



**Raport z działań
Państwowej Inspekcji
Sanitarnej w zakresie
zdrowia publicznego
za rok**

2024

© Główny Inspektorat Sanitarny 2025

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 z działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zdrowia publicznego zawiera dane na dzień 31 grudnia 2024 r.

Warszawa, lipiec 2025 r.

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

tel.: +48 22 536 13 00

gov.pl/gis
e-mail: inspektorat@sanepid.gov.pl

Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	9
1. Zakres nadzoru sanitarnego.....	10
2. Ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów	13
3. Pobieranie próbek.....	18
4. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego typu otwartego	20
5. Jakość zdrowotna środków spożywczych	24
5.1. System Wczesnego Ostrzegania Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF i sieć AAC	27
5.1.1. Ogólne informacje o systemie RASFF.....	27
5.1.2. Powiadomienia zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2024 r.....	30
5.1.3. Powiadomienia zgłaszane do RASFF w 2024 r. dot. produktów pochodzących z Polski.....	34
5.1.4. Ostrzeżenia publiczne GIS.....	38
5.1.5. Sieć AAC.....	40
5.1.6. Podsumowanie.....	41
5.2. Znakowanie żywności	43
5.3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety, żywności dla określonych grup oraz żywności obowiązkowo wzbogacanej.....	46
5.3.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety.....	46
5.3.2. Żywność dla określonych grup	49
5.3.3. Żywność obowiązkowo wzbogacana.....	52
5.4. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO).....	52
5.5. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	53
6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.....	57
7. Wybrane zagadnienia nadzoru nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego.....	58
7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach.....	62
7.2. Kontrole żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty w roku szkolnym.....	66
7.2.1. Sklepiki i kioski szkolne – punkty obrotu żywnością w szkołach.....	66
7.2.2. Żywnienie zbiorowe w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty (kontrola stołówek).....	69
7.2.3. Podsumowanie.....	73
8. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad importem z państw trzecich żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz eksport żywności.....	74
9. Ocena zakładów małej gastronomii i żywienia zbiorowego zamkniętego w okresie letnim za 2024 r.	79
9.1. Podsumowanie.....	82
Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w 2024 r.	85
1. Podsumowanie sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w Polsce w 2024 r.	86
2. Bakteryjne choroby dróg oddechowych.....	86
2.1. Krztusiec.....	86
2.2. Gruźlica	89
3. Ostre infekcje układu oddechowego (COVID-19, RSV, grypa).....	93
4. Zakażenia przenoszone drogą pokarmową.....	96
4.1. Przypadki zakażeń <i>Escherichia coli</i> STEC/VTEC u dzieci.....	98
4.2. Sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby typu A	99
5. Choroby wektorowe, w tym nowe zagrożenia.....	101
5.1. Borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu.....	101
5.2. Wirus Zachodniego Nilu jako nowe zagrożenie w Polsce.....	103
6. Inne zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi, w tym o charakterze międzynarodowym.....	106
6.1. Sytuacja epidemiologiczna mpox.....	106
6.2. Nadzór nad osobami narażonymi na wirusy wysoce zjadliwej grypy ptaków w ogniskach tej choroby u ptactwa na terenie Polski.....	109
7. Działania w związku z powodzią na południowo-zachodnich terenach polski.....	112
8. Ponowny wzrost zachorowań na odrę w Europie.....	113
9. Zwiększona wykrywalność wirusów poliomyelitis w ściekach komunalnych w Europie w 2024 r.	120
10. Program eradykacji poliomyelitis.....	123
11. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne, czynniki alarmowe	124
11.2. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce	124
11.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala	125
11.3. Sytuacja epidemiologiczna w szpitalach w Polsce.....	129
11.4. Analiza raportów rocznych o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali w zakresie nadzoru nad czynnikami alarmowymi w podmiotach leczniczych.....	141
Jakość wody przeznaczonej do spożycia.....	157
1. Wstęp – Jakość wody przeznaczonej do spożycia	158
2. Zaopatrzenie ludności w wodę	159
3. Jakość wody dostarczanej przez wodociągi.....	161
4. Działania w zakresie przekroczeń parametrów.....	162
5. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa	164
6. Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju <i>Legionella sp.</i>	165
7. ELDSNet - Europejska Sieć Nadzoru nad Chorobą Legionistów	168
8. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	169
9. Współpraca międzynarodowa – wizyta studyjna TAIEX Strony ukraińskiej w Polsce	169
10. Sytuacja powodziowa na terenie południowo-zachodniej Polski.....	171
Pływalnie.....	173

Kąpieliska i miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli	183
1. Wstęp.....	184
2. Nadzór nad jakością wody oraz stan sanitarny kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli	184
3. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach	189
4. Serwis Kąpieliskowy.....	191
5. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk	194
Zapobiegawczy nadzór sanitarny	197
1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego	198
2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego	198
3. Podsumowanie	201
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej oraz środków zbiorowego transportu publicznego	205
1. Zadania pionu Higieny Komunalnej	206
2. Kontrola i nadzór	206
2.1. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i schroniska dla bezdomnych, inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej	207
2.2. Domy przedpogrzebowe / zakłady pogrzebowe	207
2.3. Cmentarze	207
2.4. Salony/gabinety fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – „beauty”	209
2.5. Usługi solaryjne	211
2.6. Obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie i turystyczne – hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe i inne	213
2.7. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, stacje metra, porty, przystanki, środki transportu	213
2.8. Zakłady karne i areszty śledcze	214
2.9. Inne obiekty użyteczności publicznej	214
3. Podsumowanie	216
Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy	219
1. Zadania pionu Higieny Pracy	220
2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	220
3. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest	224
4. Szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy	226
5. Działania edukacyjno-informacyjne	229
6. Choroby zawodowe	229
7. Radon	230
7.1. Identyfikacja miejsc pracy, w których poziom średniorocznego stężenia radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć poziom odniesienia	230
Higiena radiacyjna	233
1. Zgody i zezwolenia	234
2. Nadzór i kontrola nad jednostkami ochrony zdrowia, które wykorzystują promieniowanie jonizujące	236
3. Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej	236
4. Podnoszenie kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta	238
5. Ochrona przed polem elektromagnetycznym	238
6. Pomiary skażeń promieniotwórczych	238
7. Podsumowanie	239
Higiena procesów nauczania, wychowania oraz wypoczynku i rekreacji dzieci i młodzieży w roku 2024	241
1. Zadania pionu Higieny Dzieci i Młodzieży	242
2. Stan sanitarno-higieniczny oraz techniczny placówek	242
3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej	244
3.1. Higiena procesu nauczania	245
3.2. Ocena obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych	245
3.3. Ergonomia mebli szkolnych	247
4. Ocena rozkładów zajęć lekcyjnych	247
5. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	247
6. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży	248
7. Żłobki i kluby dziecięce	248
8. Nadzór nad placówkami z pobytem całodobowym	248
Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą	251
1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	254
2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	256
2.1. Szpitale	256
2.2. Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	256
2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	257
3. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową – indywidualne praktyki lekarskie/pielęgniarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie/pielęgniarskie i grupowe praktyki lekarskie/pielęgniarskie	260
4. Podsumowanie	261

Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w obszarze chemikaliów	263
1. Produkty biobójcze	264
2. Substancje chemiczne i ich mieszaniny	270
2.1. Europejski projekt REACH-EN-FORCE 12	270
2.2. Europejski projekt REACH-EN-FORCE 11	272
3. Detergenty	272
4. Produkty kosmetyczne	275
6. Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne	284
6.1. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych. Działania kontrolne	285
6.2. Rejestr zatruc środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi	287
6.3. Prace Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych	290
Cyfryzacja i cyberbezpieczeństwo	295
1. Rozwój systemu SEPIS	296
2. Rozwój e-Uслуг	296
3. Wdrożenie systemu klasy ESD	297
4. Cyberbezpieczeństwo	299
Działalność w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki	303
1. Działania w obszarze promocji zdrowia realizowane na poziomie ogólnopolskim	304
1.1. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”	304
1.1.1. Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia	305
1.1.2. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS	306
1.1.3. Profilaktyka chorób zakaźnych – Europejski Tydzień Szczepień	307
1.1.4. Powszechny program szczepień przeciw HPV	308
2. Komunikacja społeczna dla promocji zdrowia	310
3. Media społecznościowe jako kanał dotarcia do masowego odbiorcy	311
4. Działania w obszarze promocji zdrowia realizowane na poziomie wojewódzkim oraz powiatowym	315
4.1. Profilaktyka nadwagi i otyłości	315
4.2. Profilaktyka palenia tytoniu	318
4.3. Profilaktyka innych uzależnień	320
4.4. Profilaktyka chorób zakaźnych	321
5. Edukacja zdrowotna i profilaktyka – działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2024 roku	322
Tabele, wykresy, rysunki	325



Szanowni Państwo,

przedstawiam wraz z zespołem Głównego Inspektoratu Sanitarnego raport podsumowujący realizację zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2024 r.

Inspekcja Sanitarna to największa w Polsce sieć 344 instytucji (powiatowych, wojewódzkich i granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz GIS) i niemal 17 tysięcy profesjonalistów, realizujących ustawowe zadania w zakresie zdrowia publicznego. Od momentu objęcia w połowie 2024 r. funkcji Głównego Inspektora Sanitarnego realizuję strategię działania Inspekcji opartą na czterech filarach:

- bieżące monitorowanie stanu bezpieczeństwa społeczeństwa,
- szerokie analizy gromadzonych danych i planowanie interwencji,
- szybkie reagowanie na zagrożenia i informowanie społeczeństwa,
- wielokierunkowa edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki i kontroli chorób.

Dla realizacji tej strategii wprowadzono szereg zmian w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, jak również w zakresie funkcjonowania podległych jednostek. Do najważniejszych zaliczam zmiany w GIS, w tym powołanie Departamentu Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej (realizacja m.in. akcji edukacyjnych Dni Otwarte Inspekcji Sanitarnej/Światowy Dzień Zdrowia, Europejski Tydzień Szczepień, Światowy Dzień bez Tytoniu, konkursu wiedzy „Trzymaj Formę!”, konkursu dla szkół „Zroluj zdrowie – siła wyborów!”) oraz utworzenie Wydziału Koordynacji Laboratoriów (realizacja m.in. projektu nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań laboratoryjnych w Inspekcji Sanitarnej, powołanie zespołu ds. optymalizacji badań laboratoryjnych w Inspekcji).

W celu doskonalenia i usprawnienia bieżącej działalności Inspekcji wprowadzono cykliczne, bezpłatne szkolenia on-line dla pracowników wszystkich działów i pionów Inspekcji, przygotowano wdrożenie systemu EZD RP we wszystkich stacjach, utworzono kanały szybkiej łączności między PSSE, GSSE, WSSE i GIS w sytuacjach kryzysowych, rozpoczęto aktualizację procedur postępowania w sytuacjach kryzysowych (m.in. powódź, awaria wodociągów, przerwa w dostawie prądu, atak cyfrowy, ognisko epidemiczne), rozpoczęto tworzenie korpusu ekspertów wspierających działania analityczne, legislacyjne i komunikacyjne GIS.

W zakresie kompetencji poszczególnych departamentów GIS najważniejsze zrealizowane zadania w 2024 r. obejmowały m.in.:

- Departament Nadzoru nad Chemikaliami – powołanie Zespołu ds. urzędowej kontroli chemikaliów, opracowanie certyfikatu „wolnej sprzedaży” na potrzeby eksportu produktów kosmetycznych, realizacja europejskich projektów REACH-EN-FORCE (REF) i BPR-EN-FORCE (BEF), kontynuacja prac Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, opracowanie otwartej listy zidentyfikowanych i kontrolowanych nowych substancji psychoaktywnych na potrzeby organów ścigania i biegłych sądowych;
- Departament Bezpieczeństwa Żywności i Żywnienia – przygotowanie „pozytywnej” listy składników suplementów diety, kontynuacja prac Zespołu ds. Suplementów Diety, opracowanie formularza zgłaszania działań niepożądanych suplementów diety, koordynacja nadzoru nad bezpieczeństwem żywności i żywienia na terenach objętych powodzią, koordynacja akcji kontrolnej warzyw i owoców wspólnie z IJHARS na giełdach i targowiskach, prowadzenie punktu konsultacyjnego EFSA, przygotowanie do realizacji projektu FERS;
- Departament Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych – uruchomienie procesu cyfryzacji raportów o czynnikach alarmowych i ogniskach zakażeń szpitalnych, usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej i niepożądanych odczynów poszczepiennych, wzmocnienie nadzoru nad ostrymi infekcjami układu oddechowego we współpracy z Centrum e-Zdrowia, przygotowanie ogólnopolskiej kontroli kart uodpornienia, koordynacja szczepień ochronnych podczas powodzi, rozpoczęcie prac nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań sanitarno-epidemiologicznych, realizacja projektu PNEWRS we współpracy z NIZP PZH-PIB;
- Departament Bezpieczeństwa Zdrowotnego Człowieka w Środowisku – opracowanie wytycznych postępowania przy składaniu i rozpatrywaniu wniosków o wydanie zezwoleń i zgód w obszarze higieny radiacyjnej, udział w pracach Zespołu ds. przepisów techniczno-budowlanych dla budynków przy Ministrze Rozwoju i Technologii, zapewnienie koordynacji bezpieczeństwa zdrowotnego wody podczas powodzi, wsparcie MON w nadzorze nad jakością wody przeznaczonej do spożycia, opracowanie wytycznych stosowania środków ochrony indywidualnej w przypadku narażenia pracowników na toksyny produkowane przez złotą algę oraz zmutowany wirus polio, przygotowanie do realizacji projektu europejskiego FERS.

Raport stanowi kompendium wiedzy na temat działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zawiera wiele dotychczas niepublikowanych danych statystycznych wraz z ich omówieniem. Jest ważnym materiałem dla innych instytucji publicznych, jednostek samorządu terytorialnego, ośrodków naukowych, mediów oraz wszelkich podmiotów aktywnych w dziedzinie zdrowia publicznego. Zachęcam Państwa do analizy raportu oraz śledzenia bieżącej działalności organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w mediach społecznościowych oraz na stronach internetowych.

Dziękuję wszystkim pracownikom Inspekcji, bo bez ich codziennej wyłożonej pracy nie mielibyśmy tak szerokiej i nowoczesnej bazy danych, opisujących aktualny stan bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa.

dr n. med. Paweł Grzesiowski
Główny Inspektor Sanitarny



**STAN SANITARNY ZAKŁADÓW ŻYWNOSCI,
ŻYWIENIA, MATERIAŁÓW I WYROBÓW
PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOSCIĄ**

1. Zakres nadzoru sanitarnego

Zakres bieżącego nadzoru sanitarnego sprawowanego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował kontrolę przestrzegania przepisów określających wymagania sanitarno-higieniczne, w tym przepisów prawa żywnościowego, dotyczących warunków produkcji, transportu, przechowywania i sprzedaży żywności oraz żywienia zbiorowego, w zakładach produkcji i obrotu żywnością, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

W roku 2024 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 592 442 zakłady żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2023 r. – 584 878). Liczba poszczególnych grup tych zakładów została przedstawiona w porównaniu z 2023 r. w tabeli poniżej.

Tab. 1 Liczba grup zakładów żywności i żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w rejestrach organów Państwowej inspekcji Sanitarnej

Grupy zakładów	Liczba grup zakładów żywności i żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w rejestrach organów Państwowej inspekcji Sanitarnej	
	2024 r.	2023 r.
Ogółem	592 442	584 878
Zakłady produkcji żywności	179 370	168 434
Zakłady obrotu żywnością	249 229	255 966
Zakłady żywienia zbiorowego	154 021	150 863
Wytwórnie oraz miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	9 822	9 615

W rejestrach zakładów urzędowej kontroli żywności w 2024 r. w grupie zakładów produkcji znajdowało się m.in.:

4413 piekarni, 3994 ciastkarnie, 3151 automatów do lodów, 1427 wytwórni lodów, 1373 przetwórnie owocowo-warzywne i grzybowe, 1144 zakłady garmazeryjne, 505 wytwórni wyrobów cukierniczych, 449 zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego, 414 wytwórni suplementów diety, 260 browarów, słodowni i rozlewni piwa, 210 wytwórni koncentratów spożywczych, 163 wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych, 124 wytwórnie napojów bezalkoholowych, 119 wytwórni naturalnych wód mineralnych, wód źródlanych i wód stołowych, 115 wytwórni makaronów itp.

Najliczniejszą spośród nadzorowanych grup na rynku wytwórców żywności stanowili producenci rolni. Ogólna liczba nadzorowanych podmiotów związanych z produkcją rolniczą, obejmująca producentów pierwotnych, rolniczy handel detaliczny i dostawców bezpośrednich, wyniosła 152 611, co stanowiło ok. 85% wszystkich zakładów produkcji żywności ujętych w 2024 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W grupie związanej z produkcją rolniczą żywności nadzorowanej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dominowali producenci pierwotni – 105 079, stanowiący ok. 69% wszystkich rodzajów nadzorowanych działalności związanej z produkcją rolniczą.

Tab. 2 Nadzorowane formy/grupy działalności związanych z produkcją żywności w rolnictwie w rejestrach PIS w 2024 r.

Grupa działalności	Liczba
Ogółem w rejestrach organów PIS	152 611
Producenci pierwotni	105 079
Rolniczy handel detaliczny	574
Dostawcy bezpośredni	2 100
Producenci pierwotni i rolniczy handel detaliczny	1 178
Producenci pierwotni i dostawcy bezpośredni	42 193
Producenci pierwotni, rolniczy handel detaliczny, dostawcy bezpośredni	1 487

W grupie zakładów obrotu żywnością znajdowało się m.in.: 121 610 sklepów spożywczych, 10 080 kiosków, 43 545 środków transportu żywności, 11 931 aptek, 12 752 magazyny hurtowe, 14 977 obiektów ruchomych i tymczasowych.

W grupie 102 593 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego znajdowało się m.in. 54 305 zakładów małej gastronomii, z których 35 449 stanowiły zakłady stacjonarne, a 18 856 zakłady tymczasowe lub ruchome.

Wśród wpisanych do rejestru 49 332 zakładów/obiektów żywienia zbiorowego typu zamkniętego znajdowało się m.in.: 1037 bloków żywienia w szpitalach, 78 kuchni niemowlęcych, 4339 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 12 368 stołówek szkolnych, 14 877 stołówek w przedszkolach oraz 4846 innych zakładów żywienia.

Liczba zakładów prowadzących usługi cateringowe wyniosła 2096.

Ponadto, w grupie wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością znajdowało się: 1049 wytwórni tych produktów oraz 8598 miejsc ich obrotu.

Działania terenowych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia, jak co roku, nie ograniczały się tylko do obiektów ujętych w rejestrach zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (dalej rejestry), lecz objęły również zakłady i działalności spoza tej ewidencji, funkcjonujące w okresie sprawozdawczym na obszarach objętych ich nadzorem (np. zakłady ruchome na imprezach masowych czy sprzedaż żywności nieobjęta ewidencją lub ujęta w ewidencji innych organów terenowych PIS właściwych miejscowo ze względu na lokalizację siedziby zakładu itp.), ogółem przeprowadzając 252 942 kontrole sanitarne, nakładając 22 180 grzywien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę 6 060 490 zł oraz wymierzając 1 282 kary pieniężne na łączną kwotę 2 638 153,47 zł.

W 2024 r. w odniesieniu do zakładów i działalności żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, ujętych w ww. rejestrach, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sumie:

- ◆ przeprowadziły 245 466 kontroli, w tym 27 896 kontroli interwencyjnych;
- ◆ skontrolowały 171 141 zakładów i działalności;
- ◆ zatwierdziły 32 132 nowe zakłady i działalności;
- ◆ wydały 34 268 decyzji administracyjnych ogółem, w wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym nakazujących poprawę stanu sanitarno-higienicznego zakładu, unieruchamiających, zakazujących produkcji, zakazujących wprowadzenia produktu do obrotu, zatwierdzających warunkowo, odmawiających zatwierdzenia, odmawiających zmiany decyzji lub o stwierdzeniu nieważności;
- ◆ nałożyły 22 106 mandatów karnych na winnych zaniedbań sanitarnych, na łączną kwotę 6 037 990 zł.
- ◆ skierowały 1 411 wniosków o ukaranie podmiotów odpowiedzialnych za nieprzestrzeganie przepisów prawa, z czego 22 to wnioski skierowane do sądu, w tym
 - ✦ 1 389 wniosków do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych o nałożenie kar pieniężnych na podmioty odpowiedzialne za stwierdzone naruszenia prawa żywnościowego.

Wnioski:

W 2024 r. utrzymała się coroczna tendencja wzrostowa ogólnej liczby zakładów i działalności podlegających urzędowej kontroli żywności organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W porównaniu z 2023 r. odnotowano wzrost ogólnej liczby zakładów i działalności w rejestrach organów PIS o ponad 7,5 tysiąca: wzrosła liczba nadzorowanych zakładów produkcji żywności o ponad 10,9 tysiąca, w tym o ok. 9,3 tysiąca działalności rolniczych, a ponadto o 3,1 tysiące liczba zakładów żywienia zbiorowego oraz o 207 miejsc wytwarzania oraz obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością. Fluktuacja podmiotów na rynku spożywczym, jak i zakładów, przy jednoczesnym nieustającym wzroście nadzorowanych zakładów wymaga od służb sanitarnych dostosowywania na bieżąco harmonogramów kontroli, a także w wielu przypadkach udzielania wsparcia merytorycznego

i edukacyjnego podmiotom zamierzającym prowadzić lub rozpoczynającym działalność w branży spożywczej podlegającej nadzorowi organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

2. Ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów

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 prawa żywnościowego w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych.

Kontrole podmiotów działających na rynku spożywczym były prowadzone z częstotliwością wyznaczoną na podstawie analizy ryzyka zidentyfikowanych zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi, obejmującej w szczególności stan faktyczny obiektów i zakładów, ich klasyfikację do kategorii niskiego, średniego lub wysokiego ryzyka na podstawie kryteriów oceny sanitarnej. W 2024 r. do kategorii wysokiego ryzyka zakwalifikowano 105 652 zakłady, co stanowiło ok. 18% wszystkich zakładów znajdujących się w rejestrach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i odpowiadało poziomowi odsetka odnotowanego w 2023 r. (w 2023 r. – 107 325 zakładów, ok. 18% zakładów w ewidencji).



Przy ocenie warunków sanitarnych kontrolowanych zakładów brano pod uwagę m.in.:

- ◆ stan higieniczny obiektu,
- ◆ stan techniczny i porządkowy pomieszczeń,
- ◆ wyposażenie oraz otoczenie zakładu,
- ◆ jakość i identyfikowalność surowców wykorzystywanych do produkcji,
- ◆ jakość wody stosowanej do przygotowywania żywności,
- ◆ stan zdrowia personelu pracującego w kontakcie z żywnością,
- ◆ gospodarkę odpadami,
- ◆ wdrożenie i stosowanie zasad oraz systemów kontroli wewnętrznej odpowiednio do rodzaju działalności: dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) lub systemu analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli (HACCP).

Stan sanitarny nadzorowanych obiektów był zróżnicowany. Wynika to przede wszystkim z faktu, że przedsiębiorstwa działające na rynku spożywczym stanowią obszerną i różnorodną grupę zakładów produkcyjnych, usługowych, handlowych, transportowych, żywienia zbiorowego oraz związanych z funkcjonowaniem obiektów użyteczności publicznej (szpitale, żłobki, przedszkola, szkoły, domy opieki), zróżnicowaną dodatkowo skalą, etapem poprowadzonej działalności, a także wielkością infrastrukturalną i kadrową. Na rynku działają i są nadzorowane zarówno obiekty nowoczesne, jak i stare (zwłaszcza w dużych miastach o zwartej zabudowie) oraz małe (sklepy w rejonach wiejskich) i bardzo duże (wielkopowierzchniowe obiekty handlowe typu super- i hipermarkety).

Przedmiotowy zakres urzędowej kontroli żywności obejmował przede wszystkim nadzór nad warunkami produkcji, transportu, przechowywania, sprzedaży żywności oraz warunkami żywienia zbiorowego, nadzoru nad jakością zdrowotną żywności i jej oznakowaniem, a także warunkami produkcji i obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

W myśl obowiązujących przepisów prawa żywnościowego obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności spoczywa na podmiocie działającym na rynku spożywczym, a za przestrzeganie przepisów dotyczących materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością odpowiedzialny jest podmiot działający na rynku tych produktów w zakładach będących pod jego kontrolą. W związku z powyższym, od tych podmiotów organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobligowane były egzekwować przestrzeganie wymagań przepisów prawa, zaś kontrole przeprowadzane były z częstotliwością zależną przede wszystkim od oceny ryzyka.

W wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2024 r. wydały: 34 268 decyzji administracyjnych (w 2023 r. – 36 562 decyzje), w tym: 698 decyzji – w sprawie unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu (w 2023 r. – 794), 758 decyzji zakazujących wprowadzenia produktu do obrotu (w 2023 r. – 759). W 2024 r. państwowi



powiatowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 1389 wniosków o ukaranie (w 2023 r. – 1470) podmiotów odpowiedzialnych m.in. za:

- ◆ prowadzenie działalności w zakresie produkcji lub obrotu żywnością bez złożenia wniosku o wpis do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (dalej rejestru zakładu), w tym za pośrednictwem Internetu, lub o zatwierdzenie zakładu i wpis do rejestru zakładów;
- ◆ produkowanie lub wprowadzanie do obrotu żywności w zakresie niezgodnym z decyzją o zatwierdzeniu zakładu;
- ◆ nieprzestrzeganie wymagań w zakresie znakowania wprowadzanych do obrotu środków spożywczych, w tym w zakresie prezentacji, reklamy i promocji;
- ◆ sprzedaż w jednostce systemu oświaty środków spożywczych innych niż objęte grupami środków spożywczych dopuszczonych prawem żywnościowym do sprzedaży dzieciom i młodzieży;
- ◆ utrudnianie lub uniemożliwienie przeprowadzenia urzędowej kontroli żywności.

W tym zakresie w 2024 r. państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wymierzili podmiotom odpowiedzialnym za stwierdzone naruszenia 1282 kary pieniężne w drodze decyzji administracyjnych na kwotę 2 638 153,47 zł (w 2023 r. – nałożono 1249 kar na łączną sumę 2 428 848 zł).



Ponadto, na osoby winne naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych w zakładach/obiektach żywności i żywienia, a także w wytwórniach i miejscach obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością, nałożono 22 106 grzywien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę 6 037 990 zł (w 2023 r. – 22 913 mandatów na kwotę 5 925 090 zł) oraz skierowano 22 wnioski do sądów o ukaranie na podstawie przepisów postępowania w sprawach o wykroczenia (w 2023 r. – 29).

Grzywny w drodze mandatów karnych nałożono m.in. za:

- ◆ niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń, urządzeń lub sprzętu,
- ◆ wprowadzanie do obrotu środków spożywczych po upływie terminu przydatności do spożycia lub daty minimalnej trwałości, bez wymaganego oznaczenia,
- ◆ brak aktualnej dokumentacji lekarskiej personelu wymaganej do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ◆ brak wdrożenia lub przestrzegania procedur kontroli wewnętrznej w celu zapewnienia bezpieczeństwa żywności, żywienia lub materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Wnioski:

Sprawowanie bieżącego nadzoru sanitarnego nad zakładami branży spożywczej stanowi istotne narzędzie urzędowej kontroli i monitoringu, służące weryfikacji przestrzegania przez podmioty działające na rynku spożywczym przepisów prawa żywnościowego. Celem tych działań jest zapewnienie, w aspekcie zdrowia publicznego, wymaganego poziomu bezpieczeństwa żywności produkowanej, wprowadzanej do obrotu oraz serwowanej w zakładach żywienia zbiorowego, z myślą o ochronie konsumenta końcowego. W praktyce zdarza się, że niektóre przedsiębiorstwa, niezależnie od tego, czy dopiero rozpoczynają działalność, wznawiają ją po przerwie, czy też ją kontynuują, nie realizują w pełni obowiązków wynikających z przepisów prawa żywnościowego. Powody tych uchybień mogą być różnorodne – od niewystarczającej wiedzy, przez błędy organizacyjne, po celowe zaniedbania. W takich sytuacjach szczególne znaczenie ma działalność terenowych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które w ramach urzędowej kontroli żywności podejmują działania nadzorcze polegające m.in. na przeprowadzaniu analizy ryzyka, prowadzeniu postępowań wyjaśniających oraz pobieraniu próbek produktów do oceny pod względem zgodności z przepisami prawa. Takie działania pozwalają ocenić, czy dany zakład spełnia wymagania higieniczne i zdrowotne w zakresie bezpieczeństwa żywności, a w razie stwierdzenia uchybień – zastosować adekwatne do ich charakteru i stopnia środki naprawcze. W zależności od sytuacji, mogą to być działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym, jak również środki dyscyplinujące i egzekwujące, takie jak wydanie decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie nieprawidłowości, nałożenie mandatów karnych lub kar pieniężnych oraz przeprowadzenie rekontroli w celu sprawdzenia wykonania nałożonych obowiązków.

3. Pobieranie próbek

Państwowa Inspekcja Sanitarna corocznie opracowuje jednolity ramowy plan pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu. Zgodnie z kompetencjami PIS obejmuje on urzędową kontrolę i monitoring żywności pochodzenia niezwierzęcego produkowanej i wprowadzanej do obrotu oraz produktów pochodzenia zwierzęcego znajdującego się w handlu detalicznym.

„Plan pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” jest opracowywany w Głównym Inspektoracie Sanitarnym corocznie we współpracy z laboratoriami referencyjnymi Ministra Zdrowia i innymi podmiotami współpracującymi z GIS na szczeblu centralnym. Probki pobierane są z kraju, UE i krajów trzecich.

Za nadzór nad procesem planowania i realizacji zadań określonych w rocznym planie pobierania próbek i badania żywności w województwie oraz sporządzaniem stosownych sprawozdań z realizacji odpowiedzialni są państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni.

Plan ma charakter ramowy. Zawarte w nim liczby próbek to obligatoryjne minimum – 100%. Przydzielenie ok. 25-30% (lub większej liczby próbek) ponad plan pozostaje w kompetencji państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego. Taka rezerwa daje możliwość państwowym wojewódzkim inspektorom wykonania badań w kierunku wybranych parametrów, zgodnie ze specyfiką danego regionu lub zgodnie z bieżącymi potrzebami – w wybranym zakresie.

Puła rezerwowa dotyczy próbek pobieranych:

- ◆ w przypadku podejrzenia niewłaściwej jakości zdrowotnej i możliwości zagrożenia zdrowia,
- ◆ w przypadku zatruć, skarg składanych przez konsumentów,
- ◆ w ramach kontroli i pobierania próbek w tych podmiotach, u których wcześniej stwierdzono przekroczenia (tzw. follow-up inforcement).

Poszczególne grupy i podgrupy asortymentu do badań wybierane są na podstawie:

- ◆ obowiązujących przepisów prawnych w zakresie bezpieczeństwa żywności oraz zaleceń i wytycznych Komisji Europejskiej,
- ◆ najczęściej występujących potencjalnych zagrożeń zdrowia ludzi wynikających ze spożycia żywności, oceny ryzyka,
- ◆ dotychczasowych, wyników badań naukowych i monitoringowych w zakresie bezpieczeństwa żywności,
- ◆ struktury spożycia żywności (wielkość spożycia niektórych produktów w kraju),

Poszczególne kierunki badań wybierane są na podstawie:

- ◆ zakresu kompetencji PIS,
- ◆ obowiązujących przepisów prawnych w zakresie bezpieczeństwa żywności oraz zaleceń i wytycznych Komisji Europejskiej,
- ◆ najczęściej występujących potencjalnych zagrożeń zdrowia ludzi wynikających ze spożycia żywności,
- ◆ oceny ryzyka,
- ◆ dotychczasowych wyników badań naukowych i monitoringowych w zakresie bezpieczeństwa żywności,
- ◆ struktury spożycia żywności (wielkości spożycia niektórych produktów w kraju),
- ◆ bazy laboratoryjnej PIS,
- ◆ w zależności od specyfiki danego kierunku badań do opracowywania planu mogą zostać wykorzystane dodatkowo: dane na temat specyfiki polskiego rolnictwa, wielkości/ struktury spożycia niektórych produktów w kraju z wykorzystaniem danych statystycznych, i in.

Do badań pobierane są próbki produktów krajowych, produktów pochodzących z terenu Unii Europejskiej oraz próbki produktów z krajów trzecich (spoza Unii Europejskiej). Próbki pobierane są z obrotu detalicznego i hurtowego, w zakładach przemysłu spożywczego i zakładach żywienia zbiorowego, a w przypadku produktów z importu – również na granicy.



Wnioski:

W 2024 r. pobrano do badań laboratoryjnych ogółem 86 746 próbek żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w zakładach ujętych w rejestrach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. (w 2023 r. – 82 626). Zakwestionowano 3 257 próbek (w 2003 r. – 2 639 (3,2%)) co stanowi ok. 3,7% wszystkich pobranych próbek. Stały nadzór nad jakością zdrowotną żywności, w tym realizowanie badań żywności, jest priorytetowym celem działań w zakresie zdrowia publicznego prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. „Plan pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” jest narzędziem urzędowej kontroli żywności – wdrożonym i od wielu lat realizowanym przez organy PIS – co roku dostosowywanym i modyfikowanym na podstawie oceny ryzyka. Główny Inspektor Sanitarny koordynuje realizację przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej badań żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Uzyskane wyniki badań są zbliżone do poprzednich lat.

W 2024 r. w porównaniu do 2023 r. zanotowano niewielki wzrost ogółem liczby próbek zakwestionowanych, co związane jest z kontrolą zanieczyszczeń mikrobiologicznych (liczba próbek zakwestionowanych w porównaniu do poprzedniego analizowanego roku wzrosła, szczególnie biorąc pod uwagę zanieczyszczenia żywności przez *Salmonella*). W tym obszarze pobierana jest największa liczba próbek rocznie – z uwagi na specyfikę występowania zanieczyszczeń mikrobiologicznych w żywności i ocenę ryzyka.

Kolejnym istotnym obszarem jest badanie próbek w kierunku pozostałości pestycydów w żywności, gdzie notuje się niewielki wzrost liczby kwestionowanych próbek. Należy jednak mieć na uwadze, że odpowiedzią na dynamicznie zmieniające się rolnictwo i nowe środki ochrony roślin jest ciągły rozwój możliwości analitycznych laboratoriów PIS badających żywność. Zakres analizowanych związków systematycznie się rozszerza i obejmuje kilkaset analitów. Co także warto podkreślić, każdego roku do badań wprowadzane są nowe matryce badawcze, co zwiększa różnorodność analizowanych produktów.

Kompleksowe monitorowanie żywności przez organy PIS pod kątem obecności zanieczyszczeń oraz innych parametrów bezpieczeństwa żywności przekłada się na zwiększenie bezpieczeństwa żywności i zapewnienie ochrony zdrowia konsumentów.

4. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego typu otwartego

W 2024 r., podobnie jak w latach ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały nadzór nad obiektami żywienia zbiorowego typu otwartego. Należą one do obiektów wyróżniających się szeroką i co do zasady nieograniczoną dostępnością dla konsumentów zewnętrznych, kwalifikując się do obiektów



o podwyższonym ryzyku dla zdrowia ludzi. Zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego, z punktu widzenia sposobu przygotowania serwowanych dań oraz formy organizacji lokalu gastronomicznego, obejmują:

1. restauracje, jadalnie, gospody, bary, bufety i kawiarnie, gdzie:
 - ◆ dania przygotowuje się w całości lub w większym zakresie produkuje się od podstaw, głównie z surowców pierwotnych (rzadziej z półproduktów i gotowych potraw),
 - ◆ wymagane jest stosowne zaplecze produkcyjne (kuchnia, magazyny, zmywalnie, zaplecze socjalne dla obsługi),
 - ◆ posiłki są serwowane na indywidualne zamówienie, według jadłospisu (w postaci karty dań czy ogólnego wykazu),
 - ◆ oferowane są potrawy i napoje w szerokim i zróżnicowanym lub wyspecjalizowanym asortymencie kuchni regionalnej, narodowej, według konkretnej diety – wegetariańskiej, wegańskiej, mlecznej, bezmlecznej, lub w konkretnych daniach: pizza, pierogi, naleśniki, smażone ryby, wyroby cukiernicze lub lody, gdzie konsumenci spożywają posiłki w specjalnie zorganizowanej przestrzeni z obsługą kelnerską lub miejscem wydawania potraw;
2. małą gastronomię, np.: bary szybkiej obsługi, punkty gastronomiczne sieciowe i indywidualne, stacjonarne, tymczasowe lub mobilne, indywidualne lub wchodzące w skład innego obiektu, np. kina, teatru, hali widowiskowej: pawilony, budki, stoiska wolnostojące, a także pojazdy gastronomiczne (food-trucki), rowery kawowe itp.:
 - ◆ serwujące na wynos przekąski i dania gotowe lub na szybko przyrządzone z półproduktów i gotowych potraw, takie jak: burgery, tortille, hot-dogi, makarony, zapiekanki, sałatki, zupy czy też kanapki, pączki, gofry, lody, napoje ciepłe i zimne, soki itp.,
 - ◆ prowadzące sprzedaż, często na wynos albo na szybko, na miejscu bądź w ogródku gastronomicznym, jeśli towarzyszy jej zorganizowane miejsce do konsumpcji;
 - ◆ ukierunkowane w dużej mierze na konsumentów przebywających na wolnym powietrzu na terenach publicznych, skwerach, w parkach, przy wejściach na plaże, w obrębie obiektów sportowo-rekreacyjnych, na trasach i szlakach turystycznych, parkingach ogólnodostępnych;
 - ◆ szczególnie aktywne w sezonie letnim na popularnych turystycznie, wypoczynkowo i wakacyjnie, trasach i miejscach pobytu konsumentów, w formie zakładów tymczasowych lub ruchomych, często obiekty bez zaplecza lub z bardzo ograniczonym zapleczem, korzystające z infrastruktury wspólnej dla zespołu lub grupy różnych obiektów.

Na obszarze całego kraju w roku sprawozdawczym w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujęte zostały **102 593** zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego (w 2023 r. – 99 429), w tym: **54 305** zakładów małej gastronomii (w 2023 r. – 54 097), z czego **35 449** to zakłady stacjonarne (w 2023 r. – 38 229), a **18 856** to zakłady tymczasowe i ruchome (w 2023 r. – **15 868**).

Skontrolowanych zostało **40 800** zakładów (w 2023 r. – 40 820), w tym **20 083** zakłady małej gastronomii (w 2023 r. – 18 999). Ogółem przeprowadzono **56 648** kontroli (w 2023 r. – 58 276), w tym **4898** kontroli interwencyjnych (w 2023 r. – 4313). W zakładach małej gastronomii przeprowadzono **26 126** kontroli (w 2023 r. – **25 179**), w tym **1908** kontroli interwencyjnych (w 2022 r. – 1473).

Zatwierdzone zostały 11 934 nowe zakłady (w 2023 r. – 10 781), w tym **8008** obiektów małej gastronomii (2023 r. – 7000).

Podobnie jak w roku poprzednim nastąpił wzrost liczby nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego. W porównaniu z rokiem 2023 r. w roku sprawozdawczym liczba nadzorowanych zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego wzrosła o ponad 3,1 tys. zakładów (w 2023 r. – nastąpił wzrost o 3,3 tys. w odniesieniu do 2022 r.).

Ponad 50% zakładów tej kategorii stanowiły obiekty małej gastronomii, typowe zakłady dla obsługi konsumentów w sezonie letnim, które z uwagi na ograniczone warunki działania, opartego w głównej mierze na procedurach kontroli wewnętrznej, wymagają intensywnego nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W odniesieniu do zakładów/obiektów żywienia zbiorowego typu otwartego w całym roku sprawozdawczym wydano łącznie **10 215** decyzji administracyjnych, w tym **289** dotyczących unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu oraz **102** w sprawie zakazu wprowadzenia produktu do obrotu (w 2023 r. – wydano odpowiednio 10 871 decyzji administracyjnych, w tym 318 dotyczących unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu oraz 99 zakazu wprowadzenia produktu do obrotu). Nałożono **7 887** grzywien w drodze mandatu karnego na kwotę łączną **2 345 030 zł** (w 2023 r. – nałożono 8 256 mandatów na kwotę 2 360 130 zł.). Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 351 wniosków o nałożenie kar pieniężnych na podmioty odpowiedzialne za stwierdzone naruszenia bezpieczeństwa żywności (w 2023 r. – skierowali do PWIS 417 wniosków).

Wnioski:

Piecza sprawowana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad przestrzeganiem wymaganych warunków bezpieczeństwa żywności w zakładach zbiorowego żywienia typu otwartego, które z uwagi na nieograniczony dostęp konsumentów zaliczane są do obiektów o podwyższonym ryzyku, stanowi kluczowy element systemu zapobiegania przedostawaniu się i namnażaniu patogenów odpowiedzialnych za choroby przenoszone drogą pokarmową. Działania te, oparte o analizę ryzyka oraz jednolite procedury urzędowej kontroli żywności, mają wymiar nie tylko dyscyplinujący, ale i edukacyjny. Umożliwiają one bieżące, systematyczne monitorowanie oraz weryfikację spełniania wymagań higienicznych i zdrowotnych w tych zakładach, przy jednoczesnym wsparciu dla podmiotów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywności w zakresie rozwiązywania problemów i przewyższania trudności związanych z utrzymaniem właściwego poziomu higieny.

5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Jakość zdrowotną środków spożywczych w latach 2016-2024 przedstawia Tabela 3.

Tab. 3 Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %
2019	82 513	2,55	69 810	2,62	6 226	2,22	6 477	2,30
2020	58 883	3,2	50 527	3,36	4 621	1,36	3 685	1,60
2021	74 999	2,13	63 609	2,25	6 271	1,6	5 119	1,29
2022	81 921	2,29	68 805	2,47	7 173	1,56	5 943	1,23
2023	87 978	2,68	71 039	2,90	9 247	1,58	7 692	1,95
2024	91 931	3,13	74 048	3,52	10 110	1,72	7 773	1,30

W 2024 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem **91 931** próbek środków spożywczych (nadzór bieżący i kontrola graniczna), z których **3,13%** nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2023 r. – 2,68%), w tym ze zbadanych 74 048 próbek żywności krajowej **3,52%** nie spełniało przepisów prawa (w 2023 r. – 2,9%), z **10 110** próbek żywności importowanej – 1,72% (w 2023 r. – 1,58%), a z **7 773** zbadanych próbek żywności wyprodukowanej w UE poza Polską – 1,30% nie spełniało przepisów prawa (w 2022 r. – 1,95%).

Na podstawie zgromadzonych danych wynika, że nastąpiła poprawa jakości zdrowotnej żywności w grupach:

- ◆ ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne,
- ◆ miód i produkty pszczelarskie,
- ◆ wody mineralne i napoje bezalkoholowe,
- ◆ ziarna roślin oleistych,
- ◆ kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe,
- ◆ suplementy diety.

W niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup:

- ◆ mięso, podroby i przetwory mięsne,
- ◆ 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,
- ◆ grzyby,
- ◆ tłuszcze roślinne,
- ◆ majonezy,
- ◆ musztardy,
- ◆ sosy,
- ◆ wyroby garmażeryjne i kulinarne,
- ◆ żywność dla określonych grup.

Wnioski:

Z analizy danych za 2024 rok wynika, że nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem żywności pozostaje kluczowym elementem krajowego systemu ochrony zdrowia publicznego. Zwiększony odsetek próbek niespełniających wymagań, szczególnie wśród żywności krajowej, potwierdza potrzebę utrzymania i dalszego rozwijania działań kontrolnych, zwłaszcza w sektorach charakteryzujących się wyższym poziomem ryzyka, takich jak produkty pochodzenia zwierzęcego oraz żywność świeża. Jednocześnie obserwowana poprawa jakości zdrowotnej w wybranych grupach produktów świadczy o skuteczności prowadzonych działań nadzorczych, edukacyjnych i prewencyjnych oraz o rosnącej świadomości producentów w zakresie obowiązujących wymagań. Utrzymująca się relatywnie niska liczba niezgodności w żywności importowanej i pochodzącej z krajów UE potwierdza prawidłowość realizowanych procedur kontrolnych, choć nie wyklucza potrzeby ich dalszego stosowania. Dane z 2024 roku wskazują także na rosnącą potrzebę prowadzenia działań opartych na analizie ryzyka i systematycznym monitoringu, co pozwala nie tylko skutecznie identyfikować i eliminować zagrożenia, ale również wspierać podmioty w utrzymaniu wymaganych standardów. Działania inspekcji powinny być konsekwentnie kontynuowane i wzmacniane, przy równoczesnym doskonaleniu narzędzi nadzoru oraz promowaniu dobrej praktyki wśród przedsiębiorców sektora spożywczego.



5.1. System Wczesnego Ostrzegania Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF i sieć AAC

5.1.1. Ogólne informacje o systemie RASFF

System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (ang. Rapid Alert System for Food and Feed, w skrócie RASFF) funkcjonuje już ponad 40 lat, został utworzony w 1979 roku. Polska jest pełnoprawnym członkiem tego systemu od czasu wejścia do Unii Europejskiej w 2004 roku. Na przestrzeni tych lat system RASFF przechodził wiele zmian wraz z rozwojem technologii komunikacyjnych. Obecnie jest to rozwiązanie, które stanowi wzór do naśladowania dla wielu krajów na całym świecie. System elektroniczny iRASFF wykorzystywany na potrzeby sieci RASFF jest stale rozwijany. Dzięki temu organy urzędowej kontroli w UE mogą korzystać ze skutecznego narzędzia do komunikacji zarówno na poziomie międzynarodowym, jak i krajowym.

RASFF służy do wymiany informacji pomiędzy organami urzędowej kontroli w Europie będącymi członkami tego systemu. Do systemu wprowadzane są informacje o żywności, paszach i materiałach do kontaktu z żywnością, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia ludzi, zwierząt lub środowiska i działaniach następczych w wyniku zidentyfikowania takich produktów.

Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) 2019/1715 z dnia 30 września 2019 r. ustanawiające przepisy dotyczące funkcjonowania 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 (ang. Alert and Cooperation Network, ACN), w której skład obecnie wchodzi także:

- ◆ sieć współpracy i pomocy administracyjnej (ang. Administrative Assistance and Cooperation, AAC),
- ◆ sieć na rzecz przeciwdziałania fałszowaniu żywności (ang. Fraud Network, FN),
- ◆ sieć ds. zdrowia roślin (ang. Plant Health Network, PHN),
- ◆ sieć ds. dobrostanu zwierząt (ang. Animal Welfare Network, AWN),
- ◆ sieć ds. zwierząt domowych (ang. Pet Animals Network, PAN).

Poza rozporządzeniem IMSOC główną podstawę prawną działania systemu RASFF stanowi rozporządzenie (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiające ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołujące Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiające procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności, w szczególności art. 50 – 52 tego rozporządzenia.

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 podstawie 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). Wyróżnia się dwa rodzaje powiadomień informacyjnych: w celu podjęcia działań oraz w celu zwrócenia uwagi.
- ◆ 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 niezwyfikowane informacje lub dotyczy jeszcze niezidentyfikowanego produktu.

Zgodnie z art. 52 ust. 1 rozporządzenia nr 178/2002 oraz art. 24 ust. 3 rozporządzenia IMSOC, Komisja Europejska udostępnia do wiadomości publicznej informacje dotyczące powiadomień alarmowych,

powiadomień informacyjnych i powiadomień o odrzuceniu na granicy przekazywanych w ramach systemu RASFF. Te informacje są publikowane w ogólnodostępnej bazie danych RASFF Window.

Szczegółowe zasady działania systemu RASFF zostały opracowane przez Komisję Europejską w dokumencie pt. „Standardowe procedury operacyjne sieci powiadamiania i współpracy, w tym RASFF, AAC i FFN”, które w wersji angielskiej dostępne są na stronie internetowej.

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) 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 tym rozporządzeniem celem 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.

5.1.2. Powiadomienia zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2024 r.

W okresie od 01.01.2024 do 31.12.2024 Pojedynczy Punkt Kontaktowy w GIS zgłosił 297 powiadomień do systemu RASFF. Liczba powiadomień w 2024 r. jest niższa niż w 2023 r.

Powiadomienia	2023	2024
alarmowe	48	67
informacyjne w celu podjęcia działań	62	74
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	91	87
o odrzuceniu na granicy	109	69
Suma końcowa	310	297

Wszystkie kraje członkowskie w 2024 r. zgłosiły do sieci RASFF łącznie 5270 powiadomień.

Z 297 powiadomień przekazanych przez Polskę – 258 powiadomień dotyczyło żywności, 12 wyrobów do kontaktu z żywnością, a 27 paszy.

