	19	44	18	15	44	284	37

Źródło: opracowanie własne (GIS)

* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

W 2019 r. liczba odnotowanych łącznie przypadków czerwonki bakteryjnej wyniosła 37 (powrót do trendu niskiej zachorowalności). Dla odmiany warto podkreślić, że wysoka (284) liczba przypadków czerwonki w roku 2018 była spowodowana wyjątkowo wystąpieniem dwóch dużych ognisk czerwonki. Jedno z nich wystąpiło na terenie Polski podczas imprezy zbiorowej, drugie zostało zawleczone do Polski z turystycznego wyjazdu za granicę.

Należy podkreślić, że w krajach rozwiniętych, ryzyko zakażenia bakteriami z rodzaju *Shigella* jest małe. Osoby podróżujące do krajów o dużej częstości występowania zakażeń bakteriami z rodzaju *Shigella* powinny przestrzegać podstawowych zasad bezpieczeństwa: spożywać żywność przetworzoną termicznie, nie stosować lodu do napojów, spożywać owoce i warzywa umyte, obrane i najlepiej ugotowane. Należy pamiętać, że w krajach rozwijających się zanieczyszczona woda jest najczęstszym źródłem infekcji. Dominującym sposobem transmisji bakterii jest droga kontaktowa przez zanieczyszczone ręce, przedmioty (np. kłamki w toaletach), żywność.

2.4. Dur brzuszny i dury rzekome oraz gronkowce zatrucia pokarmowe

Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat występują na niezmiennie niskim poziomie i głównie u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru nadal powszechnie występują w środowisku. W 2019 r. zarejestrowano 3 zachorowania na dur brzuszny (w 2018 roku zgłoszono 2 zachorowania, w 2017 r. - 7 zachorowań, w 2016 r. - 2 zachorowania, 2015 r. - 4 zachorowania) oraz 1 zachorowanie na dur rze-

komy (w 2018 r. - 6 zachorowań, w 2017 r. - 2 zachorowania, w 2016 r. - 2 zachorowania, w 2015 r. - 5 zachorowań).

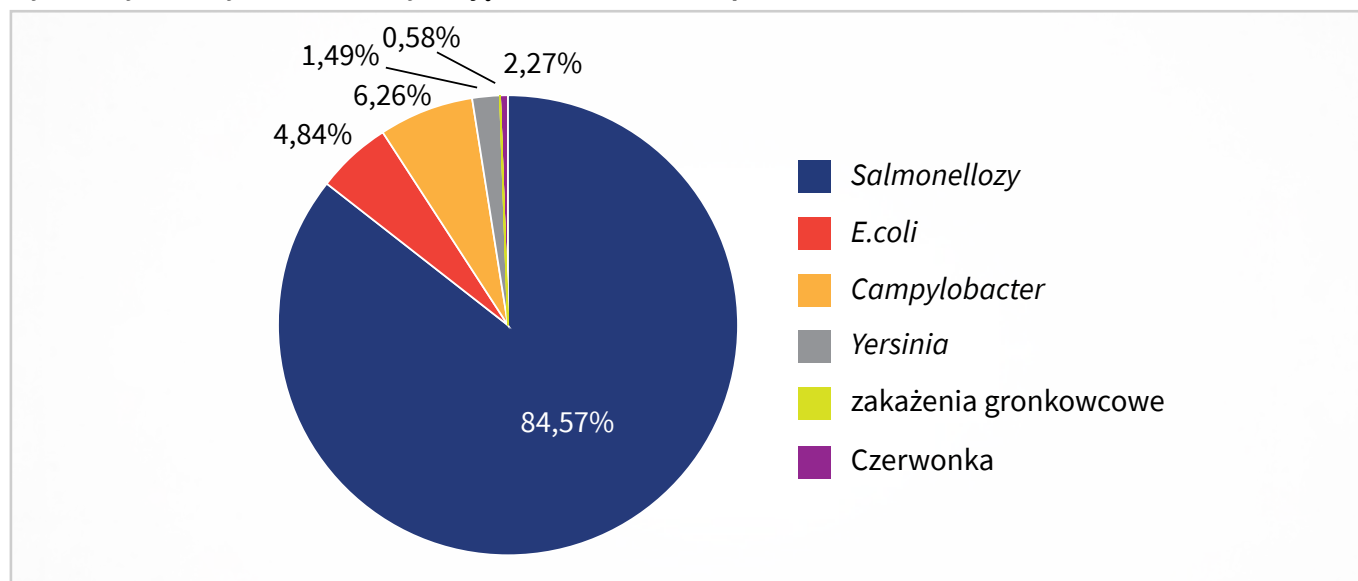
W 2019 r. odnotowano 13 przypadków gronkowcowych zatruc pokarmowych (w 2018 r. - 66 przypadków, w 2017 r. - 54 przypadki, w 2016 r. - 37 przypadków, w 2015 r. - 98 przypadków).

2.5. Listerioza

Warunki chłodnicze, krótka pasteryzacja, czy mrożenie nie chronią żywności przed namnożeniem się tej bakterii w żywności. Do zakażenia człowieka dochodzi poprzez spożycie żywności zanieczyszczonej drobnoustrojem, głównie: wieprzowiny, drobiu, serów z niepasteryzowanego mleka krowiego. Wysokim ryzykiem charakteryzują się także produkty RTE (*Ready to Eat*) tzw. do bezpośredniego spożycia. Najbardziej narażone na zakażenie pałeczkami *Listerii* są osoby z obniżoną odpornością tj. dzieci, kobiety w ciąży, chorzy przyjmujący leki immunosupresyjne. Zachorowanie kobiety w ciąży może spowodować poronienie, martwe urodzenie lub zespół chorobowy u noworodka. W Polsce w 2018 r. zarejestrowano ogółem 124 przypadki listeriozy, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej. Dla porównania w Polsce w 2017 r. zarejestrowano ogółem 116 przypadków listeriozy, w tym 6 przypadków listeriozy wrodzonej, w 2016 r. odnotowano ogółem 101 przypadków listeriozy, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej, a w 2015 r. – 69 zakażeń pokarmowych wywołanych przez *Listeria monocytogenes*, w tym 1 przypadek listeriozy wrodzonej.

Udział wybranych bakteryjnych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i zatrucia pokarmowe przedstawia wykres 59.

Wyk. 59. Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2019 r.

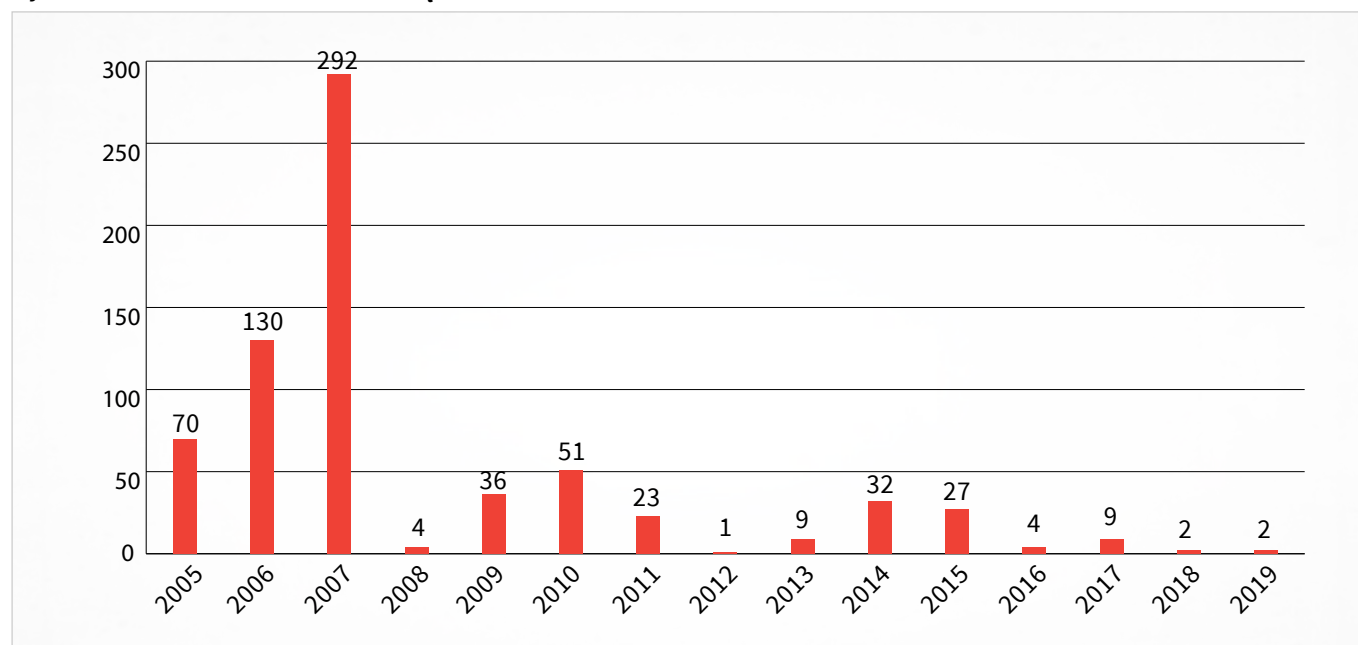


2.6. Włośnica

Ze względu na ryzyko wystąpienia ognisk zachorowań szerzących się drogą pokarmową poprzez źródło jakim jest mięso zwierząt zarażonych larwą pasożyta - włośnia krętego, pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje nadal włośnica. Zachorowania na włośnicę u ludzi obecnie zdarzają się rzadko i przede wszystkim wynikają ze spożycia mięsa i wędlin/ przetworów mięsnych, przygotowanych na własny użytek, ze zwierząt zarażonych włośniem, pozyskanych przez środowiska towieckie i domowe. Przyczyną zachorowań jest spożycie żywności poddanej niewłaściwej obróbce termicznej, brak poddania próbek mięsa badaniu weterynaryjnemu w kierunku włośnia lub badanie przeprowa-

dzone niewłaściwą metodą. Badanie w kierunku obecności larw włośnia w mięsie określonych gatunków zwierząt przeprowadzają laboratoria Inspekcji Weterynaryjnej. Wzrost liczby zachorowań na włośnicę na przestrzeni lat przyjmował charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2005, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy. Także w 2014 r. wystąpiły dwa ogniska, a łącznie odnotowano 32 zachorowania. W 2019 r. podobnie jak 2018 r. zarejestrowano po 2 przypadki włośnicy, a w 2017 r. zarejestrowano 9 zachorowań. Dla porównania w 2016 r. odnotowano 4 przypadki tej choroby, ale w roku 2015 r. zarejestrowano 27 przypadków włośnicy u ludzi.

Wyk. 60. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2019



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)



2.7. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)

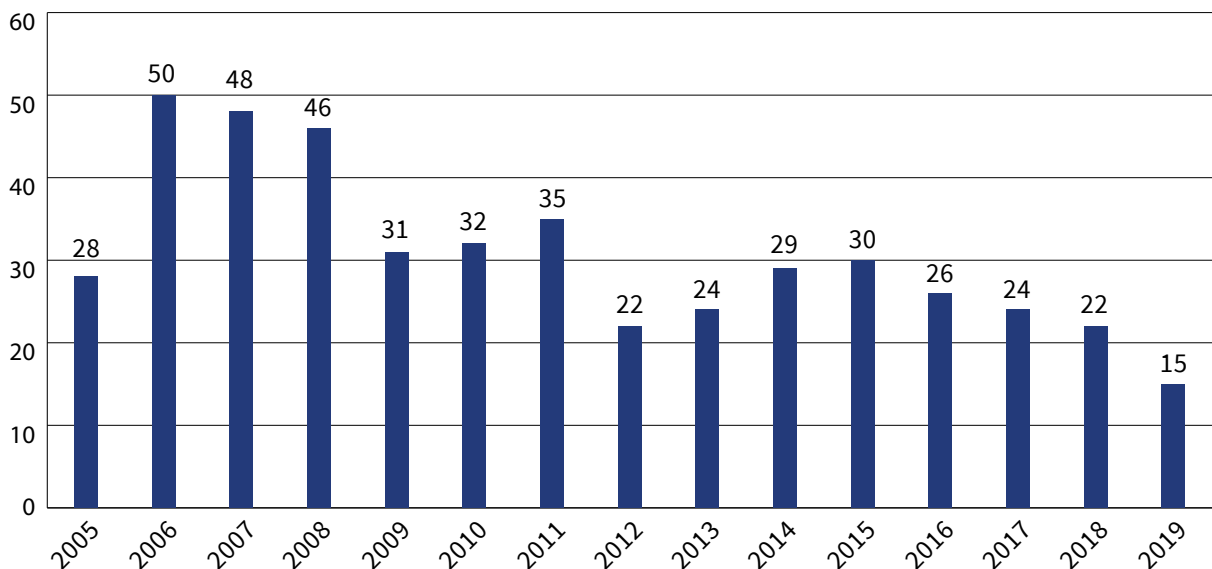
Toksyna jadu kiełbasianego jest jedną z najsilniejszych truczyn występujących naturalnie. Efektem jej chorobotwórczego działania jest wiotkie porażenie mięśni szkieletowych. Naturalnym i powszechnym miejscem bytowania bakterii *Clostridium botulinum* oraz jej przetrwalników, które potrafią produkować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

W Polsce co roku rejestruje się kilkadziesiąt przypadków zatruc pokarmowych jadem kiełbasianym (botulizm). Jest to związane z tradycją konserwowania pokarmów metodami domowymi (sporządzanie weków). Przeprowadzone w sposób nieprawidłowy procesy konserwowania prowadzą do produkcji toksyny przez namnażające się w żywności bakterie *Clostridium botulinum*. W Polsce są to najczęściej przypadki spowodowane spożyciem źle przygotowanych w wa-

runkach domowych lub nieświeżych przetworów mięsnych (kiełbasy, peklowanego mięsa, także ryb), weków z warzyw o małej kwasowości takich jak: zielony groszek, kukurydza, oliwki, grzyby, szpinak, buraki. Corocznie notuje się wyłącznie kilkadziesiąt przypadków zachorowań, co jest wynikiem nadzoru nad przestrzeganiem przez firmy produkujące żywność systemu HACCP (ang. Hazard analysis and critical control points), zasad GHP (ang. Good Hygiene Practice) oraz przepisów prawnych i wytycznych zapewniających bezpieczeństwo produkcji żywności na każdym etapie łańcucha produkcyjnego, co przyczynia się do poprawy jakości oferowanej w sklepach żywności konserwowanej.

Inną postacią jest botulizm przyranny, do którego dochodzi w wyniku zanieczyszczenia ran ziemią zawierającą bakterie *Clostridium botulinum*. Ze względu na beztlenowe warunki panujące w brudnej ranie, jest ona odpowiednim miejscem rozwoju bakterii i produkcji toksyny. Do zakażeń przyrannych dochodzi najczęściej w przypadku: głębokich urazów, ran klutych, otwartych złamań, drogą iniekcji u osób uzależnionych od narkotyków.

Wyk. 61. Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005-2019



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

3. Zakażenia wirusowe

Najważniejsze choroby przenoszone drogą pokarmową o etiologii wirusowej (rotawirusy, norowirusy i wzw A) występują wyłącznie u ludzi, szerzą się przez kontakt bezpośredni, pośredni lub poprzez wtórne skażenie żywności, w tym często roślinnej (mrożone owoce, zanieczyszczone przez osoby je zbierające).

3.1. Zakażenia rotawirusowe

W 2019 r. zarejestrowano 62 233 wirusowe zakażenia przenoszone drogą pokarmową (w 2018 r. zgłoszono 48 577 wirusowych zakażeń przenoszonych drogą pokarmową, zaś w 2017 r. - 55 563 przypadki.), w większości wywołanych przez *rotawirusy* (2019 r. - 34 019 przypadków, w 2018 r. - 23 263 przypadki, w 2017 r. - 32 993 przypadki). Zakażenia rotawirusowe szerząc się przez kontakt bezpośredni i pośredni są najczęstszą przyczyną biegunek i zakażeń pokarmowych u dzieci do lat 2.

3.2. Zakażenia norowirusowe

Drugą w kolejności najczęstszych przyczyn zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej są zakażenia norowirusowe (2019 r. - 5536 przypadków, 2018 r. - 5 358 przypadków, 2017 r. - 3 501 przypadków, 2016 - 3 706 przypadków, 2015 - 3 637 przypadków).

3.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV) jest na całym świecie przyczyną 1,4 mln przypadków ostrego wzw A rocznie. Choroba ta występuje endemicznie na ca-

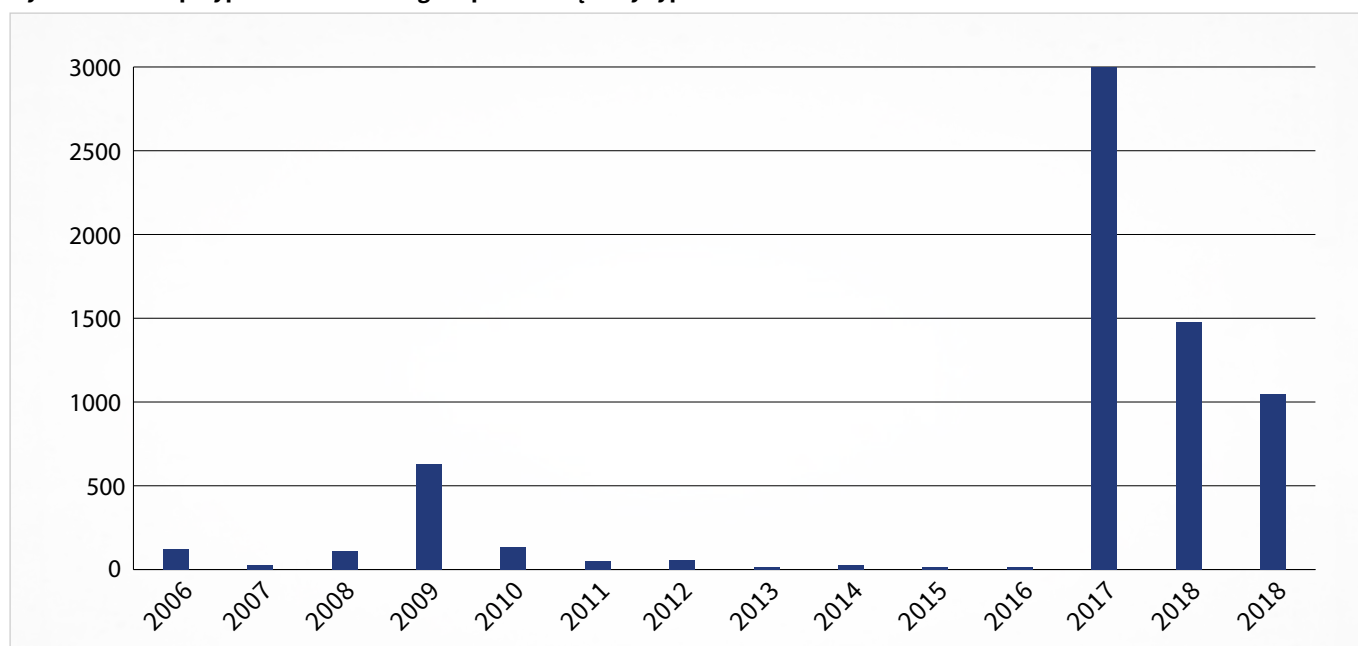
łym świecie, szczególnie na obszarach o złym stanie sanitarnym.

Do 1978 roku Polska była krajem endemiczności wysokiej (ok. 50 tys. zachorowań rocznie). Stopniowo następowała poprawa sytuacji epidemiologicznej, a po 1997 roku Polska należy do krajów o niskiej endemiczności WZW A. W 2017 roku wystąpił jednak znaczący wzrost liczby zachorowań wzw A. Zgodnie z danymi NIZP-PZH odnotowano łącznie 3 006 przypadków, tj. ponad 80-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, kiedy stwierdzono 35 przypadków. Wyraźne narastanie liczby zakażeń obserwowano od marca 2017 roku. W roku 2018 zarejestrowano 1 455 przypadków wzw A, tj. ponad 40-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, ale równocześnie ponad 2-krotnie mniej w porównaniu z 2017 r. W 2019 r. liczba zgłoszonych przypadków wzw A wyniosła 1066, w związku z powyższym można domniemywać iż, jesteśmy po szczycie zachorowań na wzw A.

W latach 2017-2018 r. liczba zachorowań wzrosła w całej Europie. W 2017 r. 24 kraje europejskie zgłosiły łącznie ponad około 20 tys. potwierdzonych laboratoryjnie przypadków zachorowań. Natomiast w pierwszej połowie 2018 r. 24 kraje europejskie zgłosiły około 5 tys. potwierdzonych laboratoryjnie przypadków. W 2017 r. w Europie zarejestrowano także ognisko wirusowego zapalenia wątroby typu A, w którym zachorowania głównie dotyczyły mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami. Polska także była objęta tym ogniskiem.

Ocenia się, że w Polsce prawie 80% populacji jest nieuodporniona na zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu A.

Wyk. 62. Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006 -2019



Osoby starsze, powyżej 70 r.ż. są uodpornione po uprzednim kontakcie z wirusem, ale wśród dorosłych do 40 r.ż. jedynie 6,5% ma przeciwciała przeciw wzv A. Wieloletni spadek liczby zachorowań na wzv A w Polsce wiąże się z wygasaniem odporności zbiorowej i wzrastającym odsetkiem ludzi podatnych na zakażenie, co w sprzyjających okolicznościach (np. w wyniku wprowadzenia wirusa do środowiska) spowodowało wzrost liczby zachorowań.

W przypadku wzv A istnieje skuteczna profilaktyka (szczepienia ochronne). Zgodnie z *Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych* szczepienie przeciwko wzv A jest obecnie zalecane szczególnie osobom wyjeżdżającym do krajów o wysokiej i pośredniej endemiczności zachorowań na wzv A, osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności, usuwaniu odpadów komunalnych i płynnych nieczystości oraz przy konserwacji urządzeń służących temu celowi, a także dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz młodzieży, które nie chorowały na wzv A. Szczepienie przeciw wzv

A jako szczepienie zalecane, nie jest finansowane ze środków MZ.

Liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A w latach 2006 - 2019 przedstawia wykres 62.

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

1. utrzymywać czystość rąk przed przygotowaniem i spożyciem żywności oraz miejsc, w których są przygotowywane posiłki,
2. oddzielać żywność surową od ugotowanej (deski, pojemniki),
3. poddawać żywność właściwej obróbce termicznej (gotowanie, pieczenie itp.),
4. przechowywać żywność w prawidłowych warunkach chłodniczych,
5. używać bezpiecznej wody i żywności.

4. Choroby krwiopochodne

4.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na świecie żyje około 325 milionów osób z przewlekłym zapaleniem wątroby, w tym 71 milionów osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Znaczna liczba osób przewlekle zakażonych HCV rozwija marskość lub raka wątroby, a około 399 000 ludzi umiera każdego roku z tego powodu. Leki przeciwwirusowe mogą wyleczyć obecnie ponad 95% osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, zmniejszając tym samym ryzyko zgonu z powodu tych ciężkich i odległych powikłań.

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

W Polsce zgodnie z meldunkami o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce, udostępnianymi przez NIZP-PZH, w latach 2009-2012 odnotowy-

wano ok. 2000 zachorowań na WZW C rocznie, natomiast w latach 2013 do 2019, co roku na terytorium naszego kraju rozpoznano między 3000 a 4000 zachorowań na WZW C. 95% zachorowań to postaci przewlekłe. W 2019 r. w Polsce zgłoszono 3350 przypadków WZW C, w tym 61 postaci ostrych i 3289 przewlekłych (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Jednocześnie zgodnie z wynikami ostatniego dużego badania epidemiologicznego przeprowadzonego w latach 2012-2016 w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, przeciwciała anty-HCV występują u ok. 1% populacji, a liczba osób aktywnie zakażonych wynosi w przybliżeniu 200 000 (0,5%).

Do zakażenia HCV dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią (wirus znajduje się w krwi i tkankach nosiciela) lub kontakt z przedmiotami, które zostały nią zanieczyszczone, wyłącznie w przypadku przerwania ciągłości tkanek np. nakłucia, rozcięcia skóry lub błony śluzowej, wówczas gdy w czasie ich wykonywania nie są przestrzegane standardy higieniczno-sanitarne. Zakażenie HCV może wystąpić także w warunkach domowych, gdy członkowie rodziny, najczęściej nieświadomi zakażenia, używają wspólnych przyborów higienicznych (np. maszynek do golenia, cząstek do paznokci, szczoteczki do zębów). Zagrożenie ze strony HCV może pojawić się także przy zabiegach poprawiających urodę przebiegających z nakłuwaniem skóry/błony śluzowej ciała i twarzy (np. mikrodermabrazja, usuwanie zmarszczek, botoks), w czasie zabiegów typu tatuaż, piercing oraz w cza-

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

się usług kosmetycznych w rodzaju manicure, pedicure, które przeprowadzone niejałowym sprzętem i niezgodnie z procedurami higienicznymi niosą istotne ryzyko zakażenia HCV, a także HBV czy HIV.

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

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń. W Polsce temat zakażeń HCV jest od co najmniej kilkunastu lat obecny w przestrzeni publicznej dzięki zaangażowaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w programy ta-

kie jak: „HCV można pokonać” w latach 2005-2006, „STOP! HCV” w latach 2010-2011, oraz Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” w latach 2012-2017 współfinansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia. Dzięki temu intensyfikacji uległy także działania informacyjne i edukacyjne z zakresu profilaktyki HCV, prowadzone na poziomie centralnym i poszczególnych województw, powiatów i gmin.

Informacje pozwalające zidentyfikować i zrozumieć problem zdrowotny jakim jest zakażenie HCV, jego przyczyny i możliwości zapobiegania można znaleźć na stronach internetowych: <http://www.hcv.pzh.gov.pl>, <http://www.jestemswiadom.org>, <https://gis.gov.pl/> oraz <http://www.who.int/hepatitis/en>. Ponadto dzięki platformie e-learningowej <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/platforma-e-learningowa-1> personel medyczny jak i personel sektora usług upiększających może poszerzyć wiedzę z zakresu możliwości przeciwdziałania transmisji zakażeń HCV, HBV, HIV w związku ze świadczonymi usługami i zabiegami, z możliwością wygenerowania certyfikatu potwierdzającego zdobytą wiedzę.

W roku 2019 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały działania informacyjno-promocyjne i szkoleniowe, w tym dystrybucję materiałów opracowanych w ramach Projektu KIK/35. Były to zarówno ulotki i plany higieny jak

Rys. 17. Ulotka dotycząca zapobiegania HCV

SWISS CONTRIBUTION

LECZENIE - MAMY NOWE SKUTECZNE LEKI

Podstawowym celem leczenia jest zatrzymanie lub cofnięcie procesów degeneracyjnych powodowanych przez przewlekły proces zapalny w wątrobie. Obecnie obowiązujące schematy terapeutyczne stosowane w programie lekowym dla osób chorych na przewlekłe wzw C znacząco poprawiły wyniki leczenia (skuteczność rzędu niemal 100%). Przyjmowane leki są również dobrze tolerowane przez pacjentów. Leczenie wzw C jest refundowane.

RYZYKO ZAKAŻENIA BLISKICH W CODZIENNYM ŻYCIU

Nie dochodzi do zakażenia poprzez:

- całowanie,
- podawanie ręki,
- używanie wspólnych sztućców,
- korzystanie z tej samej toalety.

Do zakażenia HCV nie może dojść na drodze kropelkowej (katar, kichanie, kaszel), także karmienie piersią przez kobietę zakażoną HCV nie stanowi ryzyka zakażenia dla dziecka.

Badania przeprowadzone w latach 2012-2016 w Polsce w ramach Projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” pokazują, że osoby współzamieszkujące z osobą nieświadomą zakażenia HCV nie są znacznie bardziej narażone na zakażenie od reszty społeczeństwa.

Partnerzy:

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Główny Inspektorat Sanitarny

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

SWISS CONTRIBUTION

KOLEJNE ATAKI REKINA!

NIE ZAJMUJ SIĘ SZTUCZNYMI PROBLEMAMI. WIRUS HCV TO REALNE ZAGROŻENIE!

Sprawdź na: www.jestemswiadom.org

Czy wiesz co to jest HCV i jaką chorobę wywołuje? Co zrobić, aby uniknąć zakażenia HCV?

PROJEKT „ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV”

Instytucja realizująca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie
ul. Chocimska 24
00-791 Warszawa

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIE W RAMACH SZWAJCARSKIEGO PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ MINISTRA ZDROWIA

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIE W RAMACH SZWAJCARSKIEGO PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ MINISTRA ZDROWIA

Rys. 18. Ulotka dotycząca zapobiegania HCV

PROBLEM HCV

HCV to wirus wywołujący wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C). Jest to choroba zakaźna, która najczęściej przebiega przewlekle. Uchwytne objawy chorobowe mogą wystąpić dopiero po wielu latach od wnikięcia HCV do organizmu, gdy przewlekle zapalenie wątroby doprowadza już do poważnych następstw zdrowotnych w postaci marskości, niewydolności wątroby oraz raka wątrobowokomórkowego.

NIE MA SZCZEPIONKI PRZECIW WZW C III

HCV W LICZBACH

W Polsce do **200 tys.** osób jest przewlekle zakażonych HCV,
a **80%** z nich jeszcze nie wie, że ma wirusa we krwi.

ŹRÓDŁO I DROGI ZAKAŻENIA

Źródłem zakażenia HCV jest zakażony człowiek. Do zakażenia dochodzi poprzez kontakt bezpośredni lub pośredni z krwią osoby zakażonej:

-  przy braku zachowania odpowiednich procedur podczas zabiegów medycznych (operacje, drobne zabiegi chirurgiczne i stomatologiczne)
-  przy braku zachowania odpowiednich procedur podczas zabiegów kosmetycznych z naruszeniem ciągłości skóry lub błon śluzowych (kołczykowanie, tatuaż, zabiegi medycyny estetycznej, np. likwidacja zmarszczek).

Do zakażenia szczególnie często dochodzi podczas stosowania narkotyków we wstrzykiwaczkach używanym sprzętem. 

Możliwe jest także przeniesienie zakażenia:

-  z zakażonej matki na dziecko w czasie ciąży i porodu i na drodze kontaktów seksualnych, jak i również poprzez przypadkowy kontakt z krwią (np. wspólne używanie przyborów toaletowych takich jak czajki czy maszynka do golenia).

Każdy z nas mógł być narażony na zakażenie HCV. Sprawdź w jakim stopniu to ryzyko dotyczy również Ciebie!

JAK MOŻE OBJAWIAĆ SIĘ HCV

Zakażenie wirusem HCV w większości przypadków przebiega bezobjawowo bądź z objawami, które bagatelizujemy lub które mylnie przypisujemy innym chorobom. Wśród najczęściej występujących, niespecyficznych objawów zakażenia HCV można wymienić: uczucie zmęczenia, znużenia, senność, bóle mięśni i/lub stawów. Dlatego lekarz nie rozpozna po objawach klinicznych przewlekłego zakażenia HCV. Konieczne jest badanie krwi w kierunku HCV.

ROZPOZNIANIE HCV

Zakażenie HCV można rozpoznać na podstawie wykrycia we krwi przeciwciał anti-HCV w badaniu serologicznym, którego wynik dodatni należy potwierdzić badaniem molekularnym (PCR) na obecność materiału genetycznego wirusa (HCV RNA). Dodatni wynik badania w kierunku HCV należy zawsze skonsultować z lekarzem.

**NAJWIĘKSZA SZANSA
NA UNIKNIĘCIE GROŹNYCH NASTĘPSTW TAKICH JAK:
NIEWYDOLNOŚĆ, MARSKOŚĆ LUB RAK WĄTROBY
JEST WCZESNE WYKRYCIE ZAKAŻENIA !!!**

ZAPOBIEGANIE WZW C

Przeciw wzw C nie można się zaszczepić, dlatego zapobieganie zakażeniu polega na niedopuszczeniu by wirus wniknął do organizmu. W leczeniu służy temu stosowanie jednorazowych lub sterylnych narzędzi zabiegowych. Podobne zasady powinny dotyczyć wszelkich zabiegów upiększających z naruszeniem ciągłości skóry lub błon śluzowych.