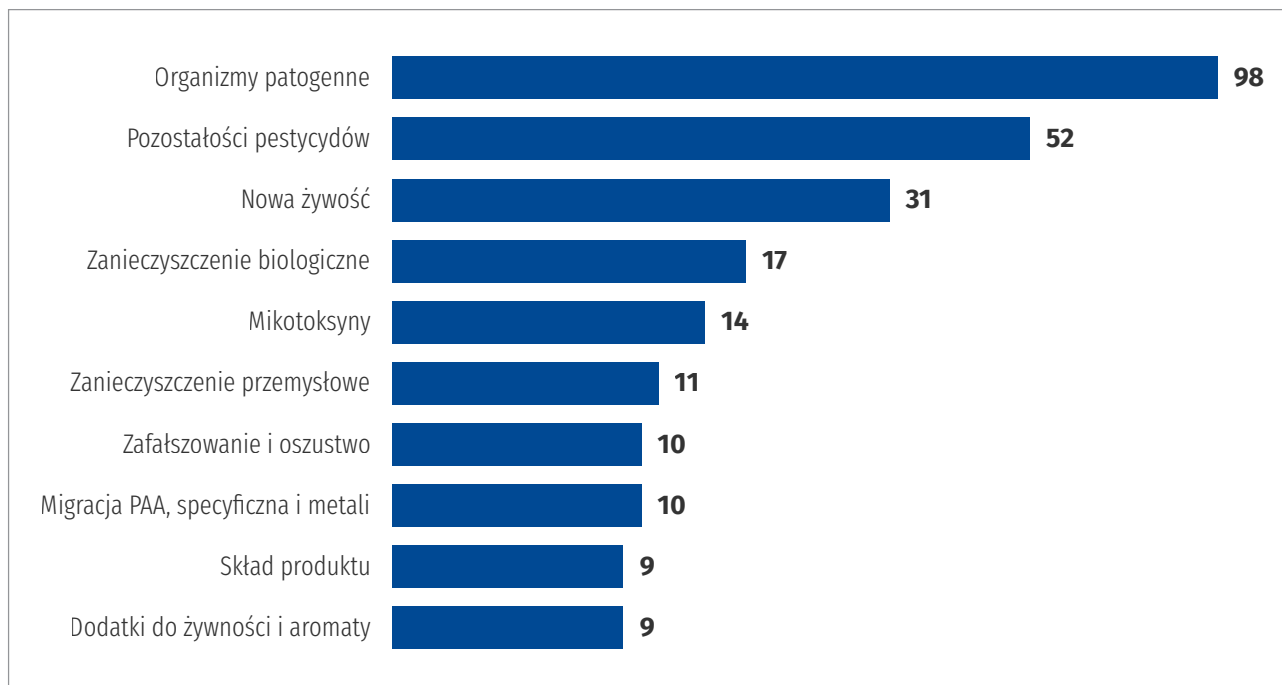
Najczęstszymi przyczynami zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2024 roku dot. niebezpiecznej żywności i pasz były:

- ◆ obecność organizmów patogennych (98 powiadomień), w tym przede wszystkim Salmonella (90 powiadomień), głównie w mięsie drobiowym i produktach z mięsa drobiowego;
- ◆ pozostałości pestycydów (52 powiadomienia), głównie w owocach i warzywach;
- ◆ wykrycie składników niezatwierdzonych do stosowania w żywności (31 powiadomień), głównie w suplementach diety;
- ◆ zanieczyszczenia biologiczne (17 powiadomień), głównie w ziołach, przyprawach i herbacie;
- ◆ zanieczyszczenie mikotoksynami (14 powiadomień), głównie w suszonych owocach i orzechach;



- ◆ wysoki poziom zanieczyszczeń przemysłowych (11 powiadomień), w tym głównie węglowodory olejów mineralnych, akryloamid, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne w różnych środkach spożywczych;
- ◆ potencjalne zafałszowanie/oszustwo w związku z nieprawidłowościami w dokumentacji importowanych przesyłek żywności (10 powiadomień);
- ◆ migracja pierwszorzędowych amin aromatycznych, migracja specyficzna formaldehydu oraz migracja ołowiu i kadmu z wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (10 powiadomień);
- ◆ potencjalnie niebezpieczne składniki produktów – głównie w suplementach diety (9 powiadomień);
- ◆ przekroczenia maksymalnych poziomów oraz obecność niedozwolonych substancji dodatkowych w żywności (9 powiadomień).

Wyk. 1 10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2024 r.



Podstawą do zgłoszenia powiadomień w 2024 r. było wykrycie ryzyka:

- ◆ w trakcie kontroli na etapie produkcji lub obrotu prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (144 powiadomienia) oraz programu monitoringu (20 powiadomień),
- ◆ w trakcie kontroli granicznych importu towarów prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (82 powiadomienia),
- ◆ w trakcie kontroli wewnętrznych prowadzonych przez przedsiębiorstwa branży spożywczej i paszowej (26 powiadomień),
- ◆ w trakcie kontroli żywności sprzedawanej w sieci Internet prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (8 powiadomień),
- ◆ w wyniku skarg konsumentów (17 powiadomień).

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

Znaczna liczba powiadomień o odrzuceniu na granicy zgłoszonych przez Polskę była wynikiem właśnie takich kontroli. Powiadomienia dotyczyły głównie pozostałości pestycydów w owocach i warzywach, ziołach i przyprawach oraz zbożach.

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2024 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów. W produktach zgłoszonych w 297 powiadomieniach stwierdzono 299 zagrożeń – łączna liczba zagrożeń jest większa niż liczba powiadomień, gdyż w kilku przypadkach w jednym powiadomieniu zgłoszono więcej niż jedno zagrożenie.

Tab. 4 Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg zagrożeń

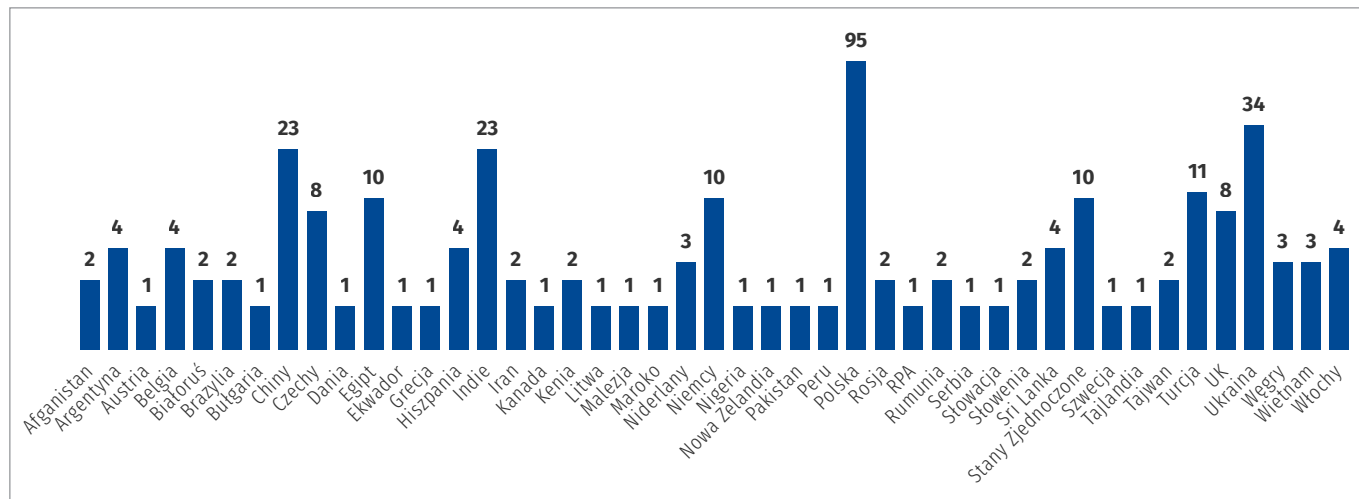
Zagrożenie	Suma
organizmy patogenne	98
pozostałości pestycydów	52
nowa żywość	31
zanieczyszczenie biologiczne	17
mikotoksyny	14
zanieczyszczenie przemysłowe	11
zafałszowanie i oszustwo	10
migracja PAA, specyficzna i metali	10
skład produktu	9
dodatki do żywności i aromaty	9
metale	8
składniki alergenne	7
ciało obce	5
dodatki do pasz	4
zanieczyszczenia mikrobiologiczne (pleśń)	4
pozostałość substancji farmakologicznie czynnych	4
zakażenie pasożytami	3
GMO	1
niewłaściwe znakowanie	1
napromienianie	1
Suma końcowa	299

Tab. 5 Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg kategorii produktów

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	61
żywność dietetyczna, wzbogacana, supl. diety	35
owoce i warzywa	35
zioła i przyprawy	28
materiał paszowy	23
orzechy, produkty pochodne, nasiona	15
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	15
produkty zbożowe i piekarskie	13
wyroby do kontaktu z żywnością	12
mięso inne niż drobiowe	11
wyroby cukiernicze	10
inne produkty spożywcze/mieszane	10
ryby i produkty pochodne	7
tłuszcze i oleje	5
jaja i produkty jajeczne	4
substancje dodatkowe i aromaty	3
mieszanka paszowa	3
dania gotowe i przekąski	3
mleko i produkty mleczne	2
żywność dla zwierząt	1
zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
Suma zagrożeń	297

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2024 r. pochodziło z Polski oraz z krajów spoza Unii Europejskiej – Ukrainy, Chin, Indii, Turcji i Egiptu.

Wyk. 2 Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2024 r.



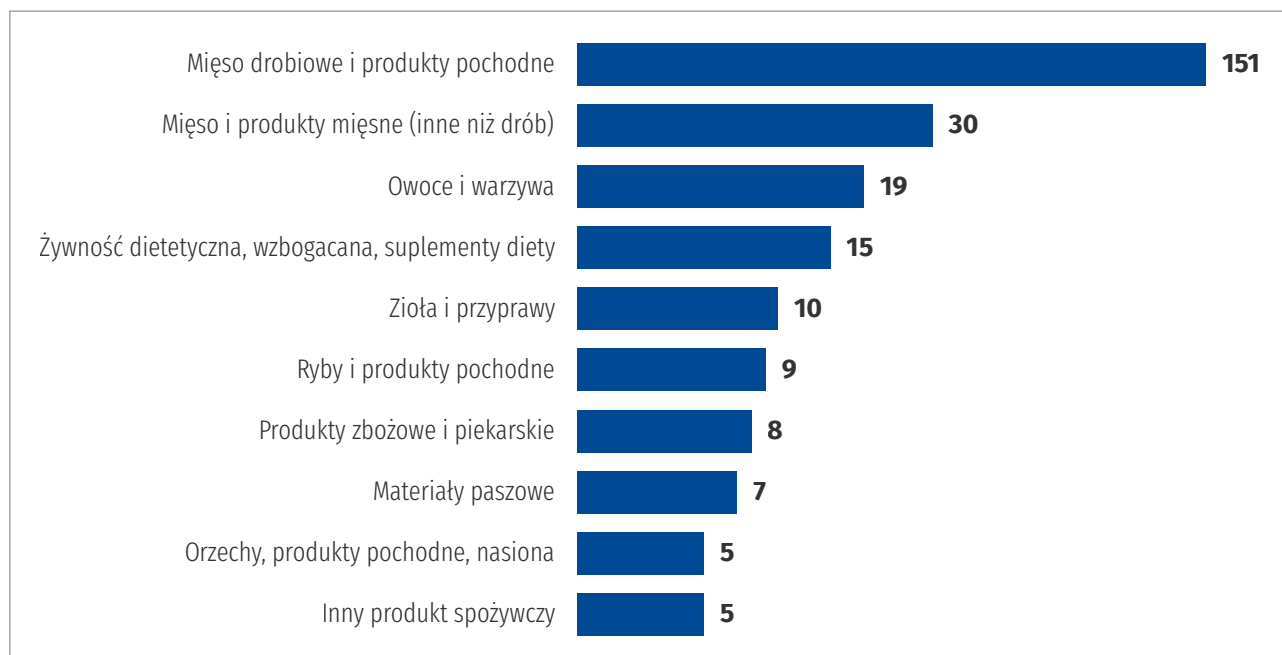
5.1.3. Powiadomienia zgłaszane do RASFF w 2024 r. dot. produktów pochodzących z Polski

W 2024 roku wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 286 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski. W porównaniu do roku 2023 liczba ta jest nieznacznie niższa.

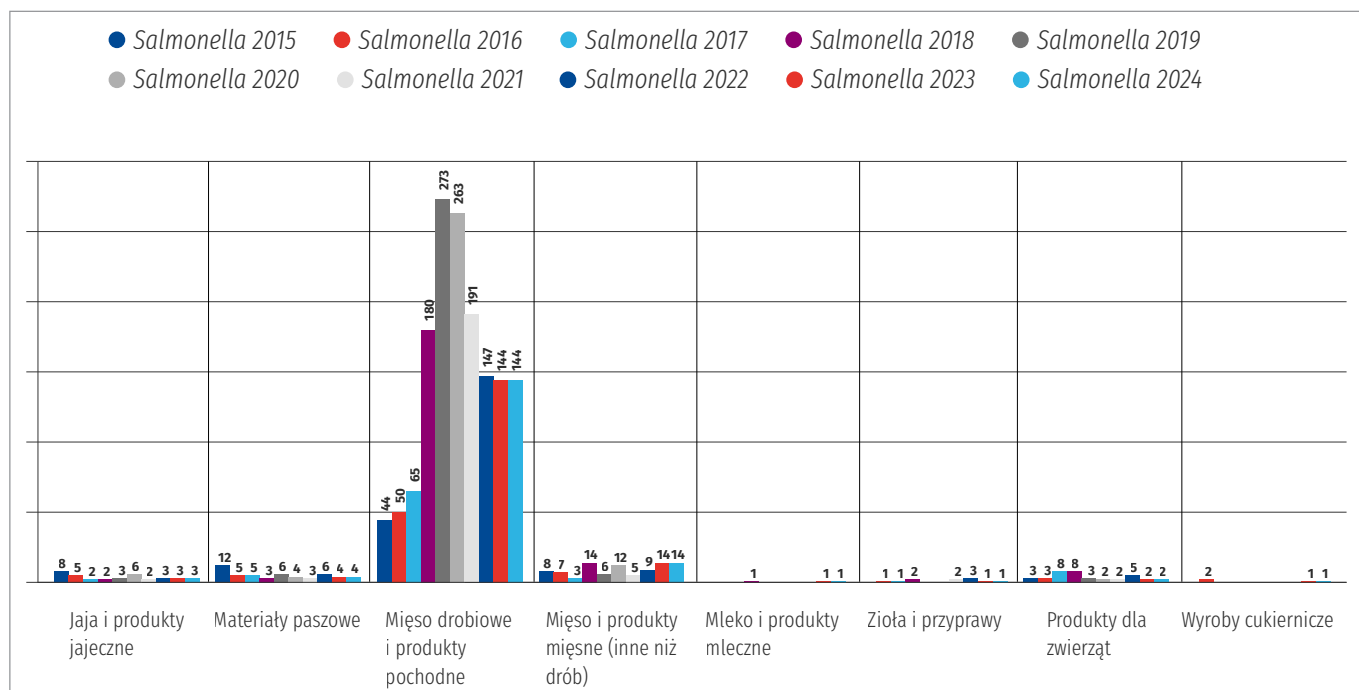
Powiadomienia	2023	2024
alarmowe	111	102
informacyjne w celu podjęcia działań	83	75
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	101	108
informacyjne news	0	1
Suma końcowa	295	286

Z całkowitej liczby 286 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 272 powiadomienia dotyczyły żywności (95,1%), 13 powiadomień dotyczyło pasz (4,5%) i 1 powiadomienie dotyczyło wyrobu do kontaktu z żywnością.

Najczęściej identyfikowane zagrożenie w roku 2024, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski, to występowanie niebezpiecznej dla zdrowia bakterii Salmonella, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (144 powiadomienia), w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (14 powiadomień), w materiałach paszowych (4 powiadomienia), w jajach świeżych (3 powiadomienia), w produktach dla zwierząt domowych (2 powiadomienia) oraz w chatwie, w serze żółtym, w liściach czosnku (po 1 powiadomieniu).

Wyk. 3 10 najczęściej występujących kategorii produktów pochodzących z Polski w 2024 r.


Liczba powiadomień dotyczących produktów z Polski kwestionowanych z uwagi na wykrycie w nich pałeczek *Salmonella* wciąż utrzymuje się na wysokim poziomie na przestrzeni ostatnich lat. W 2024 r. zaobserwowano kolejny spadek liczby powiadomień związanych z wykryciem tych bakterii w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (ze 191 powiadomień w 2022 r. przez 147 w roku 2023 do 144 powiadomień w 2024 r.). Tendencje w poszczególnych kategoriach żywności w tym zakresie w latach 2015-2024 obrazuje poniższy wykres (wykres nie uwzględnia kategorii żywności, które nie występowały w roku 2024).

Wyk. 4 Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność *Salmonella* w latach 2015-2024


Drugim oraz trzecim najczęściej notowanym w RASFF zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski było stwierdzenie pozostałości pestycydów (głównie w owocach i warzywach, tj. kapusta pekińska, papryka, pomidory, borówki, maliny, rabarbar, pieczarki, ogórki, seler i brukselka, w ziołach i przyprawach, w sproszkowanych łuskach nasion babki płesznik – łącznie 14 powiadomień) oraz obecności bakterii *Listeria monocytogenes* (w rybach, mięsie i produktach innych niż drobiowe oraz mięsie drobiowym – 13 powiadomień).

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2024 r., to:

- ◆ brak informacji o obecności alergenów takich jak: gluten, białko sojowe, lecytyna sojowa, orzeszki ziemne, mleko, jaja, gorzycy, selera, siarczynów (13 powiadomień),
- ◆ wysoki poziom zanieczyszczeń biologicznych (w tym alkaloidów pirolizydynowych, kwasu cyjanowodorowego, histaminy) w suszonych warzywach, ziołach i i herbatkach ziołowych (12 powiadomienia),
- ◆ potencjalnie niebezpieczne składniki produktów głównie w suplementach diety oraz paszach (10 powiadomień),
- ◆ ciała obce w żywności i w karmie dla psów (9 powiadomień).



Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2024 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów. W produktach zgłoszonych w 286 powiadomieniach stwierdzono 295 zagrożeń – łączna liczba zagrożeń jest większa niż liczba powiadomień, gdyż w kilku przypadkach w jednym powiadomieniu zgłoszono więcej niż jedno zagrożenie.

Tab. 6 Powiadomienia dot. produktów z Polski wg zagrożeń

Zagrożenie	Suma
<i>Salmonella</i>	170
pozostałości pestycydów	14
<i>Listeria monocytogenes</i>	13
składniki alergenne	13
zanieczyszczenia biologiczne	12
skład produktu	10
ciało obce	9
mikotoksyny	7
nowa żywność	6
zmiany organoleptyczne	6
metale	5
<i>Escherichia coli</i> produkująca toksynę Shiga (STEC)	5
dodatki do żywności i aromaty	4
zanieczyszczenia przemysłowe	4
brak/niewłaściwe znakowanie	3
zanieczyszczenia mikrobiologiczne (inne)	3
pozostałość substancji farmakologicznie czynnej	3
<i>Campylobacter</i>	3
dodatki do pasz	2
zafałszowanie i oszustwo	1
migracja	1
Norowirus	1
Suma zagrożeń	295

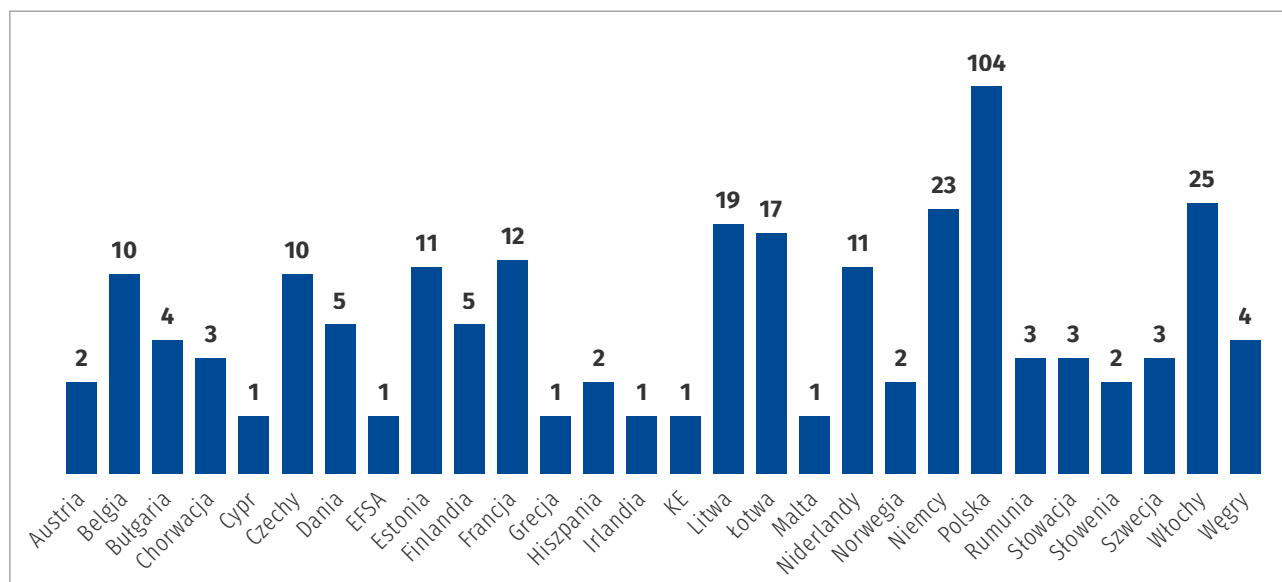
Tab. 7 Powiadomienia dot. produktów z Polski wg kategorii produktów

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	151
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	30
owoce i warzywa	19
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	15
zioła i przyprawy	10
ryby i produkty pochodne	9
produkty zbożowe i piekarskie	8
materiały paszowe	7
orzechy, produkty pochodne, nasiona	5
inny produkt spożywczy	5
wyroby cukiernicze	4
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	4
jaja i produkty jajeczne	4
żywność dla zwierząt	3
mleko i produkty mleczne	3
mieszanka paszowa	2
dania gotowe i przekąski	2
zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
tłuszcze i oleje	1
substancje dodatkowe i aromaty	1
mieszanka paszowa	1
materiały do kontaktu z żywnością	1
Suma końcowa	286

W omawianym okresie najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Polskę (104 powiadomienia), Włochy (25), Niemcy (23), Litwę (19), Łotwę (17), Francję (12), Estonię (11), Niderlandy (11), Czechy (10) i Belgię (10). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za nadzór urzędowy nad bezpieczeństwem 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.

Wyk. 5 Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z PL w 2024 r.



Ponadto SCP w GIS systematycznie zgłaszała w analizowanym okresie do systemu RASFF powiadomienia uzupełniające, 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.

5.1.4. Ostrzeżenia publiczne GIS

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.



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 GIS oraz w mediach społecznościowych GIS o charakterze ryzyka dla zdrowia, określając możliwie najdokładniej żywność bądź rodzaj żywności, ryzyko, jakie mogą one stanowić, oraz środki, które zostały podjęte lub są planowane w celu zapobieżenia, zmniejszenia lub likwidacji ryzyka. W 2024 roku na stronie internetowej GIS opublikowano 61 ostrzeżeń publicznych (oraz 1 aktualizację) dotyczących zarówno żywności, jak i materiałów do kontaktu z żywnością.

5.1.5. Sieć AAC

Pojedynczy Punkt Kontaktowy (SCP) w Głównym Inspektoracie Sanitarnym w ramach procedury pomocy i współpracy administracyjnej między krajami członkowskimi UE (sieć AAC) przekazał 170 powiadomień o niezgodności dot. produktów pochodzących z następujących kategorii żywności:

- ◆ tłuszcze i oleje (74 powiadomienia),
- ◆ żywe zwierzęta (22),
- ◆ materiał paszowy (10),
- ◆ owoce i warzywa (8),
- ◆ żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety (7),
- ◆ mięso i produkty mięsne (inne niż drób) oraz żywność dla zwierząt (po 6 powiadomień),
- ◆ produkty zbożowe i piekarskie (5),
- ◆ kakao i produkty pochodne, kawa i herbata oraz orzechy, produkty pochodne i nasiona (po 4 powiadomienia),
- ◆ mieszanki paszowe, wyroby cukiernicze, zioła i przyprawy, napoje bezalkoholowe oraz inny produkt spożywczy (po 3 powiadomienia),
- ◆ napoje alkoholowe, materiały do kontaktu z żywnością oraz środki ochrony roślin (po 2 powiadomienia),
- ◆ skorupiaki i ich produkty, substancje dodatkowe i armaty oraz wino (po 1 powiadomieniu).

Jednocześnie w ramach sieci AAC do SCP w GIS przekazano 154 powiadomienia o niezgodności, w których kraje członkowskie zwróciły się z prośbą o przeprowadzenie kontroli/wspólnych inspekcji różnych organów w Polsce w związku z naruszeniem prawa UE w sektorze rolno-spożywczym (nie tylko w odniesieniu do prawa żywnościowego i paszowego). Najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zgłosiły Niemcy (75), Czechy (12), Włochy i Łotwa (po 9 powiadomień) oraz Belgia (8). Dotyczyły one różnych kategorii żywności, takich jak:

- ◆ mięso drobiowe i produkty pochodne (25),
- ◆ mięso i produkty mięsne (inne niż drób) (22),

- ◆ żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety (18),
- ◆ materiał paszowy oraz ryby i produkty pochodne (po 13 powiadomień),
- ◆ owoce i warzywa (9),
- ◆ produkty zbożowe i piekarskie oraz inne produkty spożywcze (po 6 powiadomień),
- ◆ kakao i produkty pochodne, kawa i herbata oraz żywe zwierzęta (po 5 powiadomień),
- ◆ mleko i produkty mleczne (4),
- ◆ napoje bezalkoholowe, tłuszcze i oleje oraz napoje alkoholowe (po 3 powiadomienia),
- ◆ wyroby cukiernicze, dodatki paszowe, orzechy, produkty pochodne i nasiona, środki ochrony roślin i woda do spożycia przez ludzi (po 2 powiadomienia),
- ◆ skorupiaki i ich produkty, zioła i przyprawy, miód i mleczko pszczele, naturalna woda mineralna, żywność dla zwierząt oraz dania gotowe i przekąski (po 1 powiadomieniu).

W odróżnieniu od powiadomień systemu RASFF, powiadomienia o niezgodności zgłaszane do sieci AAC dotyczą produktów, które nie stwarzają bezpośredniego lub pośredniego zagrożenia dla zdrowia.

5.1.6. Podsumowanie

Polska jest jednym z najbardziej aktywnych członków systemu RASFF. Więcej powiadomień od Polski w 2024 r. zgłosiło jedynie sześć krajów: Niderlandy, Niemcy, Francja, Włochy, Belgia i Hiszpania. Z całkowitej liczby 5270 powiadomień w systemie RASFF w 2024 r. punkt kontaktowy w GIS zgłosił ok. 5,6%. Polska prowadziła także aktywną wymianę informacji w ramach sieci AAC, która rozwija się bardzo dynamicznie, a liczba powiadomień zgłaszanych przez kraje członkowskie rośnie w szybkim tempie.

W 2024 r. głównym zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski była obecność patogennych mikroorganizmów (przede wszystkim *Salmonella*) w mięsie drobiowym i produktach z mięsa drobiowego. Od 2020 r. corocznie notowany jest jednak malejący trend w liczbie powiadomień dotyczących tego zagrożenia i kategorii produktów.

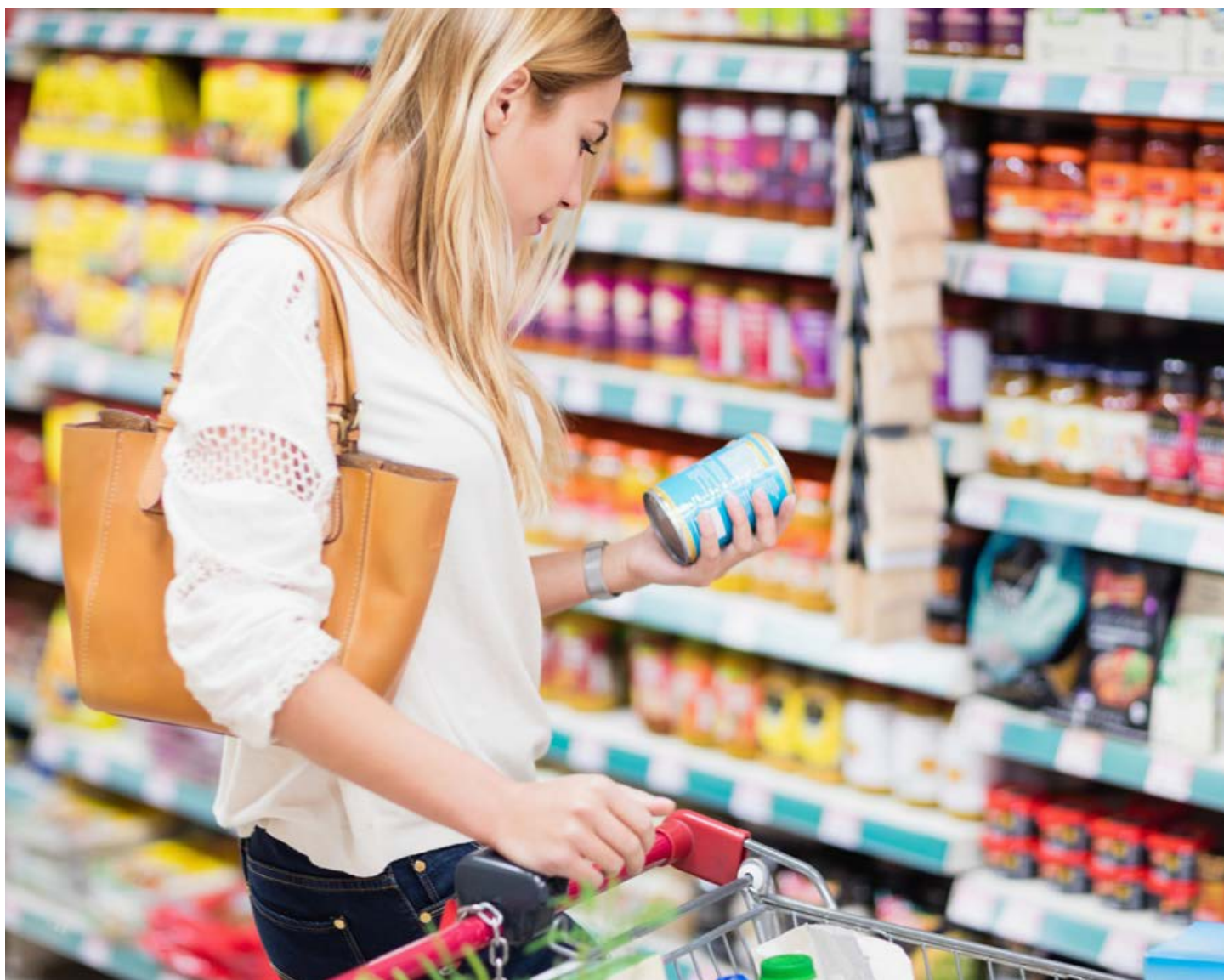
Natomiast w stosunku do 2023 r. liczba powiadomień RASFF dot. produktów z Polski spadła o ok. 3%. Trend malejący w tym zakresie utrzymuje się od 2021 r., przy czym w ostatnich 3 latach spadek jest nieznaczny.

Ostrzeżenia publiczne dotyczące żywności czy wyrobów mających kontakt z żywnością mają trafiać przede wszystkim do konsumentów, stąd ich przejrzysta graficzna forma i zdjęcia produktów. Coraz chętniej sięgają po nie media ogólnopolskie i regionalne, podając informację dalej, często publikując grafiki przygotowane przez GIS. Liczba ostrzeżeń związanych z żywnością i materiałami do kontaktu z żywnością zwiększa się głównie z uwagi na coraz lepszą współpracę organów urzędowej kontroli żywności w Polsce i za granicą, a także z przedsiębiorstwami branży spożywczej. W roku objętym sprawozdaniem na stronie internetowej GIS opublikowano 61 ostrzeżeń publicznych. Liczba ostrzeżeń nieznacznie wzrosła w stosunku do roku 2023 (57 ostrzeżeń).

Źródłem informacji o zagrożeniu w przypadku znacznej części ostrzeżeń są same przedsiębiorstwa, w tym głównie producenci żywności, ale także coraz częściej sieci handlowe, które w wyniku kontroli wewnętrznych same wykrywają zagrożenia w żywności i zgodnie z ich prawnym obowiązkiem informują o tym organy urzędowej kontroli żywności, w tym GIS. Również kontrole urzędowe coraz skuteczniej identyfikują zagrożenia w żywności, gdyż opierają się na analizie ryzyka, która pozwala na skupienie działań kontrolnych w obszarach stwarzających największe ryzyko.

Należy podkreślić, że w roku 2024 r. GIS jako główny koordynator systemu RASFF w Polsce uczestniczył w szeregu spotkań na poziomie UE, a także organizował szkolenia dla organów urzędowej kontroli żywności na terenie naszego kraju – Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz Inspekcji Weterynaryjnej.

Mając na uwadze powyższe dane, w 2024r. GIS w prawidłowy sposób koordynował system RASFF w Polsce – istotny element systemu bezpieczeństwa żywności, którego celem jest dostarczanie konsumentom żywności bezpiecznej i zgodnej z wymaganiami.



5.2. Znakowanie żywności

Podawanie informacji na temat żywności służy ochronie zdrowia konsumentów i umożliwia im dokonywanie świadomych wyborów spośród szerokiego asortymentu produktów znajdujących się na rynku.

Podstawowe wymagania dotyczące znakowania żywności określone są w obowiązującym w całej Unii Europejskiej rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, zmiany rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 i (WE) nr 1925/2006 oraz uchylenia dyrektywy Komisji 87/250/EWG, dyrektywy Rady 90/496/EWG, dyrektywy Komisji 1999/10/WE, dyrektywy 2000/13/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, dyrektyw Komisji 2002/67/WE i 2008/5/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 608/2004 (Dz. Urz. UE L 304 z 21.11.2011, z późn.zm.).

Również w polskich przepisach krajowych określono wymagania dotyczące znakowania żywności, są nimi:

- ◆ ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2023 r. poz. 1448);
- ◆ ustawa z dnia 21 grudnia 2000 r. o jakości handlowej artykułów rolno-spożywczych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1980), oraz
- ◆ rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych (Dz.U. 2015 poz. 29 z późn. zm.).

Żywność produkowana i wprowadzana do obrotu na terytorium Polski musi być oznakowana w języku polskim. Dodatkowo może być oznakowana w innych językach. Wymóg znakowania w języku polskim nie dotyczy żywności wywożonej poza terytorium Polski.

Informacje na temat żywności nie mogą wprowadzać konsumenta w błąd – zakaz ten ma bardzo szerokie zastosowanie, odnosi się m.in. do właściwości środka spożywczego, składu, ilości, trwałości, kraju lub miejsca pochodzenia, metod wytwarzania lub produkcji, przypisywania żywności działania i właściwości, których ona nie posiada. Informacja nt. żywności nie może również sugerować, że posiada ona szczególne właściwości, w sytuacji gdy wszystkie podobne środki spożywcze mają takie właściwości.

Zabronione jest również przypisywanie żywności właściwości zapobiegania chorobom, leczenia lub odwoływanie się do takich właściwości (na przykład: „zapobiega stanom zapalnym”, „leczy nowotwory”, „zapobiega nowotworom”, „ma działanie przeciwwirusowe”, „działa antyseptycznie, przeciwgorączkowo” itp.).

Informacje muszą być czytelne i łatwo dostępne – w przypadku żywności opakowanej muszą znajdować się bezpośrednio na opakowaniu lub załączonej etykiecie. Nie mogą być zakryte, zasłonięte np. innymi nadrukami czy ilustracjami.

Kluczową kwestią w oznakowaniu żywności, mającą bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo konsumenta, jest podawanie informacji o substancjach lub produktach powodujących alergie lub reakcje nietolerancji, które zostały użyte przy wytworzeniu lub przygotowywaniu żywności i nadal są obecne w produkcie gotowym (nawet w zmienionej formie).

Informację o zawartych w żywności alergenach producenci żywności muszą przedstawić na opakowaniu lub – w odniesieniu do żywności nieopakowanej, sprzedawanej przez Internet oraz w zakładach żywienia zbiorowego – udostępnić konsumentom w inny sposób. Jest to na tyle ważna informacja, że przepisy prawa żywnościowego nie przewidują w tym przypadku wyjątków.

Wykaz czternastu substancji lub produktów powodujących alergie lub reakcje nietolerancji, które muszą być wyróżnione w informacji na temat żywności, znajduje się w załączniku nr II do rozporządzenia (UE) nr 1169/2011.

Składniki alergenne należy wyróżnić w wykazie składników (np. za pomocą czcionki, stylu czy też podświetlenia tła) np. „**mleko**”. Jeżeli nazwa składnika składa się z kilku oddzielnych słów, należy podkreślić tylko substancję lub produkt, które powodują alergie lub reakcje nietolerancji – np. „**mleko** w proszku”.

W przypadkach produktów, dla których nie jest konieczne podanie wykazu składników, informację o alergenach należy przedstawić jako dodatkowy komunikat np. „zawiera soję”.

W 2024 r. ocenę znakowania żywności opakowanej i nieopakowanej (również prezentacji i reklamy), przeprowadzano w czasie kontroli w zakładach produkcyjnych i miejscach wprowadzania do obrotu (w tym sprzedawanych przez Internet) oraz zakładach żywienia zbiorowego. Oceniano znakowanie środków spożywczych również w odniesieniu do pobranych do badania próbek żywności: ogólnego spożycia, suplementów diety, żywności wzbogaconej oraz żywności dla określonych grup.

W 2024 roku oceniono m.in. znakowanie 29 852 zbadanych laboratoryjnie próbek środków spożywczych (w tym suplementów diety i żywności dla określonych grup), z czego ogółem zdyskwalifikowano 363 próbki środków spożywczych, co stanowi 1,2% (w 2023 – 1,1%).

Przyczynami kwestionowania znakowania były między innymi:

- ◆ przypisywanie środkom spożywczym właściwości zapobiegania chorobom lub ich leczenia;
- ◆ brak informacji o składnikach alergennych występujących w produktach i serwowanych potrawach lub ich nieprawidłowe wyróżnienie;
- ◆ brak informacji o wartości odżywczej lub nieprawidłowe informacje w tym zakresie;

- ◆ nieprawidłowe sformułowania poprzedzające datę minimalnej trwałości/termin przydatności do spożycia, błędne określanie samej daty;
- ◆ niepodawanie wykazu składników złożonych lub stosowania niewłaściwej kolejności składników użytych do produkcji;
- ◆ nieprawidłowości w nazewnictwie substancji dodatkowych;
- ◆ w przypadku suplementów diety brak wymaganych informacji i ostrzeżeń;
- ◆ stosowanie niedozwolonych oświadczeń zdrowotnych;
- ◆ nieprawidłowości w zakresie zastosowania oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych.

Wnioski:

Podawanie informacji na temat żywności służy ochronie zdrowia konsumentów i umożliwia im dokonywanie świadomych wyborów spośród szerokiego asortymentu produktów znajdujących się na rynku. Stąd też niezwykle istotna jest kontrola rynku (weryfikacja oznakowania, prezentacji i reklamy żywności), aby konsument był właściwie poinformowany – w szczególności w odniesieniu do kwestii mających bezpośredni wpływ na jego bezpieczeństwo (m.in. informacji nt. składników alergennych, wartości odżywczej, składu i zalecanego dziennego spożycia suplementów diety czy żywności dla określonych grup). Należy mieć na uwadze, że nie tylko reklama, ale też prezentacja i znakowanie żywności jest narzędziem marketingowym, stąd też pojawiają się w tym obszarze nowe wyzwania oraz utrzymują stałe problemy w zakresie nieuczciwych praktyk naruszających przepisy prawa żywnościowego, takie jak przypisywanie środkom spożywczym właściwości zapobiegania chorobom lub ich leczenia oraz stosowanie niedozwolonych oświadczeń zdrowotnych lub nieprawidłowości w zakresie ich stosowania. Należy zatem kontynuować działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w tym obszarze.



5.3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety, żywności dla określonych grup oraz żywności obowiązkowo wzbogacanej

5.3.1. 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.

Zakres nadzoru sanitarnego

Na terenie Polski funkcjonuje 414 wytwórni oraz 1048 hurtowni suplementów diety podlegających nadzorowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) wdrożono w 400 wytwórniach suplementów diety oraz 824 hurtowniach. Wdrożony system HACCP posiadało 375 zakładów produkcyjnych oraz 544 hurtowni suplementów diety.

W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- ◆ 294 wytwórców, tj. 71,01% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju;
- ◆ 374 obiekty obrotu hurtowego, tj. 35,69% ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

W 2024 r. przeprowadzono łącznie 1942 kontrole w obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety, w tym 489 kontrole interwencyjnych.

W następstwie przeprowadzonych kontroli właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 252 decyzji administracyjnych, w tym 116 decyzji skierowano do wytwórców suplementów diety oraz 136 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 60 decyzji zakazujących wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2024 roku, podobnie jak w latach poprzednich, badanie suplementów diety było uwzględnione w rocznych planach urzędowej kontroli i monitoringu żywności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Analizowano próbki zarówno pod kątem zanieczyszczeń i substancji szkodliwych, jak i poprawności



oznakowania czy cech organoleptycznych. Jedna próbka mogła być badana w kilku kierunkach. Ogółem w 2024 r. laboratoria PIS zbadały 3865 próbek suplementów diety, w tym:

- ◆ 3115 produkcji krajowej,
- ◆ 455 z krajów członkowskich UE,
- ◆ 295 produktów z importu.

Jednym z kluczowych aspektów badań była analiza zanieczyszczeń mikrobiologicznych, która objęła 954 próbki.

Podobnie sprawdzano obecność metali szkodliwych dla zdrowia – zbadano 294 próbki, natomiast 20 próbek – poddano analizie na obecność mikotoksyn. Dodatkowo 248 próbek sprawdzono pod kątem substancji dodatkowych. Kluczowym aspektem kontroli suplementów jest prawidłowe znakowanie produktów, które nie tylko dostarcza konsumentom informacji, ale również świadczy o zgodności produktu z przepisami – w tym zakresie przebadano 2140 próbek. 1392 próbek zostało zbadanych pod kątem cech organoleptycznych. Badano także inne parametry, w tym również poziomy wybranych składników odżywczych i zanieczyszczenia biologiczne. Ogółem 154 próbki zostały zdyskwalifikowane, w tym najwięcej niezgodności dotyczyło znakowania (108) oraz innych parametrów (42).

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych z uwzględnieniem podziału na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 8.

Tab. 8 Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2024 r.

Rok	suplementy diety		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2024	3865	3,98%	3115	3,98%	295	2,37%	455	5,05%

Ponadto w 2024 roku Narodowy Instytut Leków w ramach umowy z Głównym Inspektoratem Sanitarnym dokonał analizy 60 próbek suplementów diety pobranych przez organy PIS. Badania prowadzone były w kierunku identyfikacji w suplementach diety niedeklarowanych aktywnych farmakologicznie substancji (sydenafil, tadalafil, wardenafil, sybutramina i ich analogi, winpocetyna, hupercyna) oraz substancji zakazanych w produkcji środków spożywczych: chlorowodorek johimbiny oraz grupa johimbiny; DMAA (w szczególności określana jako: 1,3-DMAA, 1,3 dimetyloamyoamina, 1,3 dimetylopentyloamina, 2-amino-4-metyloheksan, 2 heksanamina, 4 metylo-(9CI), 4 metylo-2-heksanamina, 4 metylo 2 heksyloamina, dimetyloamyoamina, geranamina, metyloheksanamina, metyloheksanenamina), ewodiamina; grupa selektywnych modulatorów receptora androgenowego (SARMs) (w tym: andaryna (S-4),

ligandrol (LGD 4033), ostaryna (Enobosarm), Rad-140 (Testolone)), higenamina; hordenina; ibutamoren (MK 677); pieprz metystynowy (Piper methysticum); świerzbiec właściwy (Mucuna pruriens). Spośród przebadanych próbek w dziewięciu próbkach stwierdzono obecność hordeniny. Były to jednakże preparaty zawierające gorzką pomarańczę. Zgodnie z informacjami zawartymi w uzasadnieniu do Uchwały nr 3/2022 Zespołu ds. Suplementów Diety, zmieniającej uchwałę Nr 6/2021 z dnia 30 sierpnia 2021 r. hordenina występuje naturalnie w niewielkich ilościach w gorzkiej pomarańczy.

Podsumowanie:

Kontrole prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2024 r. nie wykazały istotnych niezgodności dot. suplementów diety w zakresie zanieczyszczeń mikrobiologicznych i chemicznych. Istotny jest natomiast odsetek niezgodności stwierdzanych w odniesieniu do znakowania i prezentacji produktów z tej grupy.

W kolejnych latach poza badaniem suplementów diety pod kątem zgodności z wymaganiami dla zanieczyszczeń żywności należy również kontynuować badanie suplementów diety pod kątem potencjalnej obecności substancji niedozwolonych.

5.3.2. Żywność dla określonych grup

W katalogu żywności dla określonych grup wyróżniamy:

- ◆ preparaty do początkowego żywienia niemowląt i preparaty do dalszego żywienia niemowląt,
- ◆ produkty zbożowe przetworzone i inną żywność dla dzieci,
- ◆ żywność specjalnego przeznaczenia medycznego,
- ◆ środki spożywcze zastępujące całodzienną dietę, do kontroli masy ciała.

Zakres nadzoru sanitarnego

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór zarówno nad produkcją, jak i obrotem żywności dla określonych grup. Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa żywności dla określonych grup sprawowany był m.in. poprzez kontrole, pobieranie i badanie próbek, współpracę z innymi organami, np. Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

W roku 2024 rejestrem zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, objętych było 13 wytwórni żywności dla określonych grup. Zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej oraz wdrożony system HACCP stwierdzono we wszystkich 13 wytwórniach żywności dla określonych grup. Łączna liczba przeprowadzonych w wytwórniach kontroli i rekontroli wyniosła 56, w tym 8 kontroli interwencyjnych. W roku 2024 w odniesieniu do wytwórni żywności dla określonych grup wydano 4 decyzje administracyjne oraz wystawiono 1 wniosek o ukaranie. Nie nałożono żadnych mandatów.

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.

Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup:

W 2024 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 6741 próbek żywności dla określonych grup. W próbkach tych wykonano badania w następujących kierunkach:

- ◆ zanieczyszczenia mikrobiologiczne – zbadano 3511 próbek;
- ◆ metale szkodliwe dla zdrowia – 763 próbki;
- ◆ pozostałości pestycydów – 90 próbek;
- ◆ mikotoksyny – 133 próbki;
- ◆ zanieczyszczenia azotanami – 276 próbek;
- ◆ substancje dodatkowe dozwolone – 101 próbek;
- ◆ obecność GMO – 32 próbki;
- ◆ znakowanie – 3167 próbek;
- ◆ organoleptycznie – 2168 próbek;
- ◆ zanieczyszczenia biologiczne – 61 próbek;
- ◆ zanieczyszczenia fizyczne – 65 próbek;
- ◆ inne parametry – 773 próbki.

Spośród wszystkich przebadanych próbek żywności dla określonych grup największy odsetek (87%) stanowiły próbki produktów krajowych – 5 880 próbek. Zbadano 823 próbki produktów z Unii Europejskiej (co stanowiło 12% wszystkich badanych próbek) oraz 38 próbek produktów z importu spoza UE (1% wszystkich zbadanych próbek).

Ogółem zdyskwalifikowano 138 próbek żywności dla określonych grup, co stanowi 2% wszystkich zbadanych próbek z tej kategorii. Wśród zdyskwalifikowanych próbek, 123 było próbkami krajowymi, 14 pochodziło z innych niż Polska państw UE, 1 próbka pochodziła z importu.

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek żywności dla określonych grup w roku 2024 (2%) był wyższy w porównaniu z rokiem 2023 (0,7% próbek zdyskwalifikowanych) oraz rokiem 2022, kiedy to zanotowano 1,2% zdyskwalifikowanych próbek w tej kategorii.

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych wraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli.

Tab. 9 Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane w 2024 r.

Rok	żywność dla określonych grup		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2024	6741	2,0%	5880	2,1%	38	2,6%	823	1,7%

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych w 2024 r. stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (75%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 41 przypadkach badanych próbek (20 z krajów UE, 19 produktów krajowych, 2 z importu). Drugi pod względem wielkości odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiła kategoria: „zanieczyszczenia mikrobiologiczne”, 30 próbek (22%). Jednakże jest to związane z dyskwalifikacją tylko jednej partii produktu, gdyż zgodnie z przepisami w celu stwierdzenia zgodności pobiera się z jednej partii wiele próbek stanowiących próbkę zbiorczą reprezentatywną dla jednej partii. Próbkę zdyskwalifikowano także w kategoriach badań: metale szkodliwe dla zdrowia, organoleptycznie i „inne parametry” – stanowiły one 1% w każdej z tych kategorii.



Wnioski:

Żywność dla określonych grup jest jedną z kategorii żywności, której próbek zostało zbadanych najwięcej. Jest to jak najbardziej uzasadnione, gdyż jest to żywność stosowana w żywieniu najbardziej wrażliwych grup konsumentów – niemowląt, małych dzieci i osób chorych. W porównaniu z poprzednimi latami (2022 i 2023) w roku 2024 wzrósł odsetek zdyskwalifikowanych próbek żywności dla określonych grup. Podobnie jak w latach ubiegłych, największy odsetek stanowiły próbki zdyskwalifikowane ze względu na oznakowanie. Mimo iż w 2024 r. duży udział miały próbki zdyskwalifikowane ze względu na zanieczyszczenia mikrobiologiczne (22%) – były to jednak próbki (stanowiące jedną próbkę zbiorczą) pochodzące z jednej partii tego samego produktu (preparat do dalszego żywienia niemowląt).