W zapobieganiu szerzenia się wirusa HCV szczególnie ważne jest unikanie sytuacji, w których może dojść do zakażenia, zwłaszcza wstrzykiwania narkotyków.

Podając się zabiegom medycznym lub upiększającym zwróćmy uwagę, czy:

- osoba wykonująca zabieg włożyła czyste rękawiczki jednorazowe,
- stosowany jest sprzęt jednorazowego użytku,
- stosowany sprzęt wielokrotnego użytku został wyjęty ze sterylnego opakowania bezpośrednio przed zabiegiem,
- sprzęt jednorazowego użytku jest wyrzucony bezpośrednio po użyciu.

Należy zachować szczególną ostrożność przy przypadkowym kontakcie z krwią innej osoby oraz nie należy wspólnie używać osobistych przyborów toaletowych, jak np. szczoteczki do zębów, maszynki do golenia czy narzędzi do manicure.

Źródłem zakażenia jest człowiek zakażony i dlatego leczenie osób zakażonych jest również ważnym sposobem zapobiegania dalszemu szerzeniu się wirusa.

www.jestemswiadom.org

www.jestemswiadom.org

i materiały, także multimedialne. W 2019 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne rozdystrybuowały blisko 38 tys. ulotek (Rekin, Banan, Kobra w tym także innych broszur, bannerów opracowanych w ramach pozostałych Projektów 1-4.

W zakresie planów higieny (dla salonu fryzjerskiego, kosmetycznego oraz tatuażu) dystrybucji uległo ponad 5 tys. sztuk. Odnotowano także ponad 4 tys. okoliczności udostępnień filmów, zastosowania spotów i pozostałych materiałów multimedialnych (w postaci odtwarzania, wyświetlania, udostępniania, upowszechniania). Podczas inicjowanych szkoleń i konferencji stosowano także dostęp do platformy e-learningowej i wykorzystywano umieszczone tam materiały edukacyjne. Realizacja tych zadań wpisywała się w Cel 2 i 3 oraz zapobieganie stygmatyzacji poprzez poprawę świadomości społecznej, o których mowaw założeniach do dokumentu „Strategia zapobiegania i zwalczania zakażeń HCV w Polsce”.

Materiały były przekazane do wielu rodzajów podmiotów, w tym: podmioty lecznicze, obiekty usługowe prowadzące działalność w zakresie fryzjerstwa, kosmetyki i tatuażu, odnowy biologicznej, czy miejskie przedsiębiorstwa gospodarki komunalnej i mieszkaniowej.

Łącznie z interwencją edukacyjno-informacyjną udało się dotrzeć do ponad 23 tys. odbiorców.

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmowała działania w sposób skoordynowany i innowacyjny: docierając z informacją i szkoleniami do różnych grup docelowych (personelu salonów urody, personelu medycznego, dzieci i młodzieży oraz ich rodziców, osób osadzonych, ogółem lokalnych społeczności), prowadząc działania w różnorodnych formach (konferencje, szkolenia, e-learning, pogadanki, instruktaże, opiniowanie procedur, działania z zakresu bieżącego nadzoru sanitarnego, dochodzenia epidemiologiczne i współpraca z zespołami kontroli zakażeń w placówkach szpitalnych, imprezy, kontakt z mediami tradycyjnymi oraz poprzez Internet), podejmując lokalną współpracę z innymi instytucjami publicznymi i przedsiębiorcami oraz organizacjami pozarządowymi (jednostkami samorządu terytorialnego, uczelniami, placówkami oświatowo-wychowawczymi, innymi służbami, przedsiębiorcami, organizacjami pozarządowymi, fundacjami).

Ponadto w dniu 14.06.2019 r. w siedzibie Głównego Inspektoratu Sanitarnego odbyła się konferencja prasowa dotycząca zapewnienia wymagań sanitarnohigienicznych przy świadczeniu usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej. Debata była również rozpoczęciem akcji „Nie płac zdrowiem za urodę”, której celem jest edukowanie zarówno profesjonalistów z salonów kosmetycznych, jak i ich klientów na temat zagrożeń związanych z niespeł-

nianiem standardów bezpieczeństwa oraz informowanie, jakie standardy powinny być w gabinetach spełnione.

Wśród ważniejszych inicjatyw kontynuowanych w 2019 r. przez Główny Inspektorat Sanitarny wymienić należy działania z zakresu legislacji obszaru wymagań sanitarnohigienicznych przy świadczeniu usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej, oraz kontynuację współpracy na forum Europejskiego Komitetu Normalizacyjnego w zakresie rozpoczętych w 2015 r. prac nad normą europejską pn. „*Tattooing Services – Safe practice and hygiene requirements*” (CEN/TC 435), której publikacja zaplanowano w CEN na 2020 r. Dokument wdrożonej normy będzie stanowić istotne źródło wiedzy i rekomendacji w obszarze bezpieczeństwa i higieny wykonywania usług tatuażu ze szczególnym naciskiem na zapobieganie transmisji zakażeniom HCV i HBV.

W oparciu o doświadczenia Projektu KIK/35 w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, przygotowana została propozycja

sylabusa modułu „Zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi”, do wykorzystania w planach nauki zawodów branżowych, przy wykonywaniu których może dojść lub dochodzi do przzerwiania ciągłości skóry. Moduł ten może zostać wykorzystany w nauce zawodów: asystent fryzjera, fryzjer, technik usług fryzjerskich, technik usług kosmetycznych na etapie nauczania zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP). Sylabus można również zastosować do kształcenia podyplomowego kadry nauczycielskiej szkół branżowych kształcących fryzjerów czy kosmetyczki, w ramach kształcenia ustawicznego tej grupy zawodowej. Dokument został przekazany Ministrowi Edukacji Narodowej. Podobnie przygotowana została propozycja sylabusa modułu „Zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi”, do wykorzystania w programie kształcenia studentów kierunku kosmetyka. Załączony moduł może zostać uwzględniony w programie nauki studiów I stopnia, w ramach przedmiotu - higiena. Dokument został przekazany Ministrowi Nauki i Szkolnictwa Wyższego.



5. Choroby odzwierzęce

Nadzór nad chorobami zwierzęcymi w Polsce realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną. Obowiązujące jest Porozumienie ramowe o współdziałaniu i współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organów Inspekcji Weterynaryjnej, zawarte pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym a Głównym Lekarzem Weterynarii.

Odzwierzęcymi czynnikami chorobotwórczymi wymagającymi szczególnego nadzoru są opisane wyżej patogeny wywołujące: kamylobakteriozę, listeriozę, włośnicę, gruźlicę wywołaną przez *Mycobacterium bovis*, werocytotoksyczne *Escherichia coli* i odzwierzęce typy serologiczne pałeczek *Salmonella*.

Istotną grupę zagrożeń stanowią także choroby odzwierzęce przenoszone przez wektory (stawonogi), zoonozy nabywane w wyniku bezpośredniego kontaktu z chorym zwierzęciem (np. wścieklizna) oraz choroby pasożytnicze (bąblowica). Na niektóre zoonozy (np. borelioza, kleszczowe zapalenie mózgu) narażone są statystycznie bardziej istotnie pewne grupy zawodowe, jak leśnicy i rolnicy.

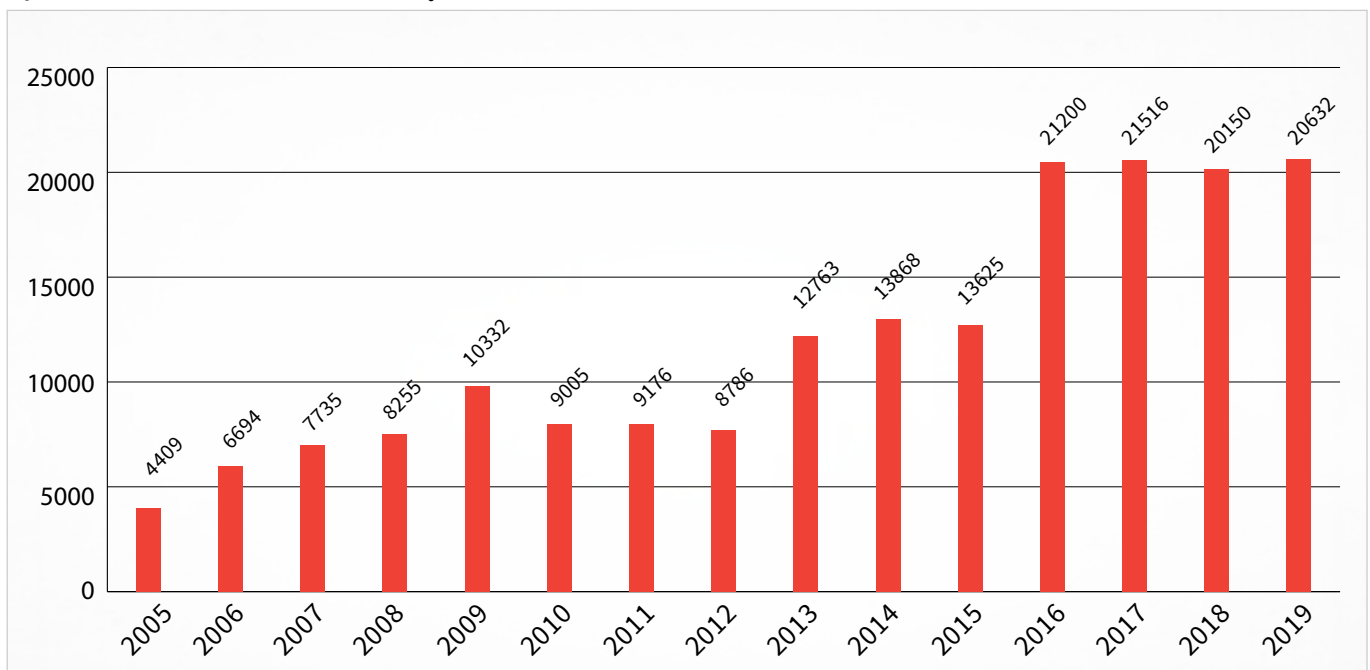
W Polsce sytuację epidemiologiczną chorób odzwierzęcych w 2019 r. należy uznać za stabilną. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzanych przypadków zoonoz są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

5.1. Borelioza z Lyme

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

W 2019 r. w Polsce odnotowano 20 632 przypadków boreliozy, przy zapadalności 53,7/100 tys. mieszkańców, hospitalizacji poddano 8,2% chorych (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). W 2018 zgłoszono 20 150 przy zapadalności 52,5/100 tys. mieszkańców i hospitalizacji chorych na poziomie 10,5% przypadków. Dla porównania: w 2017 r. zgłoszono 21 514 przypadków boreliozy - zapadalność wyniosła 55,99/100 tys. mieszkańców, 10,8% osób zdiagnozowanych zostało poddanych leczeniu w warunkach szpitalnych, w 2016 r. zanotowano w Polsce 21 200 przypadków boreliozy, przy zapadalności 55,2/100 tys. mieszkańców i 12,4 % chorych skierowanych do hospitalizacji. Z kolei w 2015 r. odnotowano na terenie naszego kraju 13 625 przypadków boreliozy. Do roku 2012 liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie

Wyk. 63. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2019



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

przekraczała 10 000 rocznie. W 2019 r. największą liczbę rozpoznanych boreliozy odnotowano w województwach: małopolskim, mazowieckim, śląskim, lubelskim.

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

Wobec braku dostępnej szczepionki przeciwko boreliozie podstawą jej profilaktyki jest stałe upowszechnianie wiedzy nt. tej choroby oraz edukacja społeczeństwa w zakresie stosowania środków ochronnych oraz właściwego postępowania w przypadku ukłucia przez kleszcza.

5.2. Kleszczowe zapalenie mózgu

To ostra choroba wirusowa, która często wiąże się z powikłaniami neurologicznymi. Do zakażenia dochodzi poprzez ukąszenie zakażonego kleszcza. Przyczyną zakażenia może być również spożycie niepasteryzowanego mleka zakażonego zwierzęcia (zwierzęta nie wykazują objawów chorobowych).

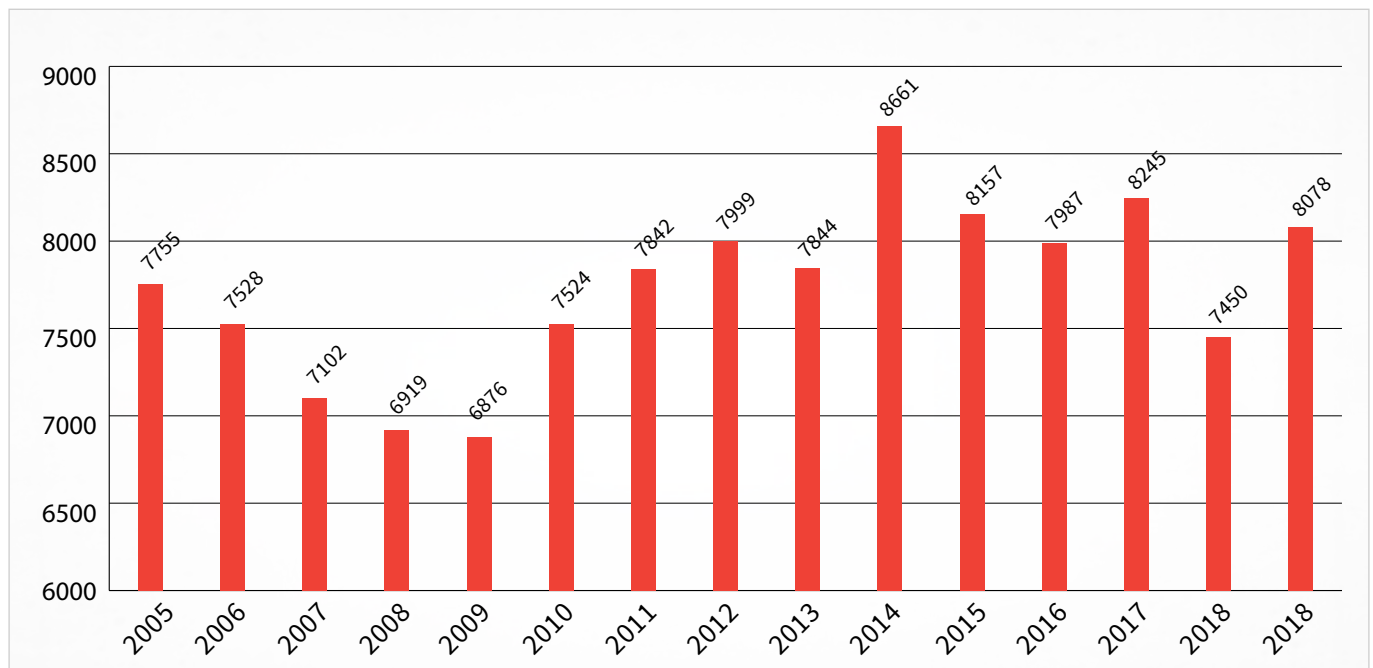
W Polsce liczbę zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu wahała się na przestrzeni ostatnich lat od 150 do ponad 250 przypadków rocznie. W 2019 r. zarejestrowano 265 przypadków zachorowań. Najskuteczniejszą formą ochrony przed zakażeniem wirusem kleszczowego zapalenia mózgu jest szczepienie, które jest zalecane w szczególności dla najbardziej narażonych grup zawodowych (leśnicy, rolnicy itp.).

5.3. Wścieklizna

Obok boreliozy istotnym nadal problemem jest stała i wysoka liczba osób narażonych rokrocznie na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wirusem wścieklizny, wśród których przypadki na terenie naszego kraju się zdarzają, choć są to pojedyncze zachorowania. W 2019 r. wg. danych Głównego Inspektoratu Weterynarii (GIW) wścieklizna wystąpiła u 11 zwierząt dzikich, nie odnotowano przypadków wścieklizny wśród zwierząt domowych. Z kolei w 2018 r. odnotowano 9 przypadków wścieklizny u zwierząt dzikich, a w roku 2017 przypadki wścieklizny wystąpiły u 1 lisa i 8 nietoperzy oraz u 1 zwierzęcia domowego. Ostatnie przypadki wścieklizny u człowieka w Polsce (śmiertelne) miały miejsce w 2000 i 2002 r. Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w nadzorze nad przypadkami/podejrzeniami wścieklizny u ludzi polega na współpracy z organami Inspekcji Weterynaryjnej i objęciu nadzorem osób ze styczności z takim zwierzęciem oraz na zapewnieniu dostępności preparatów immunoprofilaktyki czynno-biernej (szczepionki), podawanych według określonych schematów w ramach postępowania poekspozycyjnego.

Aktualny jest dla właścicieli psów obowiązek, wynikający z ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt.

Wyk. 64. Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2019



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

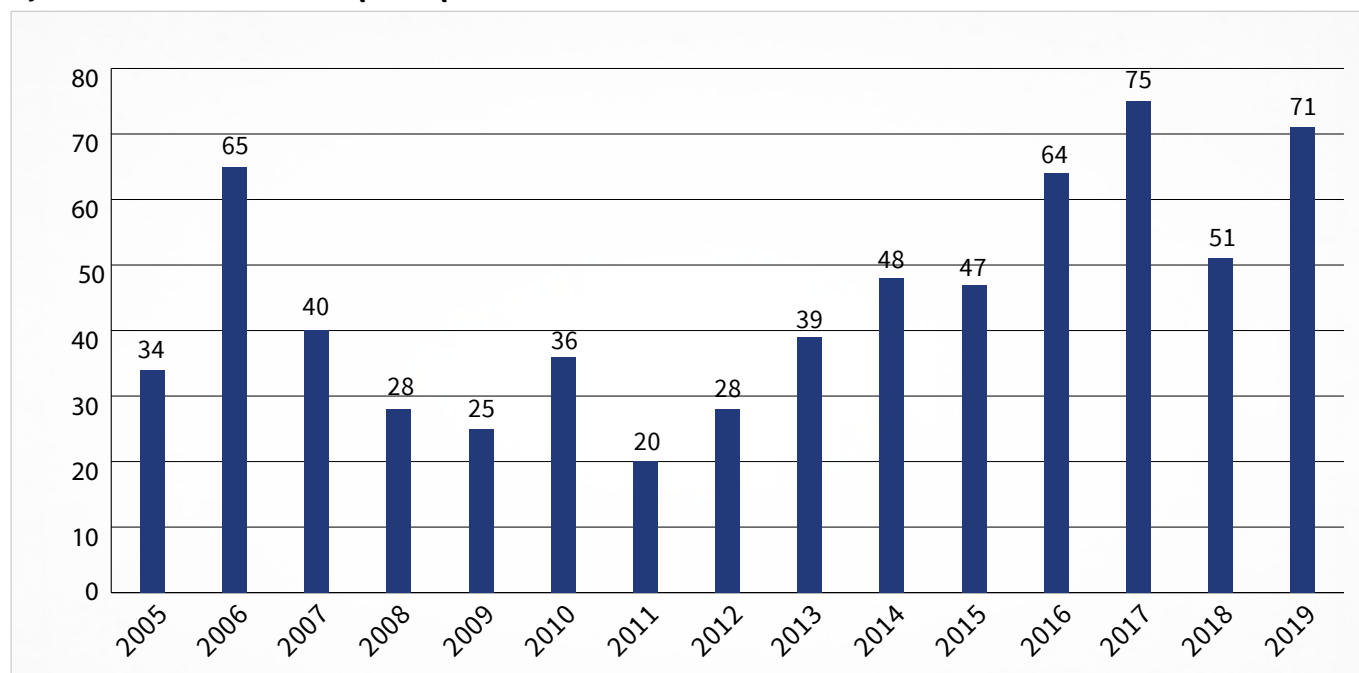
rząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt, zgodnie z którym posiadacze psów są obowiązani zaszczepić je przeciwko wściekliznie w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez psa 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia. Obowiązek ten nie dotyczy kotów domowych. Jednak mając na uwadze obecność wirusa wścieklizny w środowisku naturalnym, niski koszt szczepienia i niepodważalny jego wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, rekomenduje się także właścicielom kotów, szczególnie swobodnie wychodzących, regularne szczepienie także tych zwierząt domowych przeciwko wściekliznie.

5.4. Bąblowica

Za istotny problem dla zdrowia ludzi należy uznać także bąblowicę w okresie, kiedy pojawiają się owoce runa leśnego. Bąblowica jest chorobą powodowaną przez pasożyta tj. larwy tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*. Liczba stwierdzanych przypadków tej choroby jest prawdopodobnie zaniżona, z uwagi na trudną wykrywalność choroby - przewlekły rozwój sięgający 5-10 lat, brak objawów w pierwszej kilkuletniej fazie rozwoju,

a z drugiej strony powszechne skażenie środowiska jajami tasiemców, wydalanych wraz z kałem przez zakażone lisy. Wyniki ostatnich badań dowodzą, że 1 na 3 lisów jest zakażony ww. pasożytami. W warunkach polskich także pies, jeśli nie jest na bieżąco poddawany profilaktyce przeciwpasożytniczej (odrobaczany), może być rezerwuarem tasiemców bąblowcowych. Jaja tasiemców dostają się do organizmu człowieka zarówno przez bliski kontakt z tymi zwierzętami (np. głaskanie) i przeniesienie jaj do ust za pośrednictwem brudnych rąk, jak i spożycie skażonej jajami tasiemca żywności (np. niemyte owoce runa leśnego) lub skażonej wody. Ryzyko zakażenia jest realne w wielu regionach naszego kraju, także na terenach miejskich i podmiejskich, ze względu na pogłębiające się zjawisko powszechnego występowania lisów. W zakresie zapobiegania zachorowaniu na bąblowicę najistotniejsze jest upowszechnianie wiedzy nt. zasad higieny podczas i po pracy/relaksie w polu/ogrodzie/lesie, ochrona posesji przed lisami poprzez ogradzanie domostw i zabezpieczanie śmietników, które jako źródło resztek jedzenia wabią dzikie zwierzęta, a także prowadzenie regularnych zabiegów odrobaczania zwierząt domowych preparatami działającymi na tasiemce.

Wyk. 65. Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2019



Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

5.5. Inne

W trosce o zdrowie własne i swoich najbliższych posiadacze zwierząt towarzyszących powinni pamiętać o ciążyących na nich obowiązkach związanych z dbałością o zwierzęta. Toksokaroza oraz toksoplazmoza, czy świerz - do zakażeń

nia tymi chorobami może dojść w drodze bezpośredniego kontaktu ze zwierzętami takimi jak: psy, koty, domowe gryzonie. Chorobom tym zapobiega się poprzez dbanie o dobrostan zwierząt utrzymywanych w domach, regularne kontrole stanu zdrowia zwierząt i działania profilaktyczne (np. odrobaczanie, szczepienie).

6. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji

Dzięki wysokiemu stopniowi zaszczepienia populacji, właściwemu poziomowi infrastruktury sanitarnej oraz bezpieczeństwa żywności sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2019 roku można uznać za stabilną.

Na szczególną uwagę zasługuje znaczący wzrost liczby przypadków odry w porównaniu do lat ubiegłych. Zarejestrowano, prawie 4,5-krotny wzrost zachorowań (1503 przypadków w 2019 r., 339 przypadków w 2018 r.), związany był ze wzrostem liczby przypadków odry w całym regionie Europejskim WHO, w tym w krajach bezpośrednio graniczących z Polską, jak również z wieloletnią aktywności ruchów anty-szczepionkowych prowadzących do spadku zaufania do szczepień ochronnych, których skutkiem jest powstawania luk w poziomie zaszczepienia – obecnie przede wszystkim w środowisku domowym/rodzinnym lub rzadziej lokalnym co umożliwia występowanie niewielkich ognisk zachorowań o zasięgu ograniczonym do rodziny, środowiska szkolnego lub zakładu pracy. Choć luki w poszczególnych rocznikach mogą wydawać się relatywnie niewielkie w odniesieniu do stopnia zaszczepienia/odporności całej populacji to ich nawarstwianie się w okresie kolejnych lat może doprowadzić do spadku odporności populacji poniżej progu odporności zbiorowskiej i w konsekwencji umożliwić epidemiczne szerzenie się chorób, zwłaszcza tych przenoszonych drogą oddechową, których zakaźność jest bardzo wysoka.

W latach 2017-2019 r. nastąpił również spadek liczby przypadków krztuśca w porównaniu z latami epidemicznymi 2015-2016. W 2016 r. było 6828 przypadków zachorowań, w 2017 r. - 3066, a w 2018 r. - 1548 a w 2019 r. - 1630. Należy jednak pamiętać, że szczepionka przeciw krztuścowi daje jedynie przejściową odporność. Dlatego nie jest możliwa całkowita eliminacja zachorowań na krztusiec i podstawowym zadaniem szczepień obowiązkowych przeciw krztuścowi pozostaje zapewnienie ochrony przed zachorowaniem tych grup wiekowych, które są najbardziej narażone na ciężki przebieg choroby tzn. dzieci, a w szczególności niemowląt do 6 m.ż. Zachorowania wśród starszej młodzieży oraz dorosłych podlegają natomiast i będą podlegały zamianom (wzrostom i spadkom) w cyklu kilkuletnim, a realizacja szczepień w tych grupach jest kwestią decyzji indywidualnych.

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 ZZ), w oparciu o dane przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego.



Tab. 36. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2009–2019 (dane za 2019 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie)

Lp.	Jednostka Chorobowa	Rok										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	AIDS	150	157	241	190	191	152	134	119	117	121	126
2	Zakażenia HIV(nowowykryte)	716	747	1 193	1 135	1 159	1 090	1 290	1 387	1 481	1 304	1763
3	Dur brzuszny	3	0	2	2	2	3	4	2	7	2	3
4	Dury rzekome A,B,C	5	6	2	5	5	1	5	2	2	6	1
5	Salmonelozy - ogółem	8 972	9 732	8 813	8 444	7 578	8 392	8 650	10 027	10 000	9 969	9243
6	Czerwonka bakteryjna	30	30	18	13	19	44	18	15	44	267	37
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe – ogółem:	6 595	6 388	6 539	7 046	9 624	11 329	13 311	13 003	15 665	15 362	15045
8	W tym: kamylobakteriozy	359	375	354	431	552	652	653	787	874	738	715
9	Jersiniozy	288	206	238	201	199	2112	172	167	191	176	196
10	Wirusowe zakażenia jelitowe	32 863	32 723	44 906	39 462	42 699	51 561	55 729	44 844	55 563	48 533	62233
11	W tym rotawirusowe	22 104	20 902	30 769	23 692	23 529	33 789	33 943	21 258	32 995	23 258	34019
12	Biegunki u dzieci do 2 lat	31 204	30 043	36 478	34 386	38 101	41 572	43 502	35 114	40 218	39 005	47642
13	Krzusiec	2 390	1 266	1 669	4 684	2 182	2 100	4 955	6 828	3 066	1 552	1630
14	Tężec	19	16	14	19	14	13	12	12	11	8	17
15	Odra	115	13	38	70	84	110	48	133	63	355	1503
16	Różyczka	7 587	4 197	4 290	6 263	38 548	5 891	2 007	1 105	477	438	290
17	Ospa wietrzna	140 115	183 446	172 855	208 276	178 501	221 628	187 624	160 707	173 196	149 567	180 641
18	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	2 954	2 754	2 585	2 779	2 436	2 508	2 208	1 978	1 670	1 584	1338
19	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	736	1184	1 046	1 284	1 077	1 823	891	952	810	2 030	950
20	Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	193	183	200	187	172	157	137	153	120	109	103
21	Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	351	294	221	190	227	195	149	283	283	197	265
22	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/ lub zapalenie mózgu)	296	229	296	241	251	188	220	167	228	202	219
23	W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - meningokokowe	190	146	193	165	163	122	121	91	122	100	93
24	Inwazyjna choroba wywołana przez Haemophilus influenzae (posocznica, zapalenie opon m.rdz.i/lub zapalenie mózgu)	19	25	31	36	25	41	62	69	116	108	99
25	W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu – Haemophilus influenzae	13	11	11	11	9	11	14	9	11	6	9
26	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	274	364	430	441	540	708	979	964	1 182	1 315	1544
27	W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - pneumokokowe	163	180	192	146	195	199	197	180	171	208	183
28	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	652	155	65	71	48	76	49	35	3 006	1 457	1066
29	Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1 475	1 633	1 583	1 583	1 541	2 763	3 518	3 806	3 363	3 202	2856
30	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	1 939	2 111	2 338	2 359	2 706	3 551	4 285	4 261	4 010	3 445	3350
31	Włośnica	36	51	23	1	9	32	27	4	9	2	2
32	Bakteryjne zatrucia pokarmowe – ogółem:	10 825	11 464	10 847	10 054	9 053	9 734	9 856	10 734	10 214	10 174	9381
33	W tym: salmonelozowe	8 855	9 549	8 652	8 267	7 407	8 197	8 418	9 701	9 710	9 662	8929
34	Gronkowcowe	146	217	283	147	128	68	98	37	54	68	13
35	Jadem kielbasianym	31	32	35	22	24	29	30	26	24	22	15
36	Clostridium perfringens	1	8	24	5	18	16	1	0	1	1	0
37	Borelioza (choroba z Lyme)	10 329	9 003	9 157	8 783	12 754	13 863	13 625	21 200	21 514	20 139	20632
38	Grypa (i podejrzenia grypy) - ogółem	1 081 974	551 054	1 156 357	1 460 037	3 164 405	3 137 056	3 843 438	4 316 823	5 043 491	5 239 696	4 790 033
39	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	6 876	7 524	7 842	7 999	7 844	8 661	8 157	7 987	8 245	7 424	8078
41	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	18	18	21	17	23	24	22	26	24	28	30

1 wg definicji przypadku przyjętej w 2005 r.; łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV

2 wg definicji przypadku przyjętej w 2009 r.; łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

7. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2019 r.

Realizację Programu Szczepień Ochronnych, w tym realizację szczepień, które wynikają z koordynowanych przez Światową Organizację Zdrowia programów eliminacji i eradykacji chorób zakaźnych należy uznać za najistotniejszy i najbardziej skuteczny element działań zapobiegający występowaniu chorób zakaźnych i zakażeń.

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

Polska od wielu lat, podobnie jak inne kraje, realizuje program powszechnych szczepień ochronnych. Jest on systematycznie modyfikowany, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z uwzględnieniem możliwości finansowych budżetu Ministra Zdrowia. 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 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.), który zobowiązuje 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 w odniesieniu do osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczęć albo jej opiekun faktyczny.

7.1. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych

Ewolucja w zakresie szczepień ochronnych pozwala dostrzec i docenić rolę szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych. Spojrzenie w przeszłość ilustruje, co osiągnęliśmy dzięki szczepieniom – jakie sukcesy i korzyści przyniosły szczepienia w aspekcie populacyjnym – w obliczu wyzwań wobec pojawiających się chorób oraz oczekiwań, co do zapobiegania ich występowaniu. Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych na przestrzeni lat uległa diametralnej zmianie. Zastosowanie oficjalnych, ramowych programów szczepień ochronnych pozwoliło na osiągnięcie wysokiego odsetka uodpornienia wśród populacji nimi objętych.

W 2019 roku szczepienia w Polsce odbywały się zgodnie z wykazem obowiązkowych szczepień ochronnych i grup

osób obowiązanych do poddania się tym szczepieniom określonym w art. 17 ustawy o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w *sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych* (Dz.U. z 2018 r. poz. 753) wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w art. 17 ust. 10 ww. ustawy. Obowiązkiem szczepień ochronnych objętych było 13 chorób zakaźnych: błonica, gruźlica, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*, krztusiec, nagminne zakażenie przyusznicy (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 w ogłoszonym przez Głównego Inspektora Sanitarnego komunikacie w sprawie Programu Szczepień Ochronnych określono osoby lub grupy osób oraz wiek, przesłanki wynikające ze stanu zdrowia i przesłanki epidemiologiczne, zgodnie z którymi dane szczepienie powinno zostać przeprowadzone.