5.3.3. Żywność obligatoryjnie wzbogacana

W ramach planu pobierania próbek żywności do badań laboratoryjnych w zakresie urzędowej kontroli żywności i monitoringu w 2024 r. pobranych zostało 177 próbek z kategorii sól spożywcza i jej zamienniki, która jest obligatoryjnie wzbogacana w jod w Polsce. Wśród pobranych próbek 157 pochodziło z produkcji krajowej, 5 z innych krajów UE, natomiast 15 z importu.

W 2024 r. najwięcej uwagi poświęcono znakowaniu produktów (103 próbki) oraz ocenie organoleptycznej (72 próbki) a także parametrom fizykochemicznym (113).

Wśród przebadanych próbek soli spożywczej i jej zamienników nie została zdyskwalifikowana żadna z pobranych próbek.

Podsumowanie:

W przyszłości należy kontynuować monitoring znakowania i jakości soli spożywczej, ze względu na jej obligatoryjne wzbogacanie w jod, a także zwracać uwagę na ewentualne pojawiające się nowe zagrożenia dot. produktów wzbogacanych.

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

W 2024 r. w ramach realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” zbadano 426 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, nie zdyskwalifikowano żadnej próbki.

Do badań w 2024 r., podobnie jak w latach ubiegłych, pobierano próbki z:

- ◆ produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, a nieoznakowanych informacją o modyfikacji genetycznej,
- ◆ produktów zawierających w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej (w zakresie sprawdzenia zgodności z przepisami unijnymi, tj. pod kątem obecności nieautoryzowanego GMO oraz właściwego oznakowania),
- ◆ produktów oznakowanych informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie mogących również zawierać inny materiał GM niedopuszczony w UE.

Do badań pobierano m.in. produkty z soi, kukurydzy i ryżu, warzywa, owoce, nasiona rzepaku, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby piekarnicze, koncentraty spożywcze oraz produkty zbożowe przetworzone i żywność dla dzieci, a także przetwory i produkty warzywne (chipsy/prążynki ziemniaczane, kietki soi).

Ważną rolę w zakresie nadzoru nad produkcją i obrotem żywnością 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, takich jak olej czy cukier, dla których nie jest możliwe oznaczenie GMO z uwagi na brak materiału białkowego.

Wnioski:

- ◆ W roku 2024, podobnie jak w ubiegłym roku, wyniki kontroli żywności w kierunku zawartości GMO nie wykazały nieprawidłowości. Statystyka ta nie jest zaskoczeniem, gdyż na przestrzeni ostatnich kilku lat odsetek stwierdzonych nieprawidłowości nie przekraczał 0,5%.
- ◆ Wskazany jest ciągły nadzór Organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad produktami potencjalnie zawierającymi GMO, w tym monitorowanie zarówno produktów importowanych, jak i krajowych, co jest kluczowe dla utrzymania zgodności żywności z przepisami UE dot. żywności GMO oraz wysokiego poziomu bezpieczeństwa żywności na polskim rynku.

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

W roku 2024 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały sprawowanie bieżącego nadzoru nad przetwórstwem oraz obrotem grzybami świeżymi, mrożonymi, oraz suszonymi, uprawnymi i rosnącymi w warunkach naturalnych (dziko rosnącymi), krajowymi i importowanymi. Jednocześnie podejmowane były działania w zakresie prewencji zatruc grzybami.

Nadzór nad obrotem grzybami (świeżymi i suszonymi) oraz przetworami, w których składzie znajdują się grzyby, prowadzony był przez cały rok. Kontrole sanitarne przeprowadzono w punktach handlowych, jak sklepy ogólnospożywcze, warzywnicze, hurtownie i targowiska, a także przeprowadzono kontrole w suszarni grzybów oraz w zakładzie produkcji grzybów mrożonych i przetworów grzybowych. Dokonywano również przeglądu ofert sprzedaży online.



W sezonie grzybowym, tj. od sierpnia do października, wzmożono nadzór nad obrotem grzybami świeżymi, natomiast w okresie przedświątecznym szczególną uwagę zwracano na wprowadzane do obrotu grzyby suszone. Szczególnym nadzorem objęto targowiska, na których prowadzi się sprzedaż grzybów świeżych i suszonych. Ponadto podczas kontroli sprawdzano przestrzeganie przepisów prawa żywnościowego w zakresie spełnienia warunków skupu, przechowywania, sprzedaży grzybów oraz wymagań technologicznych i warunków przetwarzania grzybów, produkcji przetworów grzybowych oraz środków spożywczych zawierających grzyby. Kontrolowano, czy grzyby oferowane do sprzedaży i stosowane w przygotowywanej żywności są dopuszczone do obrotu i produkcji przetworów grzybowych, posiadają wymagane atesty, opakowanie oraz prawidłowe oznakowanie. Zgodnie z przepisami każda partia grzybów dziko rosnących świeżych i suszonych wprowadzona do obrotu powinna być opatrzona odpowiednio atestem na grzyby świeże wydanym przez klasyfikatora grzybów lub grzyboznawcę oraz atestem na grzyby suszone wydanym wyłącznie przez grzyboznawcę. Ponadto, podmioty działające na rynku spożywczym, prowadzące działalność w zakresie skupu grzybów rosnących w warunkach naturalnych, są zobowiązane posiadać atesty na grzyby, a podmioty działające na rynku spożywczym, prowadzące działalność w zakresie przetwórstwa grzybów, poza atestami na grzyby mają obowiązek zapewnić nadzór grzyboznawcy nad procesem technologicznym przetwórstwa grzybów. Zakłady żywienia zbiorowego mogą używać do przygotowywania potraw grzybów dziko rosnących, tylko jeśli posiadają one odpowiedni atest. Ponadto, grzyby rosnące w warunkach naturalnych mogą być oferowane do sprzedaży konsumentowi finalnemu wyłącznie w placówkach handlowych lub na targowiskach. Wprowadzanie do obrotu grzybów suszonych pozyskiwanych z dziko rosnących dopuszczone jest tylko w opakowaniu.

Obrót grzybami świeżymi i suszonymi oraz przetworami grzybowymi prowadzony był prawidłowo.

W ramach nadzoru w przedmiotowym zakresie w roku 2024 pobrano do badań laboratoryjnych **443** próbki, w tym 20 próbek w kierunku zanieczyszczeń mikrobiologicznych, 155 próbek w kierunku metali szkodliwych dla zdrowia, 67 próbek w kierunku pozostałości pestycydów, 80 próbek w kierunku obecności substancji dodatkowych, 162 próbki w kierunku znakowania, 122 próbki zostały zbadane organoleptycznie, 36 próbek w kierunku zanieczyszczeń biologicznych, 13 próbek w kierunku zanieczyszczeń fizycznych, 64 próbki w kierunku innych parametrów. Nieprawidłowości stwierdzono zaledwie w 4 próbkach pobranych w kierunku pozostałości pestycydów, co świadczy o tym, że grzyby i przetwory grzybowe można bezpiecznie spożywać.

Nadawanie i ewidencja uprawnień klasyfikatora grzybów świeżych i grzyboznawcy

Uprawnienia klasyfikatora grzybów świeżych nadaje w drodze decyzji administracyjnej państwowy wojewódzki inspektor sanitarny.

Nadanie uprawnień grzyboznawcy następuje w drodze decyzji administracyjnej Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego działającego z upoważnienia Głównego Inspektora

Sanitarnego. Uprawnieni klasyfikatorzy grzybów i grzyboznawcy legitymują się świadectwem odpowiednio klasyfikatora grzybów lub grzyboznawcy. W centralnej ewidencji grzyboznawców dla całego kraju na koniec 2024 r. znajduje się 2237 osób posiadających uprawnienia grzyboznawcy. W 2024 r. w rejestrze prowadzonym w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu przybyło również 43 klasyfikatorów grzybów świeżych oraz 49 grzyboznawców (szkolenia były organizowane przez Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego).

Zatrucia grzybami

Krajowy rejestr zatruc grzybami prowadzony jest przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu. Rejestr obejmuje przypadki zgłoszone przez podmioty lecznicze do stacji sanitarno-epidemiologicznych. Zgodnie z danymi obejmującymi wszystkie województwa w Polsce w roku 2024 zatruciu grzybami uległo 13 osób, 11 osób hospitalizowano, w tym stwierdzono 1 zgon. W województwie podlaskim odnotowano 3 zatrucia (smardz jadalny), w województwie śląskim 2 zatrucia (piestrzenica kasztanowata i nieustalona przynależność gatunkowa), w województwie dolnośląskim 2 zatrucia (rydz i nieustalona przynależność gatunkowa), w województwie warmińsko-mazurskim 1 zatrucie (muchomor czerwony), a w województwie lubelskim i lubuskim po 1 zatruciu muchomorem zielonawym (sromotnikowym), w województwie podkarpackim odnotowano 1 zatrucie (piestrzenica kasztanowata), województwie małopolskim 1 zatrucie (grzyb z rodzaju czubajka) i pomorskim 1 zatrucie grzybami o nieustalonej przynależności gatunkowej. Zgodnie z zaleceniami żywieniowymi niewskazane jest spożywanie grzybów w stanie surowym, jak również podawanie potraw z grzybów małym dzieciom oraz osobom starszym.

Liczba zatruc odnotowana w 2024 r. jest taka sama jak w roku ubiegłym (tabela poniżej).

Tab. 10 Zestawienie liczby zatruc grzybami w latach 2020-2024

Rok	Liczba zatruc	Liczba hospitalizacji	Liczba zgonów
2020	8	5	4
2021	6	6	0
2022	18	17	0
2023	13	13	0
2024	13	11	1

Występowanie przypadków zatruc świadczy o potrzebie kontynuowania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działań na rzecz prewencji zatruc grzybami.

Działania zapobiegające zatruciom grzybami

W sprawach dotyczących zapobiegania zatruciom grzybami, wzorem lat ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla powiatowego i wojewódzkiego podejmowały różnego rodzaju działania edukacyjne, mające na celu pogłębianie wiedzy społeczeństwa na temat identyfikacji grzybów dziko rosnących: jadalnych, niejadalnych i trujących, zasad związanych z bezpiecznym zbiorem, przechowywaniem i zakupem grzybów jadalnych. Organizowano ogólnodostępne wystawy grzybów, podczas których prezentowano modele, filmy i fotografie grzybów, rozdawano ulotki, udzielano porad, wygłaszano prelekcje skierowane do osób zbierających i spożywających grzyby na temat podstawowych zasad bezpieczeństwa, w tym zasad wprowadzania do obrotu handlowego grzybów świeżych i suszonych. Informacje dotyczące zapobiegania zatruciom grzybami przekazywano do mediów (radio, telewizja, prasa) i publikowano na stronach internetowych, portalach społecznościowych (np. Facebook, X, Instagram), tablicach informacyjnych poszczególnych stacji sanitarno-epidemiologicznych, a także na targowiskach, gdzie prowadzono sprzedaż grzybów. Podejmowane działania realizowano często we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, przedstawicielami Lasów Państwowych, Ligi Ochrony Przyrody i innymi jednostkami organizacyjnymi. Przed okresem wzmożonego wzrostu grzybów i w jego trakcie społeczeństwo było także informowane o możliwości dokonania oceny zebranych grzybów w ramach prowadzonych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych bezpłatnych porad grzybowych, udzielanych przez grzyboznawców i kwalifikatorów grzybów osobom zbierającym grzyby na własny użytek.

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

Nadzór sanitarny nad materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością obejmuje zarówno sanitarno-higieniczne warunki produkcji, jak i bezpieczeństwo zdrowotne tych produktów. Na terenie kraju jest zarejestrowanych **1049** wytwórni materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz **8598** miejsc obrotu tymi produktami, w tym **7389** sklepów oraz hurtowni.

W 2024 r. przeprowadzono łącznie **2519** kontroli w wytwórniach i miejscach obrotu tymi produktami. Zwracano uwagę na oznakowanie wyrobu i materiału przeznaczonego do kontaktu z żywnością pod kątem przestrzegania wymagań obowiązujących przepisów dotyczących prawidłowego znakowania tego typu produktów. W celu weryfikacji pobierano próbki materiałów i wyrobów do badań laboratoryjnych. W 2024 r. na **1496** ocenionych próbek – zakwestionowano **22**.

Nadzór sanitarny nad materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością obejmuje także materiały i wyroby z tworzyw sztucznych pochodzących z recyklingu w zakresie stosowania odpowiednich technologii recyklingu. Aktualnie pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest **10** zakładów zajmujących się recyklingiem tworzyw sztucznych przeznaczonych do kontaktu z żywnością (produkujących regranulat przeznaczony do kontaktu z żywnością) oraz **14** zakładów wykorzystujących

powstałe w procesie recyklingu tworzywa do produkcji butelek przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w tym na wodę, mleko i wyroby mleczne fermentowane oraz inne napoje).

Celowy jest bieżący nadzór nad podmiotami produkującymi i wprowadzającymi do obrotu materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością w celu weryfikacji, czy podmioty spełniają obowiązujące wymagania. Stwierdzony w 2024 r. niski odsetek niezgodności (**<1,5%**) w badanych produktach potwierdza, że podmioty zapewniają bezpieczeństwo tych produktów dla zdrowia konsumentów.

7. Wybrane zagadnienia nadzoru nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego

Grupa zakładów żywienia typu zamkniętego obejmuje m.in.: stołówki i bufety w zakładach pracy, bloki żywieniowe w szpitalach, sanatoriach i prewentoriach, w domach opieki społecznej, stołówki w żłobkach i domach małego dziecka, przedszkolach, szkołach, w bursach i internatach, w zakładach specjalnych i wychowawczych, w domach dziecka i młodzieży, stołówki studenckie, stołówki w domach wczasowych, na koloniach, półkoloniach, obozach i inne. Mogą to być obiekty całoroczne lub działające okresowo.



Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawując bieżący nadzór poświęcały dużo uwagi zakładom żywienia zbiorowego typu zamkniętego z uwagi na ich specyfikę oraz ścisłe powiązanie z czynnikami warunkującymi utrzymanie prawidłowego stanu zdrowia określonych grup konsumentów, w szczególności pacjentów w szpitalach, dzieci w żłobkach i przedszkolach, uczniów w szkołach, wychowanków domów dziecka, pensionariuszy domów pomocy społecznej.

Żywnienie zbiorowe określonych grup konsumentów jest realizowane przez zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego działające w ramach własnej jednostki (np.: przez bloki żywieniowe w szpitalach, kuchnie i stołówki w jednostkach systemu oświaty, w placówkach opieki dla dorosłych i dzieci) lub częściowo bądź całościowo w systemie cateringowym, bazującym na produktach i daniach przygotowywanych lub dostarczanych przez podmioty zewnętrzne świadczące usługi cateringowe, transportowe żywności, a także podmioty przygotowujące żywność na potrzeby własnej działalności świadczące jednocześnie usługi cateringowe dla klientów zewnętrznych.

Podobnie jak w pozostałych obszarach rynku spożywczego warunki higieniczno-sanitarne prowadzenia działalności w zakresie żywienia zbiorowego typu zamkniętego regulują przepisy prawa żywnościowego. 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 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH-PIB). Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego w aspekcie prawidłowego żywienia istotną rolę odgrywają modelowe racje pokarmowe, w których podane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Dla większości grup konsumentów oraz jednostek realizujących działalność w zakresie żywienia zbiorowego typu zamkniętego mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia. W związku z powyższym w odniesieniu do zakładów żywienia zbiorowego, dla których nie wprowadzono dotychczas przepisów dotyczących wymagań jakościowych żywienia, w przypadku stwierdzenia podczas oceny sposobu żywienia niezgodności z zasadami żywienia publikowanymi przez NIZP PZH-PIB, do podmiotów odpowiedzialnych kierowane były pisma informacyjne z zaleceniami. Grupami ludności, dla których usankcjonowano standardy żywieniowe, są dzieci i młodzież szkolna.

W 2024 r. na **49 332** zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego wpisanych do rejestrów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowano ogółem **24 302** (w 2023 r. – na 49 283 zakłady skontrolowano ogółem 24 815). Ogółem zatwierdzono **2336** nowych zakładów (w 2023 r. – 2566 zakładów), przeprowadzono **30 000** kontroli, w tym **1550** interwencyjnych (w 2023 r. – 30 746 kontroli, z czego 1459 interwencyjnych). W wyniku stwierdzonych naruszeń wymagań higienicznych i zdrowotnych:

- ◆ wydano **3274** decyzje administracyjne, w tym **101** unieruchamiających/przerywających działalność zakładu oraz **20** zakazujących wprowadzenie produktu do obrotu (w 2023 r. – 3 575 decyzji, w tym

102 unieruchamiających /przerywających działalność zakładu i 17 zakazujących wprowadzenie produktu do obrotu);

- ◆ nałożono **1 275** grzywien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę **344 430** zł (w 2023 r. – 1276 mandatów karnych na łączną kwotę 322 600 zł);
- ◆ skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych **107** wniosków o nałożenie kary finansowej za stwierdzone naruszenia (w 2023 r. – 107 wniosków)

Ocena bezpieczeństwa oraz sposobu żywienia w blokach żywieniowych i stołówkach działających w systemie cateringowym była ściśle związana z kontrolą zakładów cateringowych dostarczających serwowane potrawy (dania lub posiłki). W tym zakresie w 2024 r. skontrolowano **ok. 60%** zewidencjonowanych zakładów cateringowych – z **2096** wpisanych do rejestru skontrolowano **1264**, przeprowadzając **2217** kontrole, w tym **258** na skutek wniesionych interwencji (w 2023 r. skontrolowano ok. 61% z 2 151 wpisanych do rejestrów PIS – skontrolowano 1 305 zakładów, przeprowadzając 2 274 kontrole, w tym 242 na skutek wniesionych interwencji). W efekcie stwierdzonych nieprawidłowości wydano **478** decyzji administracyjnych dot. m.in. poprawy stanu sanitarnego, unieruchomienia zakładu itp. oraz nałożono **414** grzywien w drodze mandatu na kwotę **137 450** zł (w 2023 r. – 520 decyzji administracyjnych dot. m.in. poprawy stanu sanitarnego, unieruchomienia zakładu itp. oraz nałożono 390 mandatów na kwotę 122 850 zł).

W ramach przeprowadzanych działań kontrolnych dotyczących zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały oceny sposobu żywienia na podstawie jadłospisów oraz zestawień dekadowych produktów, a także badań laboratoryjnych próbek posiłków. Sprawdzano również dostępność jadłospisów dla konsumentów w aspekcie realizacji wymagań ujętych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności (...) oraz w rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych (Dz.U. z 2015 r. poz. 29), w szczególności w aspekcie prawidłowości eksponowania informacji dotyczących składników alergennych lub powodujących reakcje nietolerancji.

W **2024 r.** organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały oceny sposobu żywienia w **11 473** zakładach, tym w **202** zakładach cateringowych, na podstawie badania **12 397** próbek (jadłospisów, zestawień dekadowych produktów, posiłków). Nieprawidłowości stwierdzono w **1461** próbkach.

Tab. 11 Wyniki nadzoru sanitarnego nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego w 2024 r.

Zakres danych	W rejestrze (szt.)	w tym skontrolowanych (szt.)	Odsetek skontrolowanych (%)	Przeprowadzone kontrole (szt.)	w tym interwencyjnie (szt.)	Wydane decyzje (szt.) *	Nałożone mandaty karne (szt.)	Kwota nałożonych mandatów (zł)	Wnioski o nałożenie kar pieniężnych przez PWIS (szt.)
Rodzaj zakładu									
stołówki pracownicze	1093	440	40%	599	45	113	71	21 400 zł	4
bufety przy zakładach pracy	1153	367	32%	463	27	63	63	16 050 zł	4
stołówki w domach wczasowych	2249	1152	51%	1620	178	278	200	60 400 zł	7
bloki żywienia w szpitalach	1037	743	72%	1109	112	195	27	7750 zł	1
kuchnie niemowlęce	78	37	47%	39	1	1	1	100 zł	0
bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	277	180	65%	324	63	56	28	8 350 zł	0
bloki żywienia w domach opieki społecznej	2398	1313	55%	1634	121	174	100	29 450 zł	11
stołówki w żłobkach i domach małego dziecka	4339	1937	45%	2247	82	170	75	16 250 zł	8
stołówki szkolne	12 368	6188	50%	7475	290	903	224	56 830 zł	20
stołówki w bursach i internatach	615	398	64%	544	31	81	21	5950 zł	1
stołówki na koloniach/półkoloniach/obozach/zimowiskach	2486	2106	85%	2686	91	81	89	27 750 zł	8
stołówki w przedszkolach	14 877	6913	46%	8123	271	814	227	50 500 zł	19
stołówki w domach dziecka i młodzieży	501	266	53%	287	6	16	1	200 zł	0
stołówki studenckie	115	60	52%	86	8	10	16	4 500 zł	0
stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	900	448	50%	534	22	54	10	2050 zł	0
inne zakłady żywienia	4846	1754	36%	2230	202	265	122	36 900 zł	24
Razem	49 332	24 302	49%	30 000	1550	3 274	1 275	344 430 zł	107

*decyzje wydane w wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym decyzje nakazujące poprawę stanu sanitarno-higienicznego zakładu, unieruchamiające, zakazujące produkcji, zakazujące wprowadzenia produktu do obrotu, zatwierdzające warunkowo, odmawiające zatwierdzenia.

7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach

W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowanego nadzoru nad bezpieczeństwem żywienia w szpitalach prowadziły ocenę żywienia pacjentów. Kontrole urzędowe żywności w szpitalnych blokach żywieniowych obejmowały w szczególności ocenę stanu sanitarno-technicznego obiektu i jego wyposażenia, sposobu przyjęcia i jakości surowców lub gotowych potraw, warunków produkcji i dystrybucji żywności, stanu higieny i stanu zdrowia pracowników mających kontakt z żywnością (na podstawie orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych), a także prowadzenia dokumentacji kontroli wewnętrznej. W trakcie kontroli przeprowadzano również ocenę jakościową i laboratoryjną żywienia pacjentów w zakresie diety podstawowej na podstawie jadłospisów, zestawień dekadowych oraz próbek posiłków.

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

- ◆ niska wartość energetyczna posiłków w stosunku do zapotrzebowania dziennego dla pacjentów;
- ◆ nieprecyzyjne informacje na temat alergenów, zaplanowanych potraw oraz ich gramatury;
- ◆ brak w posiłkach głównych (śniadaniu, obiedzie lub kolacji) pełnowartościowego białka zwierzęcego lub białka roślin strączkowych;
- ◆ mała podaż warzyw oraz owoców w dziennej racji pokarmowej;
- ◆ brak lub podawanie zbyt małej ilości mleka i przetworów mlecznych;
- ◆ brak lub podawanie zbyt małej ilości ryb i/lub przetworów rybnych;
- ◆ nieuwzględnienie w diecie tłuszczów roślinnych bogatych w kwasy jedno- i wielonasycone;
- ◆ podawanie zbyt dużej ilości potraw smażonych (brak zróżnicowania technik przygotowywania potraw w dekadzie), a także słodkich dań i dodatków (dżemu, kremu czekoladowego i miodu);
- ◆ duży udział produktów wysokoprzetworzonych (konserw, pasztetów, mortadeli, mielonki), stosowania koncentratów zup w proszku;
- ◆ obecność w posiłkach (ocena ilościowa) ponadnormatywnej ilości soli lub tłuszczów.

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

- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny pomieszczeń bloku żywienia, ich wyposażenia oraz urządzeń;
- ◆ brak dokumentacji lub zapisów w dokumentacji kontroli wewnętrznej: GHP, GMP i HACCP, jak również niedostosowanie tej dokumentacji do stanu faktycznego, 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, brak aktualnego wyniku badania wody przeznaczonej do spożycia);



- ◆ nieprawidłowe przechowywanie artykułów spożywczych, m.in: brak segregacji produktów w urządzeniach chłodniczych (np.: w opakowaniach nieprzeznaczonych do kontaktu z żywnością lub wtórnie wykorzystywanych opakowaniach jednorazowych, przechowywanie gotowych półproduktów z surowcami), niezachowanie łańcucha chłodniczego,
- ◆ niewłaściwe zagospodarowanie odpadów.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących warunków sanitarno-higienicznych, w obiektach, w których przygotowywano i wydawano posiłki, organy PIS nakładały mandaty karne, wydawały zalecenia pokontrolne lub decyzje administracyjne obligujące do podjęcia działań mających na celu wymaganą poprawę stanu w zakładzie. Ustalano terminy usunięcia 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. Podczas kontroli oraz w wystąpieniach pokontrolnych kierowanych do dyrektorów szpitali, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedsiębiorców odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości – organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazywały uwagi dotyczące stosowania zasad racjonalnego żywienia pacjentów oraz zobowiązywały do wdrożenia działań naprawczych. Ponadto podkreślały potrzebę dbałości zarówno o bezpieczeństwo produkowanych posiłków, jak i prawidłowe żywienie, które powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta oraz wspomagać proces leczenia i rekonwalescencji.

W 2024 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się **1037** bloki żywienia w szpitalach, z których **701**, ponad 67%, działała w systemie cateringowym, w oparciu o posiłki dostarczane przez firmy zewnętrzne. W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

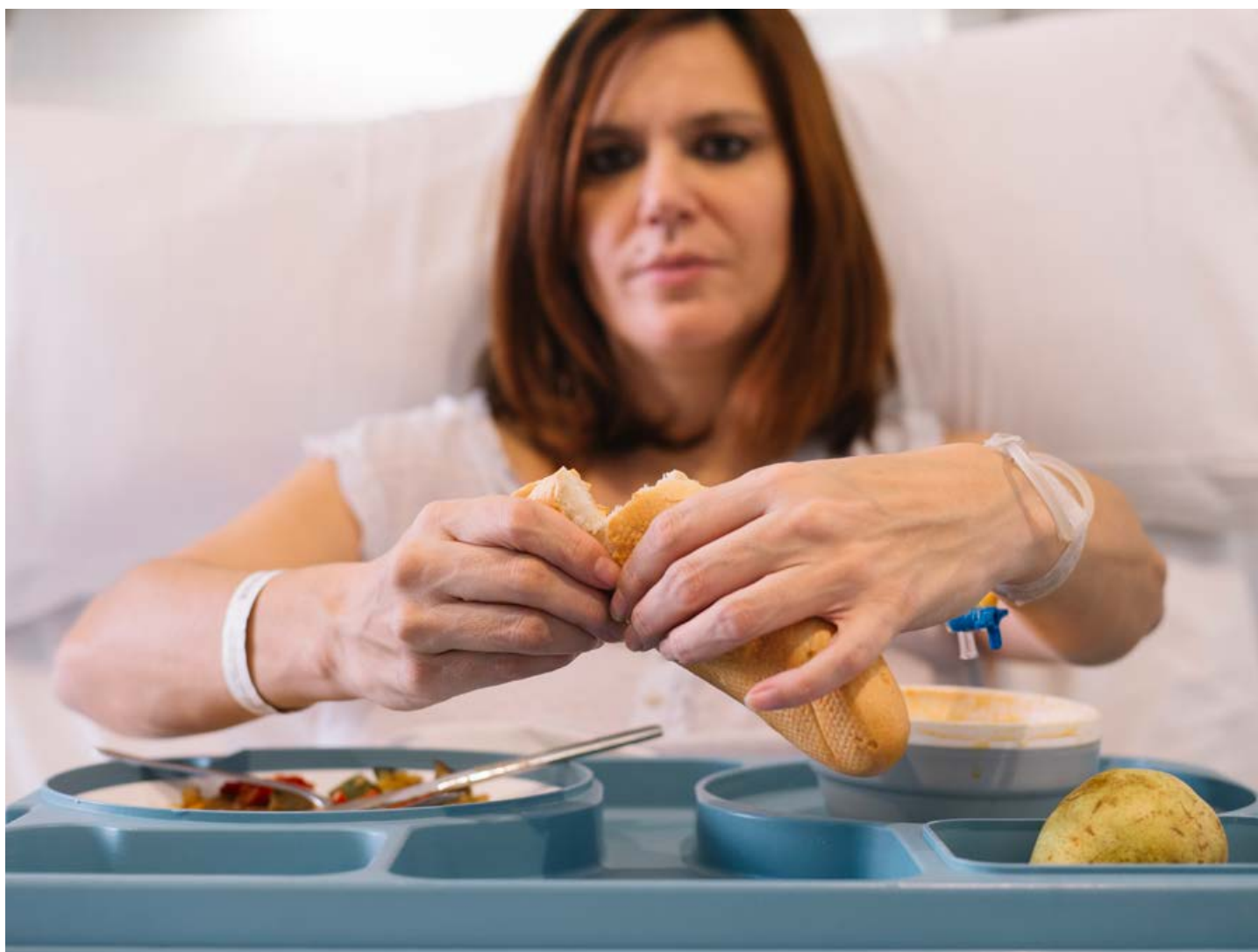
- ◆ skontrolowały ogółem **743** bloki żywienia w szpitalach, z czego **467** bloków w szpitalach korzystających z usług firm cateringowych;
- ◆ przeprowadziły ogółem **1109** kontroli bloków żywienia w szpitalach, w tym **112** kontroli interwencyjnych;
- ◆ przeprowadziły **646** kontroli w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, w tym **68** kontroli interwencyjnych;
- ◆ w **523** blokach żywienia w szpitalach ogółem dokonały oceny sposobu żywienia w zakresie diety podstawowej na podstawie **489** jadłospisów, **274** zestawień dekadowych produktów oraz **75 próbek** posiłków zbadanych laboratoryjnie. W wyniku tego stwierdzono nieprawidłowości w **90** jadłospisach, **67** zestawieniach dekadowych produktów oraz **39** próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie;
- ◆ w **340** próbkach odnoszących się do posiłków dostarczanych do szpitali w systemie cateringowym stwierdzono nieprawidłowości w **61** jadłospisach, **39** zestawieniach dekadowych produktów oraz **17** próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku ze stwierdzonymi uchybieniami nałożyły ogółem **27** grzywien w drodze mandatu karnego na kwotę **7750 zł**, w tym **14** mandatów na kwotę **3 900 zł**

w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym, oraz wydały ogółem **195** decyzji administracyjnych, w tym **77** w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym.

Wnioski:

Z uwagi na stwierdzane nieprawidłowości w zakresie jakości i bezpieczeństwa żywienia pacjentów, konieczne jest wzmacnianie nadzoru sanitarnego w szpitalach, w szczególności w blokach żywienia oraz zakładach cateringowych świadczących usługi na ich rzecz. Prawidłowe żywienie pacjentów ma bezpośredni wpływ na proces leczenia, rekonwalescencję i ogólny stan zdrowia, dlatego zapewnienie jego odpowiedniego poziomu powinno być traktowane jako element standardu opieki zdrowotnej. Państwowa Inspekcja Sanitarna, w ramach urzędowej kontroli, prowadzi działania weryfikujące spełnienie wymagań higienicznych, jakości zdrowotnej żywności oraz zgodności posiłków z zaleceniami dietetycznymi. Skuteczny i systematyczny nadzór w tym obszarze pozwala eliminować nieprawidłowości, lecz także zapobiegać ich występowaniu, przyczyniając się do poprawy warunków hospitalizacji i ochrony zdrowia pacjentów.



7.2. Kontrole żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty w roku szkolnym

Zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego w roku szkolnym 2023/2024 r., organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały nadzór nad bezpieczeństwem żywności i żywienia w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty, w szczególności pod kątem zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu 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) – zwanym dalej rozporządzeniem MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych.

W roku szkolnym 2023/2024 organy PIS skontrolowały w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty ogółem **13 853** obiekty żywności i żywienia, w tym: **1006** sklepików i kiosków szkolnych oraz **12 847** stołówek w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty: w szkołach, przedszkolach, bursach i internatach oraz zakładach specjalnych i wychowawczych.

W roku szkolnym 2023/2024 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie kraju ogółem:

- ◆ przeprowadziły łącznie **16 080** kontroli, w tym **11 385** w zakresie zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych,
- ◆ stwierdziły nieprawidłowości w **1950** obiektach, z czego w **664** obiektach naruszenia dotyczyły przepisów ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w sklepikach/ kioskach szkolnych oraz w stołówkach/ blokach żywieniowych w nadzorowanych jednostkach oświaty organy PIS w roku szkolnym 2023/2024:

- ◆ wydały **861** decyzji w celu poprawy stanu sanitarnego,
- ◆ wymierzyły ogółem **84** kary pieniężne na łączną kwotę **123 400** zł, w tym
- ◆ **71** kar na kwotę **100 700** zł za naruszenie wymagań objętych rozporządzeniem MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych,
- ◆ **428** grzywien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę **97 200** zł.

7.2.1. Sklepiki i kioski szkolne – punkty obrotu żywnością w szkołach

Na **1006** skontrolowanych punktów sprzedaży w szkołach naruszenia przepisów prawa żywnościowego stwierdzono w:

- ◆ 168 sklepikach/ kioskach szkolnych, z czego w 109 w zakresie rozporządzenia MZ dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych.

W trakcie kontroli stwierdzono m.in.:

- ◆ wprowadzanie do obrotu środków spożywczych niespełniających wymagań rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych, spoza dopuszczonych grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, z ponadnormatywną zawartości cukru, tłuszczu i sodu/soli (dot. np. napojów, batonów, ciastek, rogali, cukierków),
- ◆ brak dokumentacji potwierdzającej, że wprowadzane do sprzedaży na terenie jednostki systemu oświaty środki spożywcze bez opakowań, takie jak: pączki z toffi, pączki z malinami, gniazdka ptysiowe, spełniają wymagania rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych w zakresie dopuszczalnych poziomów cukru, tłuszczu lub sodu/soli w 100 g/ml produktu gotowego do spożycia,

a ponadto m.in.:

- ◆ prowadzenie działalności w zakresie sprzedaży środków spożywczych bez zatwierdzenia i wpisu do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- ◆ brak bieżącej czystości i porządku pomieszczeń, urządzeń i wyposażenia;
- ◆ nieprawidłowe przechowywanie żywności, w tym produktów wymagających utrzymania warunków chłodniczych (przechowywanie łatwo psujących się środków spożywczych poza urządzeniami chłodniczymi, braki dokumentacji potwierdzającej monitorowanie temperatury przechowywania żywności w urządzeniu chłodniczym i inne);
- ◆ brak zabezpieczenia żywności przed zanieczyszczeniem;
- ◆ brak w miejscu prowadzenia działalności wymaganych orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych osób pracujących w styczności z żywnością;
- ◆ brak wydzielonego miejsca do prawidłowego przechowywania odzieży ochronnej lub osobistej;
- ◆ wprowadzanie do obrotu przeterminowanych środków spożywczych;
- ◆ nieprzestrzeganie wymagań w zakresie znakowania środków spożywczych, brak dokumentacji umożliwiającej zidentyfikowanie dostawcy i źródła pochodzenia/ producenta przechowywanych środków spożywczych, brak oznakowania/ etykiet.

W ramach działań egzekwujących przestrzeganie wymagań prawa żywnościowego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ wydały **36** decyzji w celu poprawy stanu sanitarnego w zakładzie,
- ◆ wymierzyły **66** kar pieniężnych na łączną kwotę **95 500** zł, w tym **62 kary wymierzone prowadzącym sklepiki** na kwotę **90 700** zł – w zakresie rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych,



- ◆ nałożyły **49** grzywnien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę **8850** zł na osoby odpowiedzialne, w tym właścicieli sklepików i kiosków szkolnych.

Ponadto podczas prowadzonych działań kontrolnych w sklepikach szkolnych informowano o obowiązującym rozporządzeniu MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych oraz udzielono instruktażu z zakresu: asortymentu środków spożywczych, jaki może być wprowadzany do obrotu, konieczności udostępniania w miejscu widocznym dla dzieci i młodzieży informacji o składnikach i surowcach zawartych w kanapkach/ sałatkach, w tym o składnikach alergennych. Kierowano wystąpienia do właścicieli sklepików informujące m.in. o nowych regulacjach prawnych dotyczących sprzedaży napojów z dodatkiem kofeiny i tauryny, dystrybutorów wody i jej jakości.

7.2.2. Żywnienie zbiorowe w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty (kontrola stołówek)

Kontrole objęły stołówki (bloki żywieniowe) w: szkołach, przedszkolach, bursach i internatach oraz zakładach specjalnych i wychowawczych.

W roku szkolnym 2023/2024 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ skontrolowały **12 847** stołówek w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty,
- ◆ przeprowadziły **14 905** kontroli, z czego **10 570** w zakresie wymagań rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych,
- ◆ w **1782** stołówkach, tj. w ok. **14%** skontrolowanych, stwierdzono uchybienia wobec prawa żywnościowego,
- ◆ naruszenia przepisów rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. wykazały kontrole w **555** stołówkach skontrolowanych, tj. ok. **4%** skontrolowanych.

W nadzorowanych jednostkach systemu oświaty posiłki serwowane dzieciom i młodzieży były przygotowywane od surowca do gotowych potraw na miejscu we własnym bloku żywieniowym jednostki lub dostarczane w ramach cateringu, tj. przygotowywane przez inny zakład żywienia zbiorowego żywienia.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych oraz warunków bezpieczeństwa żywności w blokach żywieniowych (stołówkach):

- ◆ brak bieżącej czystości i porządku w pomieszczeniach oraz urządzeń i wyposażenia mającego kontakt z żywnością;
- ◆ niewłaściwy stan techniczny i/lub sanitarny pomieszczeń (ścian, podłóg) i/lub wyposażenia mającego kontakt z żywnością (sprzętu, urządzeń, niesprawności urządzeń chłodniczych);
- ◆ nieprawidłowo prowadzone procesy przygotowywania posiłków – krzyżowanie się dróg czystych i brudnych;

- ◆ nieprawidłowo przeprowadzany proces mycia i dezynfekcji naczyń stołowych lub brak środków do dezynfekcji;
- ◆ niewłaściwa jakość wody przeznaczonej do spożycia;
- ◆ brak orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych osób zatrudnionych do pracy w styczności z żywnością;
- ◆ stosowanie przeterminowanych środków spożywczych do przygotowywania posiłków;
- ◆ niewłaściwe przechowywanie środków spożywczych (przechowywanie łatwo psującej się żywności poza urządzeniem chłodniczym, brak odpowiedniej segregacji asortymentowej w urządzeniach chłodniczych i magazynach, przechowywanie nieoznakowanych i/lub zamrożonych we własnym zakresie żywności bez możliwości jej identyfikacji);
- ◆ nieprawidłowe znakowanie środków spożywczych, m.in. brak informacji o wartościach odżywczych posiłków czy brak informacji o alergenach;

Przy ocenie żywienia zbiorowego w zakresie jadłospisów i serwowanych potraw weryfikowano przestrzeganie wymagań, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych, na podstawie oceny teoretycznej jadłospisów oraz badań laboratoryjnych posiłków. Weryfikowano przy tym, czy środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty spełniają odpowiednie wymagania dla danej grupy wiekowej, wynikające z aktualnych norm.

Kontrole ujawniły występowanie takich nieprawidłowości jak:

- ◆ niedochowanie obowiązku stosowania środków spożywczych odpowiednich dla danej grupy wymagań, wynikających z aktualnych norm żywienia dla populacji polskiej;
- ◆ nieprawidłowe obliczanie kaloryczności posiłków;
- ◆ serwowanie mało urozmaiconych posiłków;
- ◆ niezapewnienie w posiłkach (śniadanie, obiad, kolacja) odpowiedniego udziału wymaganych rozporządzeniem grup produktów: zbożowych lub ziemniaków, warzyw lub owoców, mleka lub produktów mlecznych, mięsa, ryb, jaj, orzechów, nasion roślin strączkowych i innych nasion oraz tłuszczów, np.:
 - ✦ zbyt duży udział ziemniaków w stosunku do produktów zbożowych, brak planowania w jadłospisach nasion roślin strączkowych;
 - ✦ potrawy smażone podawane częściej niż dwie porcje w tygodniu,
 - ✦ niedotrzymanie wymagania podania: jednej porcji ryb co najmniej raz w tygodniu, co najmniej dwóch porcji mleka lub produktów mlecznych, co najmniej jednej porcji produktów zbożowych w każdym posiłku,
 - ✦ brak warzyw lub owoców w każdym posiłku,
 - ✦ zbyt częsta podaż do pieczywa słodkich dodatków typu dżem czy krem czekoladowy;
 - ✦ stosowanie do smażenia tłuszczów zwierzęcych;

- ✦ stosowanie niedopuszczonych przepisami prawa koncentratów spożywczych;
- ✦ serwowanie do spożycia napojów, zawierających więcej niż 10 g cukru w 250 ml gotowego produktu.

Na podstawie wyników badań laboratoryjnych posiłków stwierdzano przypadki:

- ◆ występowania różnicy pomiędzy masą posiłku wydanego do konsumpcji w stosunku do masy deklarowanej w jadłospisie;
- ◆ brak pokrycia średniego zapotrzebowania kalorycznego wynikającego z norm dla badanego posiłku;
- ◆ nieprawidłowy procentowy udział energii z białka i tłuszczu;
- ◆ wyższą zawartość soli w posiłku badanym w stosunku do wartości wykazanej teoretycznie.

W trakcie kontroli zakładów żywienia zbiorowego osobom odpowiedzialnym za żywienie oraz przygotowującym posiłki:

- ◆ udzielano porad i wskazówek dotyczących zasad prawidłowego układania jadłospisu, informowano o obowiązującym rozporządzeniu ustanawiającym wymagania, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży;
- ◆ informowano również o konieczności udostępniania w miejscu widocznym dla dzieci/młodzieży informacji o składnikach i surowcach zawartych w posiłkach, w tym o składnikach alergennych;

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami:

- ◆ wydawano stosowne zalecenia w protokołach kontroli sanitarnej;
- ◆ nakładano grzywny w drodze mandatu karnego;
- ◆ wszczęto postępowania administracyjne w sprawie poprawy stanu sanitarnego;
- ◆ skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych wnioski o wymierzenie kary pieniężnej;
- ◆ skierowano pisma do dyrektorów obiektów i właścicieli firm cateringowych świadczących usługi w zakresie organizacji żywienia w jednostkach systemu oświaty z uwagami dotyczącymi prawidłowych zasad planowania żywienia w oparciu o zalecane normy żywieniowe dla poszczególnych grup wiekowych oraz rozporządzenie MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych;
- ◆ przeprowadzono kontrole sprawdzające wdrożenie działań naprawczych w jednostce;
- ◆ podejmowano działania edukacyjne.

W pismach kierowanych do dyrektorów jednostek systemów oświaty oraz właścicieli firm cateringowych świadczących usługi w zakresie organizacji żywienia w jednostkach systemu oświaty przypominano o obowiązku planowania żywienia zbiorowego w oparciu o zalecane normy żywieniowe dla poszczególnych

grup wiekowych, zapewniając zbilansowaną dietę zarówno pod względem energetycznym, jak i ilości oraz jakości składników odżywczych.

Brano udział w spotkaniach edukacyjnych kierowanych do dzieci i młodzieży, osób odpowiedzialnych za planowanie i realizację żywienia oraz rodziców. Przeprowadzano pogadanki, na których poruszano tematy zdrowego odżywiania. Zwracano szczególną uwagę na konieczność ograniczania ilości spożywanego cukru i soli oraz tłuszczu zwierzęcego. Zachęcano do spożywania większej ilości warzyw i owoców. Przedstawiano zalety żywności nieprzetworzonej i posiłków przygotowywanych samodzielnie w domu. Podkreślano ważną rolę aktywności fizycznej i potrzebę odpowiedniego wypoczynku w codziennym życiu. Uczniom prezentowano piramidę zdrowego żywienia i stylu życia dla dzieci i młodzieży do 18 r. ż. oraz talerz zdrowego żywienia. Podczas spotkań omawiano etykiety produktów żywnościowych, wyjaśniając, jak je czytać, wyjaśniano wpływ napojów energetycznych na zdrowie oraz informowano, co warto wiedzieć na temat suplementów diety.



W efekcie kontroli organy PIS w roku szkolnym 2023/2024 ogółem:

- ◆ wydały **825** decyzji dotyczących poprawy stanu sanitarnego stołówek,
- ◆ nałożyły **18** decyzji PWIS wymierzających kary pieniężne na łączną kwotę **27 900** zł, w tym **9** na kwotę **10 000** zł za naruszenia przepisów rozporządzenia MZ dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych,
- ◆ nałożyły **379** grzywnien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę **88 350** zł.

7.2.3. Podsumowanie

W roku szkolnym 2023/2024 skontrolowano łącznie 13 853 sklepiki, kioski szkolne oraz stołówki w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty, co stanowiło około 44% wszystkich obiektów żywieniowych tej kategorii. Odsetek ten był zbliżony do poziomu kontroli z ubiegłego roku szkolnego (45%). Jednocześnie odnotowano niewielki spadek liczby zakładów, w których stwierdzono nieprawidłowości – z 17% w roku szkolnym 2022/2023 do 14% w roku 2023/2024. Obserwowany lekki spadek liczby wykrywanych nieprawidłowości może wynikać z utrzymującego się stałego nadzoru nad sklepikami szkolnymi oraz stołówkami w przedszkolach i szkołach, a także z rosnącej świadomości podmiotów dotyczącej standardów sanitarnych i jakości żywności. Nie można jednoznacznie stwierdzić, czy jest to stała tendencja spadkowa, bowiem w roku szkolnym 2020/2021 oraz 2021/2022 większość placówek funkcjonowała w systemie online z powodu pandemii, co znacząco ograniczyło działalność stacjonarnych punktów żywienia.

Wyniki kontroli potwierdzają konieczność dalszego prowadzenia działań edukacyjnych i wspierających przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie jakości zdrowotnej żywności i żywienia w placówkach oświatowych. Szczególną uwagę należy poświęcić podmiotom odpowiedzialnym za szkolne punkty sprzedaży żywności (sklepiki, kioski, automaty) oraz dyrektorom placówek, aby zapewnić dzieciom i młodzieży dostęp wyłącznie do produktów zgodnych z obowiązującymi przepisami.

Kontynuacja tych działań nie tylko przyczynia się do poprawy jakości żywienia w szkołach, ale także zwiększa świadomość osób odpowiedzialnych za organizację żywienia dzieci i młodzieży. Jest to zgodne z misją Państwowej Inspekcji Sanitarnej, obejmującą edukację zdrowotną, promowanie zasad racjonalnego żywienia oraz wspieranie szkół w kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych.

Szczególnie istotne jest dalsze ograniczanie dostępu do żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, soli, cukrów i substancji słodzących, co wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 lipca 2016 r. Jego celem jest wzmocnienie ochrony zdrowia dzieci i młodzieży poprzez promowanie zasad zdrowego żywienia, zwiększenie spożycia owoców i warzyw, produktów bogatych w wapń oraz wody jako podstawowego napoju.

8. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad importem z państw trzecich żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz eksport żywności

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzają graniczną kontrolę sanitarną środków spożywczych pochodzenia roślinnego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przywożonych z państw trzecich, które są odprawiane ostatecznie w Polsce. Kontrole są prowadzone na podstawie przepisów krajowych i unijnych z uwzględnieniem oceny ryzyka.

Organy PIS przeprowadzają graniczne kontrole sanitarne w zakresie bezpieczeństwa żywności wyłącznie środków spożywczych pochodzenia roślinnego, przywożonych z państw trzecich i odprawianych w Polsce. Kontrole te dotyczą produktów, które są deklarowane na cele spożywcze i są wprowadzane do obrotu z takim przeznaczeniem.

Graniczne kontrole sanitarne na podstawie przepisów krajowych są przeprowadzane na zasadach określonych w art. 79-84 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2022, poz. 2132) oraz w art. 43-46 i 65-72 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/625 z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie kontroli urzędowych i innych czynności urzędowych przeprowadzanych w celu zapewnienia stosowania praw żywnościowego i paszowego (...) (rozporządzenie w sprawie kontroli urzędowych) (Dz. Urz. L 95 z 07.04.2017, str. 1). Kontrola graniczna nie dotyczy towarów, które wwożone są w ilościach wskazujących na ich niehandlowy charakter, m.in. w celu wykonania badań i doświadczeń lub w celach promocji i reklamy.

Graniczne kontrole sanitarne towarów odbywają się rutynowo i są przeprowadzane na przejściach granicznych przez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych oraz w miejscach przeznaczenia towarów, siedzibie importera albo odbiorcy towarów przez państwowych powiatowych lub państwowych granicznych inspektorów sanitarnych.

Wykaz przejść granicznych, przez które środki spożywcze oraz materiały lub wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, podlegające granicznej kontroli sanitarnej, mogą być wprowadzane na terytorium Wspólnoty Europejskiej, znajduje się w rozporządzeniu 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, z późn. zm.).

Obowiązkowej kontroli podlegają towary wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie wykazu towarów, które podlegają granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. Nr 272, poz. 1612). Wzór wniosku o przeprowadzenie kontroli określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lutego 2007 r. w sprawie wzorów wniosku o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej oraz świadectwa spełniania wymagań zdrowotnych (Dz. U. Nr 44, poz. 286).



W trakcie kontroli granicznej organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej rutynowo sprawdzają dokumentację towaru, może być przeprowadzona kontrola identyfikacyjna oraz bezpośrednia, w tym oględziny towaru i pobranie próbek do badań laboratoryjnych. Kontrola dokumentacji dotyczy każdej przesyłki. Podczas kontroli dokumentacji sprawdzane są dokumenty potwierdzające bezpieczeństwo importowanych produktów, w tym wyniki badań laboratoryjnych, sprawdzany jest wniosek o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej oraz dokumenty handlowe i identyfikujące daną partię towaru. Kontrola identyfikacyjna i bezpośrednia jest przeprowadzana z częstotliwością wynikającą z oceny ryzyka. W ramach kontroli bezpośredniej próbki do badań laboratoryjnych są typowane na podstawie oceny ryzyka związanego z produktem oraz w każdym przypadku wątpliwości organu dotyczących importowanego towaru.

W wyniku kontroli właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydaje świadectwo stwierdzające spełnianie wymagań zdrowotnych przez kontrolowane towary. Na podstawie świadectwa organy celno-skarbowe nadają dopuszczalne przeznaczenie celne.

W przypadku stwierdzenia, że towar może stanowić zagrożenie dla zdrowia konsumenta, np. zawiera pozostałości pestycydów lub zanieczyszczenia chemiczne w ilościach przekraczających najwyższe dopuszczalne poziomy organy, Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują odpowiednie działania, zgodnie z ustawowymi kompetencjami, na podstawie art. 65-67 rozporządzenia (UE) 2017/625, aby takie produkty nie zostały dopuszczone do obrotu w Unii Europejskiej. Przesyłki niezgodne są poddawane urzędowemu zatrzymaniu i w zależności od stwierdzonego ryzyka podlegają zniszczeniu, są odsyłane do nadawcy w kraju trzecim, są poddawane szczególnemu traktowaniu w celu zapewnienia zgodności z przepisami lub mogą być przeznaczone na inne cele (np. przemysłowe).

Ponadto dla niektórych środków spożywczych pochodzenia roślinnego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością pochodzących z niektórych państw trzecich przywożonych do Unii Europejskiej obowiązują przepisy unijne, które określają zakres i częstotliwość kontroli granicznej oraz warunki ich przywozu. W tym zakresie obowiązuje m.in. rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/1793 z dnia 22 października 2019 r. w sprawie tymczasowego zwiększenia kontroli urzędowych i środków nadzwyczajnych regulujących wprowadzanie do Unii niektórych towarów z niektórych państw trzecich, wykonujące rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/625 i (WE) 178/2002 oraz uchylające rozporządzenia Komisji (WE) nr 669/2009, (UE) nr 884/2014, (UE) 2015/175, (UE) 2017/186 i (UE) 2018/1660 (Dz. Urz. UE L 277 z 29.10.2019, str. 89, z późn. zm.).

Kontrole te są przeprowadzane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na zasadach określonych w przepisach 47–64 rozporządzenia UE 2017/625 oraz w rozporządzeniach delegowanych i wykonawczych wydanych na jego podstawie. Kontrole na podstawie przepisów unijnych rejestrowane są w systemie TRACES NEW TECHNOLOGY – TRACES-NT. Administratorem systemu jest Komisja Europejska. Korzystanie z systemu wymaga założenia bezpłatnego konta na stronie internetowej Komisji.

W trakcie kontroli granicznej sprawdzany jest w szczególności wspólny zdrowotny dokument wejścia CHED-D, dokumenty handlowe i identyfikujące daną partię towaru oraz inne dokumenty, w tym np. wyniki badań laboratoryjnych. W wyniku przeprowadzonej kontroli właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej ostatecznie dokument CHED-D, a na podstawie tego dokumentu organy celne nadają dopuszczalne przeznaczenie celne.

Środki spożywcze oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością znajdujące się w obrocie w jednym z państw członkowskich 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 wwożone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z innego państwa członkowskiego nie podlega granicznej kontroli sanitarnej. Towar przywieziony z innego państwa członkowskiego UE może zostać skontrolowany w obrocie w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego.

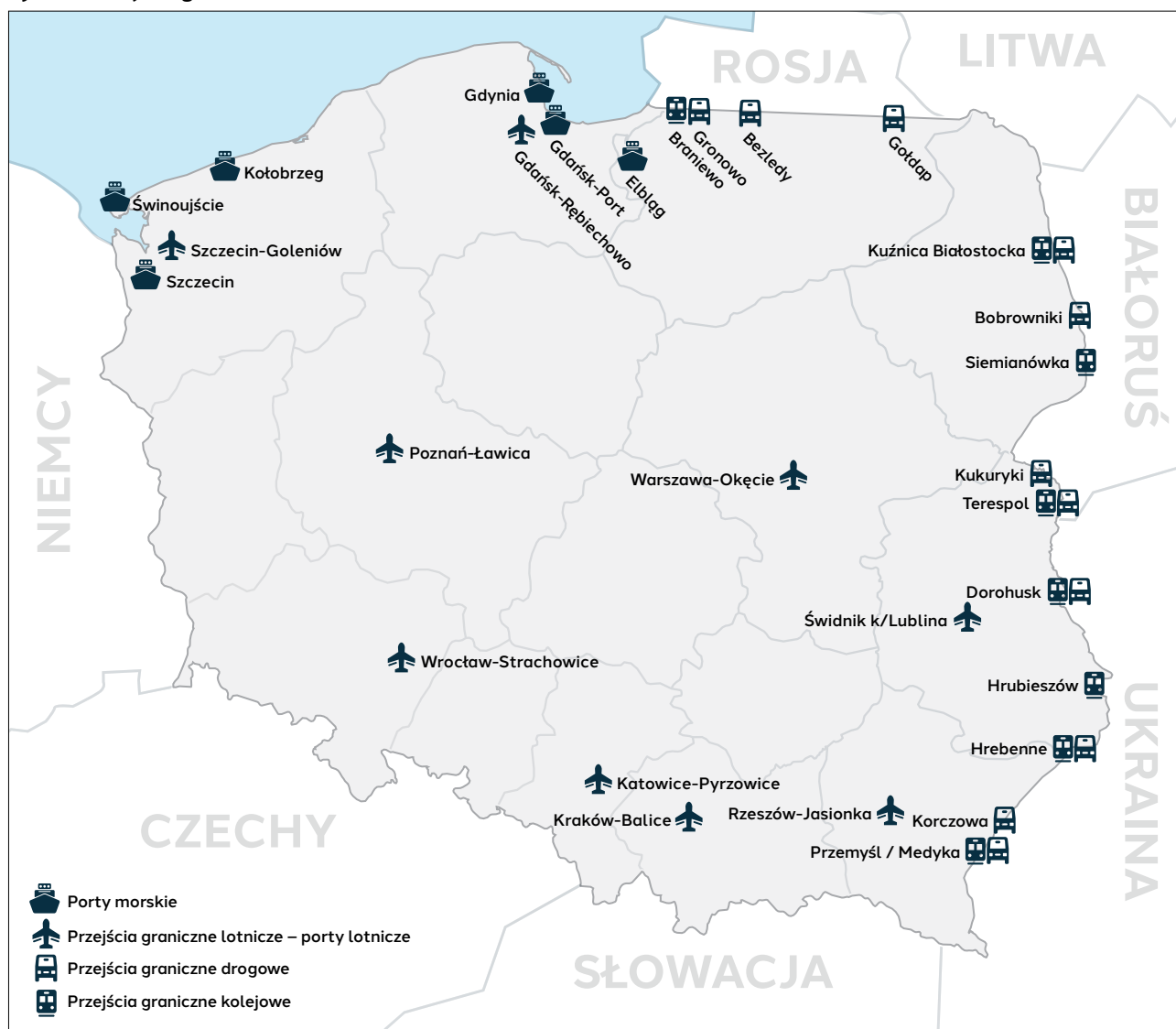
Liczba skontrolowanych przesyłek w ramach granicznych kontroli sanitarnych w roku 2024 przeprowadzonych przez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych wynosiła **55 295**. Pobrano **1642** próbki do badań laboratoryjnych, w tym zakwestionowano **61** próbek.

Kontrola graniczna przy eksporcie do państw trzecich żywności pochodzenia roślinnego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością nie jest obowiązkowa i jest przeprowadzana na wniosek podmiotu zainteresowanego eksportem. Kontrolę przeprowadza się w przypadku, gdy dane państwo trzecie wymaga przedstawienia dokumentu eksportowego przy przywozie danego towaru.

W przypadku eksportu podmiot ma możliwość skorzystania z procedury kontroli granicznej przeprowadzanej zgodnie z przepisami krajowymi. Wydane w wyniku kontroli świadectwo spełniania wymagań zdrowotnych przedkłada się przy wwozie towaru do państwa trzeciego.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogą również na wniosek eksportera wypełnić i podpisać dokumenty eksportowe, takie jak np. Świadectwo Wolnej Sprzedaży (Free Sale Certificate) czy Świadectwo Zdrowia (Health Certificate). Z reguły państwa trzecie mają własne wzory tego typu dokumentów, które eksporter powinien dostarczyć organowi. W zależności od treści świadectwo może być wydane w oparciu o informacje posiadane przez organ lub po przeprowadzeniu określonych czynności kontrolnych, w szczególności na podstawie kontroli przedłożonej dokumentacji dotyczącej towaru oraz, jeżeli jest to uzasadnione oceną ryzyka, na podstawie kontroli produktu.

Rys. 1 Przejścia graniczne w Polsce



Wnioski:

Graniczna kontrola sanitarna żywności importowanej to istotny element zapewnienia bezpieczeństwa konsumentów. Celowe jest przeprowadzanie granicznej kontroli sanitarnej przy przywozie z państw trzecich do Polski żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. W kontekście zwiększającej się liczby żywności importowanej do Polski z nowych kierunków np. Egiptu czy też krajów MERCOSUR niezbędne jest podejmowanie działań pozwalających na weryfikację spełniania przez importowane produkty wymagań w zakresie bezpieczeństwa określonych w przepisach prawa żywnościowego.

9. Ocena zakładów małej gastronomii i żywienia zbiorowego zamkniętego w okresie letnim za 2024 r.

W sezonie letnim, tj. od 20 czerwca do 30 września 2024 r., terenowe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z Wytycznymi Głównego inspektora Sanitarnego na 2024 r., prowadziły zintensyfikowany nadzór nad warunkami bezpieczeństwa żywności serwowanej konsumentom indywidualnym oraz w grupach zorganizowanych, przebywającym na terenach popularnych turystycznie, wypoczynkowo i wakacyjnie.

Ocena bezpieczeństwa żywienia zbiorowego objęta wybrane na podstawie analizy ryzyka:

1. zakłady małej gastronomii realizujące żywienie zbiorowe typu otwartego, serwujące najczęściej przekąski i dania gotowe lub na szybko przyrządzone z półproduktów i gotowych potraw, na wynos lub do spożycia na miejscu, takie jak: burgery, tortille, hot-dogi, zapiekanki, sałatki, zupy, kanapki, pączki, gofry, lody, napoje ciepłe i zimne, soki itp., w tym wytypowane automaty do lodów;
2. zakłady realizujące żywienie zbiorowe typu zamkniętego obsługujące grupy konsumentów uczestniczące w zorganizowanym wypoczynku letnim (dalej zakłady żywienia zorganizowanego wypoczynku), tj.: obozy, kolonie, wczasy, turnusy wypoczynkowe itp.,
– działające całorocznie lub sezonowo, wzmagające aktywność szczególnie w sezonie letnim.

Przy wyborze zakładów/obiektów zaplanowanych do sprawdzenia podczas analizy ryzyka uwzględniano szereg czynników, które mogą wpłynąć na bezpieczeństwo zdrowotne żywności, w tym zakres działalności, sposób i rodzaj serwowanych dań, napojów i deserów, w szczególności wymagających zachowania łańcucha chłodniczego, jak również przypadki zatruc pokarmowych i interwencje konsumenckie z poprzedniego okresu wakacyjnego oraz składane na bieżąco.

Przeprowadzone działania objęły:

- ◆ kontrole planowe podejmowane zgodnie z przyjętym harmonogramem w zakładach wytypowanych w oparciu o analizę ryzyka, nieobejmujące rekontroli i kontroli interwencyjnych;
- ◆ rekontrole – kontrole sprawdzające wykonanie zaleceń pokontrolnych lub obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi w wyniku kontroli planowych i interwencyjnych;
- ◆ kontrole interwencyjne dokonywane w związku ze zgłoszeniami uwag, zastrzeżeń lub skarg konsumentów i innych osób w zakresie bezpieczeństwa żywności,
- ◆ pobieranie próbek do badań laboratoryjnych.

Każdorazowo po otrzymaniu interwencji konsumenckich dotyczących zaobserwowanych nieprawidłowości organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej niezwłocznie przeprowadzały postępowanie wyjaśniające obejmujące szereg czynności urzędowych, w tym:

- ◆ analizę ryzyka,
- ◆ kontrole w zakładach,
- ◆ pobór próbek do badania,
- ◆ pobór wymazów sanitarnych z powierzchni np. talerzy lub z dłoni personelu.

W przypadku podejrzenia wystąpienia ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową przeprowadzano dochodzenia epidemiologiczne i inne działania, niezbędne do oceny zasadności zgłoszonych zarzutów i rozpatrzenia wniesionej sprawy. W efekcie podjętych czynności wyjaśniających potwierdzono zasadność części zgłaszanych interwencji i w tym zakresie zastosowano określone przepisami prawa środki represyjne (nakładano grzywny w drodze mandatu karnego, wydawano decyzje w celu poprawy stanu sanitarnego, wymierzenia kary pieniężnej lub unieruchomienia całości lub części zakładu i inne).

W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ skontrolowały łącznie **10 404** zakłady, z czego **7728** stanowiły zakłady małej gastronomii, a **2 676** – zakłady żywienia zorganizowanego wypoczynku;
- ◆ przeprowadziły łącznie **12 031** kontroli, z czego **8876** kontroli w zakładach małej gastronomii oraz **3 155** w zakładach żywienia zorganizowanego wypoczynku;
- ◆ stwierdziły nieprawidłowości w **2055** zakładach, z czego w **1713** zakładach małej gastronomii, w tym w **325** obiektach tymczasowych i ruchomych oraz w **342** zakładach żywienia zorganizowanego wypoczynku, w tym w **29** działających w systemie cateringowym.

Z **12 031** podjętych kontroli **785** stanowiły kontrole interwencyjne, podejmowane w związku ze zgłoszeniami uwag, zastrzeżeniami lub skargami konsumentów i innych osób w zakresie bezpieczeństwa żywności, stanowiących **ok. 6,5%** ogółu dokonanych kontroli, z czego **595** to kontrole interwencyjne w zakładach małej gastronomii, a **190** w zakładach żywienia zorganizowanego wypoczynku;

Odsetek zakładów z nieprawidłowościami z ogółu skontrolowanych wyniósł **19,8%** (w 2023 r. – 19,2%). Podobnie, jak w roku 2023 r., w 2024 r. największy udział w grupie obiektów z uchybieniami przypadł zakładom małej gastronomii – **16,5%**. Pozostałe **3,3%** obiektów z uchybieniami to zakłady żywienia zorganizowanego wypoczynku. W 2023 r. odsetek ten wyniósł 15,6% dla zakładów małej gastronomii i 3,6% dla zakładów żywienia zorganizowanego wypoczynku obiektów objętych kontrolami.

Do najczęstszych uchybień stwierdzanych podczas kontroli należały:

- ◆ prowadzenie działalności bez wymaganej rejestracji lub niezgodnie z decyzją o zatwierdzeniu zakładu,
- ◆ niewłaściwe warunki lokalowe i organizacyjne, m.in. brak stanowisk do obróbki mięsa i warzyw czy mycia jaj,
- ◆ zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń, sprzętu i powierzchni roboczych,
- ◆ brak skutecznej dezynfekcji naczyń oraz powierzchni kontaktujących się z żywnością,



- ◆ niewłaściwe przechowywanie sprzętu, opakowań i naczyń jednorazowego użytku,
- ◆ brak odpowiednich zabezpieczeń przed szkodnikami,
- ◆ nieprawidłowe warunki magazynowania żywności, w tym brak segregacji i monitoringu temperatury,
- ◆ niedostateczne przestrzeganie zasad higieny przez personel, np. brak odzieży ochronnej czy orzeczeń lekarskich,
- ◆ nieodpowiednie warunki do mycia rąk (brak mydła, ciepłej wody czy środków do dezynfekcji),
- ◆ niewłaściwa jakość lub brak aktualnych badań jakości wody,
- ◆ nieprawidłowe postępowanie z odpadami,
- ◆ brak informacji o alergenach w oferowanych potrawach,
- ◆ wprowadzanie do obrotu przeterminowanych produktów spożywczych,
- ◆ nieprawidłowe warunki produkcji i sprzedaży lodów, w tym niespełnianie norm mikrobiologicznych.

Wciąż powtarzające się nieprawidłowości w zakresie higieny i bezpieczeństwa żywności w zakładach małej gastronomii oraz placówkach realizujących żywienie zbiorowe typu zamkniętego w okresie wakacyjnym wskazują na konieczność dalszego nadzoru i działań edukacyjnych skierowanych do podmiotów.

Kontynuacja intensywnych kontroli oraz wsparcie w zakresie edukacji są niezbędne do minimalizowania zagrożeń i zapewnienia bezpieczeństwa żywności dla szerokiej grupy konsumentów, w tym turystów oraz uczestników wypoczynku zorganizowanego.

W efekcie stwierdzonych nieprawidłowości:

- ◆ wydano **1505** decyzji, w tym m.in. **584** decyzje w celu poprawy stanu sanitarnego, **54** w celu unieruchomienia/ przerwania działalności całości lub części zakładu/ obiektu; **1308** decyzji dotyczyło zakładów małej gastronomii;
- ◆ skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych **51** wniosków o nałożenie kar pieniężnych, z czego **38** odnosiło się do zakładów małej gastronomii;
- ◆ nałożono **1323** grzywny w drodze mandatu karnego na łączną kwotę **385 700 zł**; większość – **1106** mandatów na łączną kwotę **317 650 zł** w zakładach małej gastronomii.
- ◆ państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni na wniosek jednostek terenowych wydały **18** decyzji w sprawie wymierzenia kar pieniężnych na kwotę łączną **16 600 zł**, które dotyczyły wyłącznie zakładów małej gastronomii.

9.1. Podsumowanie

Dokonana ocena bezpieczeństwa żywności i żywienia zbiorowego w miejscowościach turystycznych w okresie wzmożonego ruchu turystycznego w sezonie letnim, od 20 czerwca do 30 września 2024 r., wykazała, że łączna liczba zakładów z nieprawidłowościami stanowiła 19.8% wszystkich skontrolowanych obiektów (w 2023 r. – 19,2%).

Analiza ryzyka potwierdziła konieczność utrzymania zintensyfikowanego nadzoru nad małą gastronomią oraz zakładami zbiorowego żywienia w miejscowościach turystycznych. Wynika to z utrzymującego się, choć nieznacznie rosnącego, odsetka zakładów niespełniających wymagań higieniczno-sanitarnych oraz licznych nieprawidłowości, szczególnie w automatach do produkcji i dystrybucji lodów. Kluczowym czynnikiem jest także masowe korzystanie z tych obiektów przez turystów oraz uczestników obozów i kolonii.

Do głównych przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości należą:

- ◆ duża rotacja podmiotów prowadzących działalność (często niedoświadczonych i funkcjonujących sezonowo),
- ◆ krótka trwałość mikrobiologiczna oraz warunki przechowywania i spożywania dań, napojów i deserów (na miejscu, na wynos – np. na trasach turystycznych czy plażach),
- ◆ wysokie temperatury w sezonie letnim, sprzyjające psuciu się żywności,
- ◆ jednorazowo duża liczba konsumentów,
- ◆ ograniczony dostęp do bieżącej wody pitnej i sieci kanalizacyjnej w niektórych punktach.

Z uwagi na zagrożenia dla bezpieczeństwa żywności i zdrowia konsumentów, nadzór nad żywieniem zbiorowym w miejscowościach turystycznych w sezonie letnim został ujęty jako jedno z zadań statutowych Państwowej Inspekcji Sanitarnej zaplanowanych na 2025 r.

Intensyfikacja kontroli w sezonie letnim umożliwia skuteczną identyfikację i eliminację nieprawidłowości, co bezpośrednio przyczynia się do ochrony zdrowia konsumentów. W związku z dynamicznym wzrostem sezonowej działalności gastronomicznej oraz zwiększonym ruchem turystycznym kontynuacja tych działań w kolejnych latach jest niezbędna dla zapewnienia wysokich standardów higieny i bezpieczeństwa żywności.



**ZAPOBIEGANIE ORAZ ZWALCZANIE ZAKAŻEŃ
I CHORÓB ZAKAŹNYCH U LUDZI W 2024 R.**

1. Podsumowanie sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w Polsce w 2024 r.

Sytuację epidemiologiczną w Polsce w 2024 roku można uznać za względnie stabilną, choć zauważalne są zmiany w zapadalności na poszczególne choroby zakaźne. Odnotowano wzrost liczby przypadków m.in. krztuśca, wirusowego zapalenia wątroby typu A (WZW A), odry, zakażeń wirusem RSV, a także chorób odkleszczowych. Ponadto pojawiły się nowe zagrożenia zdrowotne, takie jak ryzyko wystąpienia rodzimych przypadków gorączki Zachodniego Nilu.

Należy podkreślić, że wzmacnianie działań profilaktycznych, takich jak promocja szczepień i edukacja zdrowotna, oraz monitorowanie pojawiających się zagrożeń dla zdrowia publicznego, są kluczowe dla ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.

Na uwagę zasługuje również sytuacja kryzysowa związana z powodzią, która dotknęła południowo-zachodnią część kraju we wrześniu 2024 roku. Zwiększyła ona ryzyko wystąpienia zakażeń przenoszonych przez wodę. Dzięki sprawnie wdrożonym działaniom prewencyjnym sytuacja epidemiologiczna w regionach objętych powodzią pozostała stabilna.

W kolejnych rozdziałach przedstawiono wybrane aspekty występowania chorób zakaźnych w Polsce w 2024 r.

2. Bakteryjne choroby dróg oddechowych

W 2024 r. w Polsce, podobnie jak w latach ubiegłych, odnotowano wzrost liczby zachorowań na choroby bakteryjne układu oddechowego. Ten wzrost podkreśla znaczenie profilaktyki, w tym szczepień oraz przestrzegania zasad higieny. W 2024 r. w Polsce odnotowano rekordowy wzrost zachorowań na krztusiec, który można częściowo przypisać naturalnym cyklom epidemii.

Ciągłego monitorowania wymaga sytuacja epidemiologiczna w zakresie gruźlicy, z uwagi na fakt, że choroba ta pozostaje poważnym problemem zdrowotnym, zwłaszcza w kontekście globalnym. Gruźlica objęta jest bowiem przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) globalnym programem eliminacji.

2.1. Krztusiec

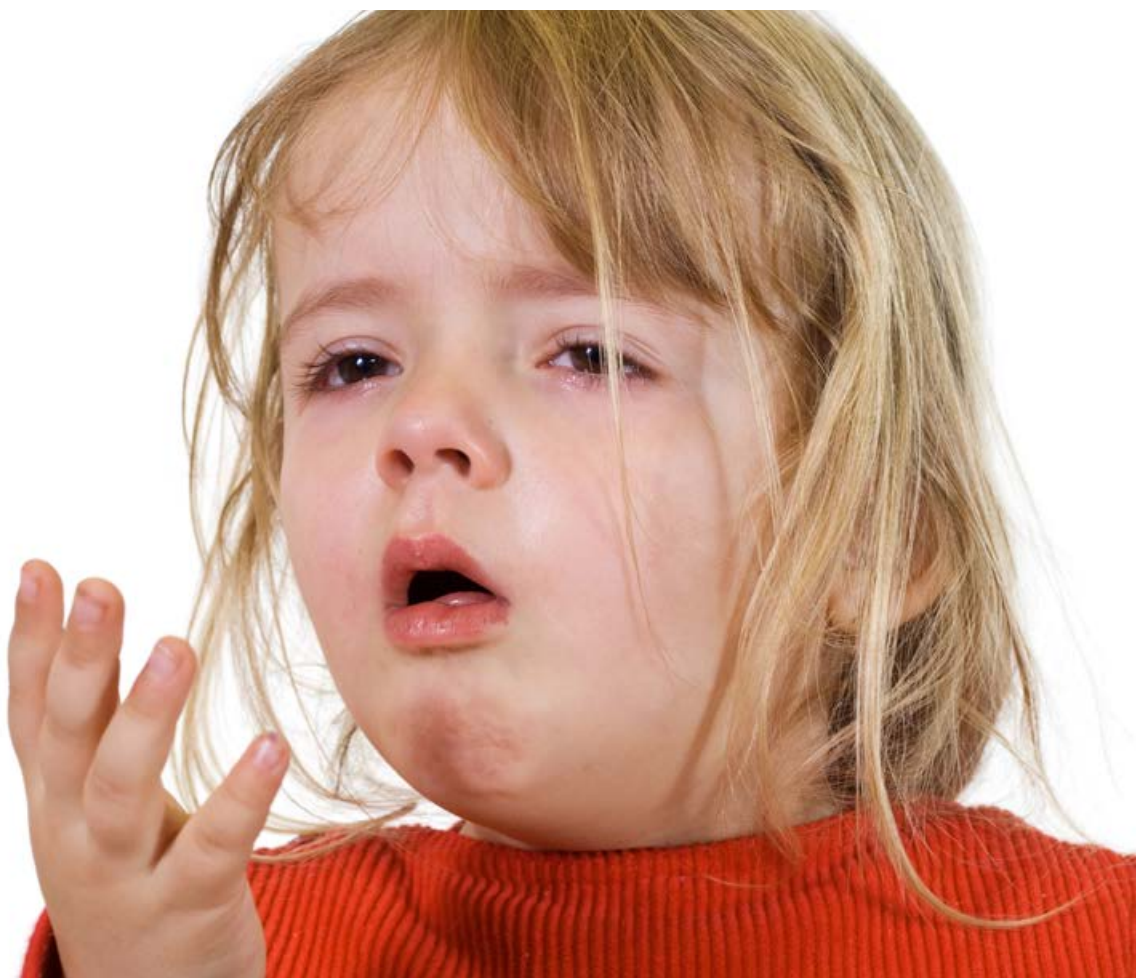
Krztusiec jest ostrą chorobą dróg oddechowych wywoływaną przez bakterie *Bordetella pertussis* lub *Bordetella parapertussis*. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową, a jedynym źródłem zakażenia jest chory człowiek. Krztusiec jest chorobą wysoce zaraźliwą, ma wysoki współczynnik reprodukcji, jedna osoba może zarazić od 12 do 17 osób. Charakterystycznym objawem choroby u dzieci jest długotrwałe

utrzymujący się napadowy kaszel z wydzielaniem lepkiej plwociny. W przypadku dorosłych zwykle dominuje przewlekły, niecharakterystyczny kaszel, który może utrzymywać się nawet przez 3-miesiące.

Zapadalność na krztusiec do lat 60. XX w., przed wprowadzeniem w 1960 r. masowych szczepień profilaktycznych, przekraczała 100 przypadków/100 000 osób (w 1960 r. sięgała 325,5 przypadku/100 000 mieszkańców). Liczba zgonów z powodu krztuśca osiągała wtedy poziom 1000-1400 rocznie. Od kilkunastu lat w Polsce utrzymywała się względnie duża zapadalność na krztusiec, przy czym co kilka lat (3-4 lata) obserwuje się tzw. epidemie wyrównawcze, czyli cyklicznie występujący wzrost przypadków tej choroby. Ostatni istotny wzrost zapadalności nastąpił w 2016 r. z wynikiem 6828 przypadków oraz w 2017 r., kiedy zanotowano 3066 zachorowań.

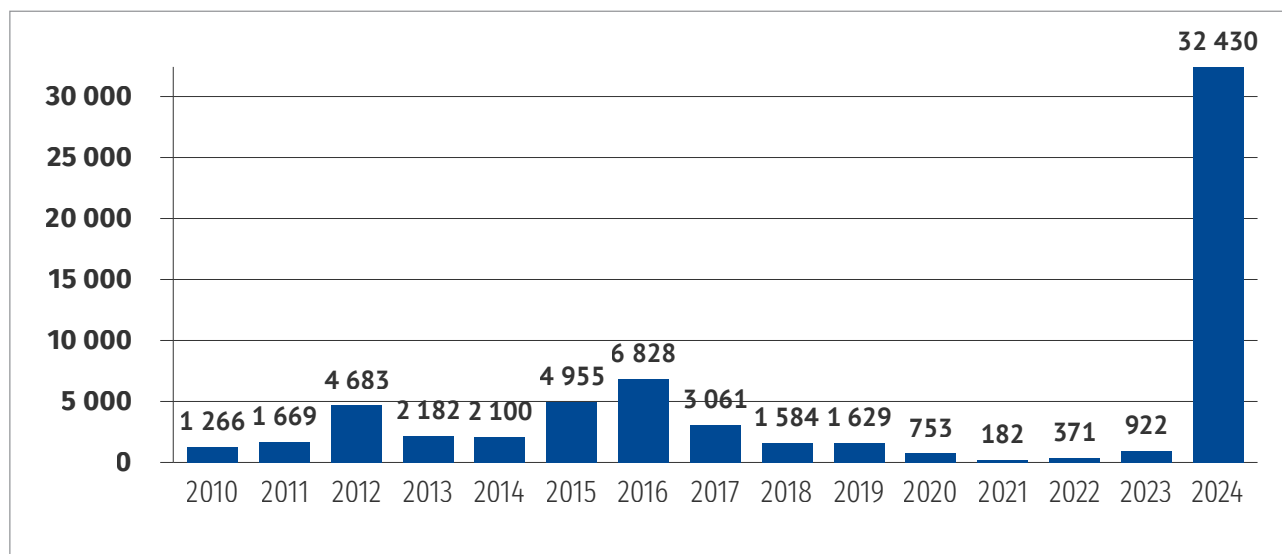
W 2024 roku odnotowano rekordowy wzrost zachorowań na krztusiec. Ich liczba osiągnęła najwyższy poziom od około 40 lat. W całym roku zarejestrowano 32 430 przypadków tej choroby, co stanowi ponad 35-krotny wzrost w porównaniu z 2023 rokiem, kiedy odnotowano 922 przypadki – wykres 6.

Najwięcej zachorowań, aż 57,5%, odnotowano w grupie dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat (17 834 zachorowań) – wykres 7 oraz wykres 8.



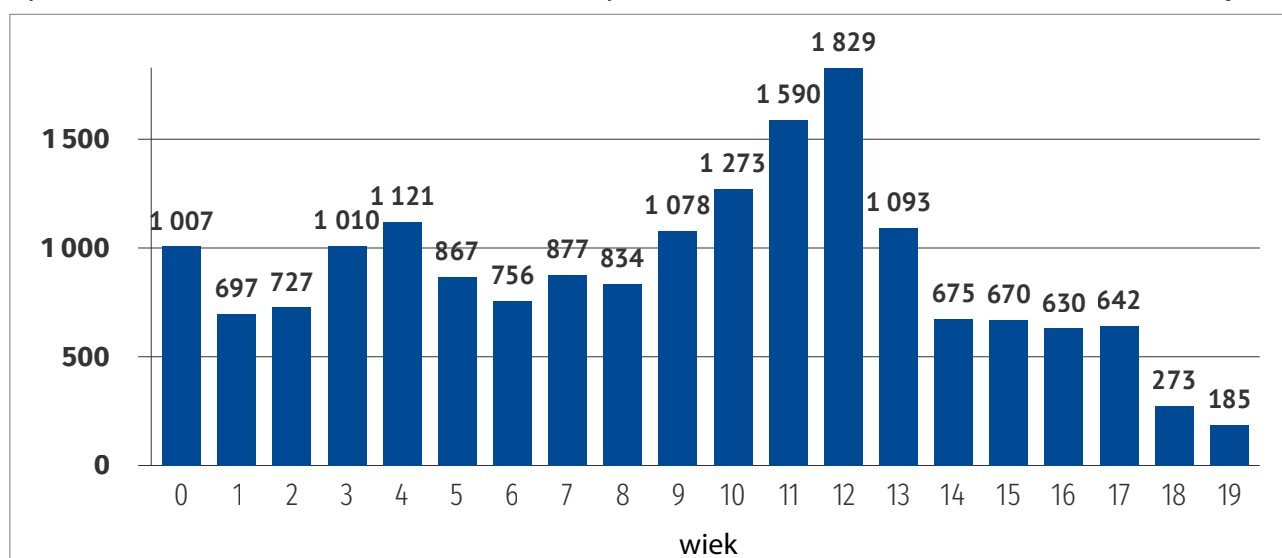
Wyk. 6 Liczba przypadków zachorowań na krztusiec w latach 2010-2024

Źródło: NIZP PZH - PIB



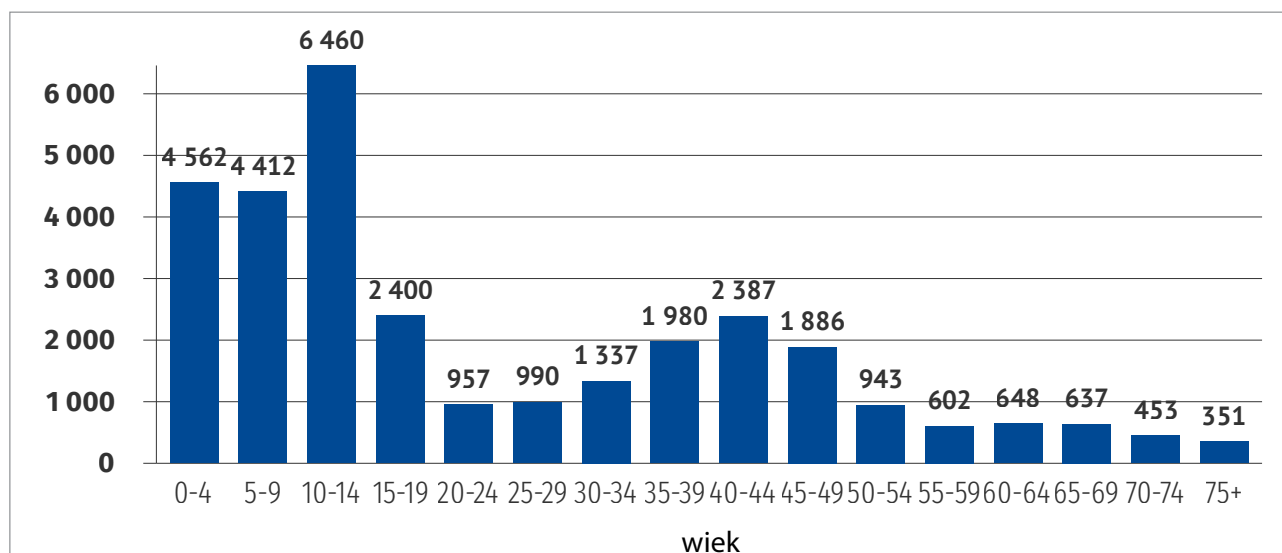
Wyk. 7 Liczba zachorowań w 2024 r. dla dzieci i młodzieży w wieku 0-19

Źródło: Epibaza



Wyk. 8 Liczba zachorowań w 2024 r. dla wieku 0-75+

Źródło: Epibaza



Szczepienie dzieci przeciw krztuścowi jest w Polsce obowiązkowe w ramach Programu Szczepień Ochronnych (PSO). Szczepionka podawana jest w jednym wstrzyknięciu jako szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi. Schemat szczepienia podstawowego przeciw krztuścowi obejmuje 4-dawkowy schemat (trzy dawki szczepionki oraz dawka uzupełniająca) podania szczepionki DTP (zawierająca pełnokomórkowy składnik krztuśca) lub DTaP-IPV-Hib (zawierająca bezkomórkowy składnik krztuśca) dzieciom w 2, 4, 6, 16-18 miesiącu życia. Ponieważ wraz z upływem czasu obserwujemy obniżenie poziomu odpowiedzi odpornościowej, w 6 r.ż. oraz 14 r.ż. są wykonywane szczepienia przypominające.

Dla utrzymania odporności przeciw krztuścowi zalecane jest również szczepienie przypominające w 19 roku życia oraz dla osób dorosłych co 10 lat.

Od 15 października 2024 r. dostępne są nieodpłatne szczepienia szczepionką Tdap (z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca) dla kobiet w ciąży ([Szczepionka przeciw krztuścowi dla kobiet w ciąży – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl](#)). Szczepienie chroni nie tylko matkę, ale również dziecko przez kilka miesięcy po urodzeniu, gdy ze względu na wiek nie może być jeszcze w pełni zaszczepione. Szczepienie najlepiej wykonać po ukończeniu 27. do 36. tygodnia ciąży. W przypadku ciąży zagrożonej przedwczesnym porodem możliwe jest podanie szczepionki już po ukończeniu 20. tygodnia ciąży. Świadczenie jest wykonywane w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że szczepienie jest bezpłatne, o kwalifikacji decyduje lekarz POZ.

W związku z sytuacją epidemiologiczną Główny Inspektor Sanitarny podjął działania mające na celu opracowanie projektu pakietu (tzw. „pakiet antykrztuścowy”) działań prewencyjnych we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie epidemiologii i Konsultantem Krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych.

Propozycja pakietu przeciw krztuścowego zawierała m.in. rozwiązania w zakresie szczepień ochronnych opierające się bezpośrednio na analizie danych o rozkładzie zachorowań w grupach wiekowych w Polsce, w celu zmniejszenia odstępów pomiędzy szczepieniami.

2.2. Gruźlica

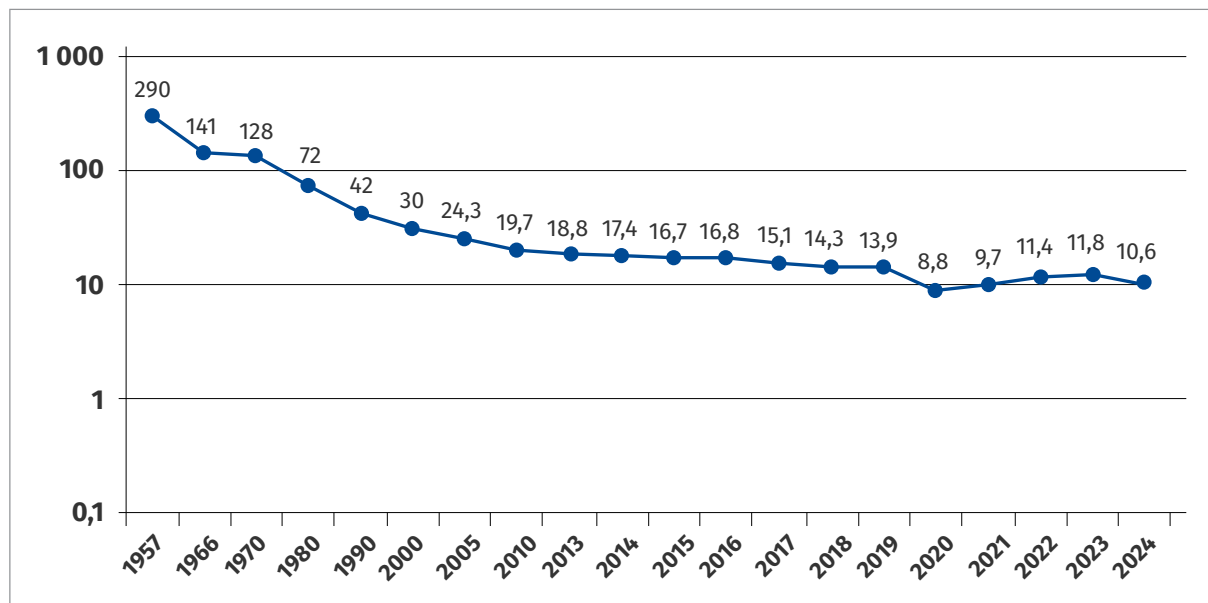
Gruźlica jest bakteryjną chorobą zakaźną o przewlekłym przebiegu występującą w postaci klinicznej gruźlicy płuc (najczęstsza postać) oraz gruźlicy innych narządów. Zaraźliwa jest jedynie gruźlica płuc w okresie prątkowania. Pierwszy okres leczenia, trwający najczęściej miesiąc, odbywa się w warunkach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

Zgodnie ze wstępnymi danymi w Polsce w 2024 r. zarejestrowano ogółem 3965 przypadków gruźlicy (w 2023 – 4231, w 2022 – 4314), w tym 114 przypadków gruźlicy wielolekoopornej. Po okresie wyrównawczego wzrostu liczby przypadków gruźlicy w latach 2021-2023, obecnie obserwowany jest powrót do trendu spadkowego obserwowanego przed epidemią COVID-19.



Wyk. 9 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 1957-2024.
Współczynniki na 100.000 ludności

Źródło: IGiChP



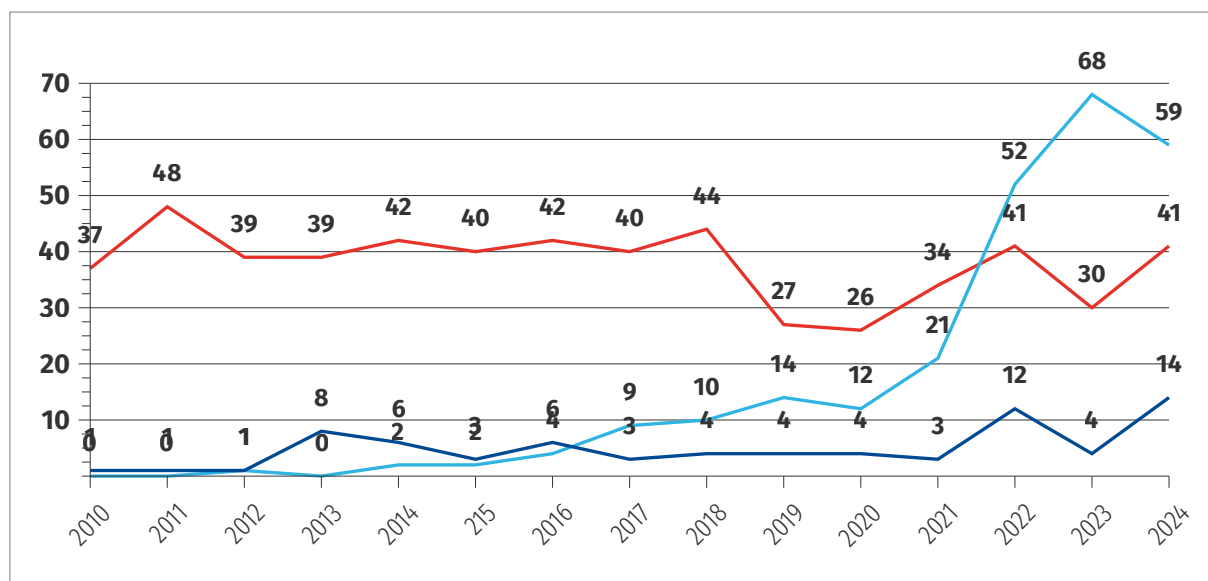
W Polsce w 2024 r., podobnie jak w poprzednich latach, najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc (3500 przypadków, 88% wszystkich zachorowań). Chorzy tylko na pozapłucną postać gruźlicy (465 przypadków) stanowili w 2024 r. 12% ogółu chorych na gruźlicę. Odsetek przypadków gruźlicy pozapłucnej wśród ogółu chorych jest w Polsce od lat nieduży.

Ogółem zarejestrowano 326 zachorowań na gruźlicę u obcokrajowców (9% zachorowań), w tym u 202 osób pochodzących z Ukrainy, 16 u obywateli Gruzji oraz 16 u obywateli Indii.

59 spośród wszystkich 114 przypadków gruźlicy wielolekoopornej zarejestrowanej w Polsce w roku 2024 – wystąpiło u obywateli Ukrainy.

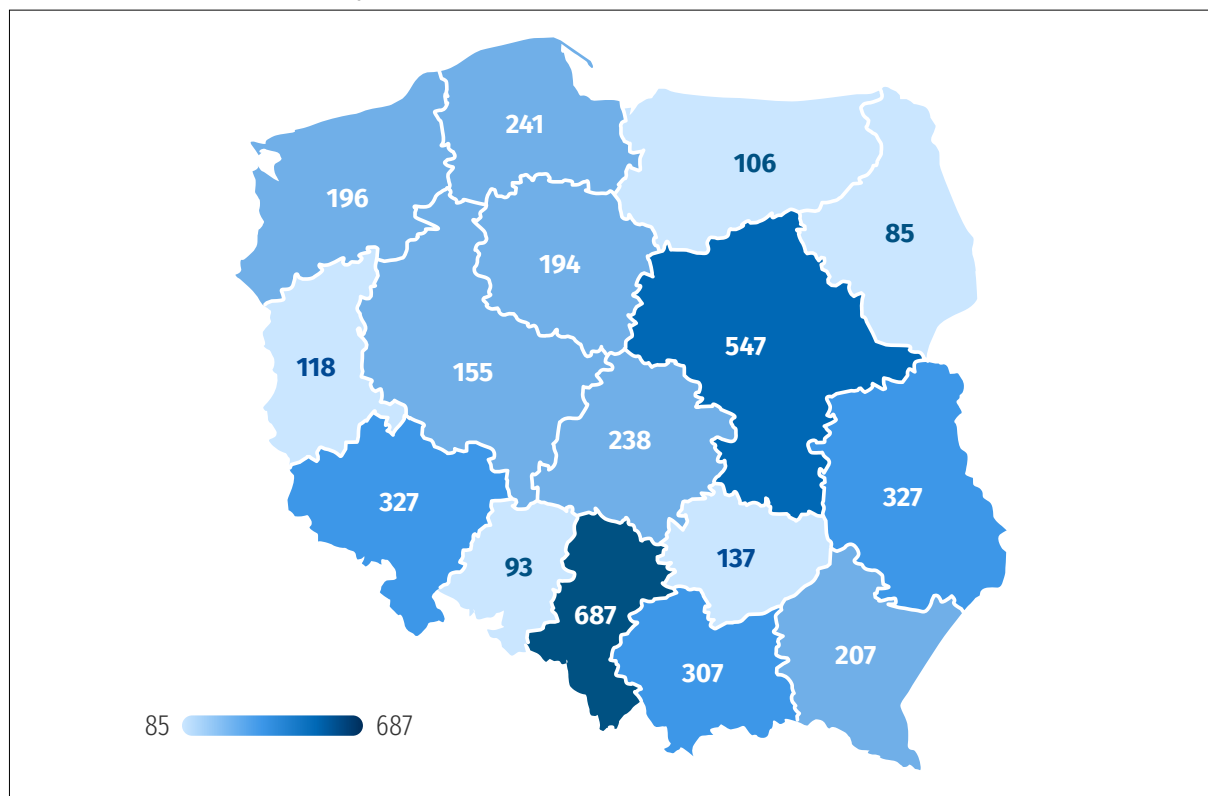
Wyk. 10 Zachorowania na gruźlicę wielolekooporną w Polsce w latach 2010-2024

Źródło: IGiChP



Znaczne różnice w zachorowaniach na gruźlicę obserwowane są od lat między województwami. Przyczynami historyczno-społecznymi należy zapewne również tłumaczyć utrzymujące się wciąż różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. Gruźlica jest chorobą, która może ulec aktywacji po wielu latach od zakażenia pierwotnego, jak również reaktywacji w wiele lat po przebytym leczeniu. Współczesna sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest w znacznej mierze echem sytuacji epidemiologicznej sprzed wielu dziesięcioleci.

Rys. 2 Zachorowania na gruźlicę wg województw w Polsce w 2024 r.



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

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

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowane od 80 lat szczepienie BCG, które zapobiega wystąpieniu u niemowląt ciężkich i śmiertelnych postaci klinicznych gruźlicy, takich jak gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlica rozsiana (prosówka). Szczepienia te wykonywane są zgodnie z PSO u noworodków przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego.

W związku z globalnym celem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) polegającym na eliminacji gruźlicy jako problemu zdrowia publicznego do 2030 roku, Główny Inspektor Sanitarny zainicjował cykl spotkań z przedstawicielami szpitali specjalizujących się w leczeniu gruźlicy. W wyniku tych konsultacji powstała platforma współpracy pod nazwą „Porozumienie na rzecz eradykacji gruźlicy 2030”.

W ramach prac Porozumienia zidentyfikowano kluczowe obszary wymagające pilnych zmian i usprawnień w zakresie diagnostyki, leczenia i kontroli gruźlicy w Polsce. Do najważniejszych rekomendacji należą:

- ◆ Zapewnienie stałego dostępu do skutecznych leków przeciwgruźliczych, zarówno nowoczesnych, jak i wcześniej stosowanych, które mogą być ponownie wykorzystane w terapii.
- ◆ Wprowadzenie 4-miesięcznego schematu leczenia gruźlicy lekowrażliwej, zgodnego z aktualnymi wytycznymi WHO, co może przyczynić się do zwiększenia skuteczności terapii i jej lepszej tolerancji przez pacjentów.
- ◆ Kompleksowe leczenie profilaktyczne osób z bliskiego kontaktu z chorymi, zwłaszcza członków rodzin, jako kluczowy element zapobiegania szerzeniu się zakażeń.
- ◆ Pełne finansowanie diagnostyki i profilaktyki gruźlicy – postulat objęcia całego procesu rozpoznawania i zapobiegania chorobie finansowaniem publicznym.
- ◆ Dalsze, ścisłe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej gruźlicy wielolekoopornej (MDR) i opornej na ryfampicynę (RR), z uwzględnieniem potrzeb systemowych i regionalnych.
- ◆ Wdrożenie leczenia wspomagane wideo (VOT – video observed therapy) u pacjentów z gruźlicą lekowrażliwą, co pozwala na zdalny nadzór nad przebiegiem terapii i zwiększa jej skuteczność.
- ◆ Poprawa finansowania leczenia gruźlicy, zarówno pod względem dostępności świadczeń, jak i wsparcia instytucjonalnego dla jednostek leczniczych.