Kwestie dotyczące kształtu PSO podnoszone są rokrocznie przez ekspertów podczas posiedzeń Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym. Gremia eksperckie zarekomendowały priorytety zmian PSO do realizacji na lata 2016-2020. Spośród przyjętych rekomendacji polskich Ekspertów, w ciągu pięcioletniego okresu, zrealizowano takie postulaty, jak wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom u całej populacji dzieci (w 2017), wprowadzenie szczepienia przeciwko krztuścowi u młodzieży w 14 roku życia oraz wprowadzenie szczepienia przeciw poliomyelitis szczepionką inaktywowaną (IPV) w miejsce żywej szczepionki (OPV) u dzieci w 6 roku życia (w 2016), przesunięcie wieku szczepienia przypominającego przeciwko odrze, śwince i różyczce (MMR) z 10 roku życia na 6 rok życia oraz możliwość przeprowadzenia szczepienia przeciwko gruźlicy przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego, czyli przed wyjściem ze szpitala (w 2019). Równocześnie w analizowanym okresie wprowadzone zostały zmiany dotyczące finansowania szczepień (ustawa z 4 listopada 2016 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016 r. poz. 2173) w art. 6 określa maksymalny limit wydatków budżetu państwa, będących skutkiem finansowym realizacji zadania z art. 18 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tzn. finansowania szczepionek do realizacji PSO w latach 2017-2026).

Corocznie w Polsce opracowywana jest szczegółowa analiza przeprowadzonych szczepień ochronnych. Dokonuje się jej na podstawie danych uzyskanych ze sprawozdania rocznego ze szczepień ochronnych (MZ-54), którego wzór i termi-

ny sporządzania określają przepisy o statystyce publicznej. Analiza uwzględni m.in.:

- stan zaszczepienia przeciwko poszczególnym chorobom zakaźnym dzieci z poszczególnych roczników oraz osób z określonych grup zawodowych i grup ryzyka podlegających obowiązkowi szczepień, w odniesieniu do poszczególnych województw oraz całego kraju;
- porównanie stanu zaszczepienia osób podlegających szczepieniom w roku bieżącym do roku poprzedniego;
- 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 (NIZP-PZH) w biuletynie pt. „Szczepienia Ochronne w Polsce za rok...”, który stanowi główne źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce. Dane dotyczące zaszczepienia populacji w 2019 roku będą dostępne w II połowie 2020 roku, w tym również na stronie internetowej NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl).

7.2. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są obowiązane do sporządzania ilościowego zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, wraz z harmonogramem dostaw szczepionek. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych dla powiatu, jak w latach poprzednich, w roku 2019 określili państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, zgodnie z wykazem chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych, określonym w art. 17 ust. 10 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, z uwzględnieniem w szczególności:

- aktualnej sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych na terenie powiatu;
- danych demograficznych i struktury wiekowej mieszkańców powiatu;
- liczby osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, objętych podstawową opieką zdrowotną oraz uczęszczających do szkół na terenie powiatu;
- stanu zaszczepienia grup osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w latach wcześniejszych;
- stanu realizacji zapotrzebowania na szczepionki na dany rok;
- wytycznych państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, dotyczących sposobu ustalenia rocznego zapotrzebowania na szczepionki na rok kolejny.

Zapotrzebowania dla województw określili państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni, z uwzględnieniem w szczególności:

- zapotrzebowań przekazanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych;
- stanu realizacji zapotrzebowania na szczepionki w województwie na dany rok;
- wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczących sposobu ustalenia rocznego zapotrzebowania na szczepionki na rok kolejny.

Główny Inspektor Sanitarny opracował w 2019 roku roczne ilościowe zapotrzebowanie na szczepionki do realizacji PSO w kraju na rok 2020. Podstawę stanowił określony przez Radę Sanitarno-Epidemiologiczną przy GIS kształt PSO na kolejny rok z uwzględnieniem priorytetów zmian PSO przyjętych do realizacji na kolejne lata, w tym rekomendacji dotyczących wprowadzenia do PSO szczepionek wysokoskojarzonych (tzw. 5 w 1) dla całej populacji dzieci. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych dla całego kraju na rok 2020 Główny Inspektor Sanitarny określił z uwzględnieniem w szczególności:

- zapotrzebowań zgłoszonych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych;
- prognozowanych zmian sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w kraju i na świecie;
- planowanych zmian w wykazie chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- wielkości rezerw magazynowych

Przedmiotowe zapotrzebowanie wraz z harmonogramem dostaw i szacunkową oceną wielkości środków niezbędnych do jego realizacji, Główny Inspektor Sanitarny przekazał Ministrowi Zdrowia w czerwcu 2019 roku, tj. w terminie przewidzianym w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W zapotrzebowaniu na szczepionki uwzględniono bezpieczne stany magazynowe szczepionek, tzw. BSM w ilości pozwalającej na kontynuowanie szczepień ochronnych przez okres co najmniej 3 miesięcy, w przypadku wystąpienia zdarzeń mających wpływ na zaburzenie płynności realizacji PSO w Polsce. Do takich zdarzeń zaliczyć należy np. unieważnienie postępowań przetargowych, wycofanie z obrotu określonej serii szczepionek, opóźnienie w dostawach szczepionek, wzrost liczby urodzeń dzieci, czy wzrost zapotrzebowania na szczepionki stosowane u osób narażonych na zakażenie poekspozycyjne.

7.3. Sposób przekazywania szczepionek prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne – dystrybucja szczepionek

Zgodnie z art. 18 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi podmiotami odpowiedzialnymi za dystrybucję i przechowywanie szczepionek



służących do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych są: Centralny dystrybutor – Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach – wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Szczepionki kupione przez ministra właściwego do spraw zdrowia były transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w przepisach ustawy Prawo farmaceutyczne. Koordynatorem przekazywania szczepionek zakupionych do realizacji PSO był Główny Inspektor Sanitarny. Centralny dystrybutor przechowywał i zapewniał transport szczepionek do magazynów wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych na terenie kraju, które przechowywały szczepionki i przekazywały je powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym, a także koordynowały przekazywanie szczepionek na obszarze województwa. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazywały szczepionki świadczeniodawcom przeprowadzającym obowiązkowe szczepienia ochronne, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy o udzielanie tych świadczeń i koordynowały przekazywanie szczepionek na obszarze powiatu. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobligowane są do prowadzenia racjonalnej gospodarki szczepionkami zakupionymi przez Ministra Zdrowia. W przypadku wystąpienia obawy, że szczepionki zgromadzone w magazynach Centralnego Dystrybutora mogą, z uwagi na krótki termin ważności, nie zostać wykorzystane do realizacji PSO podejmują stosowne działania minimalizujące straty szczepionek i zapobiegające ich utylizacji. Jednym z ważniejszych elementów skutecznego nadzoru nad dystrybucją szczepionek jest funkcjonujący w Polsce, na wszystkich poziomach Państwowej Inspekcji

Sanitarnej, Elektroniczny System Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek (ESNDS). ESNDS jest narzędziem wykorzystywanym do prowadzenia nadzoru nad zasobami szczepionek zgromadzonymi w magazynach, ich dystrybucją i efektywnym wykorzystaniem do realizacji szczepień ochronnych. Ponadto zapewnienia jednolity obieg dokumentacji oraz umożliwia uzyskanie bieżących danych o dostępności i rozmieszczeniu szczepionek w magazynach Państwowej Inspekcji Sanitarnej w kraju.

7.4. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane, jako czynnik determinujący możliwy spadek stanu zaszczepienia populacji przeciw chorobom zakaźnym - działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień.

W sporządzanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych sprawozdaniach za rok 2019 o osobach uchylających się od obowiązku szczepień oraz w sprawozdaniach zbiorczych sporządzanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, uwzględniono wyłącznie te osoby, które będąc prawnie zobowiązane do poddania się (lub poddania swoich dzieci) obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym (w związku z wiekiem lub przestankami wynikającymi ze stanu zdrowia albo przestankami epidemiologicznymi określonymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.), następnie zostały zgłoszone przez lekarzy odpowiedniemu

państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, jako osoby uchylające się.

Szczegółowe dane o liczbie osób uchylających się w 2019 roku od obowiązku szczepień oraz o działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się zawierają tabele:

Należy zwrócić uwagę, że w przedmiotowej analizie, na koniec 2019 roku wykazano liczbę 62806 osób uchylających się od obowiązku szczepień w porównaniu, do 52733 osób uchylających się na koniec 2018 roku, 39195 osób uchylających się na koniec 2017 roku, 28 983 osób uchylających się na koniec 2016 roku, 22 392 osób uchylających się na koniec 2015 roku, 15480 osób uchylających się na koniec 2014 roku i 10122 osób uchylających się na koniec 2013 roku.

W trakcie 2019 roku liczba osób uchylających się wzrosła zatem o 21,6% w stosunku do danych z końca 2018 roku i łącznie o 520,5 % (ponad 6 krotny wzrost) w stosunku do danych z końca 2013 roku. Przyrost liczby osób uchylających się od obowiązku szczepień w 2019 roku był jednak niższy, niż w trakcie 2018 roku, w którym wyniósł 34,5%, oraz w trakcie 2017 roku, w którym wyniósł 35,4 %.

Uwzględniając dodatkowo te osoby, które w trakcie 2019 roku uchylały się od obowiązku szczepień (lub obowiązku poddania dzieci szczepieniom) i które następnie w trakcie trwania roku spełniły ten obowiązek (m.in. w wyniku nasilonych działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wojewodów) wykazano, że zjawisko uchylania się od szczepień ochronnych w trakcie całego 2019 roku dotyczyło 70258 osób, w porównaniu do 57 874 osób w trakcie całego 2018 roku.

Analiza geograficzna rozpowszechnienia zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień w 2019 roku wskazuje, że ulegało ono wyraźnemu nasileniu we wszystkich województwach.

Największy wzrost liczby osób uchylających się w wystąpił w województwach:

- podkarpackim – o 108,1 %,
- świętokrzyskim - o 48,2 %,
- lubuskim - o 36,5 %

najmniejszy przyrost liczby osób uchylających się wystąpił w województwach:

- śląskim - o 12,4 %
- warmińsko-mazurskim - o 13,2 %
- małopolskim - o 14,5 %

Wskutek uchylania się rodziców od wykonania prawnego obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym w wymaganym prawem zakresie w 2019 roku nie zostało podda-

nych szczepieniom ochronnym 47790 dzieci w porównaniu do 38416 dzieci - w 2018 roku (wzrost o 24,4 % - patrz Tabela 4). Największy przyrost odsetka dzieci nieszczepionych w następstwie uchylania się rodziców od obowiązku poddawania dzieci szczepieniom dotyczył: województwa podkarpackiego (wzrost o 81,1%), województwa dolnośląskiego (wzrost o 77,8%) oraz województwa podlaskiego (wzrost o 63%).

Analizując przyczyny nasilania się zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień wykazano, że najszybszy wzrost liczby osób uchylających się w 2019 roku dotyczył osób motywowanych względami odrębności kulturowej, etnicznej lub religijnej (wzrost o 59,3 %).

W mniejszym stopniu wzrost ten dotyczył osób wyrażających obawy związane z wystąpieniem w przeszłości u nich lub u ich dzieci niepożądanego odczynu poszczepiennego (wzrost o 6,7 %), osób pozostających pod wpływem ruchów antyszczepionkowych (wzrost o 22,5 %), osób pozostających pod wpływami środowisk propagujących tzw. medycynę alternatywną (wzrost o 18,7 %).

Przeprowadzono również analizę działań podejmowanych w 2019 roku przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby zobowiązane.

W 2019 roku państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wystosowali do osób uchylających się od wykonania obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym:

- 6183 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej (w 2018 roku - 4478, w 2017 roku - 4405, w 2016 roku - 4081, w 2015 roku - 4411, w 2014 roku - 4081),
- 3397 tytułów wykonawczych (w 2018 roku - 2677, w 2017 roku - 2519, w 2016 roku - 2002, w 2015 roku - 1661, w 2014 roku - 1090)

i skierowali

- 3301 wniosków do wojewodów o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień (w 2018 roku - 2557, w 2017 roku - 2287, w 2016 roku - 1851, w 2015 roku - 1604, w 2014 roku - 901).

Należy też zauważyć, że o ile w większości województw nasilenie działań administracyjnych podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień było proporcjonalne do wzrostu liczby osób uchylających się, to w województwie opolskim mimo obserwowanego wzrostu liczby osób uchylających się w 2019 roku zaprzestano podejmowania jakiegokolwiek przewidzianych prawem działań administracyjnych w celu egzekwowania jego wykonania przez osoby do tego zobowiązane.

Tab. 37. Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2019 roku - wg województw i przyczyn uchylania się

wg województw	liczba osób uchylających się na początek 2019 roku	liczba osób uchylających się, które wykonały obowiązek szczepień w 2019 roku	liczba nowych uchylających się osób w 2019 roku	liczba osób uchylających się na koniec 2019 roku	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 1.01.-31.12 2019 r	liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w całym 2019 roku (kol. 2+4)
0	1	2	3	4	5	6
01 dolnośląskie	3140	372	1017	3785	20,5 %	4157
02 kujawsko-pomorskie	470	39	165	571	21,5 %	610
03 lubelskie	2834	291	1427	3869	36,5 %	4160
04 lubuskie	1148	139	435	1444	25,8 %	1583
05 łódzkie	2158	189	924	2766	28,2 %	2955
06 małopolskie	3053	752	1195	3496	14,5 %	4248
07 mazowieckie	9217	1159	2992	11046	19,8 %	12205
08 opolskie	1422	194	436	1664	17,0 %	1858
09 podkarpackie	991	56	1127	2062	108,1 %	2118
10 podlaskie	1881	297	795	2379	26,5 %	2676
11 pomorskie	4967	739	1549	5777	16,3 %	6516
12 śląskie	8350	1388	2423	9385	12,4 %	10773
13 świętokrzyskie	771	87	495	1143	48,2 %	1230
14 warmińsko-mazurskie	1836	119	387	2078	13,2 %	2197
15 wielkopolskie	7244	986	2528	8600	18,7 %	9586
16 zachodniopomorskie	2156	645	1321	2741	27,1 %	3386
RAZEM wg przyczyn	51638	7452	19180	62806	21,6 %	70258
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	932	58	70	379	-59,3 %	437
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	827	115	172	981	18,7 %	1096
wpływ ruchów antyszczepionkowych	19116	2021	6437	23414	22,5 %	25435
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	740	110	166	791	6,7 %	901
inna przyczyna	30481	5148	12335	37241	22,2 %	42389

Tab. 38. Dane o osobach uchylających się wykonania obowiązku szczepień ochronnych - wg województw i przyczyn uchylania się - porównanie za lata 2014 -2019

wg województw	osoby uchylające się na koniec 2013	osoby uchylające się na koniec 2014	wzrost w 2014 w %	osoby uchylające się na koniec 2015	wzrost w 2015 w %	osoby uchylające się na koniec 2016	wzrost w 2016 w %	osoby uchylające się na koniec 2017	wzrost w 2017 w %	osoby uchylające się na koniec 2018	wzrost w 2018 w %	osoby uchylające się na koniec 2019	wzrost w 2019 w %
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
01 dolnośląskie	437	556	27,2	965	73,6	1680	74,1	2260	34,5	3140	38,9	3785	20,5
02 kujawsko-pomorskie	305	432	41,6	617	42,8	795	216,7	1192	49,9	1577	32,3	571	21,5
03 lubelskie	539	717	33,0	1083	51,0	1444	33,3	2018	39,8	2832	40,3	3869	36,5
04 lubuskie	255	358	40,4	451	26,0	842	78,0	979	23,6	1148	17,3	1444	25,8
05 łódzkie	533	722	35,5	886	22,7	1200	38,6	1768	46,8	2158	22,1	2766	28,2
06 małopolskie	562	769	36,8	1138	47,0	1307	14,9	2096	60,9	3053	45,7	3496	14,5
07 mazowieckie	1348	2005	48,7	4214	110,2	5183	23,0	6540	26,2	9217	40,1	11046	19,8
08 opolskie	265	360	35,8	573	59,2	791	38,0	1025	29,6	1422	38,7	1664	17,0
09 podkarpackie	320	321	0,3	303	- 5,6	411	35,6	640	55,7	991	54,8	2062	108,1
10 podlaskie	257	404	57,2	618	53,0	873	41,3	1199	37,3	1881	56,9	2379	26,5
11 pomorskie	1359	1848	36,0	2633	42,5	3051	15,9	3984	30,6	4957	24,4	5777	16,3
12 śląskie	1693	2989	76,6	3881	29,8	4849	25,0	6469	33,4	8350	29,1	9385	12,4
13 świętokrzyskie	126	135	7,1	196	45,2	305	55,6	526	72,5	771	46,6	1143	48,2
14 warmińsko-mazurskie	207	510	146,4	776	52,2	961	23,8	1390	44,6	1836	32,1	2078	13,2
15 wielkopolskie	1730	2894	67,3	3503	21,0	4403	25,7	5799	31,7	7244	24,9	8600	18,7
16 zachodniopomorskie	186	460	147,3	555	20,7	888	60,0	1310	47,5	2156	64,6	2741	27,1
RAZEM wg przyczyn	10122	15480	52,9	22392	44,7	28983	31,6	39195	35,4	52733	34,5	62806	21,6
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	213	276	29,6	294	6,6	373	15,8	330	-11,5	372	12,8	379	-59,3
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	406	560	37,9	639	14,1	795	28,0	825	20,6	955	15,8	981	18,7
wpływ ruchów antyszczepionkowych	2723	4665	71,3	7135	52,9	9570	35,2	13461	39,5	19676	46,2	23414	22,5
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	241	245	0,2	476	94,3	502	11,6	663	28,7	744	12,2	791	6,7
inna przyczyna	6539	9734	48,9	13848	42,3	17743	30,9	23916	35,0	30986	29,6	37241	22,2