3. Ostre infekcje układu oddechowego (COVID-19, RSV, grypa)

Ostre infekcje układu oddechowego to grupa chorób zakaźnych wyróżniona ze względu na podobieństwo objawów klinicznych, nagłe występowanie objawów oraz krótkotrwałość (kilku-, kilkunastodniowy), najczęściej samoograniczający się przebieg. Infekcje te występują cały rok, ale wykazują wyraźną sezonowość, będąc w okresie jesienno-zimowym przyczyną corocznych epidemicznych wzrostów zachorowań, które poza konsekwencjami zdrowotnymi są też przyczyną znacznego obciążenia opieki zdrowotnej. Dominującą przyczyną zachorowań są wirusy, przede wszystkim wirusy grypy typu A i B, SARS-CoV-2 oraz RSV.

W 2024 roku zaobserwowano wzrost liczby przypadków grypy i zakażeń RSV w porównaniu do lat 2021-2022, kiedy pandemia COVID-19 spowodowała spadek liczby zachorowań na inne choroby wirusowe. W miarę rozluźniania restrykcji, liczba przypadków grypy oraz innych infekcji wirusowych zaczęła rosnąć, co wskazuje na możliwość dominacji współistniejących epidemii, zwłaszcza w sezonie zimowym.

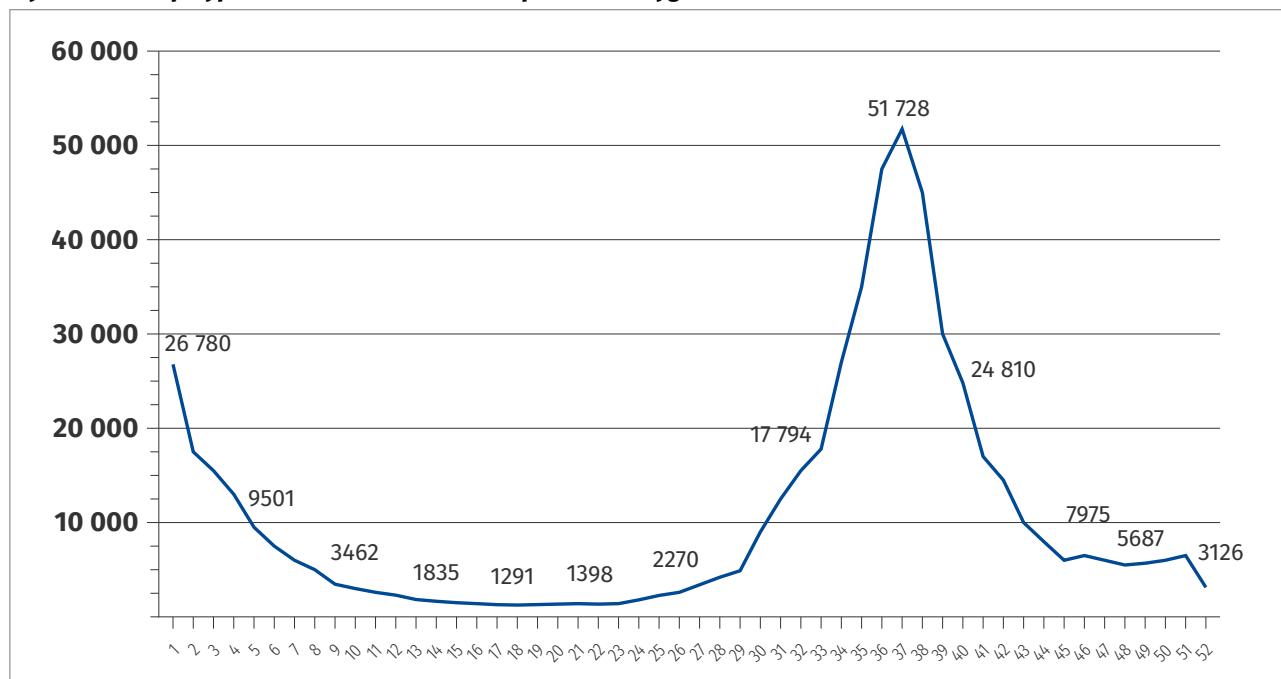
Obecnie zakażenia te występują wspólnie, cechując się sezonową aktywnością, a zakazić się można trzema wirusami jednocześnie (tzw. tridemia). Choć liczba przypadków spadła w porównaniu do lat poprzednich, to nadal występują zakażenia, a wirusy mogą mutować, co wciąż stwarza ryzyko dalszych fal epidemicznych. Warto wspomnieć, że w latach przed pandemią liczba przypadków RSV była mniejsza, chociaż wirus ten i tak odgrywał istotną rolę w sezonie jesienno-zimowym.

W Polsce przyjmuje się, że sezon epidemiczny trwa od października do maja, wyraźny wzrost infekcji widoczny jest z reguły już od początku września u dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym (w poszczególnych sezonach ten okres może się nieznacznie różnić). Na początku 2024 r. liczba przypadków zakażeń wywołanych zarówno SARS-CoV-2, jak i RSV czy wirusami grypy była na wysokim poziomie, przy czym szczyt dwóch ostatnich nastąpił kilka tygodni później w stosunku do COVID-19, gdzie liczba przypadków zaczęła już stopniowo spadać.

Następne wzrosty odnotowano po zakończeniu wakacji. Od końca sierpnia/początku września (około 34 tygodnia) zaczęto obserwować gwałtownie wzrastającą liczbę przypadków COVID-19 (wykres 11). Jesienna fala zakażeń rozpoczęła się ok. 4-6 tygodni wcześniej w porównaniu do roku ubiegłego. Wskaźniki zwiększonej wcześniejszej aktywności SARS-CoV-2 odnotowywano także w innych krajach europejskich.

Wyk. 11 Liczba przypadków COVID-19 w 2024 r. w podziale na tygodnie

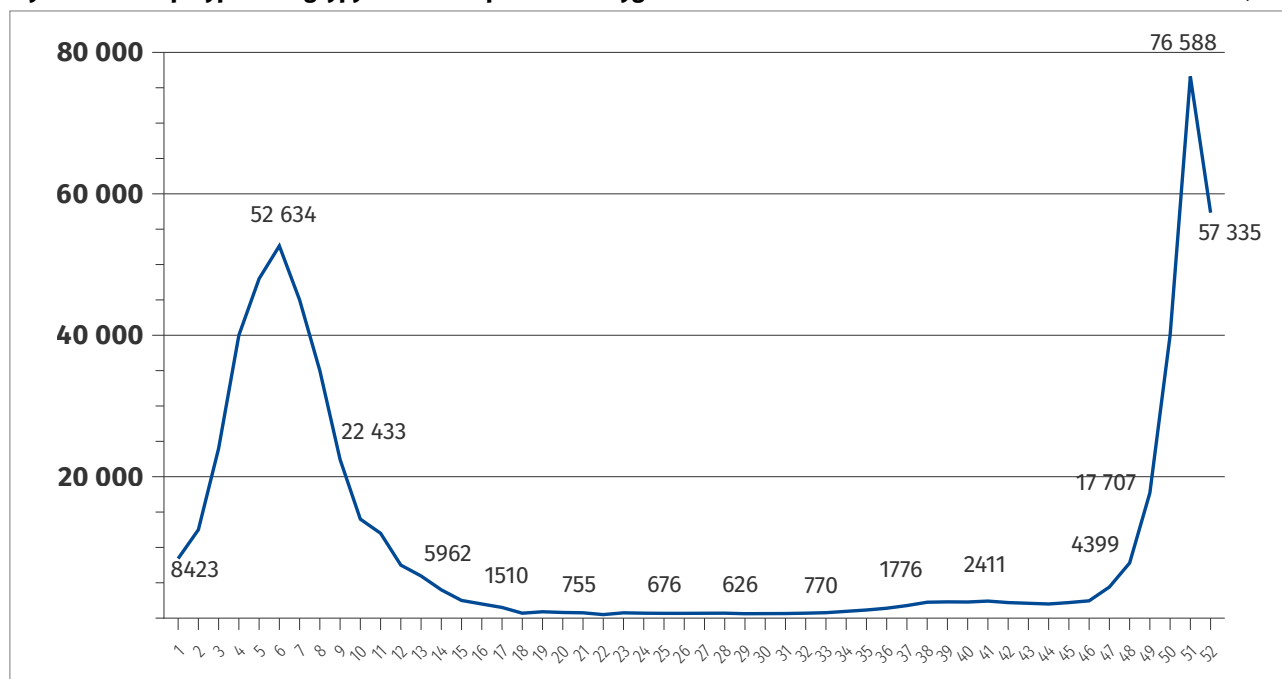
Źródło: Centrum e-Zdrowia (CeZ)



Spadek liczby przypadków COVID-19 w okresie jesieni 2024 r. pociągnął za sobą wzrost odnotowywanej liczby przypadków grypy na przełomie listopada i grudnia (wykres 12). Analogiczne wzrosty odnotowywano w tym samym okresie roku ubiegłego. To czas w roku, który łączy się ze wzrostem zachorowań na gripę.

Wyk. 12 Liczba przypadków grypy w 2024 r. w podziale na tygodnie

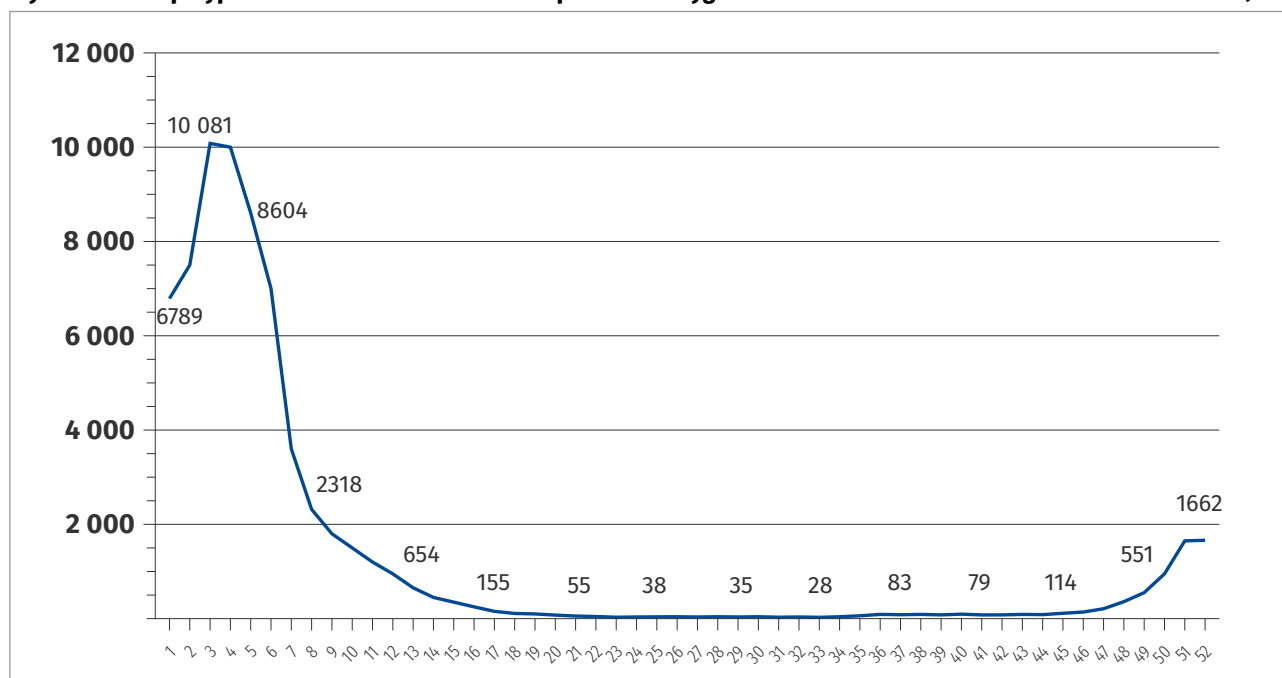
Źródło: Centrum e-Zdrowia (CeZ)



W podobnym czasie, pod koniec 2024 r., zaczęto obserwować wzrastającą aktywność wirusa RSV (wykres 13), jednak liczba odnotowywanych przypadków była stosunkowo niższa w porównaniu do zakażeń wirusami grypy lub SARS-CoV-2.

Wyk. 13 Liczba przypadków zakażeń RSV w 2024 r. w podziale na tygodnie

Źródło: Centrum e-Zdrowia (CeZ)



Obecnie powszechna jest praktyka samodzielnego wykonywania testów diagnostycznych w kierunku RSV, COVID-19 i grypy (tzw. test combo). Test służący do potwierdzenia zakażenia tymi trzema wirusami. W ramach działań zapobiegawczych należy unikać bliskiego kontaktu z osobami wykazującymi objawy

chorobowe, często myć lub dezynfekować ręce, regularnie czyścić powierzchnie użytkowe, często wietrzyć pomieszczenia, unikać dotykania okolic oczu, nosa i ust.

Najlepszym środkiem zapobiegawczym są szczepienia. Istnieją szczepienia zarówno przeciwko grypie, jak również COVID-19 i RSV, które chronią tym samym przed najczęstszymi infekcjami układu oddechowego pociągającymi za sobą poważne powikłania. Szczepienia te są ogólnie dobrze tolerowane, a ewentualne niepożądane działania po szczepieniu są łagodne i szybko ustępują. Szczepienia przeciw grypie, COVID-19 i zakażeniom RSV zostały uwzględnione w Programie Szczepień Ochronnych w grupie szczepień zalecanych.

4. Zakażenia przenoszone drogą pokarmową

W zakresie bakteryjnych zakażeń żołądkowo-jelitowych w 2024 r. nadal częstym czynnikiem zakażeń jelitowych pozostawały salmonelozy (8 745 przypadków, zapadalność 23,28/100 tys.), w przypadku salmoneloz obserwuje się w ostatnich latach trend spadkowy. W roku 2024, podobnie jak w latach ubiegłych, utrzymywał się natomiast trend wzrostowy w zakresie wirusowych zakażeń jelitowych wywołanych przez norowirusy oraz rotawirusy.

W 2024 r. znaczący wzrost liczby przypadków zaobserwowano dla zakażeń wywołanych przez *E. coli* enterokrwotoczną (152 przypadki zachorowań w 2024 r. w porównaniu z 96 przypadkami zarejestrowanymi w 2023 r. oraz 36 przypadkami zarejestrowanymi w 2022 r.), co może wynikać z wdrożenia metod molekularnych do rutynowej diagnostyki klinicznej umożliwiającej szybką identyfikację *E. coli* STEC/VTEC wśród chorych z biegunką, jednak sytuacja ta wymaga ścisłego monitorowania, zwłaszcza pod kątem występowania ewentualnych ognisk zachorowań.

Kolejną chorobą, która wymaga ścisłego monitorowania i podejmowania intensywnych działań zapobiegawczych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, z uwagi na wzrost liczby zakażeń i ognisk epidemicznych, są zakażenia wywołane wirusem zapalenia wątroby typu A. Pogorszenie sytuacji epidemiologicznej wirusowego zapalenia wątroby typu A (WZW typu A, potocznie „żółtaczka pokarmowa”) w ostatnich latach wynika z kilku czynników – zarówno społecznych, jak i związanych z zachowaniami zdrowotnymi – obejmujących m.in. spadek odporności populacyjnej, zwiększone przemieszczanie się ludzi skutkujące zawleczeniami zachorowań z krajów endemicznego występowania WZW typu A, zaniedbania sanitarno-higieniczne czy też zwiększona liczba ognisk wśród określonych grup ryzyka (np. MSM). Wpływ na zwiększoną liczbę zachorowań na WZW typu A ma również niski stopień zaszczepienia populacji.

PIĘĆ KROKÓW DO BEZPIECZNIEJSZEJ ŻYWNOSCI

Dlaczego ?



Utrzymuj czystość

- ✓ myj ręce przed kontaktem z żywnością i podczas jej przygotowywania
- ✓ myj ręce po wyjściu z toalety
- ✓ myj i odkażaj wszystkie powierzchnie i sprzęty wykorzystywane podczas przygotowywania żywności
- ✓ chroń kuchnię i żywność przed owadami i innymi zwierzętami

Większość mikroorganizmów bytujących wokół nas nie wywołuje chorób. Jednakże część z nich, znajdującą się w płynach, wodzie, na ciele zwierząt i ludzi może być niebezpieczna i może stać się przyczyną choroby. Są one przenoszone na rękach, ubraniach i sprzęcie, np. deskach do krojenia. Nawet niewielki kontakt z nimi może spowodować przeniesienie ich na żywność i doprowadzić do wystąpienia zakażeń pokarmowych.

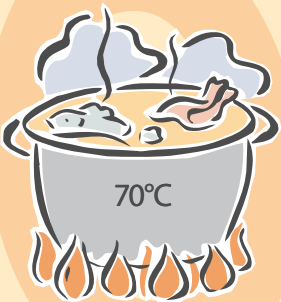


Oddzielaj żywność surową od ugotowanej

- ✓ oddzielaj surowe mięso, drób, owoce morza od innej żywności,
- ✓ do przygotowywania surowej żywności używaj oddzielnego sprzętu i przedmiotów, np. noży i desek do krojenia
- ✓ magazynuj żywność w oddzielnych pojemnikach, tak aby nie dopuścić do kontaktu między żywnością surową z już ugotowaną

Dlaczego ?

Surowa żywność, przede wszystkim mięso, drób, owoce morza (i odpady pochodzące z tych produktów) mogą zawierać niebezpieczne mikroorganizmy. Zawsze istnieje niebezpieczeństwo przeniesienia drobnoustrojów na inną żywność podczas jej przygotowywania i magazynowania.

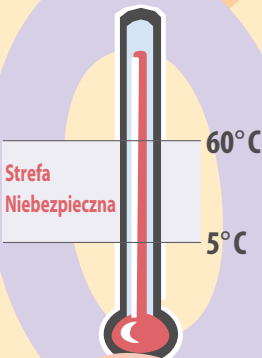


Gotuj dokładnie

- ✓ gotuj dokładnie, przede wszystkim mięso, drób, jaja i owoce morza
- ✓ żywność taką jak np. zupy doprowadzaj do wrzenia tak, aby zyskać pewność, że osiągnęła ona temperaturę 70°C. Co do mięsa i drobiu, musisz mieć pewność, że soki z wnętrza tych produktów są czyste – nie różowe.
- ✓ odgrzewaną żywność przed spożyciem również odgrzej do temperatury powyżej 70°C.

Dlaczego ?

Właściwa obróbka termiczna żywności prowadzi do zabicia prawie wszystkich niebezpiecznych mikroorganizmów. Badania pokazują, że podgrzanie żywności do temperatury 70°C, pomaga w zapewnieniu bezpieczeństwa konsumentów. Szczególną uwagę zwróć na mięso mielone, duże partie mięsa i cały drób.



Utrzymuj żywność w odpowiedniej temperaturze

- ✓ nie pozostawiaj ugotowanej żywności w temperaturze pokojowej przez okres dłuższy niż dwie godziny,
- ✓ wszystkie gotowane i łatwo psujące się produkty przechowuj w lodówce (najlepiej w temperaturze poniżej 5°C)
- ✓ utrzymuj wysoką temperaturę (ponad 60°C) gotowanych potraw tuż przed podaniem
- ✓ nie przechowuj żywności zbyt długo, nawet jeśli przechowujesz ją w lodówce
- ✓ nie rozmrażaj zamrożonej żywności w temperaturze pokojowej (zanurz produkt w ciepłej wodzie lub użyj urządzeń grzejnych)

Dlaczego ?

Mikroorganizmy mogą namnażać się bardzo szybko jeśli żywność przetwarzana jest w temperaturze pokojowej. Podczas przechowywania żywności w temperaturze poniżej 5°C lub powyżej 60°C, wzrost mikroorganizmów jest wolniejszy lub nawet powstrzymany. Pamiętaj jednak, że niektóre niebezpieczne mikroorganizmy namnażają się w temperaturze poniżej 5°C.



Używaj bezpiecznej wody i żywności

- ✓ używaj bezpiecznej wody lub poddaw ją takim działaniom, aby stała się ona bezpieczna
- ✓ do spożycia wybieraj tylko świeżą i zdrową żywność
- ✓ wybieraj żywność, która została przygotowana tak, aby była bezpieczna, np. pasteryzowane mleko
- ✓ myj owoce i warzywa, szczególnie jeśli jesz je na surowo
- ✓ nie jedz żywności, która utraciła już datę przydatności do spożycia

Dlaczego ?

Surowe produkty, w tym woda i lód mogą być zanieczyszczone niebezpiecznymi mikroorganizmami i substancjami chemicznymi. Toksyczne substancje mogą powstawać w uszkodzonej lub spleśniałej żywności. Uważnie wybieraj surowe produkty i stosuj proste metody (tj. mycie i obieranie), które mogą obniżyć ryzyko zakażenia i zachorowania.

Wiedza = Zapobieganie



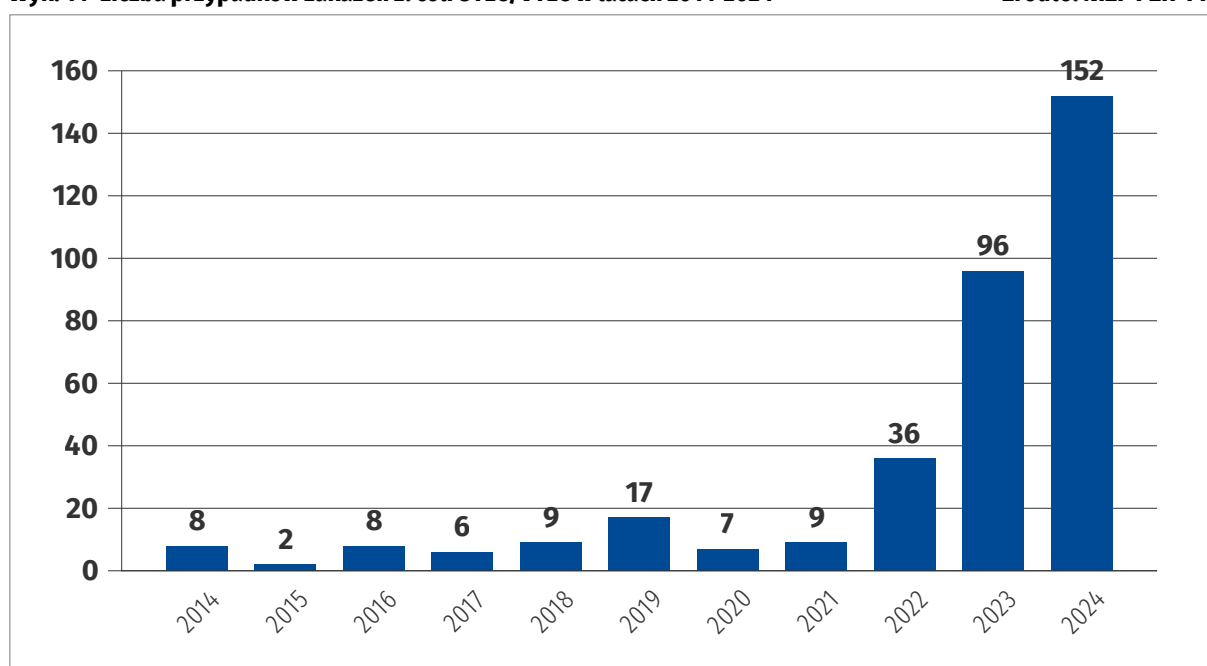
World Health Organization

4.1. Przypadki zakażeń *Escherichia coli* STEC/VTEC u dzieci

W 2024 r. w skali całego kraju zareportowano łącznie aż 152 przypadki zakażeń wywołanych przez *Escherichia coli* enterokrwotoczną (zapadalność 0,4/100 tys. ludności), podczas gdy w roku poprzednim, 2023, odnotowano 96 przypadków (zapadalność 0,25/100 tys. ludności) – stanowi to dwukrotny wzrost liczby zachorowań. Ogólną sytuację epidemiologiczną zakażeń *E. coli* STEC/VTEC w latach 2014-2024 włącznie prezentuje wykres 14.

Wyk. 14 Liczba przypadków zakażeń *E. coli* STEC/VTEC w latach 2014-2024*

Źródło: NIZP PZH-PIB



*Dane za 2024 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie

Biorąc pod uwagę dane zaprezentowane na powyższym wykresie, należy stwierdzić, że zdecydowanie więcej przypadków zakażeń *E. coli* STEC/VTEC zaczęto odnotowywać od 2022 r., z widoczną coraz wyższą liczbą zakażeń w kolejnych 2 latach. Sugeruje to, że obserwowane wzrosty mogą być następstwem okresu zmniejszonej częstości innych infekcji oraz kontaktów społecznych, imprez masowych, stołowania się w restauracjach podczas pandemii COVID-19. Co istotne, dane europejskie również wskazują na utrzymujący się trend zwiększonej liczby przypadków zakażeń *E. coli* STEC/VTEC już od roku 2019¹.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, oprócz sporadycznie zgłaszanych zachorowań w 2024 r., zaobserwowały zwiększenie liczby przypadków zakażenia *E. coli* STEC/VTEC odnotowywanych w krótkich odstępach czasu. Sytuacja taka miała miejsce na terenie województwa mazowieckiego w lipcu 2024 r. (zarejestrowano 12 przypadków) oraz województwa zachodniopomorskiego w październiku 2024 r. (zarejestrowano 5 przypadków zakażenia).

¹ [The-European-Union-One-Health-2023-Zoonoses-report.PDF](#)

Pomimo prowadzonych intensywnych działań i dochodzeń epidemiologicznych nie stwierdzono powiązań epidemiologicznych pomiędzy przypadkami ani wspólnego źródła zakażeń. Biorąc jednak pod uwagę zwierzęcy rezerwuuar czynnika etiologicznego, przypuszczalnie źródłem mógł być kontakt ze zwierzętami gospodarskimi albo produkty spożywcze wytwarzane w gospodarstwach. Wobec powyższego o zaistniałej sytuacji poinformowano Inspekcję Weterynaryjną, kierując się zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta².

Wzrost rejestrowanej liczby przypadków zakażeń *Escherichia coli* STEC/VTEC u dzieci może być częściowo wyjaśnione poprawą wykrywalności związaną ze wzrostem dostępności badań laboratoryjnych i wykonywaniem zwiększonej liczby badań diagnostycznych u osób wykazujących objawy ze strony układu pokarmowego.

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie zakażeń *Escherichia coli* STEC/VTEC, zwłaszcza u dzieci wymaga ciągłego monitorowania i prowadzenia dogłębnych dochodzeń epidemiologicznych nawet w przypadku pojawienia się pojedynczych zachorowań u ludzi.

4.2. Sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby typu A

Do 1978 r. Polska była krajem o wysokiej zachorowalności (ponad. 50 tys. zachorowań rocznie). Stopniowo następowała poprawa sytuacji epidemiologicznej, a po 1997 r. Polskę zaliczono do krajów o niskiej endemiczności WZW typu A. Wiąże się to w dużej mierze z powszechnym dostępem do bieżącej wody, urządzeń sanitarnych, upowszechnieniem kanalizacji oraz prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorem nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

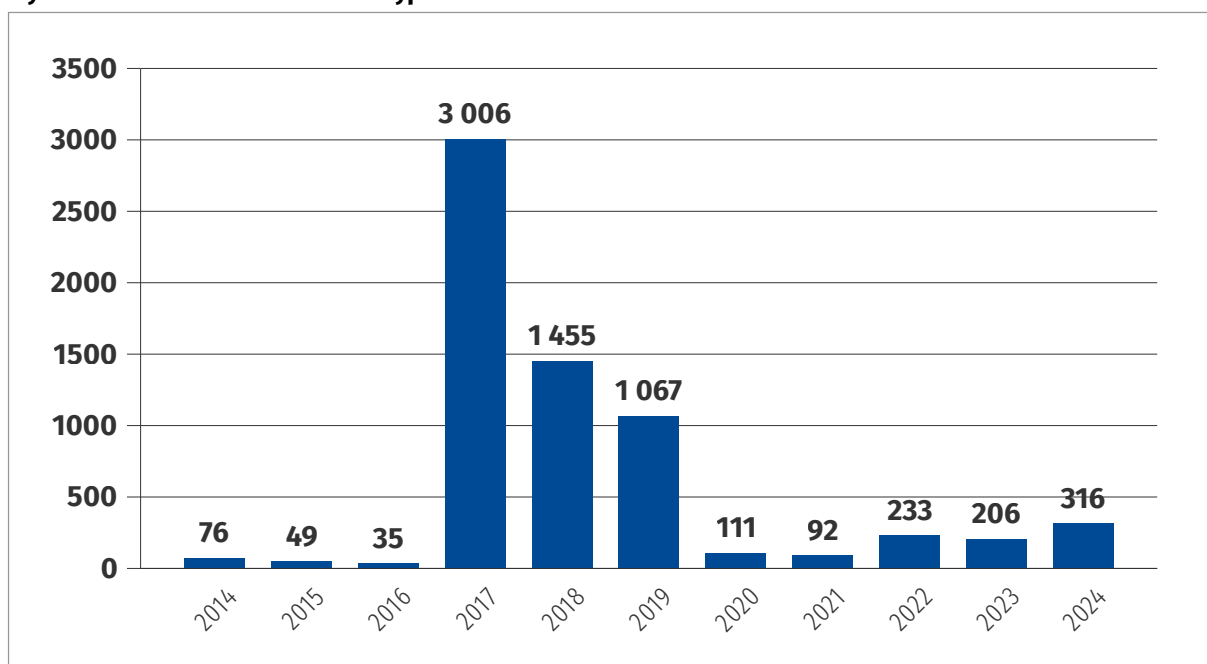
Gwałtowny wzrost liczby przypadków, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach, nastąpił w 2017 r. – w Europie zarejestrowano bowiem ognisko WZW typu A, w którym zachorowania głównie dotyczyły mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, co wskazywało na nową drogę transmisji wirusa. Polska także była objęta tym ogniskiem.

W okresie epidemii COVID-19, na skutek ograniczenia kontaktów społecznych i restrykcji w zakresie funkcjonowania obiektów gastronomicznych, placówek opiekuńczo-wychowawczych i innych podmiotów, nastąpiła znaczna redukcja liczby zachorowań na WZW typu A, zaś po epidemii COVID-19 obserwowany jest powolny wzrost liczby zachorowań. W 2022 r. zareportowano 233 przypadki, w 2023 r. – 206 przypadków, a w 2024 r. – 316 przypadków.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 2260.

Wyk. 15 Liczba zachorowań na WZW typu A w latach 2014-2024*

Źródło: NIZP PZH-PIB



*Dane za 2024 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie

Notowany jest również wzrost liczby ognisk związanych z WZW A. W 2024 r. zarejestrowano 26 ognisk WZW typu A na terenie całej Polski. To dwukrotnie więcej niż w roku poprzedzającym, w którym wystąpiło 13 ognisk.

Ze względu na powyższe dane, obecnie sytuacja epidemiologiczna w zakresie WZW A podlega szczególnemu monitorowaniu. Państwowa Inspekcja Sanitarna dąży do jak najszybszego wykrywania ognisk epidemicznych w celu podjęcia sprawnych działań mających na celu szybkie wykrycie źródeł zakażenia, przecięcie dróg szerzenia, a w konsekwencji wygaszanie kolejnych ognisk.

W przypadku WZW typu A istnieje skuteczna profilaktyka – szczepienia ochronne. Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych szczepienie przeciwko WZW typu A jest zalecane szczególnie osobom wyjeżdżającym do krajów o wysokiej i pośredniej endemiczności zachorowań, osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności, usuwaniu odpadów komunalnych i płynnych nieczystości oraz przy konserwacji urządzeń służących temu celowi, a także dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz młodzieży, które nie chorowały na WZW typu A, a które mogą nie wykazywać objawów chorobowych i szerzyć zakażenia. W zależności od sytuacji epidemiologicznej szczepienie może być także zaproponowane osobom z grup ryzyka, w których zaobserwuje się zwiększoną liczbę zachorowań, bądź pracownikom medycznym, w szczególności oddziałów zakaźnych, gastroenterologicznych, pediatrycznych. Szczepienie przeciw WZW typu A, jako szczepienie zalecane, nie jest finansowane ze środków MZ.

5. Choroby wektorowe, w tym nowe zagrożenia

Rok 2024 przyniósł istotne wyzwania, w tym konieczność monitorowania pojawienia się nowych wyzwań zdrowotnych, związanych z coraz częstszymi zawleczeniami chorób tropikalnych oraz zmianami klimatycznymi powodującymi rozprzestrzenianie się zachorowań na choroby, które w Polsce nie występują, na nowe rejony Europy. Szczególnej uwagi i monitorowania wymaga ciągłe rozszerzanie obszaru występowania gorączki Zachodniego Nilu, która dotąd w Polsce występowała wyłącznie jako zachorowania zaimportowane. Wraz z postępującymi zmianami klimatycznymi, choroba ta coraz częściej identyfikowana jest w krajach europejskich, a ryzyko wystąpienia przypadków rodzimych w Polsce staje się z roku na rok coraz bardziej realne. Również z powodu zmian klimatycznych, które objawiają się krótkimi zimami, długimi i często wilgotnymi latami, a także z powodu zmiany stylu życia, obserwuje się rosnący trend zachorowań na choroby odzwierzęce, których wektorem są kleszcze. Dwie spośród nich, które odgrywają największą rolę, to borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu (KZM).

5.1. Borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu

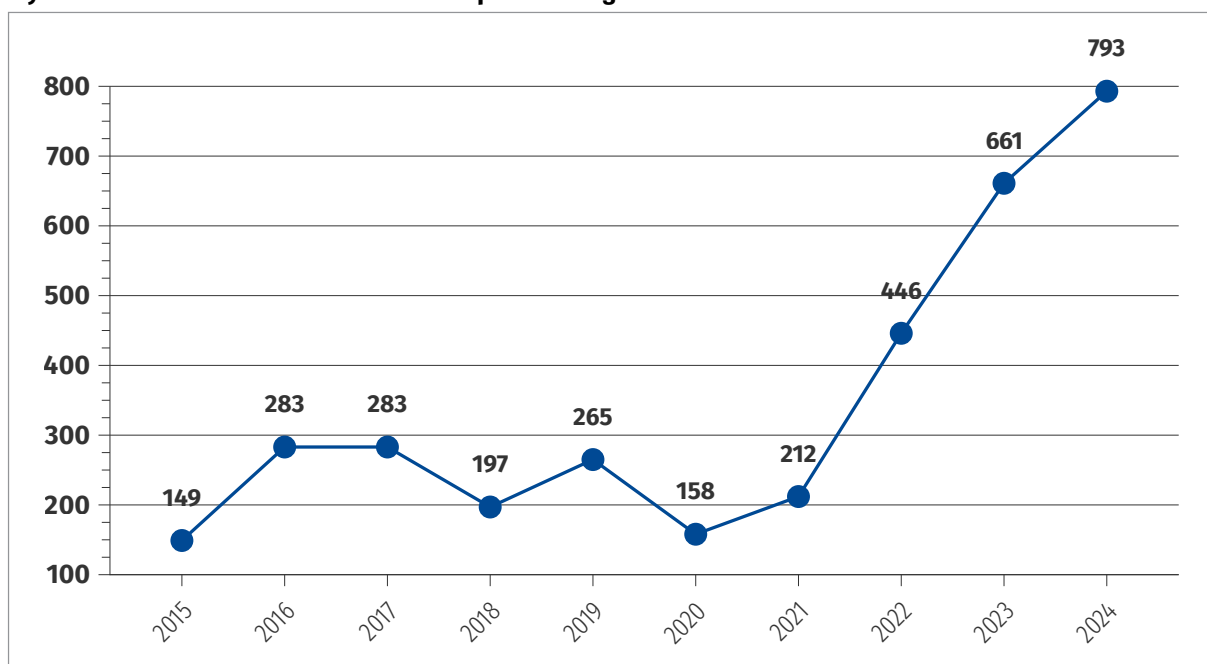
Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) jest chorobą wirusową. Na zachorowanie narażone są bardziej niektóre grupy zawodowe (jak leśnicy, myśliwi, rolnicy, żołnierze, funkcjonariusze straży pożarnej i granicznej), jednak może ona dotknąć także osoby podejmujące aktywność na świeżym powietrzu czy nawet (w mniejszym stopniu) spożywające niepasteryzowane mleko kozie lub krowie.

Jak przedstawiono na wykresie 16, w 2024 roku utrzymywał się trend wzrostowy liczby przypadków kleszczowego zapalenia mózgu. W 2023 r. odnotowano 661 przypadków (zapadalność 1,75), natomiast w 2024 r. liczba przypadków kleszczowego zapalenia mózgu wzrosła do 793 (zapadalność 2,11).



Wyk. 16 Liczba zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu w Polsce w latach 2015-2024

Źródło: NIZP PZH-PIB



Jak przedstawiono na wykresie 17 w 2024 r. utrzymywał się również trend wzrostowy liczby przypadków boreliozy. W 2023 r. odnotowano 25 285 przypadków (zapadalność 67,07) zachorowania na boreliozę, natomiast w 2024 r. odpowiednio 29 347 przypadków (zapadalność 78,13). Część z odnotowanych przypadków stanowiła postać zajmująca układ nerwowy – neuroborelioza. W 2023 r. były to 462, natomiast w 2024 r. 455 przypadków.

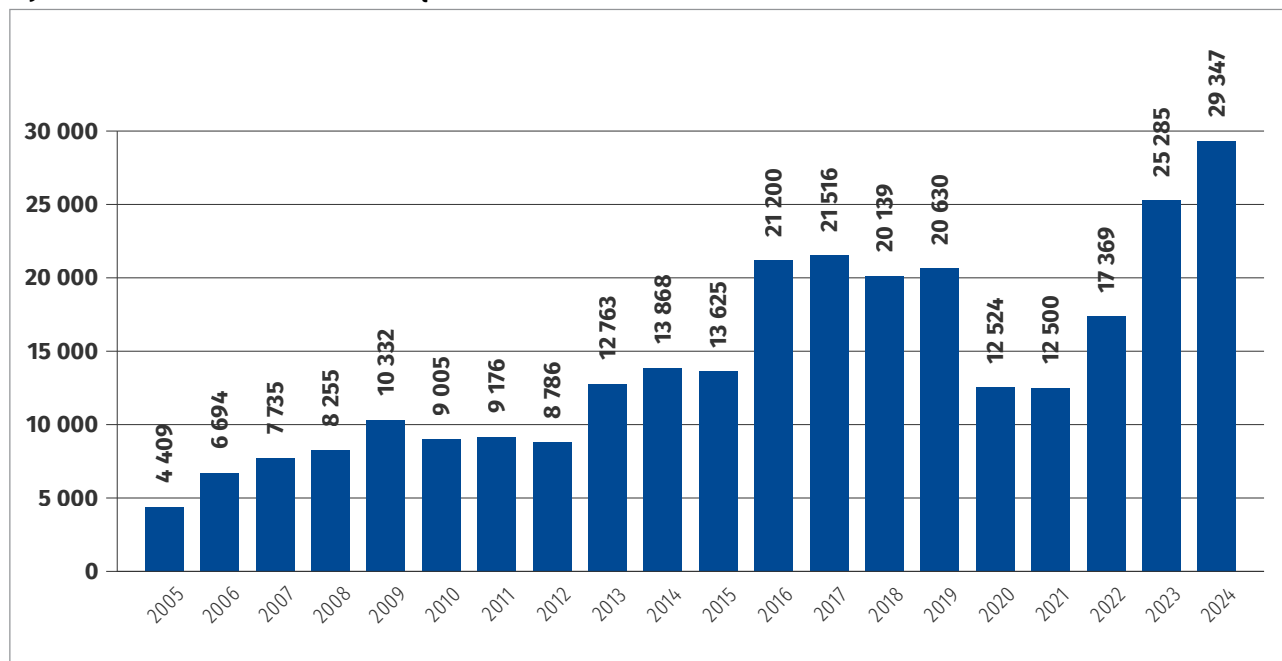
Borelioza jest to choroba bakteryjna wywołana przez krętka z rodzaju *Borrelia* i przenosi się na człowieka za pomocą wektora – kleszcza z rodzaju *Ixodes*. Jest chorobą wieloukładową, dlatego może wywoływać objawy ze strony skóry, serca, stawów, jak i układu nerwowego. Szeroki wachlarz możliwych objawów i niespecyficzne objawy ogólne mogą sprawiać problemy diagnostyczne.

Spośród chorób odkleszczowych jedynie przeciw KZM są dostępne szczepionki. Podstawowy schemat szczepienia składa się z 3 dawek, po których co 3-5 lat należy przyjmować dawki przypominające. Szczepienie jest skutecznym sposobem przeciwdziałania zachorowaniu. Nie ma leczenia przyczynowego, dlatego postępowanie jest skoncentrowane na łagodzeniu objawów. KZM występuje stosunkowo rzadko, jednak jego konsekwencje są bardzo poważne.

Podstawową zasadą profilaktyki chorób odkleszczowych, poza szczepieniami przeciwko KZM, są działania indywidualne zapewniające ochronę osobistą osób narażonych na ukłucie przez kleszcza. Głównym sposobem zapobiegania zakażeniu tą chorobą jest unikanie ukąszenia kleszcza, odstraszenie kleszczy przy użyciu repelentów oraz jak najszybsze usunięcie w przypadku pogryzienia.

Wyk. 17 Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2024

Źródło: NIZP PZH-PIB



Wzrost liczby zachorowań na boreliozę i KZM jest ściśle powiązany z postępującymi zmianami klimatycznymi (które mogą sprawić, że zimne obszary staną się bardziej przyjazne dla cyklu życiowego kleszczy) i coraz większą ingerencją człowieka w tereny sąsiadujące z leśnymi siedliskami zwierząt. Biorąc pod uwagę powyższe, Państwowa Inspekcja Sanitarna corocznie, w sezonie wzmożonej aktywności kleszczy, podejmuje działania edukacyjno-informacyjne mające na celu poprawę świadomości społeczeństwa w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych.

5.2. Wirus Zachodniego Nilu jako nowe zagrożenie w Polsce

W 2024 r. na terenie m. st. Warszawy odnotowano pierwsze potwierdzone przypadki zakażeń wirusem Zachodniego Nilu u wron siwych. Zakażenie wirusem Zachodniego Nilu jest chorobą wirusową, która dotyka ludzi oraz zwierzęta – poza ptactwem chorują także koniowate. Jest to jednostka zakaźna u ludzi rozpowszechniona na świecie, w tym w USA, oraz od kilkunastu lat sezonowo, od maja do listopada, także w krajach basenu Morza Śródziemnego.

Kraje, w których wirus krąży endemicznie i sezonowo w środowisku i w których dochodzi do transmisji zakażeń na ludzi i zwierzęta w wyniku ukąszeń komarów, to: Włochy, Grecja, Hiszpania, Węgry, Albania, Rumunia, Turcja, Serbia, Francja, Austria, Niemcy, Chorwacja, Bułgaria, Słowacja, Słowenia, Kosowo, Cypr, Czechy i Macedonia Północna. Jednocześnie rok 2024 był drugim (po roku 2018), kiedy odnotowano w regionie Europy najwyższą liczbę zachorowań wśród ludzi w ciągu ostatnich 10 lat. W Polsce, zgodnie z danymi NIZP PZH – PIB, notowane są jedynie sporadyczne, zawleczone przypadki zachorowań u ludzi.



Z uwagi na fakt, że choroba jest także zoonozą (chorobą odzwierzęcą czyli taką, która przenosi się ze zwierząt na ludzi przy pomocy wektora – odpowiedniego gatunku komara), Inspekcja Weterynaryjna oraz Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracują ze sobą w celu monitorowania sytuacji epidemicznej u zwierząt i u ludzi w kontekście potrzeby zapewnienia ochrony zdrowia publicznego.

Komunikat dotyczący zwiększonej liczby padnięć ptaków z rodziny krukowatych na terenie miasta stołecznego Warszawy

Wobec nowo pojawiających się okoliczności, które mogą w przyszłości doprowadzić w sprzyjających warunkach środowiskowych do przeniesienia zakażenia WNV z rezerwuaru zwierzęcego także na człowieka w Polsce, Państwowa Inspekcja Sanitarna wzmożyła działania. W szczególności podejmuje działania mające na celu wzrost świadomości w środowisku medycznym, współpracę z innymi organami administracji publicznej i służbami oraz działania związane z komunikacją społeczną i edukacją. W Głównym Inspektoracie Sanitarnym zostały także zainicjowane działania legislacyjne mające na celu zaktualizowanie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta (Dz. U. z 2022 r. poz. 2260) w zakresie współpracy organów w obszarze zakażeń wirusem Zachodniego Nilu na terenie naszego kraju.

W związku z coraz bardziej dostrzegalnymi i dotkliwymi zmianami klimatycznymi, które mogą sprzyjać zwiększonej transmisji wirusa Zachodniego Nilu w środowisku, także Polska przygotowuje się na sytuację, w której przypadki tej choroby u ludzi przestaną być wyłącznie zakażeniami zawleczonymi z krajów endemicznego występowania WNV. Masowego padania ptaków w Warszawie w 2024 r. nie należy traktować jako zdarzenia incydentalnego, gdyż wraz ze zmianami klimatycznymi prognozowane jest dalsze rozszerzanie się strefy występowania zakażeń WNV w Europie. Wobec możliwości przeniesienia zakażenia z człowieka na człowieka od bezobjawowych dawców krwi/narządów na biorców, kwestia WNV stała się, z inicjatywy również Głównego Inspektoratu Sanitarnego, przedmiotem uwagi podmiotów zajmujących się transplantacjami i krwiolecnictwem.

6. Inne zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi, w tym o charakterze międzynarodowym

6.1. Sytuacja epidemiologiczna mpox

Mpox (dawniej nazywany ospą małpią) jest chorobą odzwierzęcą, która w sprzyjających warunkach przenosi się z człowieka na człowieka. Transmisja wirusa następuje przede wszystkim poprzez bliski kontakt z materiałem zakaźnym ze zmian skórnych zakażonej osoby, ale również przez kontakt z innymi płynami ustrojowymi osoby zakażonej, w tym drogą kontaktów seksualnych, a także drogą kropelkową w przypadku bezpośredniego i długotrwałego kontaktu twarzą w twarz. Wirus może przenosić się także przez skażone przedmioty, np. pościel, ręczniki, przedmioty używane przez zakażonego, w tym odzież.

Warto dodać, że wirus ospy małpiej występuje w dwóch odmianach – zachodnioafrykańskiej (klad II, z subkladami IIa i IIb) oraz środkowoafrykańskiej (klad I, z subkladami Ia i Ib), które różnią się ciężkością przebiegu.

W 2022 r. po raz pierwszy zgłoszono zachorowania w skali globalnej w krajach, gdzie do tej pory choroba nie występowała. W wywiadach epidemiologicznych wskazywano kontakty (głównie seksualne) z innymi osobami, wskazując nową drogę szerzenia zakażeń – od człowieka do człowieka, nie tylko od zwierząt. Jako źródło ognisk z identyfikowano wirus linii zachodnioafrykańskiej (konkretnie subklad IIb) wywołujący łagodne objawy chorobowe, choć ma tendencję do powodowania ciężkiej choroby w niektórych grupach.

Z kolei w 2023 r. w Demokratycznej Republice Konga (DRK) zaobserwowano ognisko zakażeń wirusem MPXV, lecz wywołane wirusem odmiany środkowoafrykańskiej (klad I). Ognisko rozprzestrzeniło się na więcej obszarów w kraju, a liczba zgłoszonych przypadków wzrosła diametralnie, co więcej – zanotowano transmisję drogą kontaktów seksualnych. Pierwsza połowa 2024 r. przyniosła pogorszenie sytuacji epidemiologicznej mpox w DRK. Odnotowano najwyższą w historii liczbę zareportowanych przypadków mpox kladu I. Wzrost ten spowodowany był dwoma towarzyszącymi zjawiskami: ciągłym notowaniem od listopada 2023 r. lokalnych ognisk mpox kladu I wraz z rozprzestrzenianiem się zakażeń na sąsiadujące kraje, w tym Burundi, Rwandę, Ugandę i Kenię, powiązanych z nowo zidentyfikowanym subkladem oznaczonym jako Ib. Klad Ib wirusa MPXV, budzący globalne zainteresowanie, zostały wykryty właśnie w Demokratycznej Republice Konga, a następnie zareportowany stamtąd po raz pierwszy w kwietniu 2024 r.

Z uwagi na obserwowaną niepokojącą sytuację 13 sierpnia 2024 r. Centrum do spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób w Afryce ogłosiło stan zagrożenia zdrowia publicznego w zakresie bezpieczeństwa kontynentalnego – PHECS (*Public Health of Continental Security*), czego natychmiastowym następstwem było ogłoszenie przez Dyrektora Generalnego WHO 14 sierpnia 2024 r. stanu zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym – PHEIC (*Public Health Emergency of International Concern*). Należy zaznaczyć, że stan PHEIC został ustanowiony już po raz drugi dla tej choroby – 21 lipca 2022 r.

ogłoszono, że obserwowane wówczas ognisko mpox kładu II (IIb) spełnia przesłanki do wprowadzenia stanu PHEIC, który utrzymany został aż do 11 maja 2022 r., kiedy Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała oświadczenie, w którym przyznano, że zaistniał długofalowy postęp w globalnej odpowiedzi na pojawiające się zagrożenie wraz z zauważeniem wyraźnego spadku w liczbie nowych przypadków. Z drugiej strony z drugiej strony podkreślano jak wiele niewiadomych w odniesieniu do mpox istnieje, przede wszystkim w kwestii sposobów transmisji w niektórych krajach, jakości jednostkowych danych czy dostępności skutecznych środków zapobiegania w krajach afrykańskich, gdzie ospa małopęca występuje endemicznie. Drugi raz stan PHEIC (utrzymany wciąż do końca roku) ogłoszono z uwagi na epidemię mpox innego kładu, Ib, szybko rozprzestrzeniającą się w 2024 r. poza granice DRK do krajów sąsiadujących i wykazującą potencjał do dalszego rozprzestrzeniania się zarówno w krajach Afryki, jak również poza tym kontynentem.