Tab. 39. Dane o działaniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2019 roku - wg województw i przyczyn uchylania się

wg województw	liczba upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień z zagrożeniem skierowania na drogę egzekucji administracyjnej	liczba wystawionych tytułów wykonawczych	liczba wniosków do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień	liczba postępowań dot. zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej	liczba skarg wierzycieli na przewlekle prowadzenie postępowania przez organ egzekucyjny	liczba zażeń wnoszonych przez organy PIS na postanowienia organu egzekucyjnego	liczba skarg sądowo-administracyjnych wierzycieli na postanowienia odwoławczego organu egzekucyjnego	liczba postępowań w sprawach o wykroczenia zakończonych wystawieniem mandatu lub wnioskiem do sądu
0	1	2	3	4	5	6	7	8
01 dolnośląskie	603	176	271	425	0	0	0	10
02 kujawsko-pomorskie	79	42	42	15	0	0	0	0
03 lubelskie	449	189	207	20	0	0	0	1
04 lubuskie	54	17	17	9	0	0	0	0
05 łódzkie	541	392	355	122	0	0	0	0
06 małopolskie	337	105	99	12	0	0	0	0
07 mazowieckie	208	10	10	10	0	0	0	0
08 opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0
09 podkarpackie	164	75	75	43	0	0	0	0
10 podlaskie	110	44	44	25	0	0	0	0
11 pomorskie	969	585	581	212	2	59	0	0
12 śląskie	321	194	156	63	0	0	0	0
13 świętokrzyskie	276	166	74	3	0	0	0	0
14 warmińsko-mazurskie	395	318	318	22	0	0	0	0
15 wielkopolskie	1007	662	546	141	4	23	0	0
16 zachodniopomorskie	670	422	506	163	0	0	0	0
RAZEM wg przyczyn	6183	3397	3301	1284	6	92	0	11
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	13	13	13	11	0	0	0	0
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	116	64	63	15	0	8	0	1
wpływ ruchów antyszczepionkowych	2515	1313	1207	723	2	23	0	0
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	59	24	21	8	0	0	0	0
inna przyczyna	3479	1983	1997	528	4	61	0	10

Tab. 40. Dane o dzieciach niezaszczepionych w związku uchyleniem się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2018 i 2019 roku - wg województw i przyczyn uchylenia się

wg województw	Dzieci niezaszczepione w 2018 r	Dzieci niezaszczepione w 2019 r	Przyrost %
0	1	2	3
01 dolnośląskie	1599	2843	77,8
02 kujawsko-pomorskie	1213	461	- 72,0
03 lubelskie	2154	2963	37,6
04 lubuskie	959	1224	27,6
05 łódzkie	1480	1907	28,9
06 małopolskie	2352	3058	30,0
07 mazowieckie	6155	7273	18,2
08 opolskie	883	1122	27,1
09 podkarpackie	684	1239	81,1
10 podlaskie	1487	2428	63,3
11 pomorskie	3619	4251	17,5
12 śląskie	7154	8148	13,9
13 świętokrzyskie	554	720	30,0
14 warmińsko-mazurskie	1281	1523	18,9
15 wielkopolskie	5488	6914	26,0
16 zachodniopomorskie	1354	1716	26,7
RAZEM wg przyczyn	38416	47790	24,4
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	245	252	2,9
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	625	698	11,7
wpływ ruchów antyszczepionkowych	14179	17361	22,4
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	521	512	- 1,7
inna przyczyna	22846	28967	26,8



8. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach - ogniska epidemiczne

8.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce

Sytuację prawną w Polsce w zakresie nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi regulują:

1. ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz.1239 z późn.zm);
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294 poz. 1741);
3. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100 poz. 645);
4. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 100 poz. 646);
5. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. z 2014 r. poz.746).

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi ma charakter wewnątrzszpitalny i regulowany jest przepisami art. 11-16 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Art. 14 ust. 2 ustawy nakłada na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń i czynników alarmowych.

Kierownicy podmiotów leczniczych zgodnie z art. 14 ust. 1 ww. ustawy są obowiązani między innymi do: monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych, wykonywania badań laboratoryjnych i ich weryfikację, sporządzania i przekazywanie raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, oraz zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych. Ponadto art. 14 ust. 2 ustawy nakłada na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek gro-

madzenia w szpitalu informacji o zakażeniach i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń i czynników alarmowych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje zbiorcze roczne dane dotyczące patogenów alarmowych występujących w szpitalach oraz dane dotyczące zakażeń w sytuacji wystąpienia potwierdzonego epidemicznego wzrostu ich liczby - informacje o ogniskach zakażeń w szpitalach.

8.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala

Od kilkunastu lat obserwuje się tendencję wzrostową zgłaszalności liczby ognisk zakażeń szpitalnych - z 114 w 2006 roku do 692 w 2019 roku. Zwiększoną 6 krotnie zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych na przestrzeni wielu lat należy wiązać z lepszym nadzorem ZKZS w podmiotach leczniczych, wykorzystaniem badań z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej, jak również wzrastającą świadomością personelu szpitali oraz lepszą realizacją obowiązujących przepisów związanych ze zgłaszalnością ognisk epidemicznych. Wykres 66.

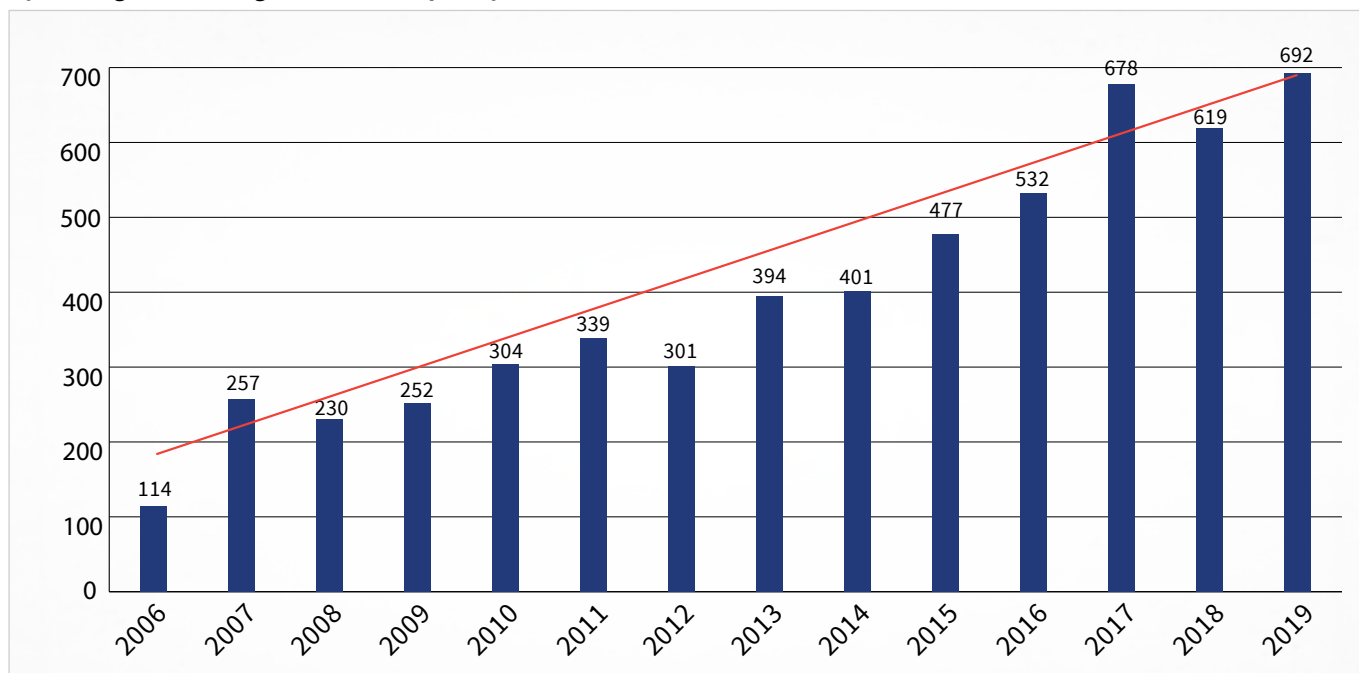
W 2019 roku zgłoszono 692 ogniska zakażeń szpitalnych z 291 podmiotów, zaś w 2018 roku, zgłoszono 619 ognisk epidemicznych z 265 podmiotów. O 10 % wzrosła liczba podmiotów leczniczych zgłaszających ogniska epidemiczne do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Wzrost liczby zgłoszonych ognisk epidemicznych zanotowano w województwach: podkarpackim, opolskim, małopolskim, mazowieckim, podlaskim, lubelskim, śląskim, dolnośląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim. Zmniejszyła się natomiast liczba zarejestrowanych ognisk zakażeń szpitalnych w województwach: pomorskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, lubuskim. Wykres 67.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 r. znajdowało się 1138 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

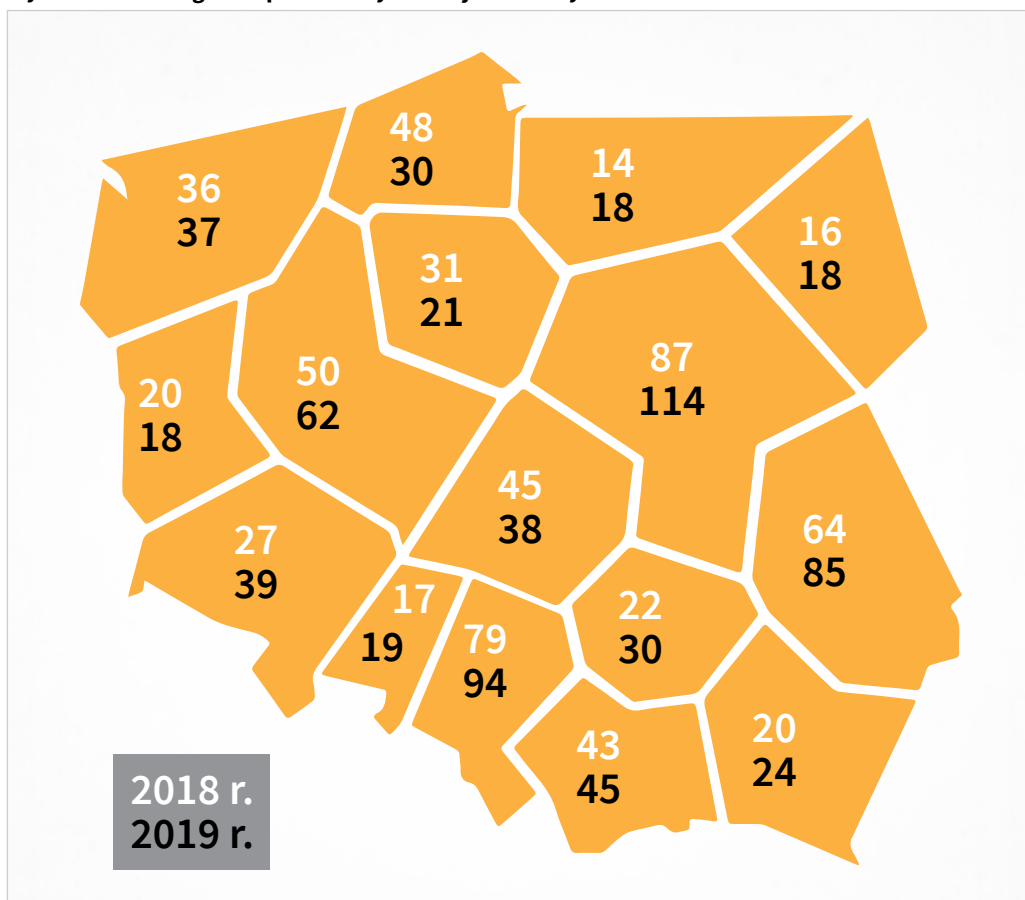
Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych w 2019 roku wpłynęły z 291 podmiotów leczniczych w tym 287 szpitali (w tym 3 szpitale uzdrowiskowe) co stanowiło 25 % ogółu wszystkich podmiotów wykonujących działalność

Wyk. 66. Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2019



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 67. Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w roku 2018 i 2019

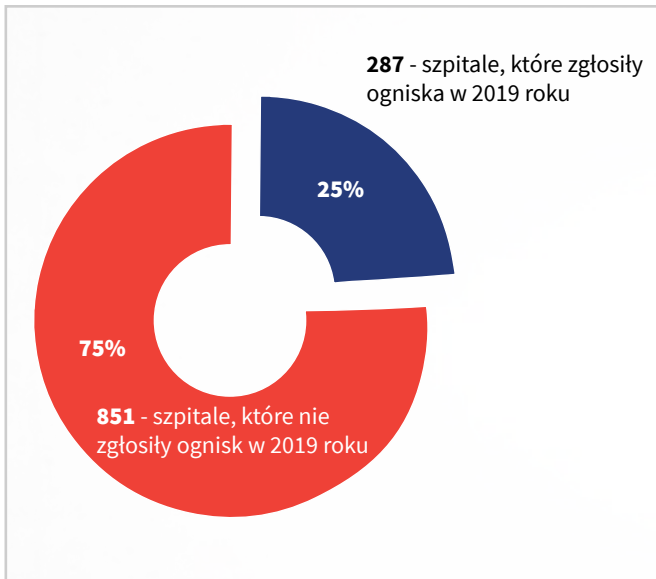


Źródło: opracowanie własne (GIS)

lecniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w Polsce. 4 raporty końcowe z wygaszenia ogniska epidemicznych zostały zgłoszone z podmiotów leczniczych nie będących w struk-

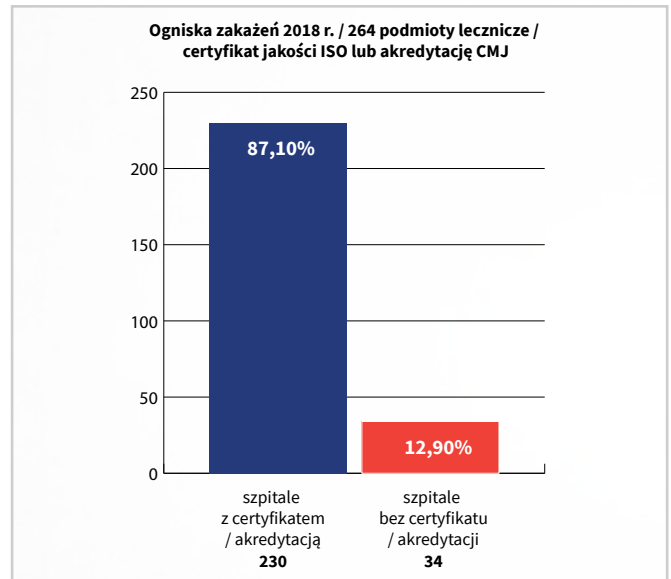
turach szpitala tj. 2 ogniska – Zakład Opiekuńczo-Lecniczy, 1 ognisko – Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy i 1 ognisko – stacja dializ. Wykres 68.