W następnym dniu po ogłoszeniu PHEIC (15 sierpnia 2024 r.) ze Szwecji zaraportowano pierwszy w UE/EOG przypadek zakażenia MPXV wywołanego kładem Ib u turysty, który powrócił z Afryki. Do końca 2024 r. otrzymywano wiadomości o kolejnych pojedynczych przypadkach mpox zgłaszanych z różnych krajów na całym świecie, m.in. z Tajlandii, Indii, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Belgii, Stanów Zjednoczonych, Kanady, Pakistanu, Omanu. Większość osób zgłaszała historię podróży do krajów afrykańskich, Co więcej, w Niemczech Wielkiej Brytanii, oraz Belgii nastąpiła transmisja domowa na osoby mieszkające z osobami chorymi.

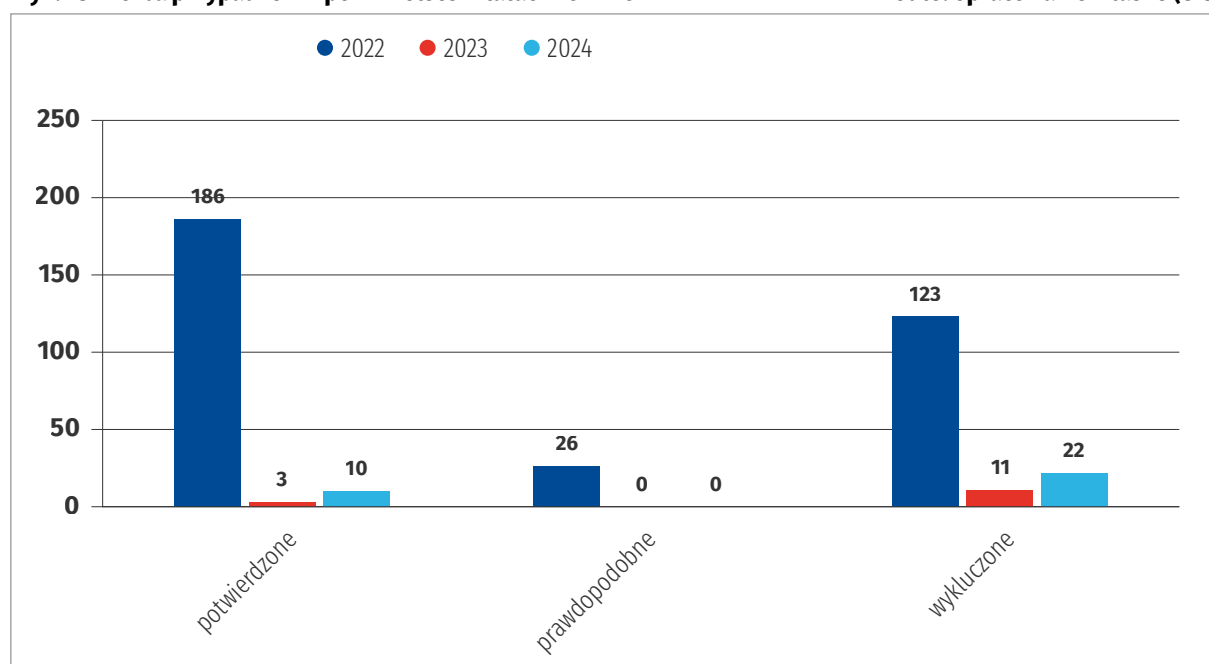


W Polsce pierwszy przypadek mpox (powiązany z międzynarodowym ogniskiem zakażeń wywołanych kładem IIb) został zanotowany 31 maja 2022 r. Należy podkreślić, że w ciągu 2024 r. nie wykryto w Polsce zakażeń nowo zidentyfikowanym kładem Ib, wszystkie powiązane były z międzynarodowym ogniskiem mpox obserwowanym od 2022 r., a powiązany z kładem IIb.

Osoby zidentyfikowane jako kontakty z osobami zakażonymi zawsze obejmowane były nadzorem epidemiologicznym lub obowiązkiem odbycia kwarantanny.

Wyk. 18 Liczba przypadków mpox w Polsce w latach 2022-2024

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Jako profilaktyka mpox dostępne są szczepienia (dwudawkowe), także w Polsce, zarówno przedekspozycyjne, jak i poekspozycyjne w grupie osób narażonych, tj. u osób z bliskiego kontaktu, personelu medycznego i pracowników laboratorium. Szczepienia są dobrowolne, a decyzja o szczepieniu podejmowana jest indywidualnie po ocenie korzyści i ryzyka z uwzględnieniem rodzaju kontaktu i czasu jaki upłynął od ekspozycji, wieku oraz danych z wywiadu dotyczących statusu immunologicznego i czynników zwiększających ryzyko ciężkiego przebiegu choroby. Zalecenia Ministra Zdrowia i Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych dotyczące realizacji szczepień przeciw ospie małpiej w grupie osób narażonych wydane zostały w dniu 23 września 2022 r., ponowne 27 sierpnia 2024 r. do znalezienia pod linkiem: [Komunikat w sprawie mpox – najważniejsze informacje](#).

Z uwagi na raportowanie przypadków zachorowań w kolejnych krajach, w tym europejskich, Główny Inspektorat Sanitarny utrzymuje monitorowanie w sposób ciągły sytuacji epidemiologicznej na świecie i w Europie, a w przypadku identyfikacji zachorowań w kraju podejmowane są natychmiastowe działania mające na celu zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażeń wywołanych wirusem MPXV w społeczeństwie.

6.2. Nadzór nad osobami narażonymi na wirusy wysoce zjadliwej grypy ptaków w ogniskach tej choroby u ptactwa na terenie Polski

Grypa ptaków jest chorobą wirusową, wywołaną przez wirusy grypy typu A, która dotyka głównie ptaki (drób i ptaki dzikie). Wirusy grypy wysoce zjadliwej (HPAI), szczególnie podtyp H5, są obecnie szeroko rozpowszechnione wśród ptactwa dzikiego w Europie. W ostatnich latach identyfikuje się zakażenia wirusem A(H5N1) także u niektórych ssaków dzikich na całym świecie oraz ssaków futerkowych na fermach hodowlanych np. lisów i norek (Finlandia) czy u kotów domowych (Polska – 2023) albo dzikich kotów w ogrodach zoologicznych (Korea Południowa – 2023 i 2024), co budzi niepokój naukowców i epidemiologów. W 2024 r. odnotowano przypadki zakażeń tymi wirusami u bydła mlecznego w kilku stanach USA.

Niektóre wirusy HPAI (np. A(H5N1)) mogą powodować ciężką chorobę także u ludzi. Pomimo dużej liczby przypadków grypy ptaków wśród drobiu hodowlanego i dzikiego ptactwa w UE (w UE nie odnotowano przypadków zakażeń u bydła mlecznego) do końca 2024 r. nie zidentyfikowano w tym regionie infekcji objawowej u ludzi. Jak dotąd na świecie nie odnotowano także przypadków przeniesienia zakażenia H5N1 z chorego człowieka na inną osobę.

W związku z występującymi u zwierząt ogniskami grypy ptaków wysoce zjadliwej Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działania nadzorowe w stosunku do osób narażonych. Wśród osób zawodowo narażonych na zakażenie HPAI są przede wszystkim:

- ◆ pracownicy ferm drobiu/zwierząt futerkowych,
- ◆ hodowcy i pracownicy mniejszych ferm drobiu przyzagrodowego,
- ◆ pracownicy służb zaangażowanych w zwalczanie ognisk grypy ptaków, np. lekarze weterynarii,
- ◆ personel firm utylizujących tusze zwierząt, przeprowadzających dezynfekcję gospodarstw rolnych, firm transportowych kontaktujących się z fermą w obszarze zapowietrzonym,
- ◆ pracownicy służb podejmujących martwe dzikie ptaki ze zbiorników wodnych,
- ◆ pracownicy ogrodów zoologicznych,
- ◆ myśliwi,
- ◆ pracownicy służb ochrony dzikiej przyrody.

Zgodnie z danymi Państwowej Inspekcji Sanitarnej z nadzoru nad osobami narażonymi na kontakt z zakażonym i chorym ptactwem w okresie w 2024 r. PPIS objęli nadzorem łącznie ponad 1000 osób, w tym:

- ◆ ponad 200 osób z gospodarstw rolnych (hodowców i pracowników, właścicieli),
- ◆ ponad 250 pracowników różnych służb zaangażowanych w zwalczanie ognisk HPAI u ptaków (Inspekcja Weterynaryjna, lekarze weterynarii wolnej praktyki nadzorujący stada, Państwowa Straż Pożarna, Wody Polskie, Policja, urzędnicy miejscy, przedstawiciele służb sanitarnych),

- ◆ ponad 300 pracowników firm utylizacyjnych, dezynfekcyjnych, sprzątających i transportowych zaangażowanych w oczyszczanie ognisk choroby.

W 2024 r. wykonano tylko kilkadziesiąt badań na poziomie wstępnej diagnostyki grypy. Wszystkie osoby w tych ogniskach były bezobjawowe, a wyniki RT-PCR z pobranych wymazów były ujemne. Stan zaszczepienia osób pracujących w ogniskach na grype sezonową był bardzo niski. Na łączną liczbę ponad 1000 osób narażonych na kontakt z wirusem HPAI, tylko 11 było osób zaszczepionych p. grypie sezonowej (1%).

Kluczowym obecnie elementem systemu zapobiegania transmisji wirusów grypy ptaków na osoby narażone zawodowo jest właściwe postępowanie w zakładach pracy, których pracownicy są narażeni na kontakt z zakażonymi zwierzętami lub zanieczyszczonym przez te wirusy środowiskiem.

Jednym z istotnych działań mających na celu ochronę zdrowia pracowników jest **aktualizacja szkoleń** pracowników w zakresie restrykcyjnego stosowania się do zasad higieny i innych środków profilaktycznych wszystkich osób mających zawodowo kontakt z zakażonymi wirusami grypy ptaków zwierzętami lub skażonym przez te zwierzęta środowiskiem. Ważne też jest, aby pracodawcy nadzorowali stosowanie się pracowników do procedur postępowania i zasad higieny podczas wykonywania czynności zawodowych.

W 2024 r. odbyły się w Polsce dwie wizyty studyjne Komisji Europejskiej dotyczące zagrożenia, jakim jest grypa ptaków. Wizyty w naszym kraju była jedną z kilku zaplanowanych przez KE wizyt w państwach członkowskich, których celem jest informowanie i wzmacnianie unijnej polityki bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez określenie dobrych praktyk we wdrażaniu zasad „Jedno zdrowie”, możliwych luk i zagrożeń oraz obszarów, w których konieczna jest lepsza koordynacja, wytyczne i inna polityka, w odniesieniu do zagrożenia pandemią związaną z wirusami grypy ptaków i SARS-CoV-2 w hodowlach zwierząt futerkowych i ptactwa.

W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, również w wyniku przeprowadzonych misji, podjęły działania mające na celu wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego nad ludźmi w związku z zagrożeniem ze strony wirusów grypy ptaków w odniesieniu do ludzi narażonych oraz czynności mające na celu zacieśnienie współpracy z innymi służbami zaangażowanymi w zdrowie zwierząt i bezpieczeństwo środowiska. W oparciu o doświadczenia zebrane w czasie ogniska grypy ptaków u kotów domowych w 2023 r. przygotowano zostały informacje i dokumenty niezbędne do prowadzenia nadzoru nad osobami eksponowanymi oraz pozwalające zbierać dane z stosowanego nadzoru. Ponadto Główny Inspektor Sanitarny podjął działania zmierzające do zwiększenia wagi profilaktyki tych zakażeń u osób zawodowo narażonych na HPAI.

Wychodząc naprzeciw zaleceniom wielu międzynarodowych organizacji do spraw zdrowia publicznego i zdrowia zwierząt (min. WHO, ECDC, EFSA, WOA), które zalecają regularne szczepienie się przeciwko grypie sezonowej jako przynoszące korzyści poprzez zmniejszenie ryzyka reasortacji wszelkich, w tym



odzwierzęcych, wirusów grypy w organizmie człowieka oraz możliwość uchronienia przed ciężkim przebiegiem choroby, jako efekt podjętych prac przez Główny Inspektorat Sanitarny po ww. misjach, w Polsce zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025 (wydanego na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924) **szczepienie przeciwko grypie sezonowej jest szczepieniem zalecanym dla pracowników ferm drobiu oraz zwierząt futerkowych.**

7. Działania w związku z powodzią na południowo-zachodnich terenach polski

W połowie września 2024 r. południowo-zachodnie tereny Polski w województwach opolskim, śląskim, dolnośląskim, lubuskim, a w mniejszym stopniu – małopolskim i zachodniopomorskim zostały dotknięte silnymi powodziami, które pociągnęły za sobą zwiększone ryzyko zakażeń i zachorowań na choroby zakaźne przenoszone przez zanieczyszczoną wodę, przede wszystkim: zakażenia norowirusami, rotawirusami, enetrowirusami, szigelozy, salmonelozą i inne bakteryjne zakażenia jelitowe (szczególnie te, których czynnikiem etiologicznym jest *Escherichia coli*), dur brzuszny i dury rzekome, wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW typu A), leptospirozy, a także tężec. Zagrożenia epidemiczne na terenach dotkniętych powodzią zwykle zależą od rozmiaru zniszczeń, czasu trwania oraz sytuacji epidemiologicznej obserwowanej przed zaistnieniem sytuacji kryzysowej.

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej od momentu uzyskania pierwszych danych meteorologicznych o wystąpieniu na terenie kraju powodzi na każdym z poziomów skoncentrowane były na analizowaniu sytuacji epidemiologicznej, jak też zaopatrzeniu terenów dotkniętych w środki dezynfekcyjne niezbędne do zabezpieczenia sanitarnego.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenach dotkniętych powodzią zobligowane zostały do prowadzenia bieżącego monitoringu zakażeń i chorób zakaźnych, przede wszystkim tych przenoszonych przez zanieczyszczoną wodę. Główny Inspektorat Sanitarny analizował otrzymane dane i sporządzał codzienne raporty dotyczące nowo odnotowanych zakażeń i ognisk chorób zakaźnych wśród osób przebywających na tych terenach. Raportowanie utrzymane zostało do końca listopada, kiedy zyskano pewność o ustabilizowaniu się sytuacji epidemiologicznej na terenach dotkniętych powodzią. W okresie sporządzania raportów zidentyfikowano zwiększoną liczbę zatruc pokarmowych i nieżyłtów żołądkowo-jelitowych o bliżej nieokreślonej etiologii, co jest typowym odzwierciedleniem przewidywanej sytuacji epidemiologicznej na terenach mierzących się ze skutkami powodzi. Zakażenia wywoływane były przez norowirusy, rotawirusy lub bakterie z rodzaju *Salmonella*. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, odpowiedzialne za prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych na poziomie lokalnym, dyżurowały wówczas całą dobę pod telefonami alarmowymi gotowe do przyjęcia wszelkich zgłoszeń.

Główny Inspektor Sanitarny wspólnie z Konsultantami Krajowymi w dziedzinie chorób zakaźnych oraz epidemiologii prowadzili równolegle na terenach dotkniętych powodzią analizę sytuacji epidemiologicznej, którą oceniali jako stabilnie dobrą. Na tej podstawie rekomendowano dobrowolne szczepienia ochronne, a także oferowano bezpłatnie szczepienia przeciwko tężcowi (przed – i poekspozycyjnie), wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (przed – i poekspozycyjnie), durowi brzuszemu w określonych grupach ryzyka. Jednocześnie w związku z niską zachorowalnością na choroby zakaźne przenoszone przez zanieczyszczoną wodę, przeciwko którym istnieją skuteczne szczepienia ochronne, nie wykazano konieczności przeprowadzenia masowych (populacyjnych) szczepień ochronnych na terenach dotkniętych powodzią. Wspólne stanowisko w tej sprawie opublikowane zostało na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Najwięcej, bo ponad 43 tys. dawek szczepionki, wydano w celu przeprowadzenia szczepień przeciwko tężcowi. Wydano również prawie 2 tys. dawek szczepionki przeciwko WZW typu A (dla osób od 16 roku życia) oraz po 55 fiolek (1 fiolka = 20 dawek) szczepionki durowej, jak też skojarzonej durowo-tężcowej.

Konsekwencją silnych powodzi było znacznie zwiększone zapotrzebowanie na środki dezynfekcyjne i inne materiały przeznaczone do porządkowania zalanych terenów. Zgodnie z obowiązującą standardową procedurą wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne kierowały do Głównego Inspektoratu Sanitarnego wnioski o wydanie sanitarnego z Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwiwepidemicznych (CBRSP) materiałów, w tym do dezynfekcji dużych powierzchni i studni przydomowych. Zamówienia preparatów dezynfekcyjnych z magazynów Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwiwepidemicznych realizowane były regularne, co umożliwiło wydawanie ich zgodnie z zapotrzebowaniem wskazywanym we wnioskach wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych do usuwania skutków powodzi.

Wszelkie istotne informacje, ulotki, komunikaty udostępniane były na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego celem dostarczenia rzetelnych informacji o zagrożeniach dla osób zamieszkających na terenach dotkniętych powodzią.

8. Ponowny wzrost zachorowań na odrę w Europie

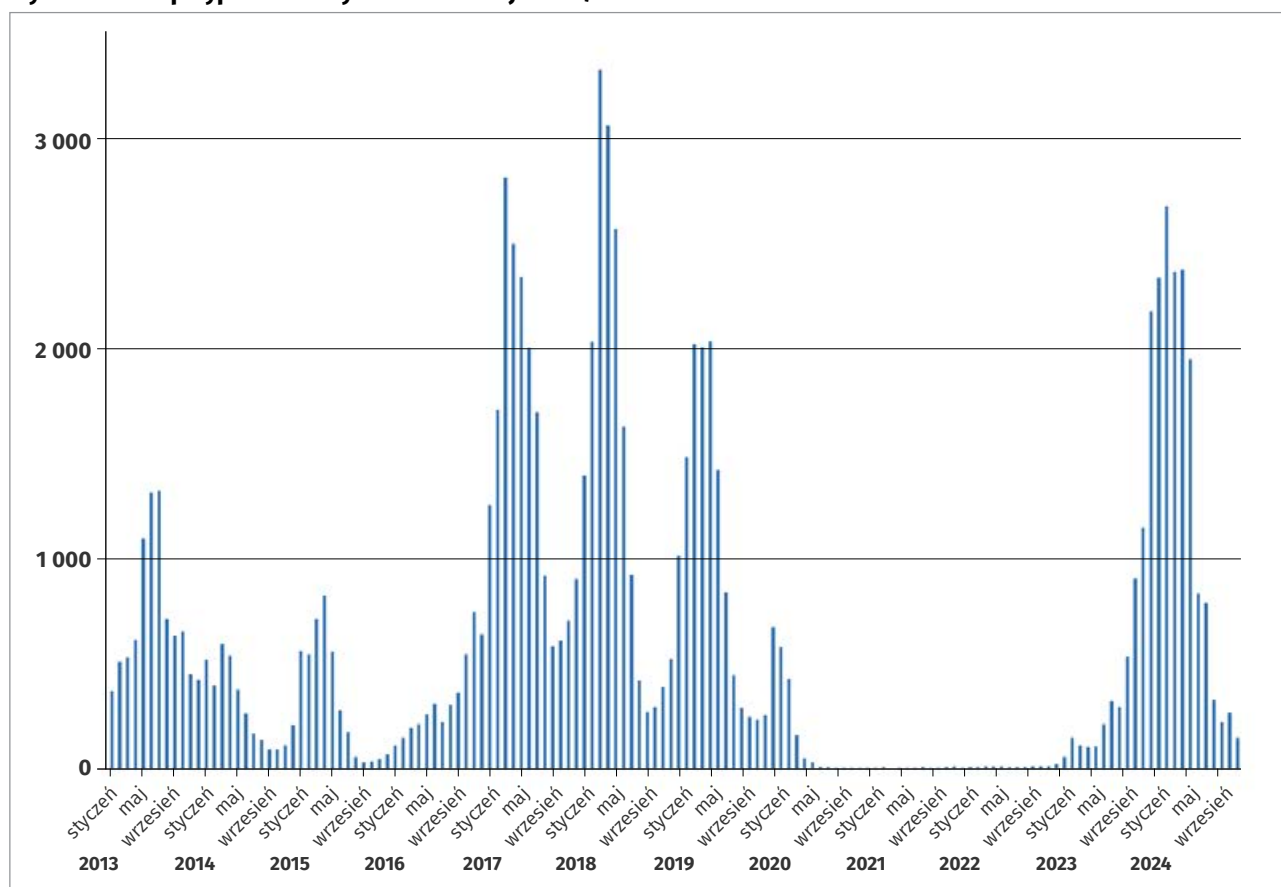
Po okresie niezwykle niskiej aktywności odry podczas pandemii COVID-19, odnotowano jej gwałtowny wzrost w 2024 r. Tendencja wzrostowa obserwowana była już w ostatnim kwartale 2023 roku. W Rumunii, w związku z rosnącą liczbą przypadków odry, 5 grudnia 2023 r. został ogłoszony stan epidemii.

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2024 r. 30 państw członkowskich UE/EOG zgłosiło łącznie 16 510 przypadków odry, podczas gdy w 2023 r. było ich 3 973.



Wyk. 19 Liczba przypadków odry w 2024 r. w krajach UE/EOG

Źródło: ECDC



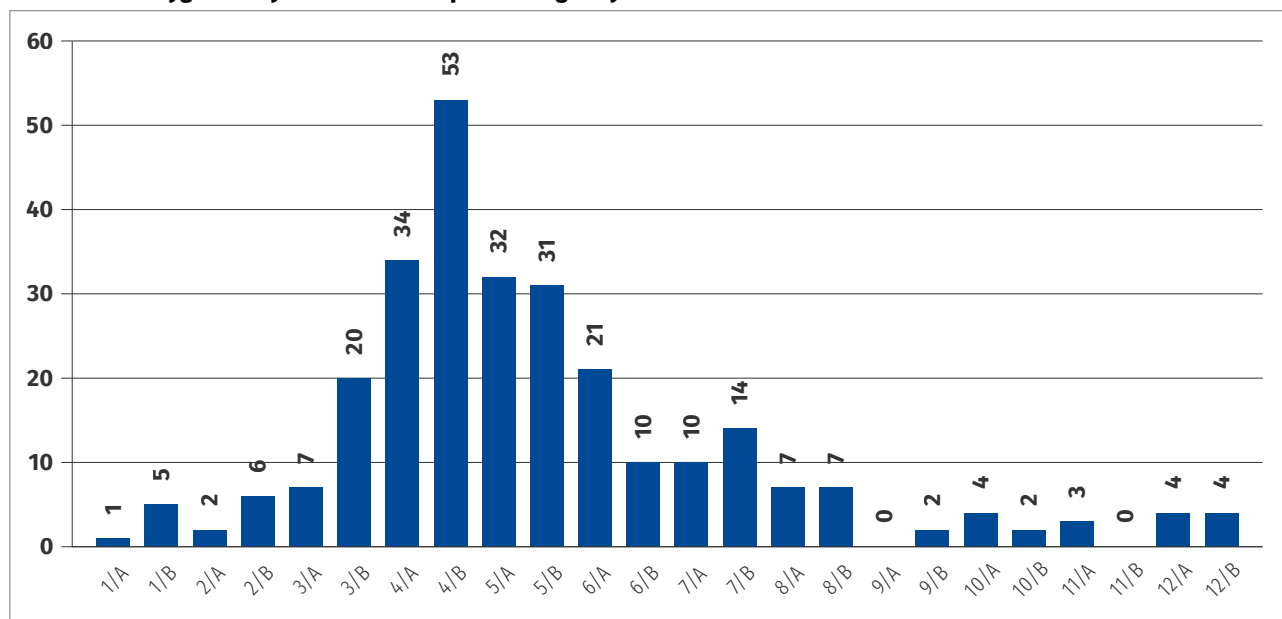
Większość przypadków odry zostało potwierdzonych laboratoryjnie (12 447; 75,4%). Tylko dwa kraje nie zgłosiły w 2024 r. żadnego przypadku odry i były to Łotwa i Liechtenstein. Największą liczbę przypadków odnotowano w Rumunii (12 040; 72,9%), Włoszech (1 049; 6,4%), Niemczech (638; 3,9%), Austrii (542; 3,3%) i Belgii (531; 3,2%). W 2024 r. zarejestrowano łącznie 10 zgonów związanych z odrą, z czego 9 w Rumunii i 1 w Irlandii.

W Polsce wzrost liczby przypadków odry obserwowano od marca 2024 r., ze szczytem zachorowań przypadającym w kwietniu, po którym następował stopniowy spadek liczby rejestrowanych przypadków. W 2024 r. zgłoszono łącznie 276 zachorowań na odrę, z czego 183 zostały potwierdzone laboratoryjnie.

Spośród 13 296 przypadków odry zarejestrowanych w UE/EOG w 2024 r. o znanym wieku i statusie zaszczepienia, 11 581 (87,1%) było nieszczepionych, 1 101 (8,3%) zostało zaszczepionych jedną dawką szczepionki zawierającej wirusa odry, 574 (4,3%) zostało zaszczepionych dwiema lub więcej dawkami, a 25 (0,2%) zostało zaszczepionych nieznaną liczbą dawek.

Wyk. 20 Krzywa epidemiczna przypadków odry w 2024 r. w Polsce według danych z dwutygodniowych meldunków epidemiologicznych*

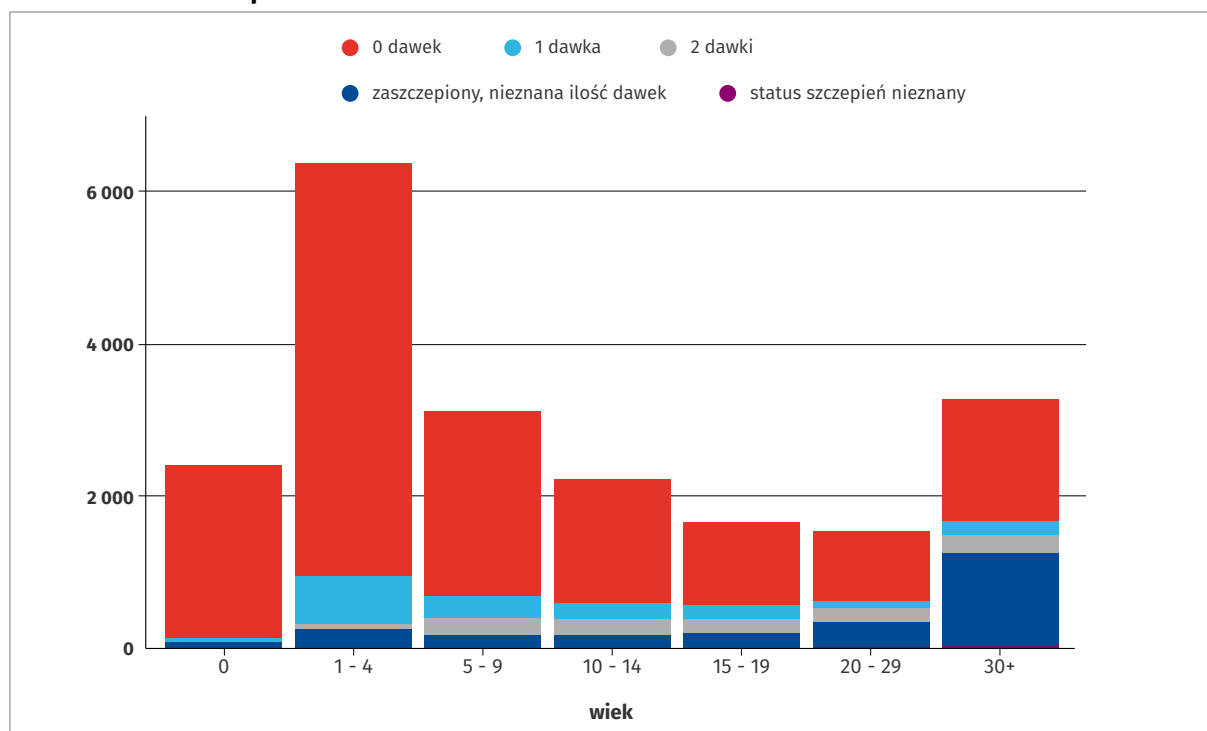
Źródło: NIZP PZH-PIB



*Dane za 2024 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie

Wyk. 21 Liczba przypadków odry w 2024 r. w krajach UE/EOG według grupy wiekowej i statusu szczepienia

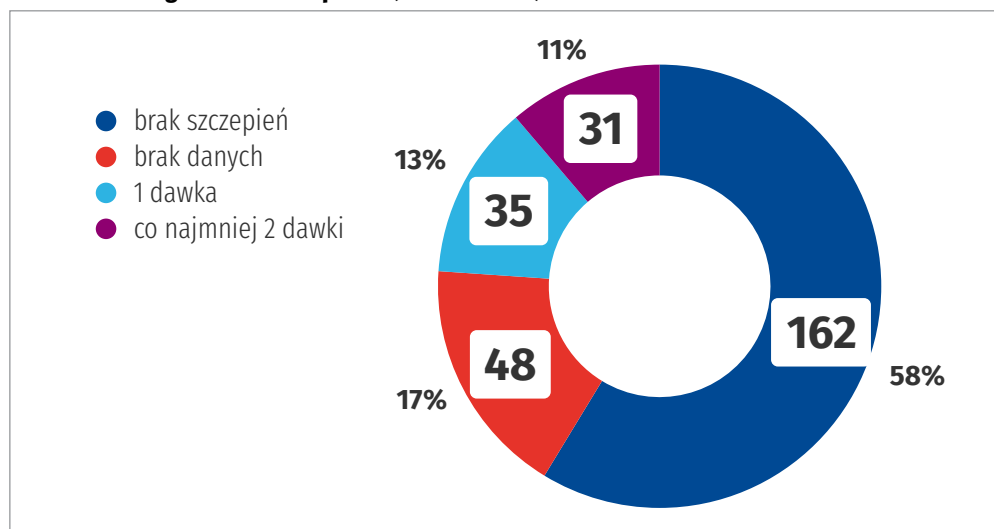
Źródło: ECDC



W Polsce w 2024 r. osoby niezaszczone stanowiły 59% wszystkich przypadków odry, z czego większość to dzieci do 14 r.ż.

Wyk. 22 Liczba przypadków odry w 2024 r. w Polsce według statusu szczepienia (liczba dawek)*

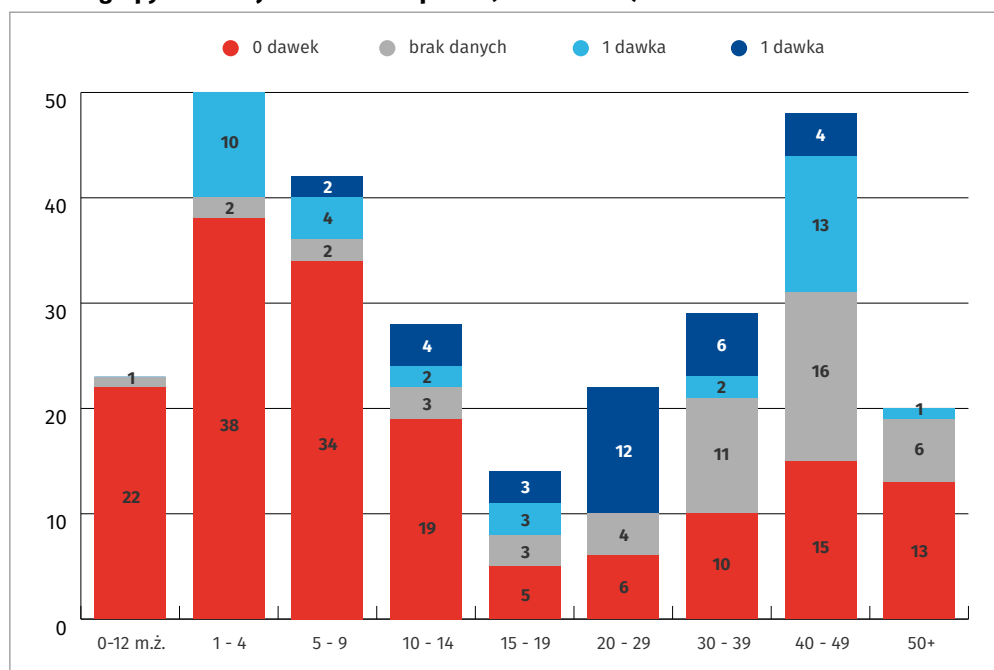
Źródło: NIZP PZH-PIB



*Dane za 2024 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie

Wyk. 23 Liczba przypadków odry w 2024 r. w Polsce według grupy wiekowej i statusu szczepienia (liczba dawek)*

Źródło: NIZP PZH-PIB

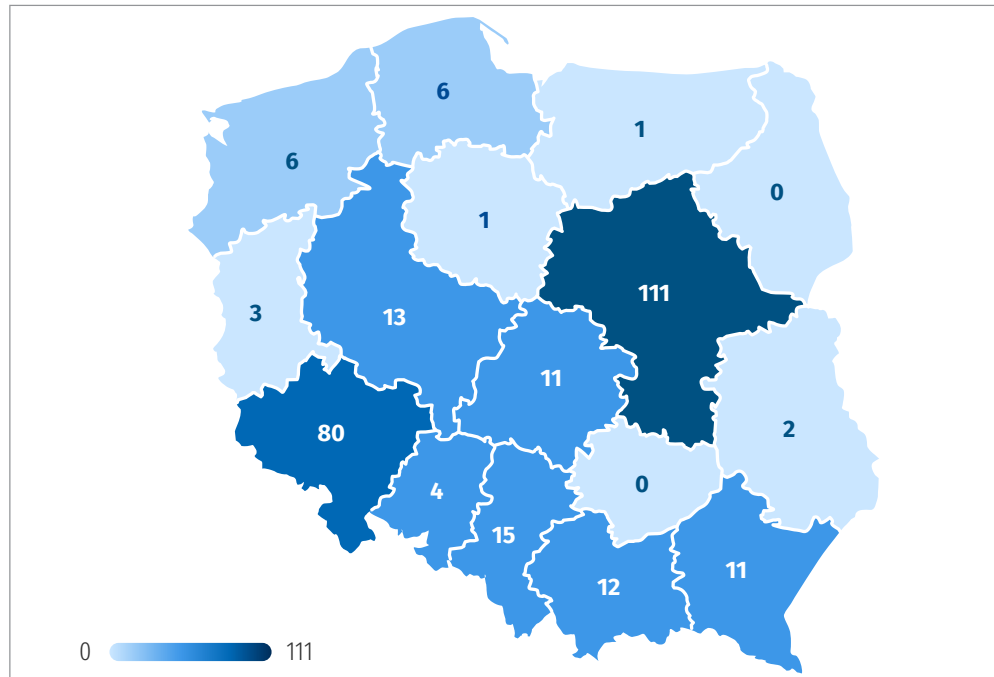


*Dane za 2024 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie

W 2024 roku wystąpiły w Polsce 23 ogniska odry. Większość z nich stanowiły małe ogniska rodzinne. Dwa duże ogniska wystąpiły natomiast w województwie dolnośląskim i mazowieckim. Ognisko odry w województwie dolnośląskim wystąpiło w grupie społeczności romskiej i dotknęło 20 osób. Ognisko w województwie mazowieckim rozpoczęło się zachorowaniami w grupie społeczności romskiej, a następnie rozprzestrzeniło się na populację ogólną. Do dalszej transmisji zakażeń doszło m.in. podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć szpitala w trakcie oczekiwania pacjentów na konsultację lekarską. Ognisko to objęło 39 osób z kilku powiatów.

Najwięcej przypadków odry w 2024 r. zarejestrowano w województwie mazowieckim i dolnośląskim, czyli w tych województwach, w których wystąpiły duże ogniska zachorowań.

Rys. 3 Liczba przypadków odry w 2024 r. w podziale na województwa* Źródło: NIZP PZH-PIB



*Dane za 2024 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie

Łącznie 111 przypadków odry wystąpiło w ogniskach zachorowań, natomiast 165 były to przypadki sporadyczne, których nie udało się powiązać z innymi zachorowaniami.

28 przypadków odry zostało natomiast zawleczonych z innych krajów, z czego najwięcej z Rumunii, Niemiec i Wielkiej Brytanii.

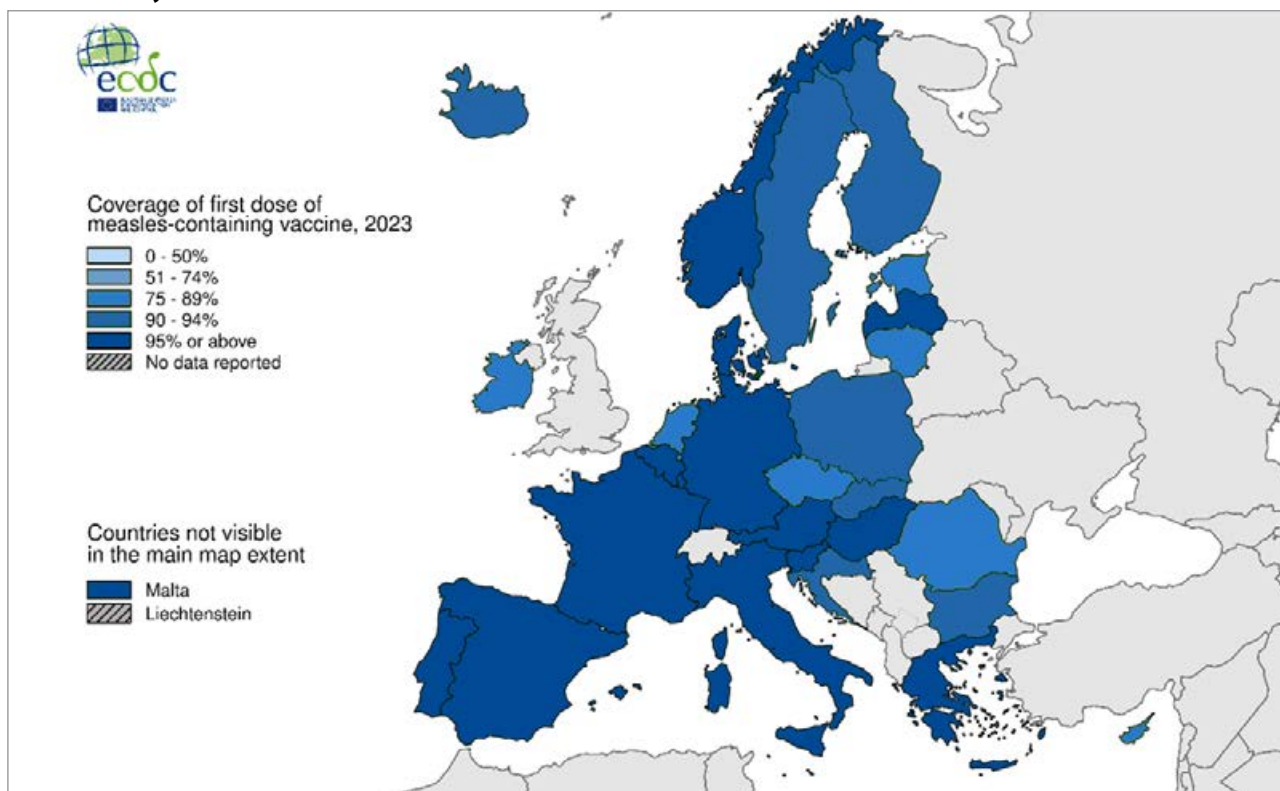
Zachorowania o charakterze i rozmiarach ognisk epidemicznych mogą wystąpić jedynie wśród społeczności lokalnych lub w środowisku szkolnym, w których stopień uodpornienia dzieci i dorosłych jest niewystarczający dla uzyskania odporności zbiorowskiej, która powstaje, gdy liczba osób uodpornionych w danym środowisku osiąga co najmniej 95%.

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

Niemowlęta poniżej pierwszego roku życia są szczególnie narażone na odrę i jej powikłania. Ochronę przed zachorowaniem w tej grupie zapewnia jedynie wysoki poziom odporności populacyjnej, ponieważ pierwsza dawka szczepionki przeciwko odrze w większości krajów UE/EOG podawana jest w 12 m.ż. dziecka. Niestety poziom zaszczepienia przeciwko odrze w wielu krajach pozostaje poniżej optymalnego poziomu.

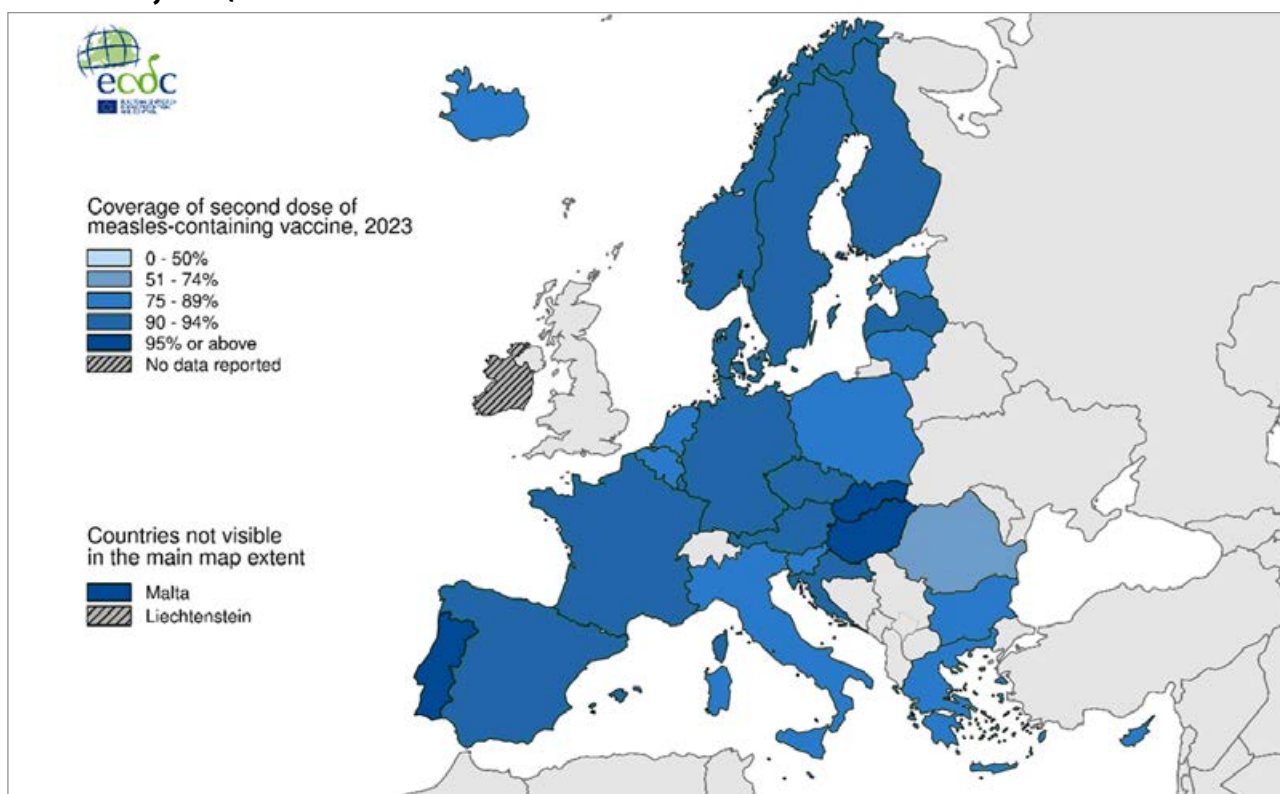
Rys. 4 Odsetek osób zaszczepionych pierwszą dawką szczepionki przeciwko odrze w 2023 r. w krajach UE/EOG

Źródło: ECDC



Rys. 5 Odsetek osób zaszczepionych drugą dawką szczepionki przeciwko odrze w 2023 r. w krajach UE/EOG

Źródło: ECDC



9. Zwiększona wykrywalność wirusów poliomyelitis w ściekach komunalnych w Europie w 2024 r.

W 2024 roku, w ramach rutynowego monitoringu środowiskowego, wykryto obecność zmutowanego wirusa polio w próbkach ścieków komunalnych pobranych na terenie Warszawy i Rzeszowa. Wirus został zidentyfikowany jako krążący szczep pochodzenia szczepionkowego typu 2 (circulating vaccine-derived poliovirus type 2 – cVDPV2).

Na podstawie otrzymanych wyników przypadki wykrycia cVDPV2 w próbkach środowiskowych w Polsce zostały zaklasyfikowane jako zdarzenia sporadyczne ze względu na brak dowodów transmisji wirusa na obszarze naszego kraju.

Wykrycia te wpisują się w szerszy trend obserwowany w Europie od połowy września 2024 r., kiedy to wykryto cVDPV2 w systemach kanalizacyjnych 14 miast w pięciu krajach europejskich: kolejno w Hiszpanii, Polsce, Niemczech, Wielkiej Brytanii i Finlandii.

Jest to pierwsza tego typu sytuacja, w której doszło do wykrycia cVDPV2 w państwach UE/EOG w ramach prowadzonego nadzoru środowiskowego.

Wszystkie wykryte szczepy były genetycznie powiązane, ale analiza sekwencji wykazała wysoką zmienność genetyczną między europejskimi izolatami – zarówno między krajami, jak i wewnątrz krajów, a nawet między izolatami z tego samego miejsca poboru próbek. Najbliżej spokrewnioną sekwencją wirusa zidentyfikowanego w Warszawie jest cVDPV wykryty w Barcelonie, natomiast w przypadku cVDPV2 wykrytego w Rzeszowie najbliższe powiązanie genetyczne wykazano w stosunku do izolatu z Londynu.

Wyizolowane w Europie wirusy cVDPV2 są powiązane z linią NIE-ZAS-1, która została po raz pierwszy wykryta w Nigerii w lipcu 2020 r. W analizie filogenetycznej sekwencje cVDPV2 wykryte w Europie powiązane są z wirusami wykrytymi w Algierii, Mali i Gwinei w 2023 r. i wskazują na rozprzestrzenianie się wirusów z linii NIE-ZAS-1 z zachodu Afryki w kierunku północnym.

Detekcja cVDPV2 w Europie wskazuje na możliwość transgranicznego rozprzestrzeniania się wirusa. Do tej pory nie ma jednak dowodów na to, że w wyniku opisanego powyżej importu cVDPV2 w 2024 r. doszło do powszechnego lokalnego krążenia wirusa w Europie.

W UE/EOG ani w Wielkiej Brytanii nie zgłoszono żadnych przypadków polio u ludzi związanych z wykrywaniem cVDPV2 w ściekach. Należy jednak pamiętać, że zawleczenie wirusów polio może prowadzić do wybuchu epidemii, jeśli wirusem zostaną zakażone osoby niezaszczepione.



W związku ze zdarzeniami w Polsce podjęto następujące działania:

- ◆ rozszerzono badania ścieków na terenie Warszawy i Rzeszowa,
- ◆ wzmożono nadzór nad występowaniem ostrych porażeń wiotkich (OPW) u dzieci do 15. r.ż.,
- ◆ oszacowano grupę dzieci niezaszczepionych przeciwko *poliomyelitis* na dotkniętych terenach,
- ◆ zaktualizowano stany magazynowe szczepionek przeciwko *poliomyelitis*,
- ◆ przekazano informację do podmiotów leczniczych o konieczności uzupełnienia szczepień przeciwko polio u dzieci niezaszczepionych lub nie w pełni zaszczepionych oraz informację dot. obowiązku zgłaszania chorób zakaźnych i przypadków ostrych porażeń wiotkich do Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- ◆ podjęto działania informacyjne skierowane do społeczeństwa i personelu medycznego, mające na celu zwiększenie świadomości na temat polio, dróg przenoszenia zakażenia i znaczenia szczepień,
- ◆ wydano *Wspólny komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego, Krajowego Konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych oraz Krajowego Konsultanta w dziedzinie epidemiologii, w związku z wynikami monitorowania aktywności wirusa poliomyelitis w Polsce*,
- ◆ przeprowadzono szczegółowe analizy ryzyka, uwzględniające poziom zaszczepienia populacji, charakterystykę wykrytych szczepów wirusa oraz potencjalne drogi transmisji,
- ◆ ściśle współpracowano z Regionalnym Biurem Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w zakresie wymiany informacji i koordynacji działań.

W reakcji na zdarzenia ECDC opracowało „Ocenę ryzyka dla zdrowia publicznego wynikającą z wielokrotnego wykrywania wirusa polio w ściekach w UE/EOG”.

Ocena ryzyka dla zdrowia publicznego została przeprowadzona z uwzględnieniem prawdopodobieństwa wystąpienia choroby, tj. przypadków polio po zakażeniu wirusem cVDPV2 oraz potencjalnego wpływu na systemy ochrony zdrowia (na poziomie populacji, a nie indywidualnym). Analizę przeprowadzono z rozróżnieniem na populacje zaszczepione oraz nie w pełni/niezaszczepione, obejmując wszystkie kraje UE/EOG.

Według oceny ECDC:

- ◆ całkowite ryzyko dla osób **zaszczepionych** oceniono jako:
 - ✦ **bardzo niskie**, niezależnie od poziomu zaszczepienia populacji,
- ◆ całkowite ryzyko dla osób **nie w pełni zaszczepionych/niezaszczepionych** oceniono jako:
 - ✦ **niskie** na obszarach o **wysokim poziomie zaszczepienia**,
 - ✦ **umiarkowane** na obszarach o **niskim poziomie zaszczepienia**.

10. Program eradykacji poliomyelitis

Polio od wieków zagrażało zdrowiu i dobrostanowi dzieci, ale dziś jest w dużej mierze zapomnianą chorobą dla zdecydowanej większości ludzi mieszkających w Europie. Szczepienia przeciwko polio były niezaprzeczalnie jedną z najbardziej skutecznych interwencji w zakresie zdrowia publicznego w Europie i na świecie. Dzięki skutecznym programom szczepień, nadzoru i reagowania na ogniska choroby, Europa została uznana za wolną od endemicznego występowania polio w 2002 r. i od tego czasu co roku utrzymuje ten status.

Od czasu powstania Globalnej Inicjatywy na rzecz Zwalczenia Polio (GPEI) w 1988 r. poczyniono znaczne postępy w dążeniu do uznania świata jako wolnego od polio. Niemniej jednak ryzyko międzynarodowego rozprzestrzeniania się nadal istnieje ze względu na ciągłe pojawianie się ognisk wirusa polio pochodzenia szczepionkowego (VDPV) i endemiczne występowanie przypadków polio wywołanych dzikim wirusem polio typu 1 na obszarach Afganistanu i Pakistanu. W związku z tym w 2014 r. ogłoszono stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (PHEIC), który nadal obowiązuje.

Dzięki GPEI osiągnięto ogromny postęp w zwalczaniu polio. Od 1988 roku liczba przypadków polio zmniejszyła się o ponad 99%. Jednakże utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia i nadzoru epidemiologicznego na całym świecie, w tym w Europie i Polsce, pozostaje kluczowe dla zapobiegania powrotowi tej groźnej choroby.

Główne strategie eradykacji polio obejmują:

- ◆ Szczepienia: masowe szczepienia dzieci, w tym rutynowe szczepienia i uzupełniające kampanie szczepień.
- ◆ Nadzór: wykrywanie i monitorowanie przypadków polio, w szczególności poprzez nadzór nad ostrymi porażeniami wiotkimi oraz badanie próbek środowiskowych (np. ścieków) w celu identyfikacji krążących wirusów polio.
- ◆ Komunikacja: informowanie społeczeństwa o znaczeniu szczepień i mobilizowanie społeczności do realizacji szczepień.
- ◆ Zwalczanie ognisk epidemicznych: szybkie reagowanie na wykrycie przypadków polio w celu ograniczenia dalszego rozprzestrzeniania się wirusa.

11. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne, czynniki alarmowe

11.2. 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 2024 r. poz.924 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. z 2024 r. poz. 335);
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. z 2010 r. 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 weryfikacji, sporządzania i przekazywania 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 gromadzenia 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

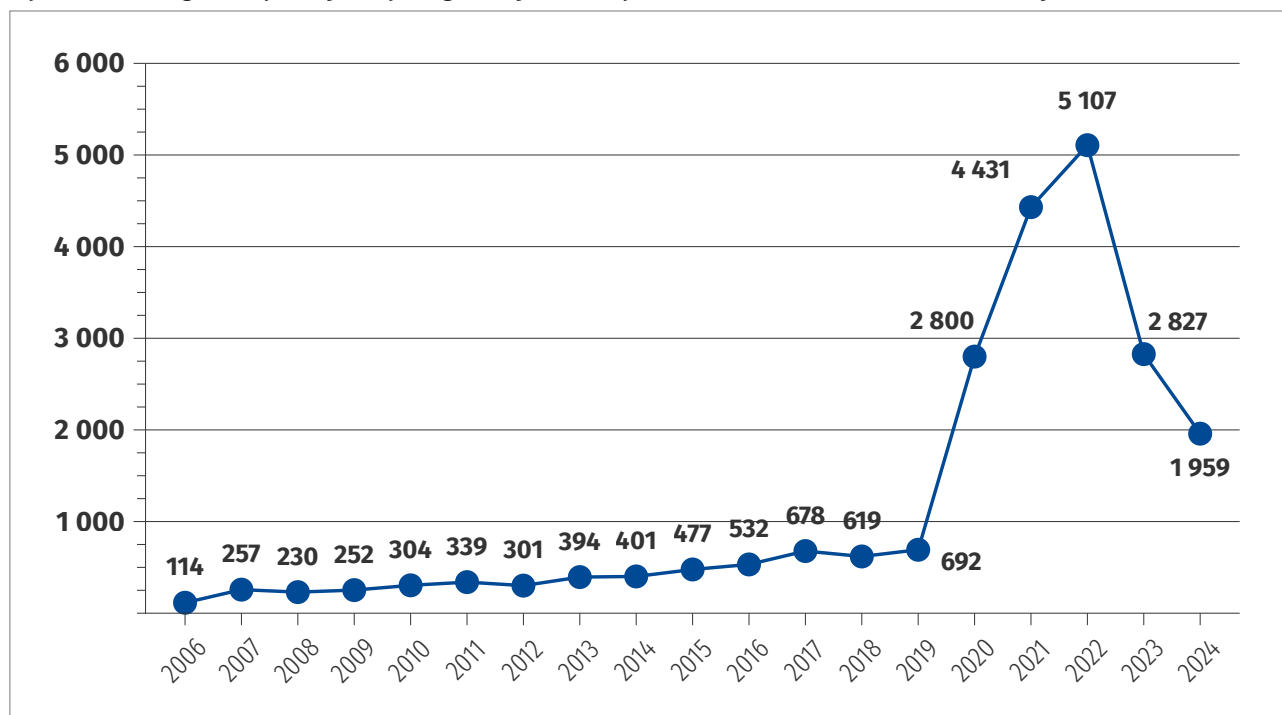
patogenów alarmowych występujących w szpitalach oraz dane dotyczące zakażeń w sytuacji wystąpienia potwierdzonego epidemicznego wzrostu ich liczby – informacje o ogniskach zakażeń w szpitalach.

11.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala

W 2024 roku zgłoszono 1959 szpitalnych ognisk epidemicznych. Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych na przestrzeni ostatnich lat można wiązać z lepszym nadzorem prowadzonym przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych, wykorzystaniem badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, w tym mikrobiologicznej, jak również wzrastającą świadomością personelu szpitali oraz lepszą realizacją obowiązujących przepisów związanych ze zgłaszalnością ognisk epidemicznych, wynikających z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wykres 24.

Wyk. 24 Liczba zgłoszonych szpitalnych ognisk epidemicznych w latach 2006-2024

Źródło: opracowanie własne (GIS)

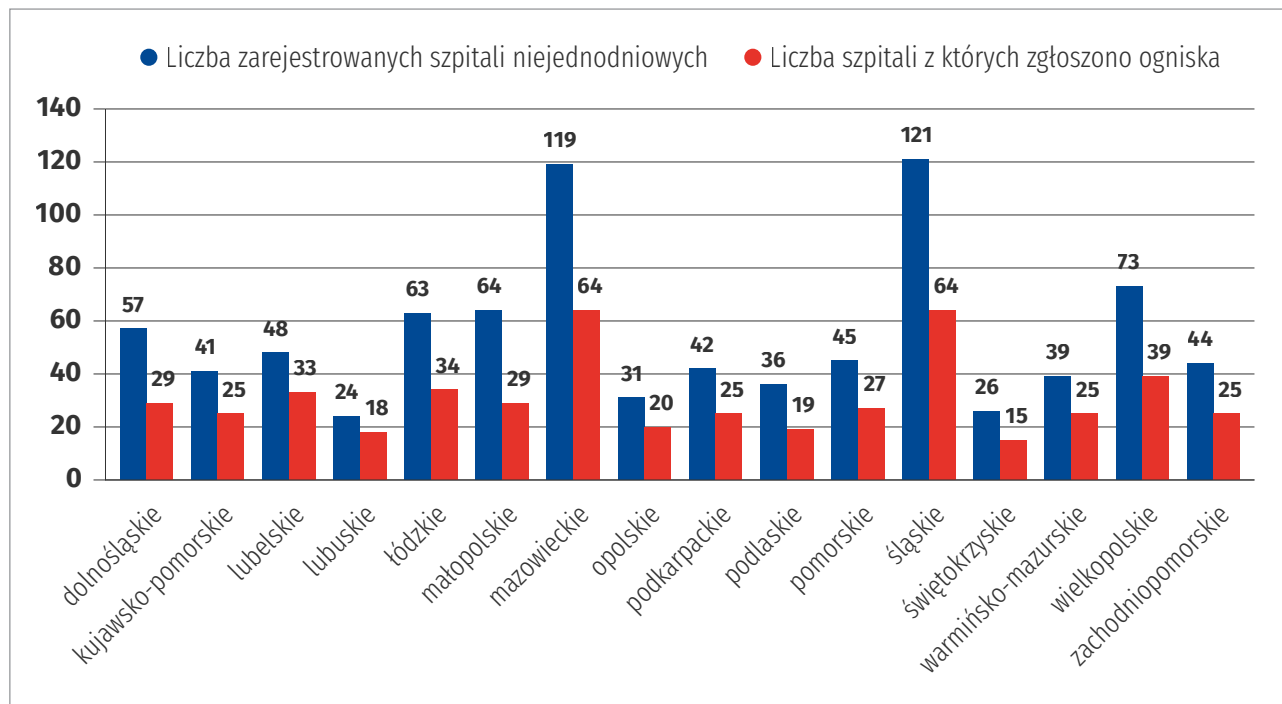


Zgodnie z danymi przekazanymi przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych w 2024 r. pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1196 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym 873 szpitale niejednodniowe (73%) oraz 323 (27%) szpitale jednodniowe.

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej raporty dotyczące ogniska zakażeń zostały zgłoszone z 491 szpitali niejednodniowych, co stanowi 56,3% ogółu tych szpitali w Polsce. Łącznie z tych 491 szpitali zostało zgłoszonych 1959 ognisk epidemicznych. W 2024 roku nie zostało zgłoszone żadne ognisko zakażeń ze szpitali jednodniowych.

Raportowanie danych z ognisk epidemicznych ze szpitali niejednodniowych odnotowano we wszystkich województwach.

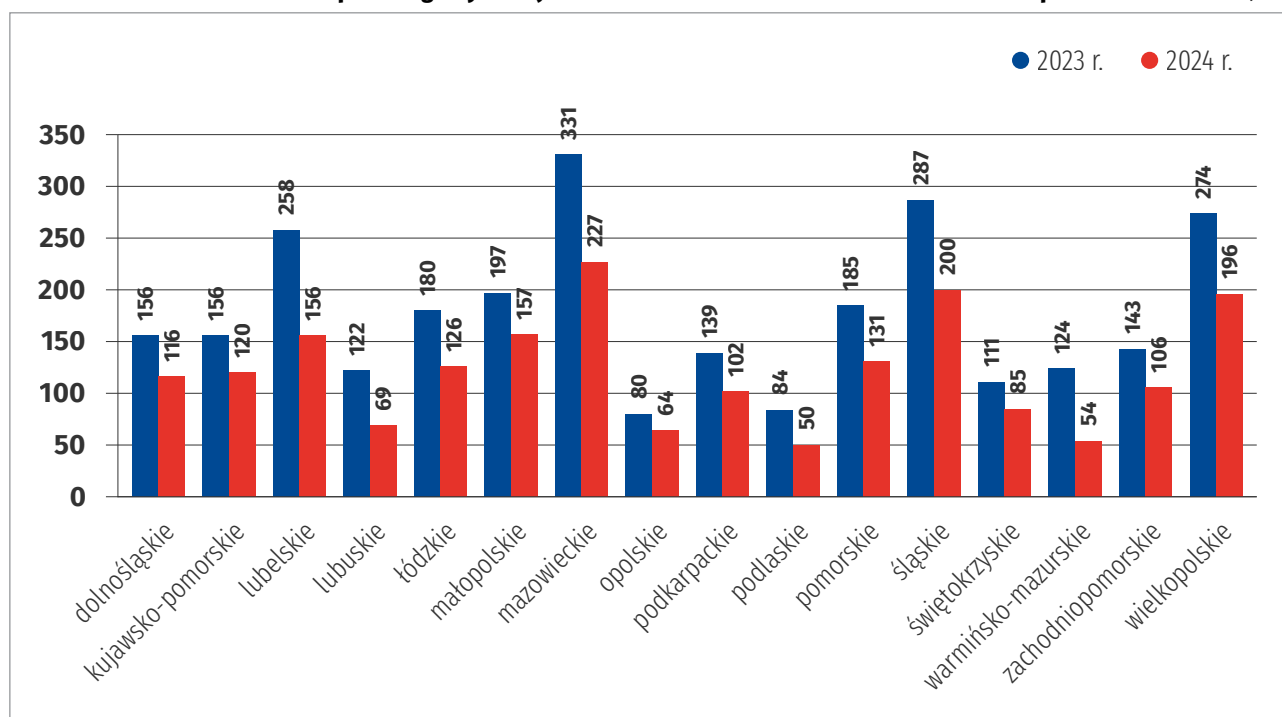
Wyk. 25 Liczba zarejestrowanych szpitali niejednodniowych w poszczególnych województwach, z uwzględnieniem liczby szpitali, z których zgłoszono ogniska zakażeń szpitalnych Źródło: opracowanie własne (GIS)



W porównaniu z 2023 rokiem odnotowywany jest spadek zgłoszeń liczby szpitalnych ognisk epidemicznych. Związane jest to niewątpliwie z mniejszą liczbą ognisk wywołanych wirusem SARS-CoV-2.

Wyk. 26 Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2023 – 2024 w poszczególnych województwach

Źródło: opracowanie własne (GIS)

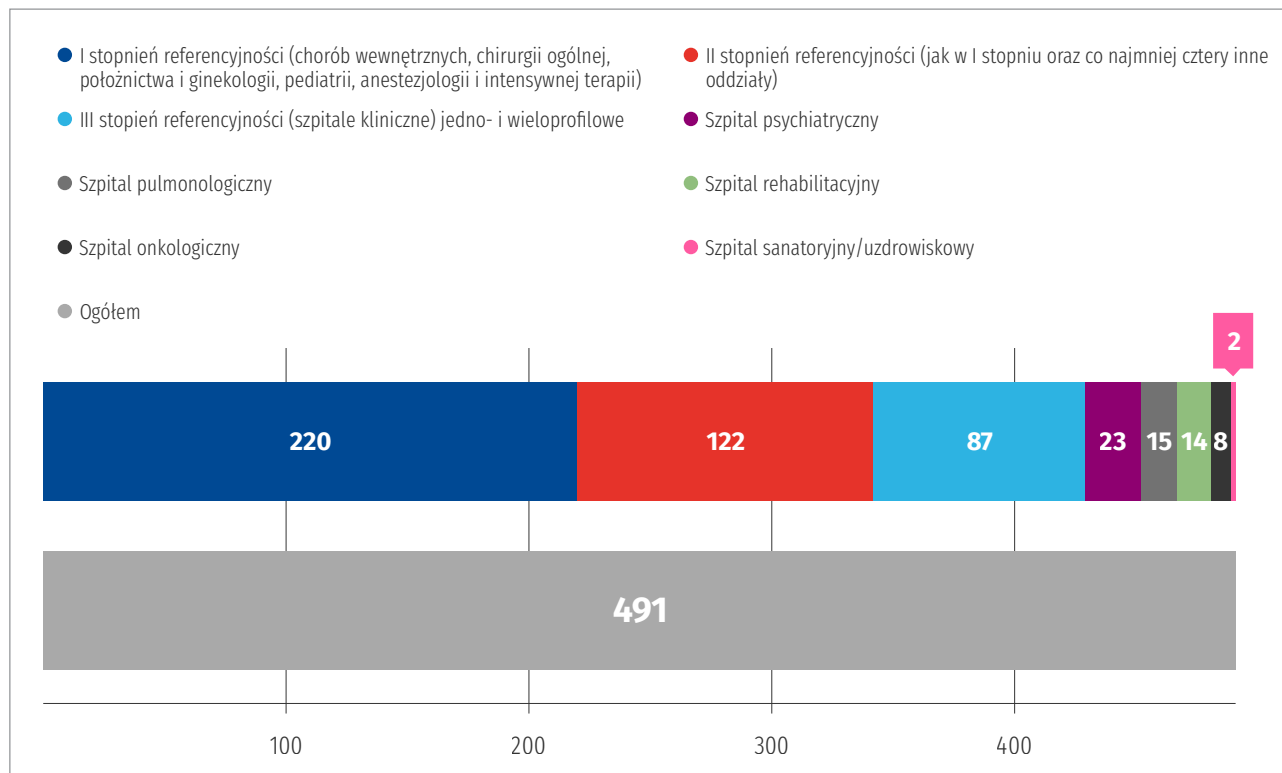




W 2024 r. największą liczbę zgłoszeń ognisk zakażeń szpitalnych odnotowano ze szpitali pierwszego poziomu referencyjności, które udzielają świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Wykres 27.

Wyk. 27 Ogniska zakażeń 2024 rok a referencyjność podmiotu leczniczego

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej jest elementem kluczowym w nadzorze nad zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. W 2024 roku potwierdzono etiologię 89% szpitalnych ognisk epidemicznych, co w porównaniu do roku ubiegłego (97,6% potwierdzonych przypadków) stanowi spadek liczby wykonywanych badań przesiewowych u osób objętych ogniskiem epidemicznym. Tabela 12.

Tab. 12 Ogólna liczba osób w ogniskach z zakażeniem potwierdzonym badaniami laboratoryjnymi w latach 2018-2024

Źródło: opracowanie własne (GIS)

rok	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Liczba osób z zakażeniem w ognisku	4234	4928	46 333	52 031	52 319	20 580	14 695
Liczba osób z zakażeniem potwierdzonym badaniami	2992	3732	45 402	51 638	51 864	20 084	13 064
% potwierdzeń	70,60%	76%	98%	99,20%	99,10%	97,60%	89%

Zakażenie nie zostało potwierdzone wynikiem badania u 1631 osób, w tym u 1369 pacjentów i 262 osób z personelu. Dotyczyło to w szczególności ognisk o nieustalonej etiologii oraz ognisk wirusowych: spowodowanych wirusem grypy, norowirusami, astrowirusami i ognisk świerzb.

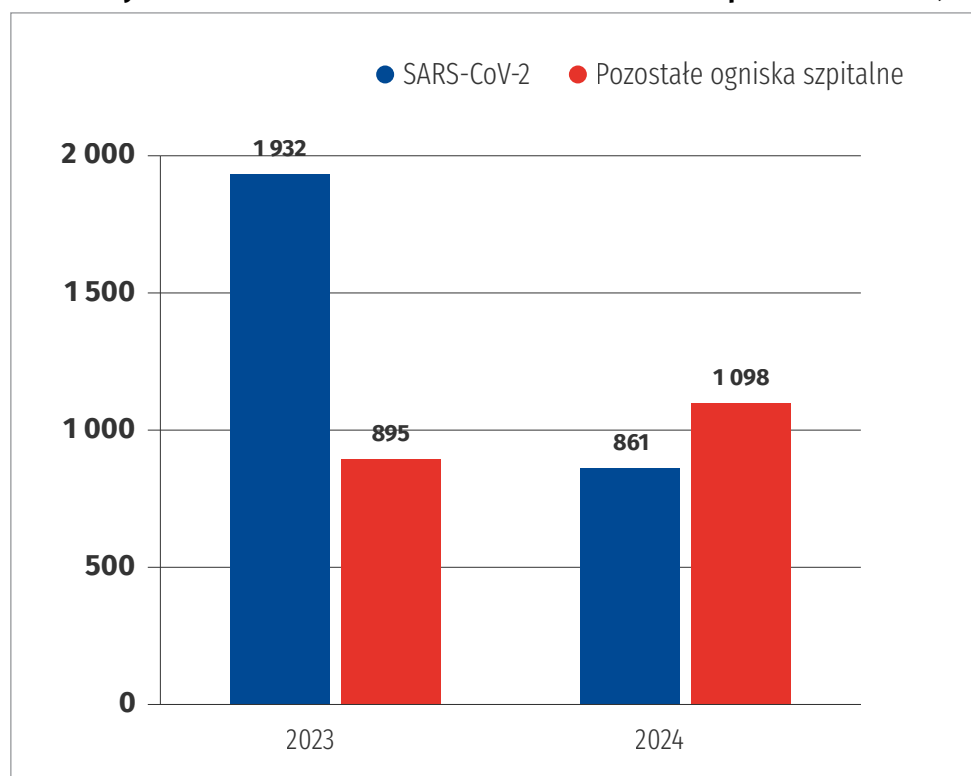
Ze względu na wzrost liczby przypadków zakażeń wirusowych, jak również utrzymujących się corocznie na podobnym poziomie zgłoszeń ognisk spowodowanych bakteryjnymi czynnikami alarmowymi, takimi jak: *Clostridioides difficile*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, należy położyć duży nacisk na wykonywanie badań mikrobiologicznych oraz weryfikację szczepów bakteryjnych w celu podejmowania szybkich decyzji dotyczących zasad zapobiegających transmisji drobnoustrojów oraz wdrażania celowanej antybiotykoterapii.

11.3. Sytuacja epidemiologiczna w szpitalach w Polsce.

W Polsce w 2024 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 1959 ognisk zakażeń szpitalnych, w tym 861 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowi 44% ognisk.

W 2023 r. zostało zarejestrowanych 1932 ognisk SARS-CoV-2, co stanowiło 68,3% wszystkich 2827 zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych. Wykres 28.

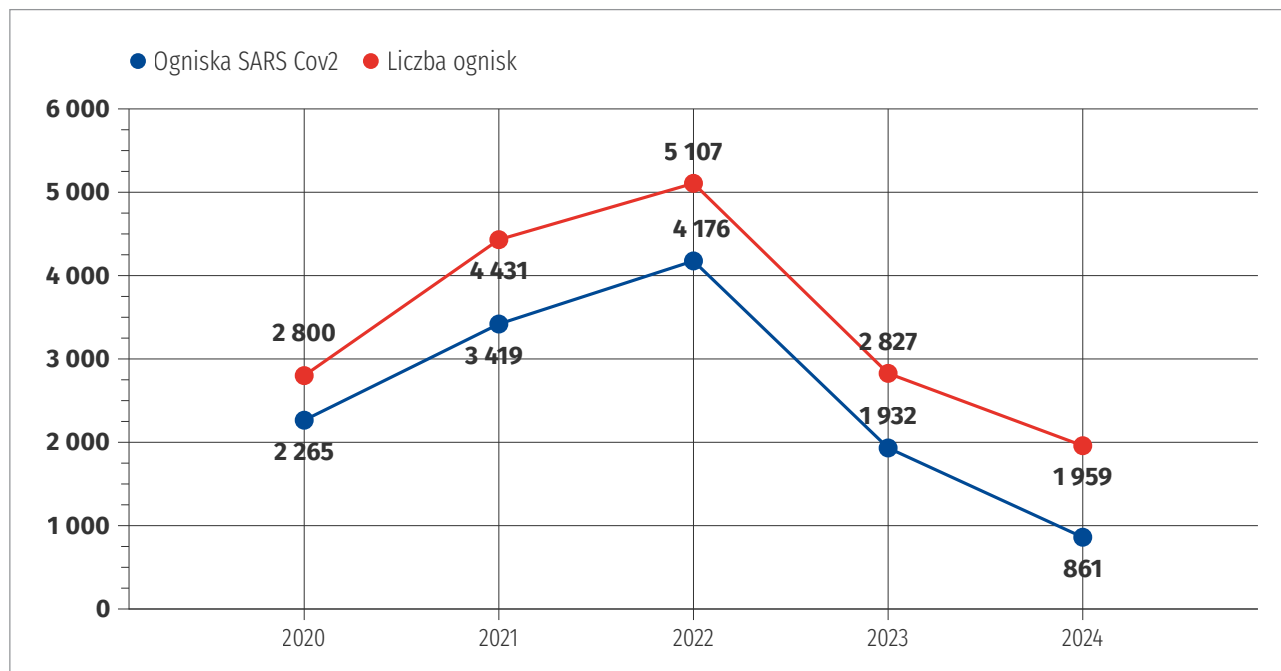
Wyk. 28 Zgłoszenia ognisk epidemicznych SARS-CoV-2 vs. ognisk wywołanych innymi czynnikami w 2023 / 2024 roku
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Ogniska zakażeń wywołane wirusem SARS-CoV-2

W 2024 r. najczęstszym czynnikiem etiologicznym ognisk szpitalnych, podobnie jak w latach poprzednich, był SARS-CoV-2. W 2024 roku zgłoszono 861 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowiło 44% (w 2023 r. – 68,3%; w 2022 r. – 81,7%; w 2021 r. – 77,2%) wszystkich ognisk zakażeń. Wykres 29.

Wyk. 29 Liczba ognisk wywołanych wirusem SARS-CoV-2 zarejestrowanych w podmiotach leczniczych w latach 2020-2024 versus liczba wszystkich zarejestrowanych ognisk zakażeń
Źródło: opracowanie własne (GIS)



W ogniskach wywołanych SARS-CoV-2 zakażeniu uległo łącznie 5727 pacjentów oraz 285 osób z personelu. Tabela 13.

Tab. 13 Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2020-2024
Źródło: opracowanie własne (GIS)

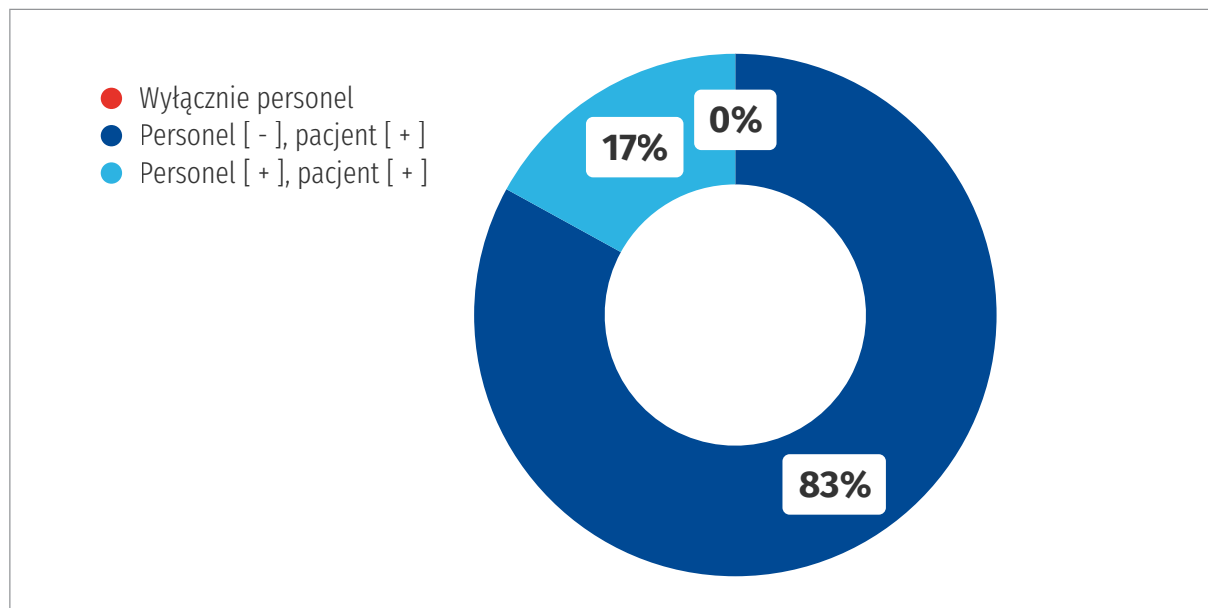
Rok	Liczba pacjentów z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków	Liczba personelu z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków
2020	22 231	22 048	20 697	20 411
2021	35 716	35 711	9 076	9 069
2022	36 462	36 402	9 530	9 500
2023	14 296	14 293	907	906
2024	5 727	5 401	285	260

Spośród 861 ognisk zakażeń SARS-CoV-2, 716 ognisk (83%) dotyczyło zgłoszenia zakażeń wyłącznie wśród pacjentów, zaś 145 ognisk (17%) wśród pacjentów i personelu.

W porównaniu do lat ubiegłych w 2024 r. po raz pierwszy nie zgłoszono ognisk SARS-CoV-2, w których doszło do zakażeń wyłącznie wśród personelu. Wykres 30.

**Wyk. 30 Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2024 roku z podziałem
ognisk zakażeń zgłoszonych wśród pacjentów i personelu**

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Ogniska zakażeń z wyłączeniem ognisk SARS-CoV-2

W 2024 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 1959 ognisk szpitalnych, w tym 1098 ognisk o innej etiologii niż SARS-CoV-2. W 1060 ogniskach (96,6% ognisk) udało się zidentyfikować czynnik chorobotwórczy. Zauważalna jest tendencja wzrostowa dotycząca liczby ognisk o etiologii innej niż wirus SARS-CoV-2 na przestrzeni ostatnich kilku lat.

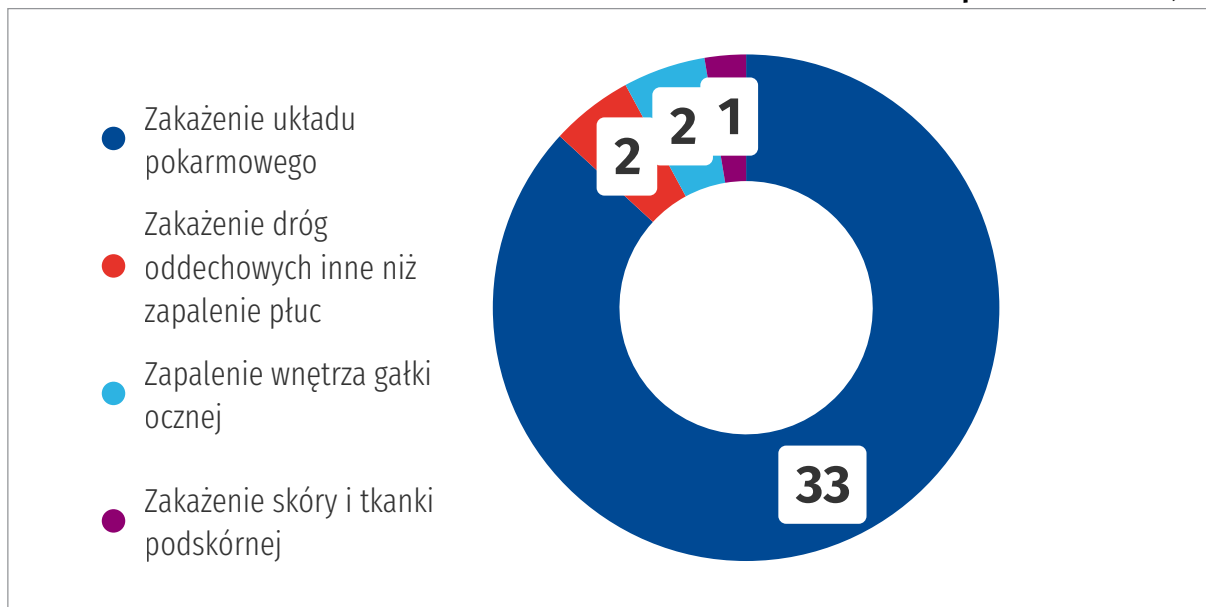
Do 38 ognisk (3,4%) z 1098, w których czynnik nie został zidentyfikowany, pacjenci zostali włączeni według kryteriów epidemiologicznych oraz objawów klinicznych. Wykres 31.

W celach porównania z rokiem ubiegłym statystyka ognisk została przeprowadzona na liczbie 1060 ognisk, w których zidentyfikowano biologiczny czynnik chorobotwórczy.

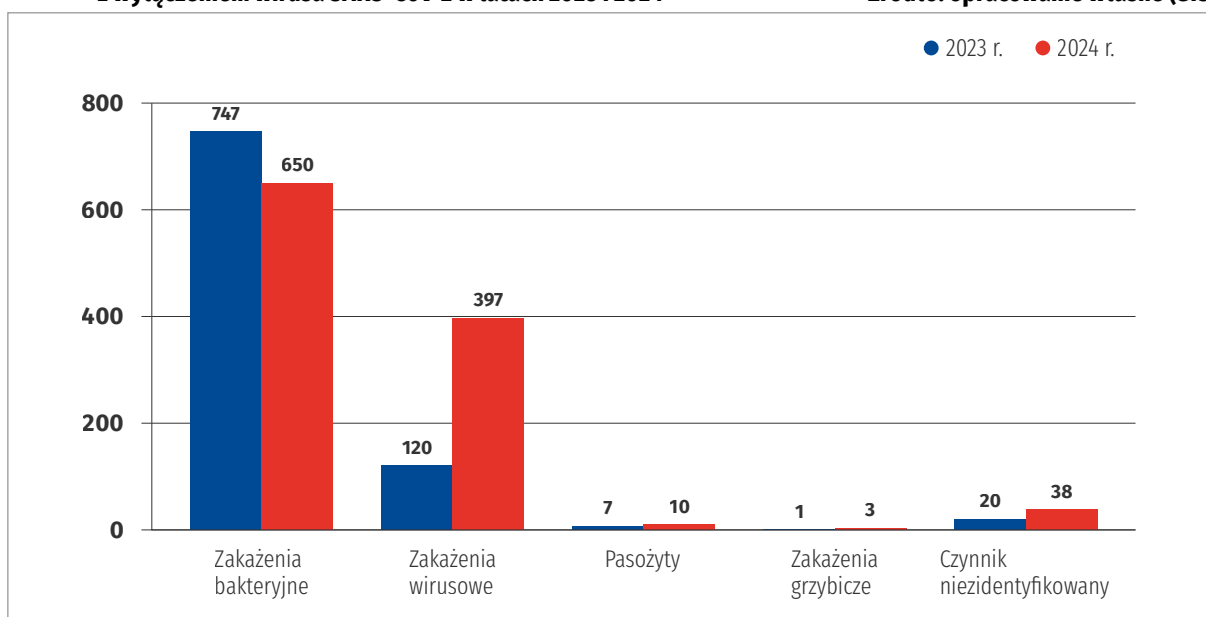
Najczęstszymi czynnikami etiologicznymi zidentyfikowanymi w ogniskach były czynniki: bakteryjne – 650 ognisk (61,3%), wirusowe – 397 ognisk (37,4%), pasożytnicze – 10 ognisk (1%), grzybicze – 3 ogniska (0,3%). Wykres 32.



Wyk. 31 Ogniska epidemiczne w 2024 roku, w których czynniki etiologiczne nie zostały zidentyfikowane
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 32 Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych z wyłączeniem wirusa SARS-CoV-2 w latach 2023 i 2024
Źródło: opracowanie własne (GIS)

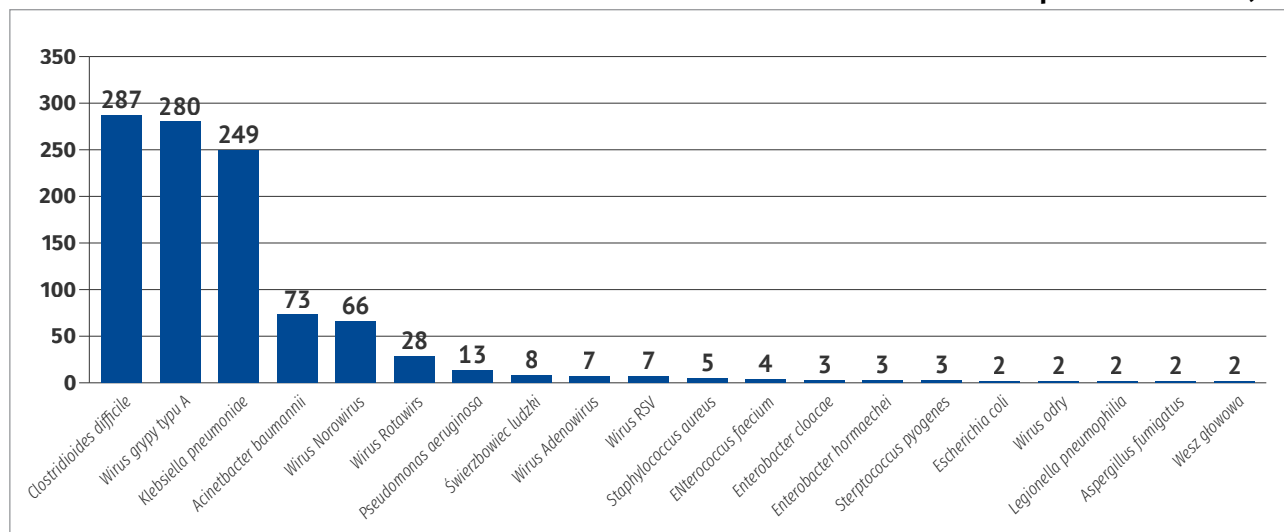


Podobnie jak w latach ubiegłych zarejestrowano największą zgłaszalność bakteryjnych ognisk epidemicznych wywołanych przez: *Clostridioides difficile*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* oraz wirus grypy. Wykres 33.

Pojedyncze ogniska były również wywołane przez: *Bordetella pertussis*, *Campylobacter*, *Enterococcus faecalis*, Enterowirus/ludzki rinowirus (EV/HRV), Metapneumowirusy (hMPv), *Mycobacterium tuberculosis*, *Pneumocystis jirovecii*, *Serratia marcescens*, *Streptococcus agalactiae*, *Varicella Zoster Virus*, wirus Astrowirus, wirus Metapneumowirus A i B, wirus ospy wietrznej i półpasiec, wirus paragrypy.

Wyk. 33 Liczba zarejestrowanych ognisk z potwierdzonym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym w 2024 roku

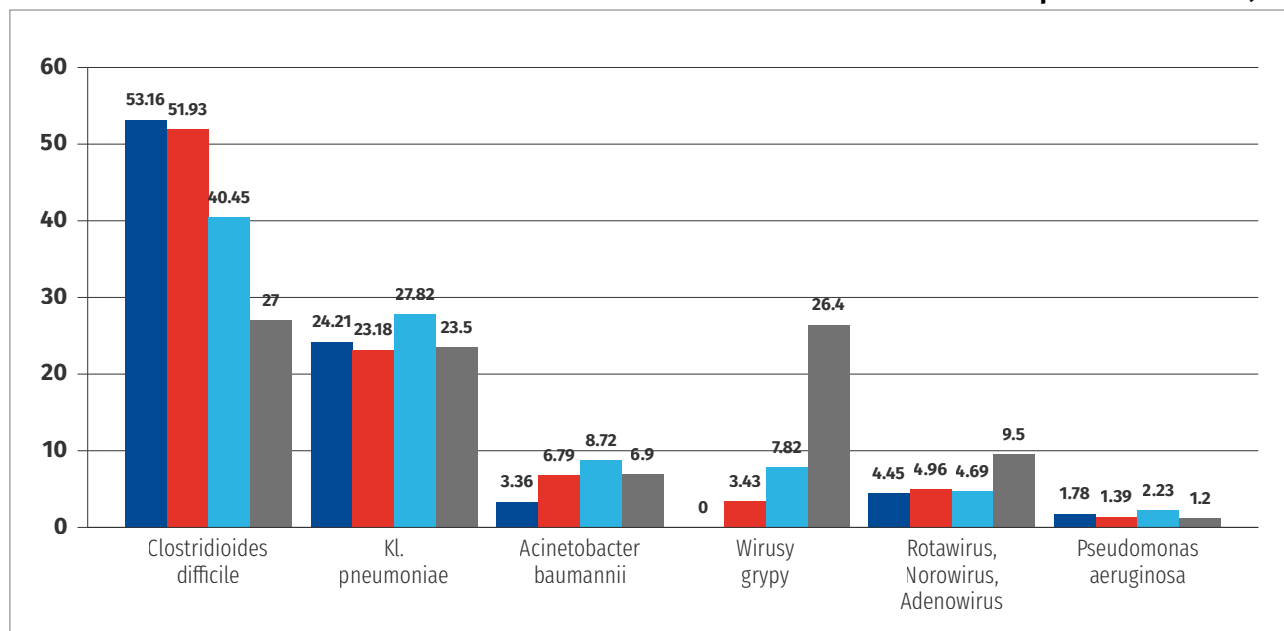
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Epidemiczne rozprzestrzenianie się szczepów *Klebsiella pneumoniae* wytwarzających karbapenemazy, wzrost zakażeń powodowanych przez *Clostridium difficile*, *Acinetobacter baumannii* oraz innych pałeczek niefermentujących ma wpływ na wzrost częstości zachorowań oraz liczbę rejestrowanych szpitalnych ognisk epidemicznych w polskich szpitalach. Wykres 34.

Wyk. 34 Procentowy udział wybranych biologicznych czynników chorobotwórczych w ogniskach w latach 2021 – 2024

Źródło: opracowanie własne (GIS)

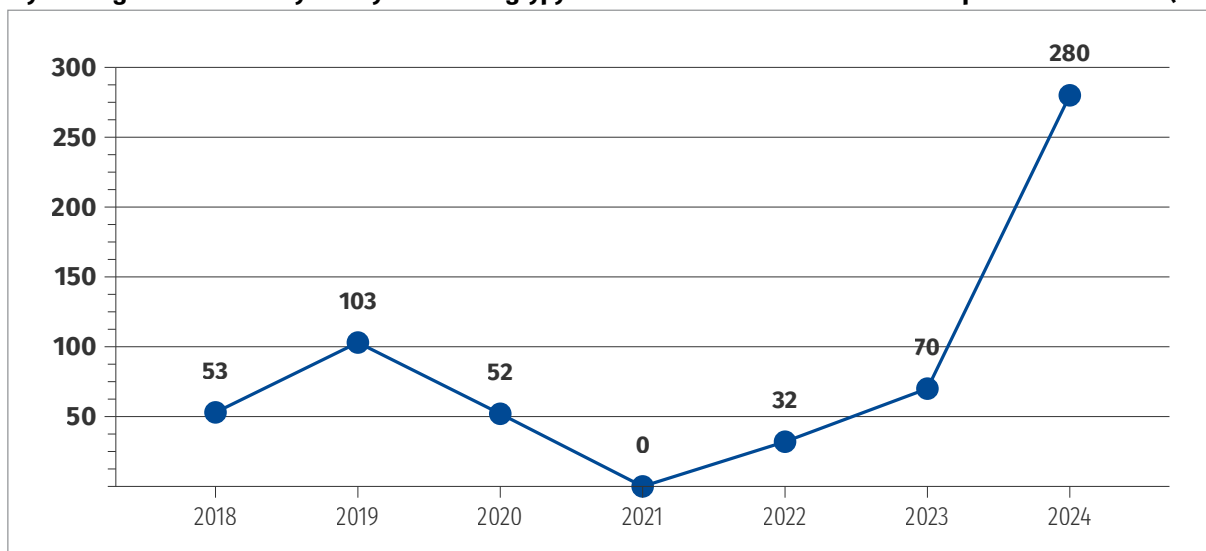


W roku 2024 ze zgłoszonych 1060 ognisk, w których wykryto biologiczny czynnik chorobotwórczy, 280 ognisk to ogniska grypy, co stanowi 26,4% wszystkich zarejestrowanych ognisk zakażeń szpitalnych (wyłączając ogniska wirusowe SARS-CoV-2). Jest to wyraźny skok zgłoszeń w porównaniu do lat ubiegłych.

W roku 2023 łączna liczba zgłoszonych ognisk grypy ze szpitali wyniosła 70, co stanowiło łącznie 7,8% z wszystkich zgłoszeń ognisk w 2023 r. W roku 2023 łączna liczba zgłoszonych ognisk grypy ze szpitali wyniosła 70, co stanowiło 4,7% z wszystkich zgłoszeń ognisk w 2023 r. W 2024r. łącznie w ogniskach wywołanych wirusem grypy odnotowano 280 przypadków zachorowań, w tym 98 u personelu. Wykres 35.

Wyk. 35 Ogniska zakażeń wywołanych wirusem grypy w latach 2018- 2024

Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2024 roku podobnie jak w latach ubiegłych *Clostridioides difficile* była najczęstszą przyczyną ognisk epidemicznych. Zgłoszono 287 ognisk *Clostridioides difficile*, co stanowi łącznie 27 % zarejestrowanych ognisk zakażeń z 1060 ognisk w których zidentyfikowano czynnik biologiczny. W ogniskach zakażeniu uległo łącznie 1564 osób zaś u 14 pacjentów wykryto kolonizację przewodu pokarmowego.

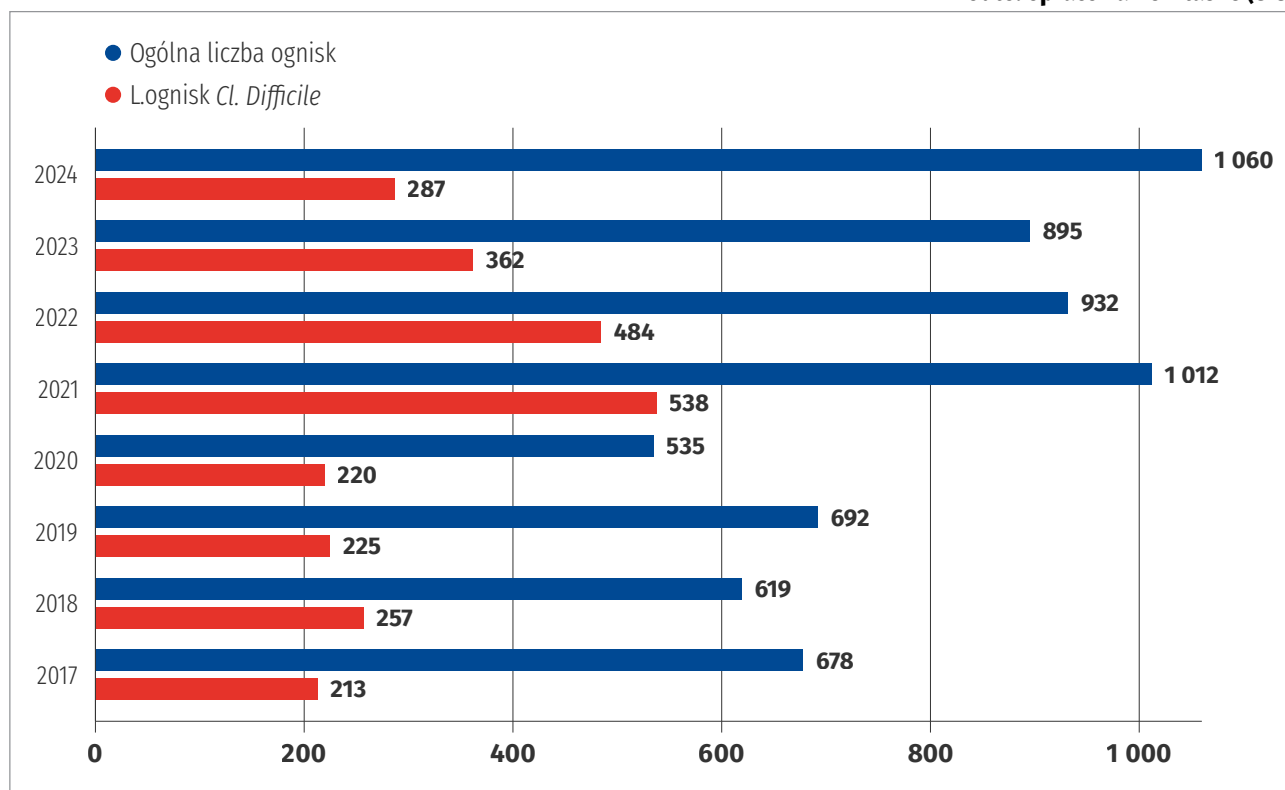
W porównaniu do lat poprzednich zauważa się tendencję spadkową w rejestrowaniu ognisk wywołanych *Clostridioides difficile* (2023 r. – 40,5%; 2022 r. – 52%; 2021r. – 53 %; 2020 r. – 41%, 2019 r. – 30%). Wykres 36.

Pomimo tendencji spadkowej w zgłaszaniu ognisk wywołanych *Clostridioides difficile* zakażenia wywołane przez laseczki *Clostridioides difficile* stanowią nadal duży problem ze względu na łatwość rozprzestrzeniania się w szpitalach, ciężki przebieg kliniczny uwarunkowany działaniem wytwarzanych przez nie toksyn – niejednokrotnie powodujący zgony osób zakażonych, a także nawrotowy przebieg choroby oraz długotrwałe leczenie.

W 2024 r. ogniska *Clostridioides difficile* zgłaszane były najczęściej z oddziałów wieloprofilowych zachowawczych, tj. chorób wewnętrznych / interny / geriatrii, oraz w oddziałach zakaźnych, zarówno w szpitalach I, II jak i III stopnia referencyjności. Wykres 37.