Wyk. 68. Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej



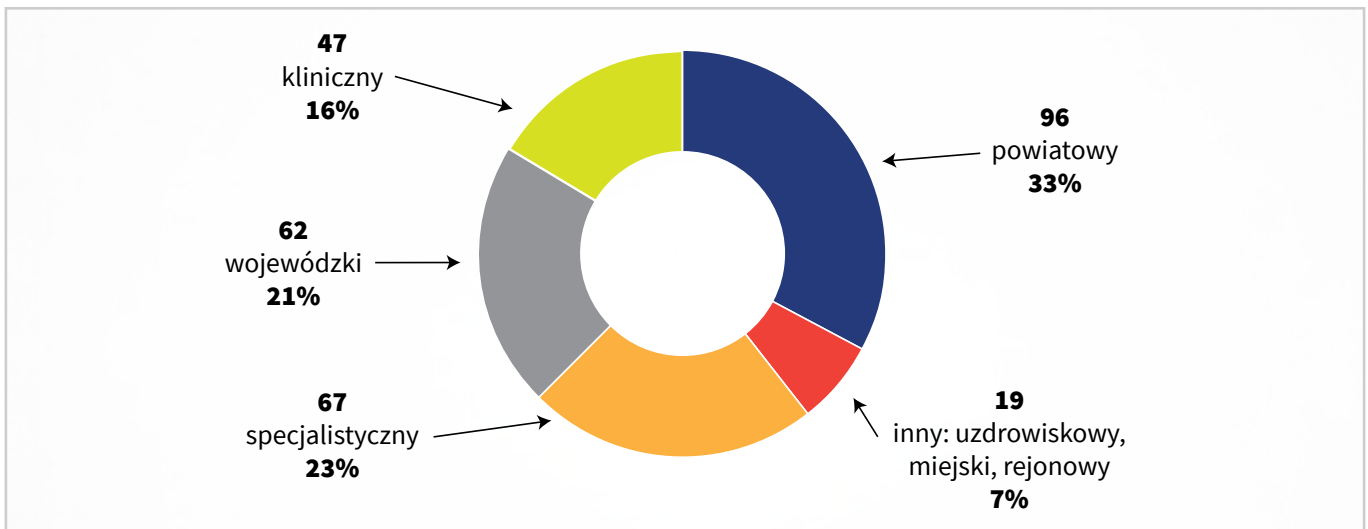
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 70. Certyfikaty jakości ISO w podmiotach leczniczych



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 69. Ogniska zakażeń 2019 rok a referencyjność podmiotu leczniczego



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Największą zgłaszalnością w rejestracji ognisk zakażeń szpitalnych w 2019 roku wykazały się szpitale powiatowe – 96 podmiotów, co stanowiło 33% wszystkich podmiotów zgłaszających ogniska zakażeń. W 2019 roku raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych przestały 67 (23%) szpitale specjalistyczne, 62 (21%) szpitale wojewódzkich i 47 (16%) klinicznych. Wykres 69.

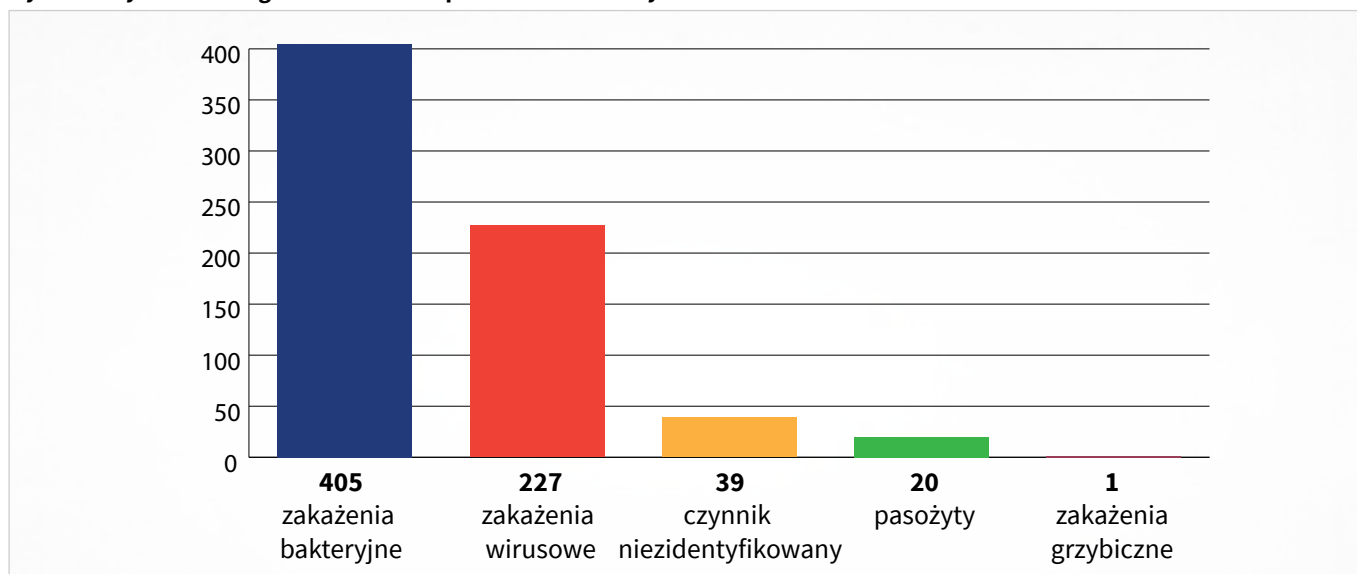
252 (86,6%) podmioty lecznicze posiadały co najmniej jeden certyfikat zgodności systemu zarządzania jakością (ISO) lub certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Wysoka zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w podmiotach, które przystępują dobrowolnie do oceny zewnętrznej wykonywanych świadczeń (ISO, CMJ), świadczy o wprowadzeniu skutecznego systemu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń w szpitalu oraz efektywność sprawowanego nadzoru zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. Wykres 70.

W 2019 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostało zgłoszonych 692 ogniska epidemiczne. Najczęstszymi czynnikami etiologicznym były czynniki: bakteryjne – 405 (58,6%), wirusowe – 227 (32,8%) i pasożytnicze – 20 (2,9%), oraz grzybicze – 1 (0,1%). Wykres 71.

W 39 (5,6%) przypadkach zgłoszonych ognisk epidemicznych nie udało się ustalić czynników etiologicznych wywołujących ogniska zakażeń szpitalnych. Wykres 72.

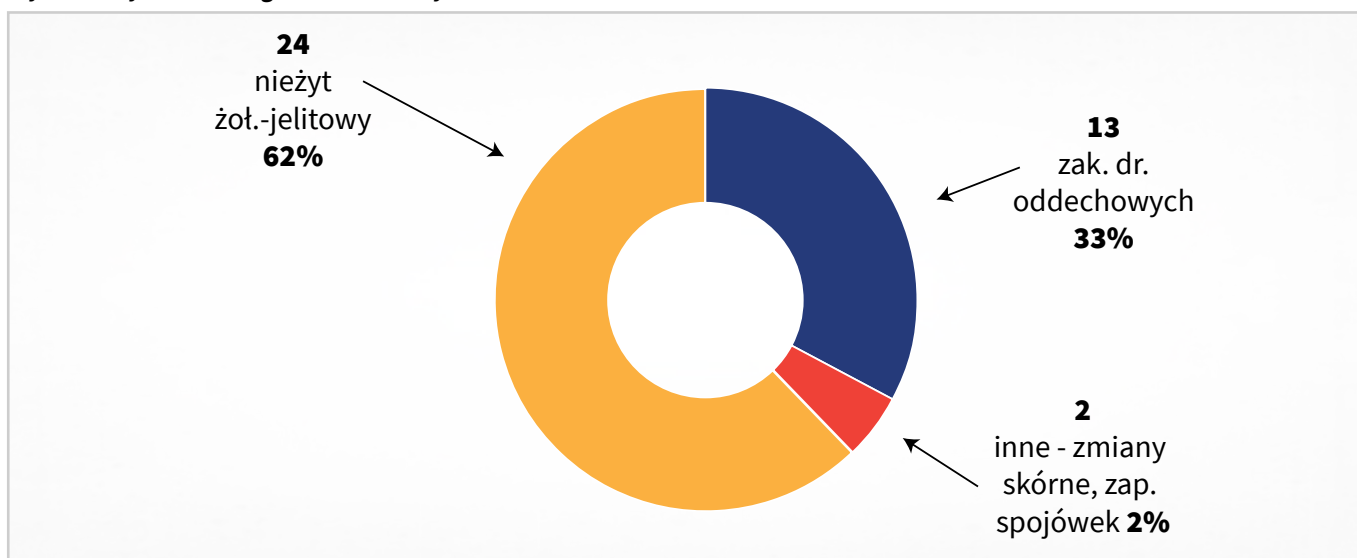
Wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej/laboratoryjnej jest elementem kluczowym w nadzorze nad zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Wyk. 71. Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych w 2019 roku



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 72. Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2019 roku



Źródło: opracowanie własne (GIS)

W 2019 roku zaobserwowano wzrost liczby wykonywanych badań przesiewowych (w celu potwierdzenia / wykluczenia ogniska) u pacjentów z zakażeniem objętych ogniskiem epidemicznym w stosunku do roku 2018. Tabela 41.

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce ma charakter zróżnicowany. Wykres 73.

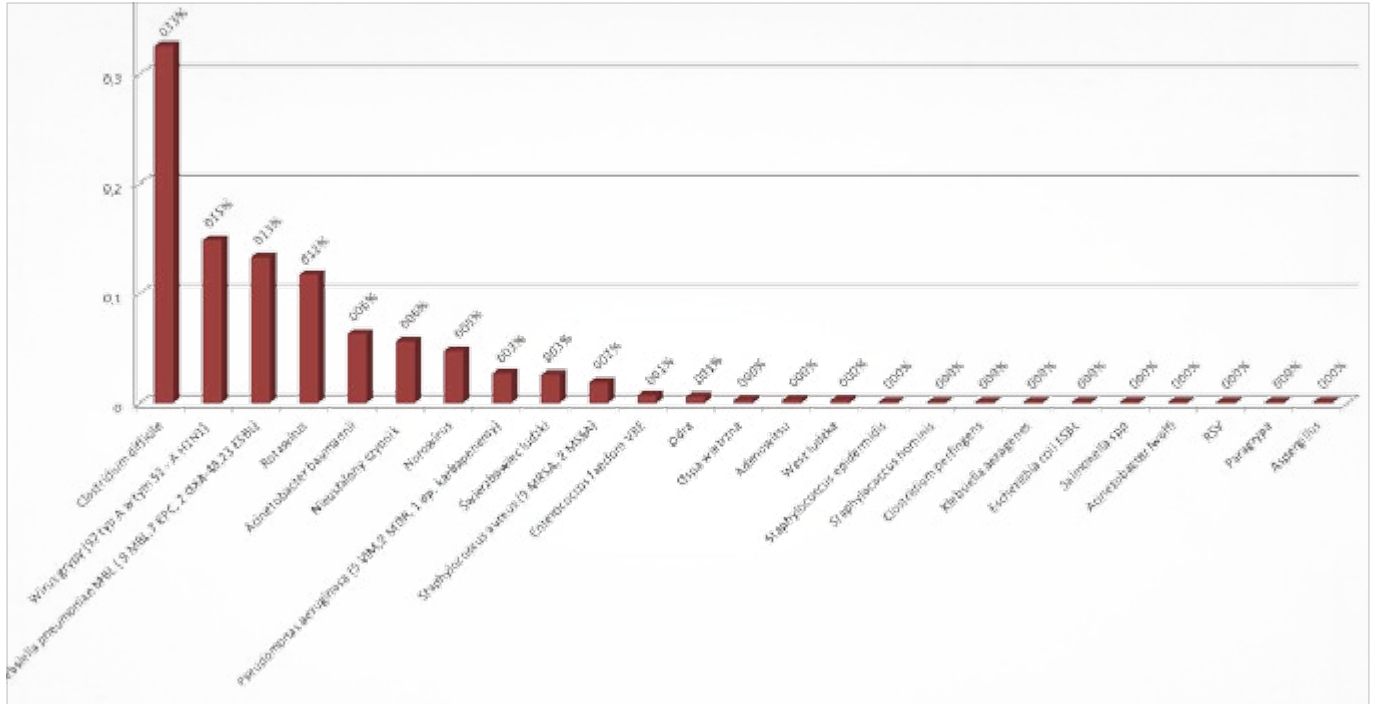
Z nadesłanych za 2019 rok zbiorczych rocznych raportów dotyczących sytuacji epidemiologicznej szpitala wynika, iż we wszystkich województwach podobnie jak w latach ubiegłych dominowały zakażenia żołądkowo-jelitowe wywołane przez *Clostridium difficile*.

Tab. 41. Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2017 - 2019

ROK	2017	2018	2019
Ogólna liczba osób z zakażeniem w ognisku	4170	4234	4928
Łączna liczba osób potwierdzona badaniami	2983	2992	3732

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 73. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2019 roku



Źródło: opracowanie własne (GIS)

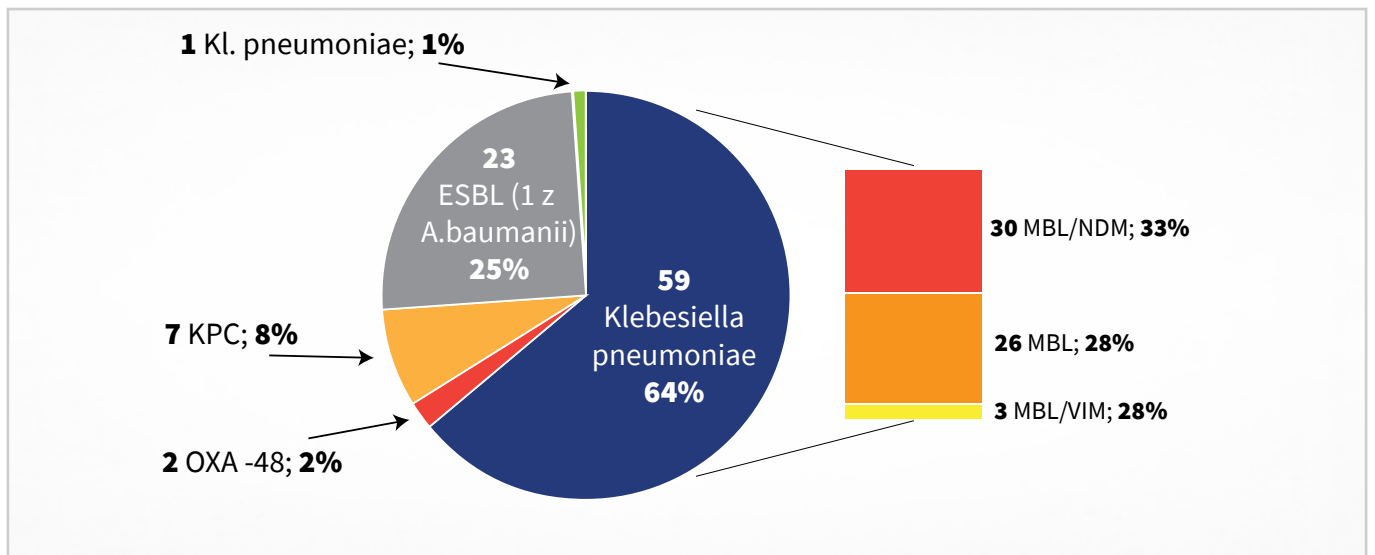
Zakażenia wywołane przez laseczki *Clostridium difficile* stają się coraz większym problemem epidemiologicznym w kraju ze względu na łatwość szerzenia się zakażeń nimi wywołanych w szpitalach, ciężki przebieg kliniczny uwarunkowany działaniem wytwarzanych przez nie toksyn - niejednokrotnie powodujący zgony osób zakażonych, a także nawrotowy przebieg choroby i długotrwałe leczenie.

Drugim co do częstości czynnikiem etiologicznym wywołującym ogniska epidemiczne w szpitalach był wirus grypy, który był przyczyną 103 ognisk epidemicznych, co stanowiło 14,88% wszystkich zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych.

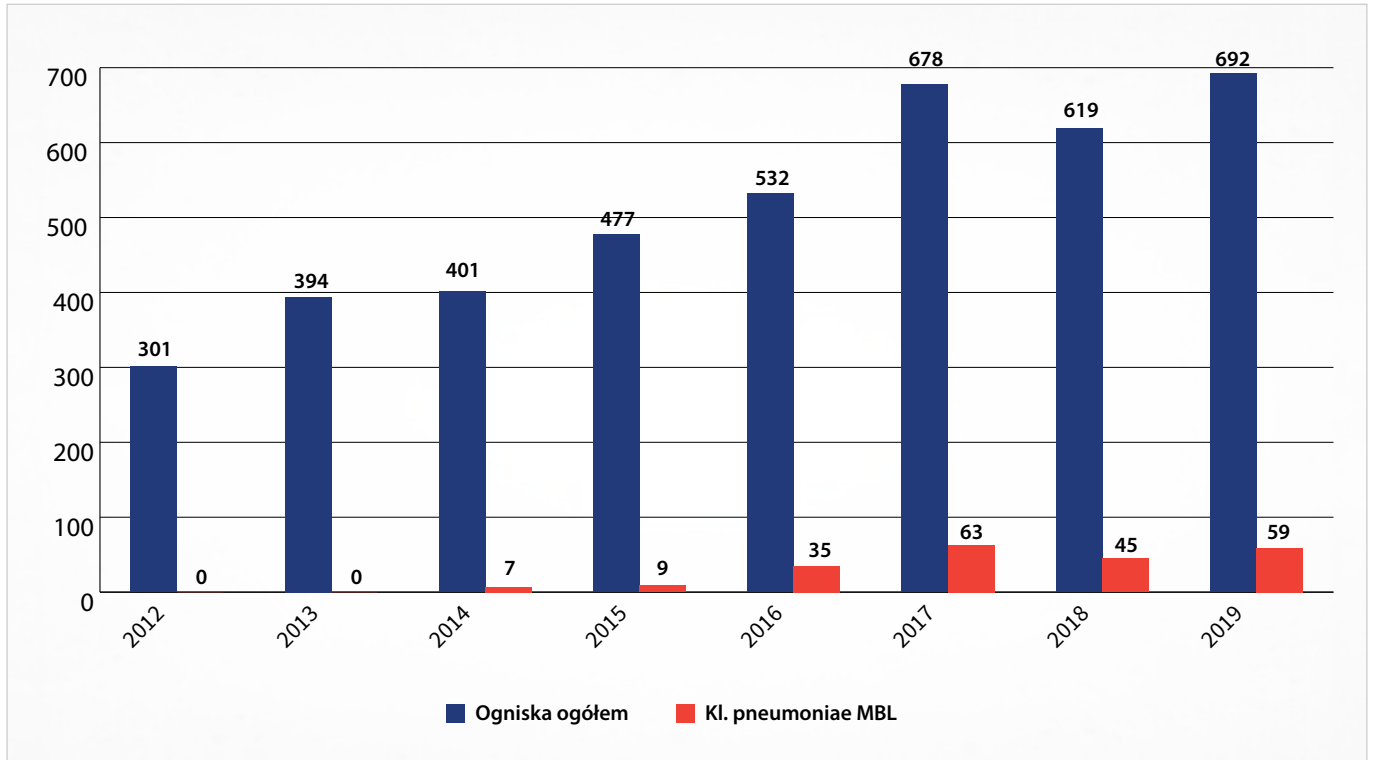
W porównaniu z rokiem 2018 odnotowano wzrost liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez: wirusy grypy, oraz rotawirusy. Zaobserwowano trend malejący w zakresie występowania w ogniskach epidemicznych - *Acinetobacter baumannii*.

Innym niekorzystnym zjawiskiem epidemiologicznym w zakresie zakażeń szpitalnych jest szerzenie się zakażeń wywołanych przez pałeczki Gram (-) w tym *Klebsiella pneumoniae* typu NDM (New Delhi) wytwarzające karbapenemazy a także wytwarzające inne betalaktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (MBL, KPC, OXY-48, ESBL) i w związku

Wyk. 74. Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* w 2019 roku



Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 75. Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* MBL w latach 2012- 2019

Źródło: opracowanie własne (GIS)

z tym wykazujące oporność na wszystkie dostępne antybiotyki betalaktamowe, a także na inne dostępne w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnym antybiotyki.

W 2019 roku zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 92 ogniska epidemiczne wywołane przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae*, zakażeniu w ogniskach uległo łącznie 518 osób. Są to szpitale kliniczne, wojewódzkie jak też powiatowe.

W 2019 roku zgłoszono 59 ognisk epidemicznych wywołanych przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae* MBL w ogniskach zakażeniu uległo 295 osób. Ogniska epidemiczne zgłosiły szpitale w województwach: mazowieckim, podlaskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim, lubelskim, zachodniopomorskim, dolnośląskim, małopolskim, świętokrzyskim, lubuskim. W 6 województwach nie zgłoszono ognisk zakażeń *Klebsiella pneumoniae* MBL tj. kujawsko-pomorskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, wielkopolskim.

Podobnie jak w latach ubiegłych, w roku 2019 zespoły kontroli zakażeń szpitalnych, często w konsultacji z pracownikami Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania w celu wzmożenia nadzoru epidemiologicznego oraz zwiększenia

skuteczności działań przeciwepidemicznych w szpitalach, w szczególności: przeprowadzania badań przesiewowych u pacjentów przy przyjęciu do szpitala, procedur oznaczania wrażliwości pałeczek Gram (-) na karbapenemy, przestrzegania zasad izolacji pacjentów zakażonych lub skolonizowanych, zakresu i częstotliwości prowadzenia badań przesiewowych pacjentów hospitalizowanych oraz nasilenia wewnętrznych kontroli stosowania procedur a także edukacji pacjentów przebywających w szpitalach oraz ich rodzin na temat zasad postępowania w celu zapobiegania zakażeniom.

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



I Spis tabel, wykresów i rysunków

Tabele

Tab. 1.	Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2010-2019	10
Tab. 2.	Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2018 - 2019	11
Tab. 3.	Jakość zdrowotna środków spożywczych	14
Tab. 4.	Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2019 r.	15
Tab. 5.	Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2019 r.	18
Tab. 6.	Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2019 r. wg województw	19
Tab. 7.	Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2019 r. (w nawiasie podano liczbę próbek zdyskwalifikowanych jeżeli takie były)	29
Tab. 8.	Jakość zdrowotna suplementów diety – ogółem odsetek próbek zdyskwalifikowanych w 2019 r. pod kątem niespełnienia wymagań prawa żywnościowego	29
Tab. 9.	Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2019 r.	31
Tab. 10.	Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane	32
Tab. 11.	Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz produktów kosmetycznych w 2019 r.	32
Tab. 12.	Struktura wodociągów w 2019 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	42
Tab. 13.	Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2019 r. (opracowanie własne)	61
Tab. 14.	Liczba wydanych w 2019 r. rocznych ocen zbiorczych pływalni (opracowanie własne)	62
Tab. 15.	Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2019 (opracowanie własne)	67
Tab. 16.	Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj (opracowanie własne)	67
Tab. 17.	Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2019 r. (opracowanie własne)	68
Tab. 18.	Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli wg ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne)	70
Tab. 19.	Porównanie liczby dokonanych kontroli w kolejnych latach	91
Tab. 20.	Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych w roku 2019	102
Tab. 21.	Możliwości podnoszenia kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta	108
Tab. 22.	Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2017– 2019	114
Tab. 23.	Analiza porównawcza liczby skontrolowanych turnusów w odniesieniu do stwierdzonych nieprawidłowości sanitarno-higienicznych w latach 2017 – 2019	121
Tab. 24.	Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całonocnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	125
Tab. 25.	Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2017-2019	128
Tab. 26.	Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową	131
Tab. 27.	Zgłoszenia zgonów w 2019 r. według województw.	155
Tab. 28.	Aktywność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze nowych narkotyków w 2019 i 2018 rok	156
Tab. 29.	Działania Zespołu zrealizowane w 2019 r.	158
Tab. 30.	Najczęściej identyfikowane w kwestionowanych produktach nowe narkotyki w 2019 r.	160
Tab. 31.	Tabela z danymi 3.06.2020 r.	162
Tab. 32.	Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2019.	170
Tab. 33.	Liczba zachorowań podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w przeciągu ostatnich 8 lat	182
Tab. 34.	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2017/2018 i 2018/2019.	184
Tab. 35.	Zachorowania na czerwonkę w Polsce w latach 1999-2019 r. (NIZP-PZH)	190
Tab. 36.	Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2009–2019 (dane za 2019 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).	203
Tab. 37.	Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2019 roku - wg województw i przyczyn uchylania się	208
Tab. 38.	Dane o osobach uchylających się wykonania obowiązku szczepień ochronnych - wg województw i przyczyn uchylania się – porównanie za lata 2014 -2019	209
Tab. 39.	Dane o działaniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2019 roku - wg województw i przyczyn uchylania się	210
Tab. 40.	Dane o dzieciach niezaszczepionych w związku uchylaniem się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2018 i 2019 roku - wg województw i przyczyn uchylania się	211
Tab. 41.	Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2017 - 2019	216

Wykresy

Wyk. 1.	10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2019 r.	22
Wyk. 2.	Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2019 r.	23
Wyk. 3.	10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach pochodzących z Polski w 2019 r.	24
Wyk. 4.	Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015 - 2019.	24
Wyk. 5.	Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z PL w 2019 r.	26
Wyk. 6.	Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2018 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).	41
Wyk. 7.	Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2018 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).	41
Wyk. 8.	Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2019 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	42
Wyk. 9.	Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2019 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	42
Wyk. 10.	Struktura podziału wodociągów i zaopatrywanej ludności w zależności od produkcji (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	44
Wyk. 11.	Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i małe dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	44
Wyk. 12.	Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i duże dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	45
Wyk. 13.	Liczba małych wodociągów w latach 2018-2019 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne)	45
Wyk. 14.	Liczba dużych wodociągów w latach 2018-2019 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	46
Wyk. 15.	Liczba podmiotów w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010-2019 (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	47
Wyk. 16.	Wodociągi w 2019 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	48
Wyk. 17.	Liczba badań wykonanych w kierunku Legionella sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)	53
Wyk. 18.	Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej badania wody do spożycia (opracowanie własne na podstawie danych z Systemu Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi)	54
Wyk. 19.	Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2019 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)	55
Wyk. 20.	Liczba badań wykonanych w ramach kontroli wewnętrznej wodociągów 2019 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)	55
Wyk. 21.	Liczba pływalni dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne)	60
Wyk. 22.	Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2019 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)	61
Wyk. 23.	Liczba rocznych ocen zbiorczych pływalni z podziałem na rodzaj pływalni (opracowanie własne)	62
Wyk. 24.	Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli w sezonie kąpielowym 2019 r. (opracowanie własne)	67
Wyk. 25.	Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2019 r. (opracowanie własne)	68
Wyk. 26.	Liczba kąpielisk gdzie stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2019 r. (opracowanie własne)	68
Wyk. 27.	Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2019 r. (opracowanie własne)	72
Wyk. 28.	Liczba wybranych rodzajów stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w latach 2016-2018	82
Wyk. 29.	Odsetkowy rozkład kontroli obiektów użyteczności publicznej w 2019 r.	91
Wyk. 30.	Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2018 i 2019 /wg liczby zatrudnionych pracowników/ ...	94
Wyk. 31.	Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2018 i 2019 /wg liczby skontrolowanych pracowników/ ...	95
Wyk. 32.	Zestawienie najistotniejszych nieprawidłowości stwierdzonych w skontrolowanych zakładach pracy w roku 2019 r.	96
Wyk. 33.	Nadzór nad czynnikami rakotwórczymi/mutagennymi w roku 2019 r. – narażenie pracowników w poszczególnych województwach z rozgraniczeniem na stanowiska zajmowane przez kobiety i mężczyzn.	97
Wyk. 34.	Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w roku 2019.	99
Wyk. 35.	Zestawienie najczęściej występujących chorób zawodowych stwierdzonych w 2019 r. w kraju, z podziałem na województwa .	101
Wyk. 36.	Liczba stwierdzonych chorób zawodowych z ostatnich 10 lat (w latach 2009 – 2019).	101
Wyk. 37.	Odsetek obiektów udzielających stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych z tej grupy.	127
Wyk. 38.	Procentowy udział obiektów działalności leczniczej ze stwierdzonym złym stanem higieniczno-sanitarnym i technicznym, tylko higieniczno-sanitarnym lub tylko technicznym w latach 2017-2019.	130
Wyk. 39.	Liczba zatruc NSP/ŚZ w Polsce w 2019 r. z podziałem na województwa.	154
Wyk. 40.	Wskaźnik zatruc NSP/ŚZ na 100 tys. mieszkańców według województw.	154
Wyk. 41.	Liczba identyfikacji substancji psychoaktywnych według grup mających udział w zgonach w 2019 r.	155
Wyk. 42.	Liczba przeprowadzonych kontroli w 2018 r. oraz 2019 r.	156

Wyk. 43. Grupy nowych narkotyków zidentyfikowanych w 2019 r.	159
Wyk. 44. Najpopularniejsze nowe narkotyki zidentyfikowane w 2019 r.	161
Wyk. 45. Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2005-2019.	176
Wyk. 46. Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych kwartałach 2019 r.	177
Wyk. 47. Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych kwartałach 2018 i 2019 r.	177
Wyk. 48. Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych miesiącach 2019 r.	178
Wyk. 49. Liczba przypadków odry w 2019 r. według województw.	178
Wyk. 50. Liczba przypadków odry w 2019 r. w poszczególnych grupach wiekowych.	179
Wyk. 51. Przypadki odry w 2019 r. w kontekście statusu zaszczepienia	179
Wyk. 52. Liczba przypadków różyczki w 2019 r. w latach 2005-2019.	180
Wyk. 53. Liczba przypadków różyczki w 2019 r. w poszczególnych grupach wiekowych	181
Wyk. 54. Przypadki różyczki w 2019 r. w kontekście statusu zaszczepienia.	181
Wyk. 55. Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2018/2019 w porównaniu z poprzednimi sezonami.	184
Wyk. 56. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2019	187
Wyk. 57. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2019 roku wg województw	188
Wyk. 58. Liczba zachorowań na salmonellozy w latach 2000-2019 r.	189
Wyk. 59. Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2019 r.	191
Wyk. 60. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2019	191
Wyk. 61. Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005-2019	193
Wyk. 62. Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006 -2019	194
Wyk. 63. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2019	199
Wyk. 64. Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2019	200
Wyk. 65. Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2019	201
Wyk. 66. Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2019	214
Wyk. 67. Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w roku 2018 i 2019	214
Wyk. 68. Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	215
Wyk. 69. Ogniska zakażeń 2019 rok a referencyjność podmiotu leczniczego.	215
Wyk. 70. Certyfikaty jakości ISO w podmiotach leczniczych	215
Wyk. 71. Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych w 2019 roku	216
Wyk. 72. Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2019 roku	216
Wyk. 73. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2019 roku	217
Wyk. 74. Ogniska zakażeń Klebsiella pneumoniae w 2019 roku.	217
Wyk. 75. Ogniska zakażeń Klebsiella pneumoniae MBL w latach 2012- 2019	218

Rysunki

Rys. 1. Liczba wodociągów małych produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2019 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).	42
Rys. 2. Strona główna Serwisu kąpieliskowego (źródło: sk.gis.gov.pl)	73
Rys. 3. Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce (źródło: sk.gis.gov.pl)	73
Rys. 4. Widok wykazu kąpielisk (źródło: sk.gis.gov.pl)	74
Rys. 5. Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)	74
Rys. 6. Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)	75
Rys. 7. Infografika „Rodzaje plastikowych opakowań”	148
Rys. 8. Infografika „Pierwsza pomoc: OMDLENIE”	148
Rys. 9. Infografika „Polskie superowoce - aronia”	149
Rys. 10. Infografika „Kalendarz pylenia roślin w Polsce”	149
Rys. 11. Infografika „Ile jest kostek cukru w...”	149
Rys. 12. Infografika „Jakie są konsekwencje otyłości”	149
Rys. 13. Infografika „Zwiększmy aktywność fizyczną”	149
Rys. 14. Infografika „Kochany Dziadku...”	149
Rys. 15. Nowe narkotyki - poradnik dla nauczycieli.	163
Rys. 16. Nowe narkotyki. Dopalacze	164
Rys. 17. Ulotka dotycząca zapobiegania HCV	196
Rys. 18. Ulotka dotycząca zapobiegania HCV	197