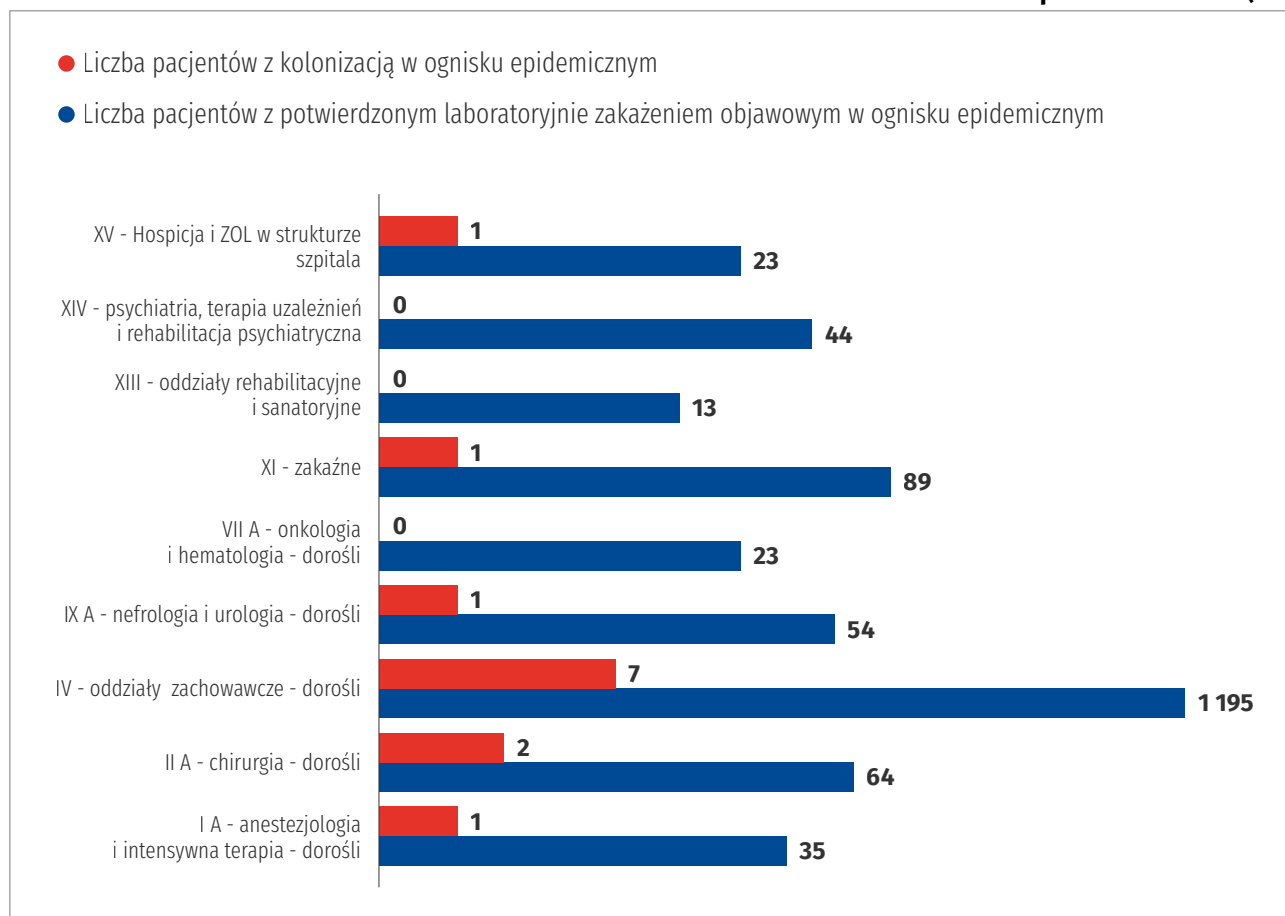
Wyk. 36 Ogniska zakażeń *Clostridioides difficile* / zgłoszone ogniska zakażeń w latach 2017- 2024

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 37 Zgłaszalność ognisk zakażeń *Clostridioides difficile* w poszczególnych grupach oddziałów w 2024 roku

Źródło: opracowanie własne (GIS)



W polskich szpitalach drugim bakteryjnym czynnikiem chorobotwórczym wywołującym ogniska epidemiczne w 2024 r., podobnie jak w latach ubiegłych, była Gram (-) pałeczka – *Klebsiella pneumoniae*. W 2024 roku zgłoszono 249 ognisk *K. pneumoniae*, co stanowi łącznie 23,5% zarejestrowanych ognisk zakażeń z 1060 ognisk, w których zidentyfikowano czynnik biologiczny. W ogniskach *K. pneumoniae* zakażonych było 1157 pacjentów, zaś u 1378 pacjentów wykryto kolonizację przewodu pokarmowego.

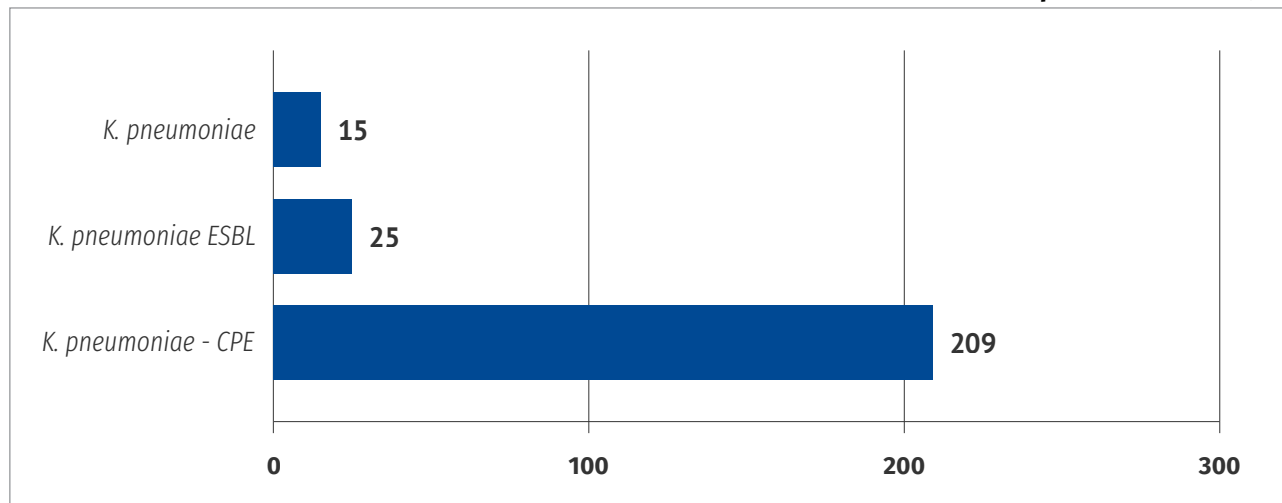
W 209 ogniskach wykryto *K. pneumoniae* produkujące karbapenemazy: KPC (klasy A), *metalo-beta-laktamazy* NDM (MBL, klasa B) OXA 48, OXA 181 (klasa D).



W 2024 roku w 25 ogniskach potwierdzono obecność *K. pneumoniae* wytwarzające β -laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (z ang. extended-spectrum beta-lactamases – ESBL). Wykres 38.

Wyk. 38 *Klebsiella pneumoniae* - lekooporność izolatów wykrywana w ogniskach w 2024 r.

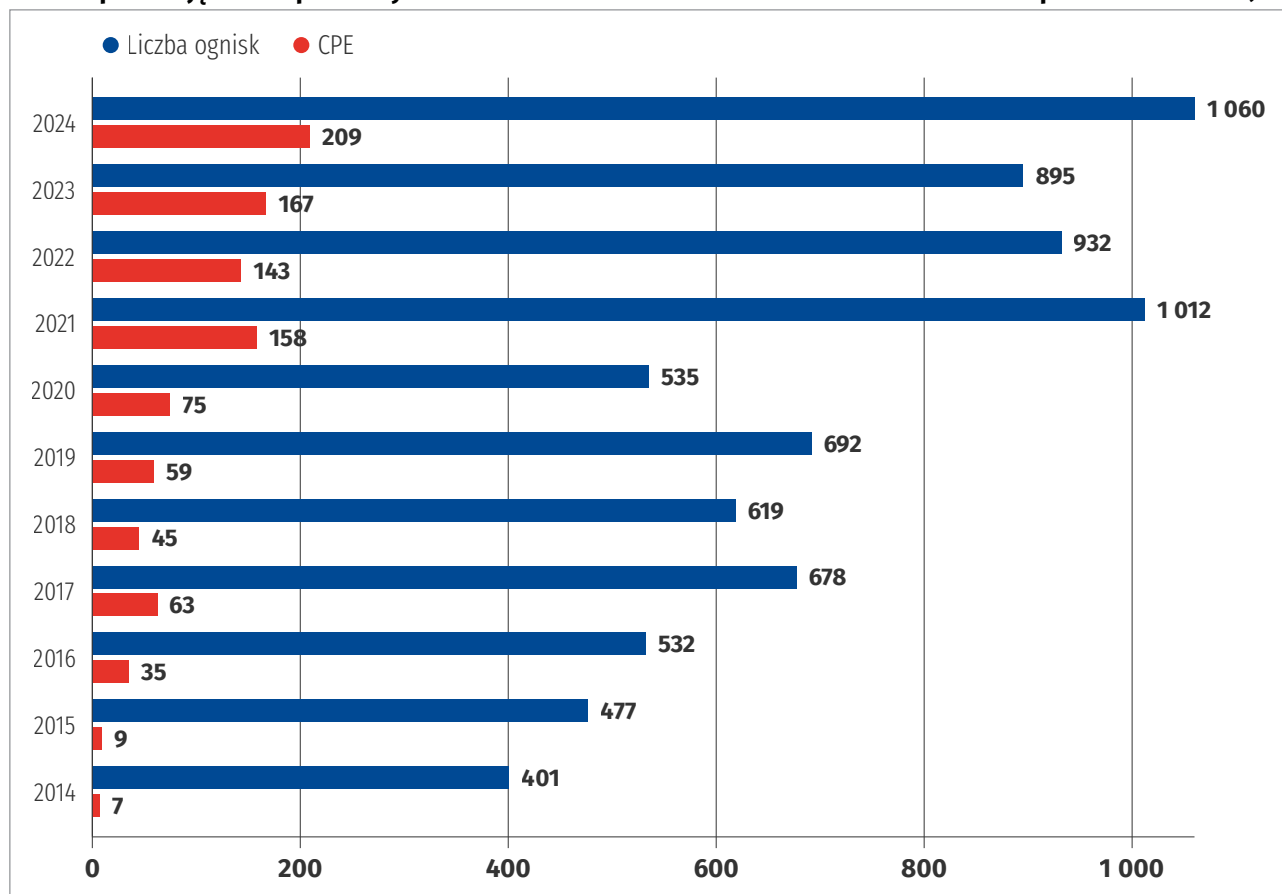
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Od 2015 roku zauważalna jest tendencja wzrostowa zgłaszalności ognisk epidemicznych wywołanych *K. pneumoniae* CPE. Wykres 39.

Wyk. 39 Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae*, w których wykryto szczepy produkujące karbapenemazy w latach 2014- 2024

Źródło: opracowanie własne (GIS)

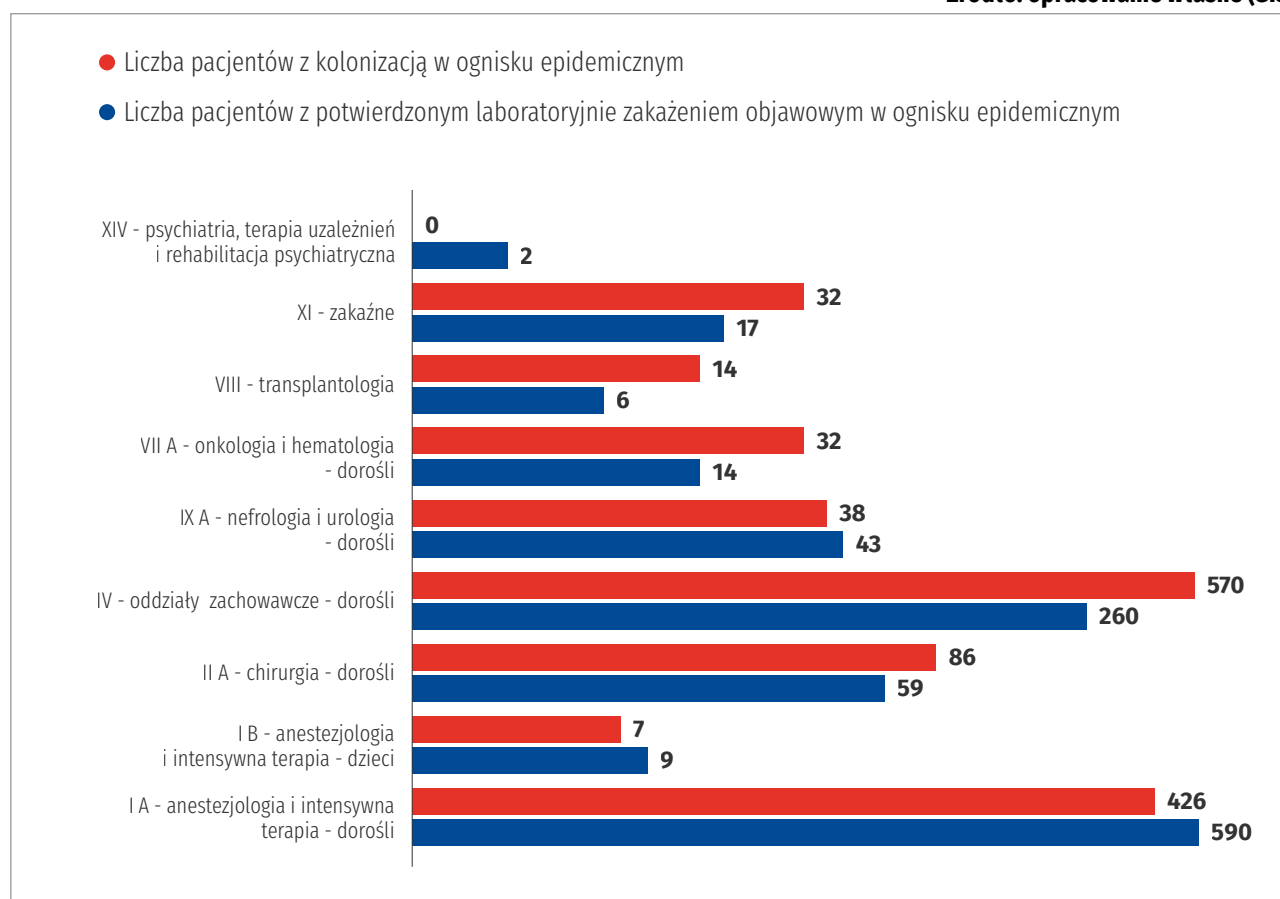


Bakterie *K. pneumoniae* są szeroko rozpowszechnione na całym świecie. U ludzi występuje najczęściej w przewodzie pokarmowym (kolonizacja odbytu) i na błonach śluzowych górnych dróg oddechowych. Kolonizacja *K. pneumoniae* powoduje zakażenia, które mają przede wszystkim charakter endogeny. Jako drobnoustroj oportunistyczny wywołuje infekcje u osób z obniżoną odpornością, u noworodków, osób w podeszłym wieku czy osób obarczonych chorobami współistniejącymi jak cukrzyca, alkoholizm. Czynniki narażającymi pacjentów na zakażenia są między innymi długotrwała antybiotykoterapia i długotrwała hospitalizacja.

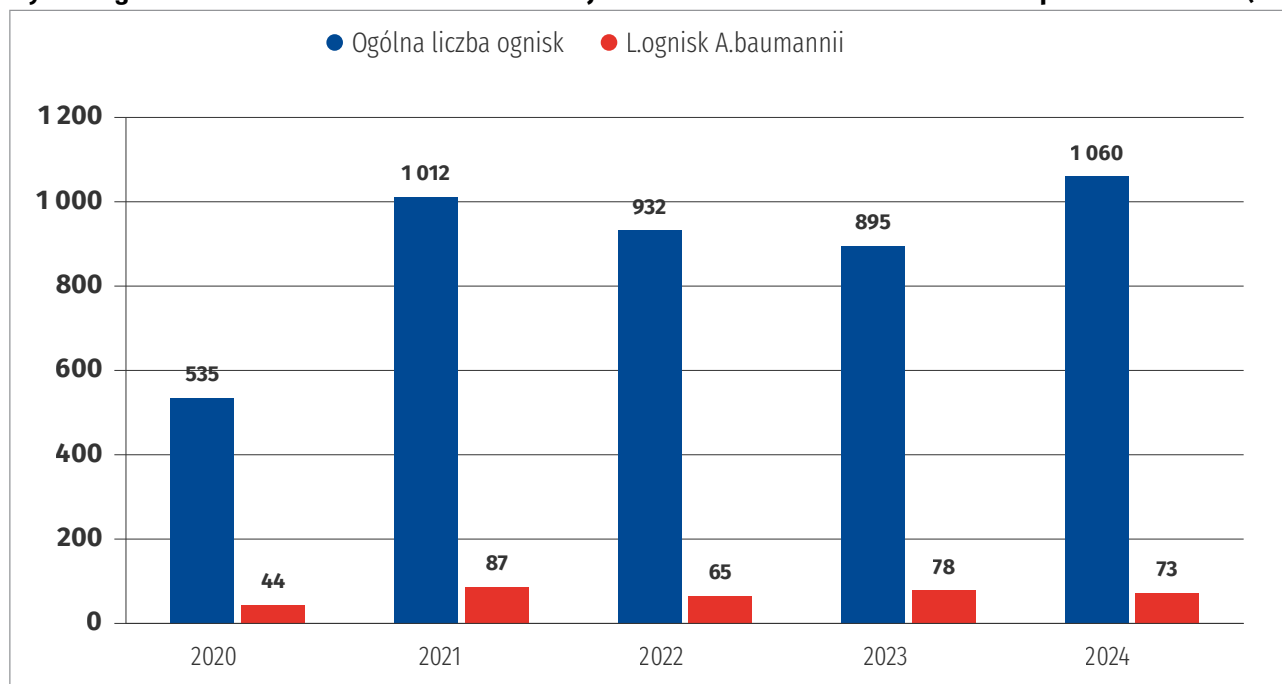
W 2024 r. ogniska *K. pneumoniae* zgłaszane były najczęściej z oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych i dzieci oraz oddziałów wieloprofilowych zachowawczych, tj. chorób wewnętrznych / interny / geriatrii, oraz oddziałów zakaźnych zarówno w szpitalach I, II oraz III stopnia referencyjności, jak również w szpitalach onkologicznych i rehabilitacyjnych. Wykres 40.

Wyk. 40 Zgłaszalność ognisk zakażeń *Klebsiella pneumoniae* w poszczególnych grupach oddziałów w 2024 roku

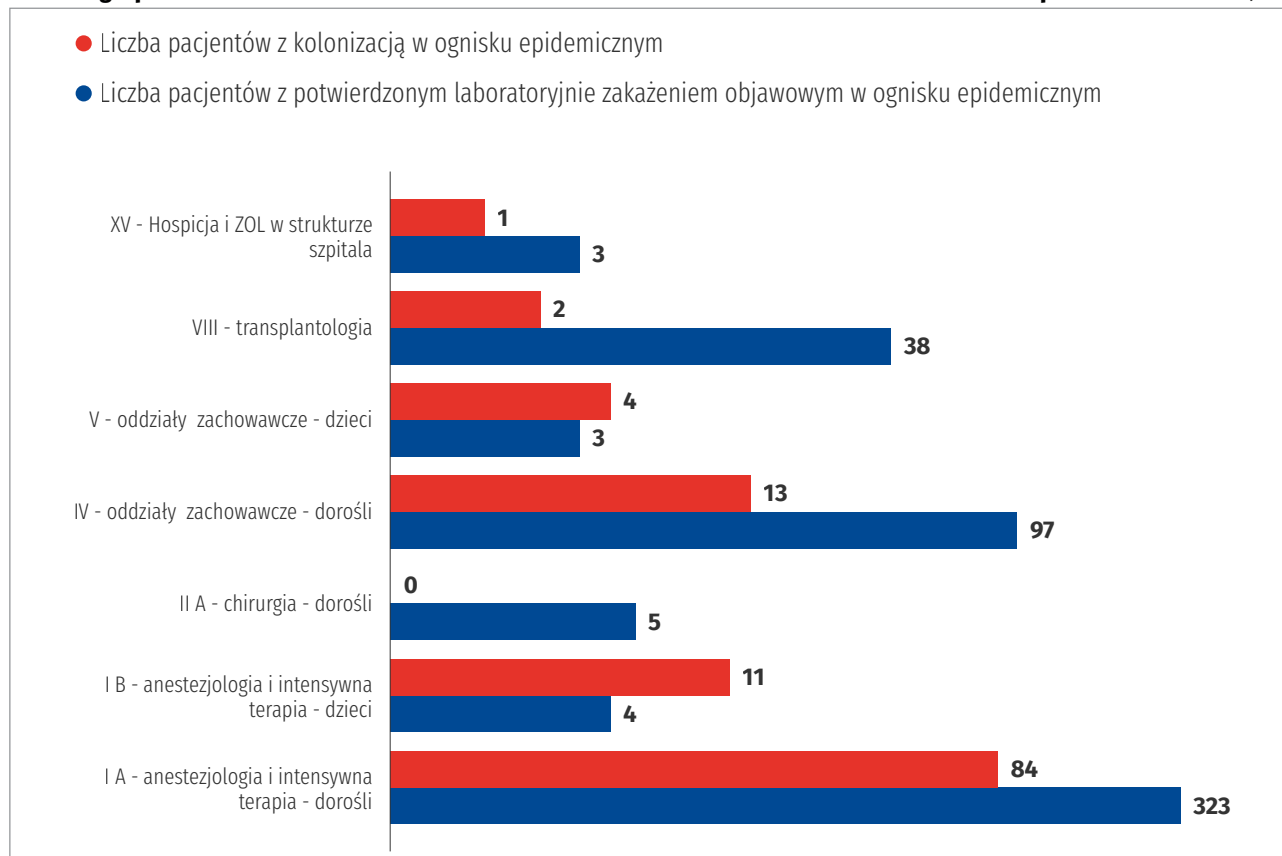
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Trzecim co do częstości bakteryjnym czynnikiem etiologicznym wywołującym ogniska epidemiczne w szpitalach była, podobnie jak w roku poprzednim, niefermentująca Gram (-) pałeczka *Acinetobacter baumannii*. W 2024 roku zgłoszono 73 ogniska *Acinetobacter baumannii*, co stanowi łącznie 6,9% zarejestrowanych ognisk zakażeń z 1060 ognisk, w których zidentyfikowano czynnik biologiczny. W ogniskach *Acinetobacter baumannii* zakażonych było 575 pacjentów. Wykres 41.

Wyk. 41 Ogniska zakażeń *Acinetobacter baumannii* zarejestrowane w latach 2020 - 2024 Źródło: opracowanie własne (GIS)

W 2024 r. ogniska zakażeń wywołanych *Acinetobacter baumannii* opornym na karbapenemy występowały najczęściej w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, w tym w OAiT dla dorosłych i dla dzieci, oraz oddziałach pediatrycznych, zarówno w szpitalach I, II, jak i III stopnia referencyjności. Wykres 42.

Wyk. 42 Zgłaszalność ognisk zakażeń *Acinetobacter baumannii* opornym na karbapenemy (CRAB) w poszczególnych grupach oddziałów w 2024 roku Źródło: opracowanie własne (GIS)

W 2024 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono również 58 ognisk z podmiotów niezobowiązanych do ich zgłaszania zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*.

Zgłoszono łącznie 58 ognisk z podmiotów leczniczych innych niż zarejestrowane w strukturach szpitala zgłoszono, w tym:

- ◆ 37 ognisk z zakładów opiekuńczo-leczniczych (19 – SARS-CoV-2, 5 – *Clostridioides difficile*, 3 – wirus grypy, w tym 2 typu A, 3 – norowirus, po jednym ognisku rotawirus, świerzbowiec ludzki, RSV oraz 4 ogniska, w których nie udało się zidentyfikować czynnika chorobotwórczego);
- ◆ 6 ognisk z domów pomocy społecznej (wyłącznie SARS-CoV-2);
- ◆ 4 ogniska z sanatorium (3 rotawirusowe i 1 niezdiagnozowany – z objawami z przewodu pokarmowego);
- ◆ 4 ogniska z zakładów leczniczych (3 SARS-CoV-2 i norowirus);
- ◆ 4 ogniska z zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (3 SARS-CoV-2 oraz *Clostridioides difficile*);
- ◆ 3 ogniska z hospicjum (2 SARS-CoV-2 oraz *Clostridioides difficile*).

W ogniskach zakażeniu uległo 1976 osób, w tym 144 osób z personelu. Zakażenia zostały potwierdzone u 856 pacjentów oraz 34 osób z personelu, co stanowiło 45% wszystkich potwierdzonych przypadków zakażeń.

11.4. Analiza raportów rocznych o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali w zakresie nadzoru nad czynnikami alarmowymi w podmiotach leczniczych

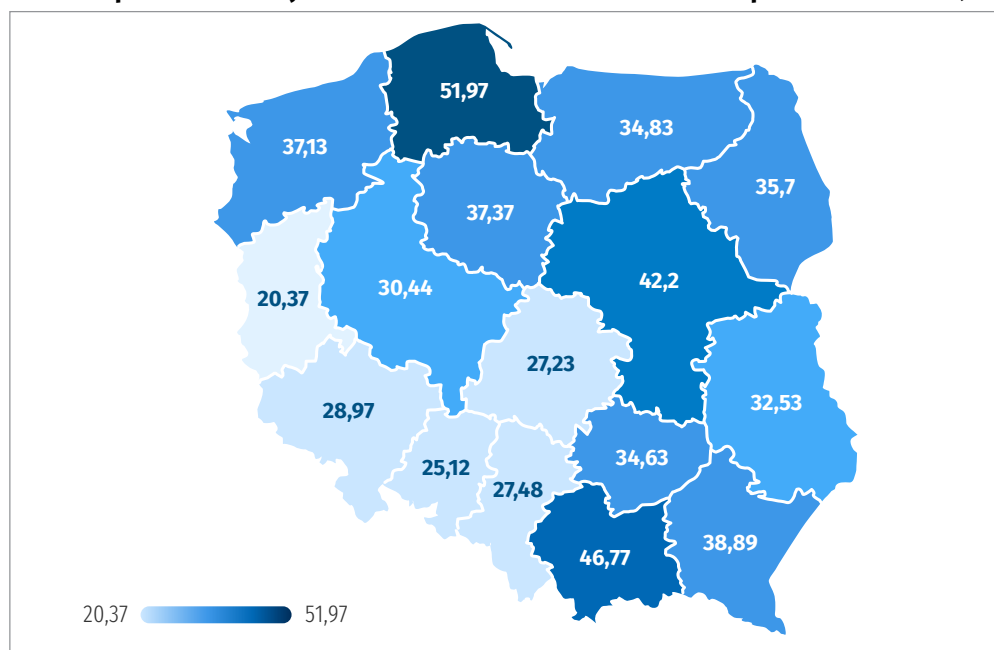
Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala*, Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje okresowe sprawozdania dotyczące występowania czynników alarmowych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Raporty te obejmują wykaz biologicznych czynników chorobotwórczych zidentyfikowanych w jednostkach organizacyjnych szpitali w danym roku kalendarzowym.

W 2024 roku analizę dotyczącą sytuacji epidemiologicznej szpitala w zakresie występowania czynników alarmowych sporządzono na podstawie raportów rocznych przekazanych z 926 szpitali (6 678 oddziałów szpitalnych), dysponujących łącznie 182 305 łóżkami. W analizowanym okresie hospitalizowano łącznie 10 093 340 pacjentów, a wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych wyniósł 73%.

W roku sprawozdawczym wykonano ogółem 6 436 059 badań mikrobiologicznych, co stanowiło 63,8 badań mikrobiologicznych na 100 pacjentów oraz 0,64 badania mikrobiologicznego na jednego pacjenta. Natomiast średnia liczba wykonanych badań mikrobiologicznych/łożko/rok wyniosła 34,96 badania. Najwięcej badań mikrobiologicznych wykonano w województwach: pomorskim, małopolskim i mazowieckim.

Rys. 6 Badania mikrobiologiczne/łożko/rok
z podziałem na województwa w 2024 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Diagnostyka mikrobiologiczna stanowi jeden z kluczowych filarów skutecznego nadzoru nad zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń w podmiotach leczniczych. W ostatnich latach w Polsce obserwuje się wyraźny trend wzrostowy w zakresie liczby wykonywanych badań mikrobiologicznych w szpitalach. Zjawisko to odzwierciedla zarówno rosnącą świadomość personelu medycznego w zakresie znaczenia diagnostyki, jak i postęp technologiczny, który umożliwia szybsze i bardziej precyzyjne uzyskiwanie wyników.

Rozwój oraz powszechne stosowanie badań mikrobiologicznych są fundamentem skutecznego systemu kontroli zakażeń szpitalnych, a także strategii racjonalnego stosowania antybiotyków. W kontekście rosnącej oporności drobnoustrojów na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz pojawiających się nowych zagrożeń epidemicznych, znaczenie diagnostyki mikrobiologicznej będzie systematycznie wzrastać.

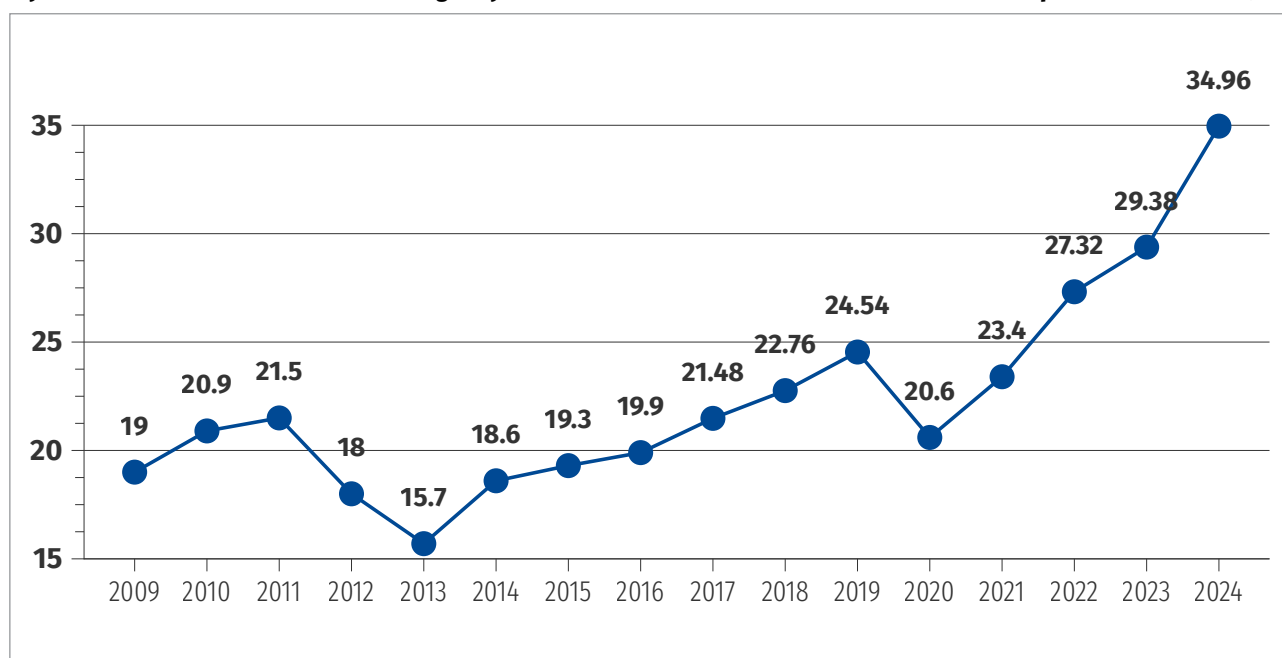
Wskaźnik liczby badań mikrobiologicznych przypadających na jedno łóżko szpitalne w skali roku wyniósł w 2023 roku 29,38, a w 2024 roku wzrósł o 5,58, osiągając poziom 34,96. Wzrost ten potwierdza rosnące zaangażowanie szpitali w prowadzenie diagnostyki mikrobiologicznej jako integralnego elementu nadzoru epidemiologicznego.

W 2024 roku najwyższą zapadalność w przeliczeniu na 1 000 hospitalizacji odnotowano w przypadku zakażeń wywołanych przez pałeczki z rzędu *Enterobacterales* produkujące beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AMPc), osiągającą poziom 6,2/1 000 hospitalizacji.

Analiza porównawcza danych za lata 2023 i 2024 wskazuje na istotne zmiany w zakresie zapadalności dla wybranych czynników alarmowych. Zauważalny jest wzrost zapadalności na zakażenia wywołane przez rotawirusy – z poziomu 0,78/1 000 hospitalizacji w 2023 roku do 1,52/1 000 w roku 2024.

Wyk. 43 Średnia liczba badań mikrobiologicznych/tóżko/rok w latach 2009-2024

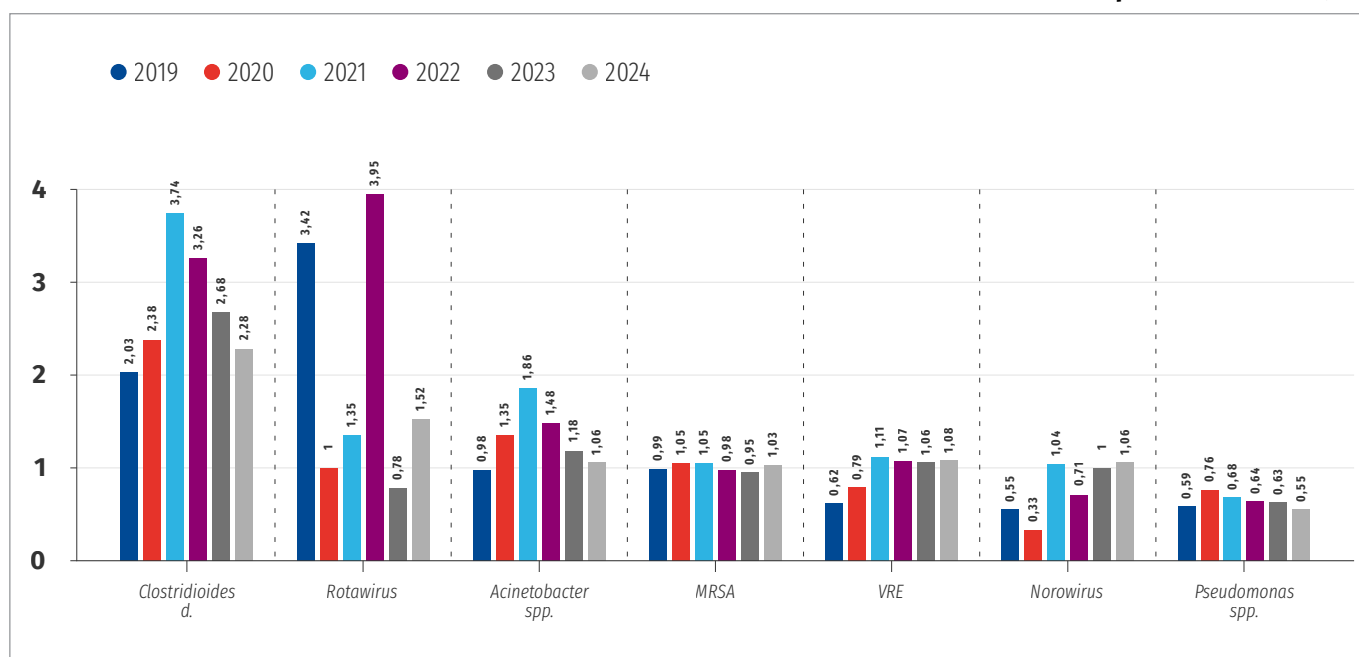
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Z kolei w odniesieniu do zakażeń *Clostridioides difficile* odnotowano niewielki spadek zapadalności z 2,68/1 000 hospitalizacji w roku 2023 do 2,28/1 000 w roku 2024. Podobna tendencja spadkowa dotyczyła również *Acinetobacter spp.*, dla których wskaźnik zapadalności zmniejszył się z 1,18/1 000 hospitalizacji do poziomu 1,06/1 000.

Wyk. 44 Zakażenia szpitalne – zapadalność w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w latach 2019-2024

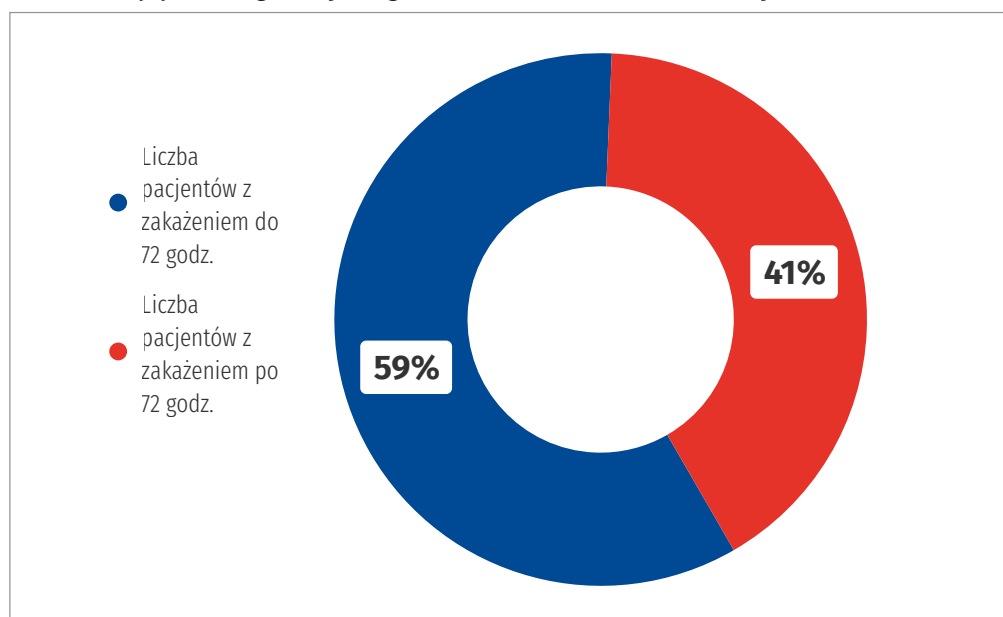
Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2024 roku zgłoszono łącznie 233 098 przypadków pacjentów, u których wykryto zakażenie wywołane czynnikiem alarmowym. Dane te obejmują zarówno zakażenia ujawnione w ciągu pierwszych 72 godzin od przyjęcia do szpitala, jak i zakażenia szpitalne, które rozwinęły się po upływie tego czasu. Spośród zgłoszonych przypadków 132 595 zakażeń, co stanowi 59%, zostało zdiagnozowanych w ciągu pierwszych trzech dni hospitalizacji.

Wyk. 45 Liczba pacjentów z zakażeniem nabytym do 72 godz. i po 72 godz.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2024 roku patogeny należące do *Enterobacterales* stanowiły najliczniejszą grupę drobnoustrojów wywołujących zakażenia czynnikiem alarmowym. Szczególnie często izolowano szczepy produkujące beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AMPC), łącznie zarejestrowano 63 230 takich przypadków. Spośród nich 38 594 zakażenia (61%) rozpoznano w ciągu pierwszych 72 godzin od przyjęcia, natomiast 24 636 (39%) miało charakter szpitalny.

Istotnym zagrożeniem pozostają *Enterobacterales* odporne na karbapenemy (CRE), których łączna liczba przypadków wyniosła 14 746. W ponad połowie z nich – 7 946 (54%) – zakażenie wystąpiło po 72 godzinach od hospitalizacji. Podobną tendencję zaobserwowano w przypadku *Klebsiella spp.* odpornej na karbapenemy – spośród 12 581 zakażeń objawowych, 6 692 (53%) zostało wykrytych po 72 godz. od przyjęcia. Jednocześnie kolonizację *Klebsiella spp.* odpornej na karbapenemy stwierdzono u 20 327 pacjentów, z czego 12 256 przypadków (60%) zidentyfikowano w ciągu 72 godzin, co wskazuje na dużą liczbę pacjentów już skolonizowanych przy przyjęciu.

W odniesieniu do *Clostridioides difficile* spośród 23 284 przypadków zakażeń aż 13 183 (57%) rozwinęło się po trzeciej dobie hospitalizacji, co pozostaje zgodne z obserwowaną zależnością między występowaniem tego patogenu, a wcześniejszą antybiotykoterapią. Odmienny charakter miały zakażenia wywołane przez *Clostridium perfringens*, spośród których większość (708 z 941 przypadków, tj. 75%) została wykryta w ciągu 72 godzin,



co sugeruje ich środowiskowe pochodzenie. Również w przypadku *Streptococcus pneumoniae* opornego na penicylinę lub cefalosporyny III generacji dominowały zakażenia wczesne – 442 z 520 przypadków (85%).

Wśród patogenów Gram-dodatnich najczęściej diagnozowano zakażenia wywołane przez metycylinoopornego *Staphylococcus aureus* (MRSA) – 10 458 przypadków, z czego 6 698 (64%) rozpoznano do 72 godzin od przyjęcia, a 3 760 (36%) po upływie tego czasu. W 2024 roku wykazano 211 zakażeń *S. aureus* oporny na glikopeptydy (VISA lub VRSA), w tym 52 zakażenia zostały wykryte po 72 godzinach od przyjęcia do szpitala. W roku ubiegłym zarejestrowano również zakażenia wywołane *S. aureus* oporny na oksazolidynony (np. Linezolid). Na 315 wszystkich przypadków zakażeń zarejestrowanych w szpitalach 96 zostało wykazanych po 72 godzinach od przyjęcia do szpitala. Tabela 14.

Tab. 14 Liczba pacjentów z zakażeniem nabytym do 72 godz. i po 72 godz. z podziałem na czynniki alarmowe

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Patogen	do 72 godz.	po 72 godz.
Metycylinooporny <i>S. aureus</i> (MRSA)	6698	3760
<i>S. aureus</i> oporny na glikopeptydy (VISA lub VRSA)	159	52
<i>S. aureus</i> oporny na oksazolidynony (np. Linezolid)	219	96
<i>Enterococcus spp.</i> oporny na wankomycynę (VRE)	5351	5715
<i>Enterococcus spp.</i> z opornością na oksazolidynony	365	204
<i>Enterobacterales</i> wytwarzający beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AMPc)	38 594	24 636
<i>Enterobacterales</i> oporny na polimyksyny (kolistyna)	2401	1845
<i>Enterobacterales</i> oporny na karbapenemy (CRE)	6800	7946
<i>Klebsiella spp.</i> oporny na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) - zakażenia objawowe	5889	6692
<i>Klebsiella spp.</i> oporny na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) - kolonizacja	12 256	8071
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3048	3191
<i>Acinetobacter spp.</i>	4029	7491
<i>Clostridioides difficile</i>	10 101	13 183
<i>Clostridium perfringens</i>	708	233
<i>Streptococcus pneumoniae</i> oporny na penicylinę lub cefalosporyny III gen	442	78

Największą liczbę pacjentów z zakażeniem czynnikiem alarmowym odnotowano w oddziałach zachowawczych, gdzie łącznie potwierdzono 112 378 przypadków. Wśród nich 75 850 zakażeń wystąpiło na oddziałach zachowawczych dla dorosłych, natomiast 36 528 dotyczyło oddziałów dziecięcych. Drugą pod względem liczby zakażeń grupą były oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, gdzie łącznie zarejestrowano 36 950 zakażeń czynnikiem alarmowym w tym 36 147 na oddziałach dla dorosłych i 803 na oddziałach dla dzieci. Trzecią grupą pod względem liczby zakażeń czynnikiem alarmowym są oddziały chirurgiczne – 27 646 przypadków. W tej grupie 26 803 zakażeń wystąpiło u dorosłych, natomiast 834 dotyczyło pacjentów pediatrycznych. Znaczącą liczbę zakażeń czynnikiem alarmowym odnotowano

również na oddziałach zakaźnych łącznie 17 396 pacjentów z wykrytym czynnikiem alarmowym oraz nefrologicznych i urologicznych łącznie 13 023 przypadków zakażeń. Tabela 15.

Tab. 15 Zakażenia czynnikami alarmowymi w 2024 roku z podziałem na grupy oddziałów

Źródło: opracowanie własne (GIS)

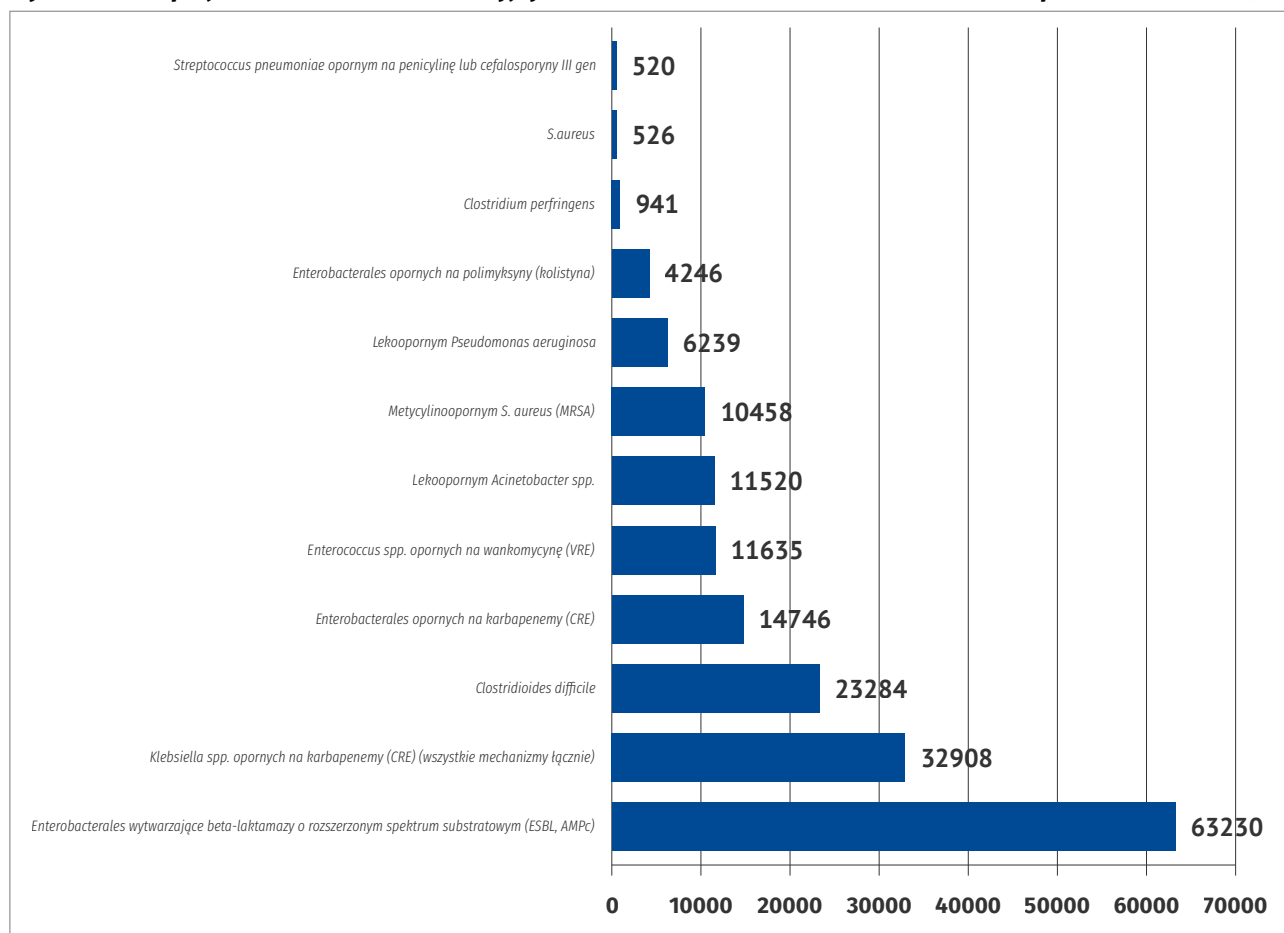
Grupa oddziałów	Suma
I A - anestezjologia i intensywna terapia	36 950
II A - chirurgia	27 646
III - ortopedia	3 539
IV - oddziały zachowawcze	112 378
IX A - nefrologia i urologia	13 023
VI - ginekologia, położnictwo	2 377
VII A - onkologia i hematologia	6 723
VIII - transplantologia	1 517
XI - zakaźne	17 396
XII - okulistyka, laryngologia	883
XIII - oddziały rehabilitacyjne i sanatoryjne	3 365
XIV - psychiatria, terapia uzależnień i rehabilitacja psychiatryczna	1 433
XV - Hospicja i ZOL w strukturze szpitala	3 212
XVII - IP, SOR, oddziały jednego dnia	1 979
X - dermatologia	504

Jak wynika z przesłanych przez podmioty lecznicze raportów rocznych, na ogólną liczbę 32 908 wykazanych przypadków *Klebsiella spp.* opornych na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) stwierdzono 12 581 zakażeń objawowych (38,2%) oraz 20 327 kolonizacji (61,8%). Podobnie jak w latach poprzednich, odnotowano wyższą zapadalność w przypadku kolonizacji przewodu pokarmowego niż w zakażeniach objawowych. Zapadalność na *Klebsiella spp.* opornych na karbapenemy, pod postacią objawowych zakażeń, wyniosła – 1,2/1000 hospitalizacji.

W 2024 r. wykazano łącznie 23 284 pacjentów, u których wykryto zakażenie *Clostridioides difficile*, co stanowi 10% wszystkich zakażeń wywołanych czynnikami alarmowymi w 2024 roku. Najwięcej pacjentów z zakażeniem *Clostridioides difficile* hospitalizowano w grupach oddziałów: zachowawczych dla dorosłych (12 747 pacjentów), zakaźnych (3 385 pacjentów) oraz chirurgicznych dla dorosłych (1 638 pacjentów). Wykres 46.

Wyk. 46 Liczba pacjentów z zakażeniem bakteryjnym

Źródło: opracowanie własne (GIS)



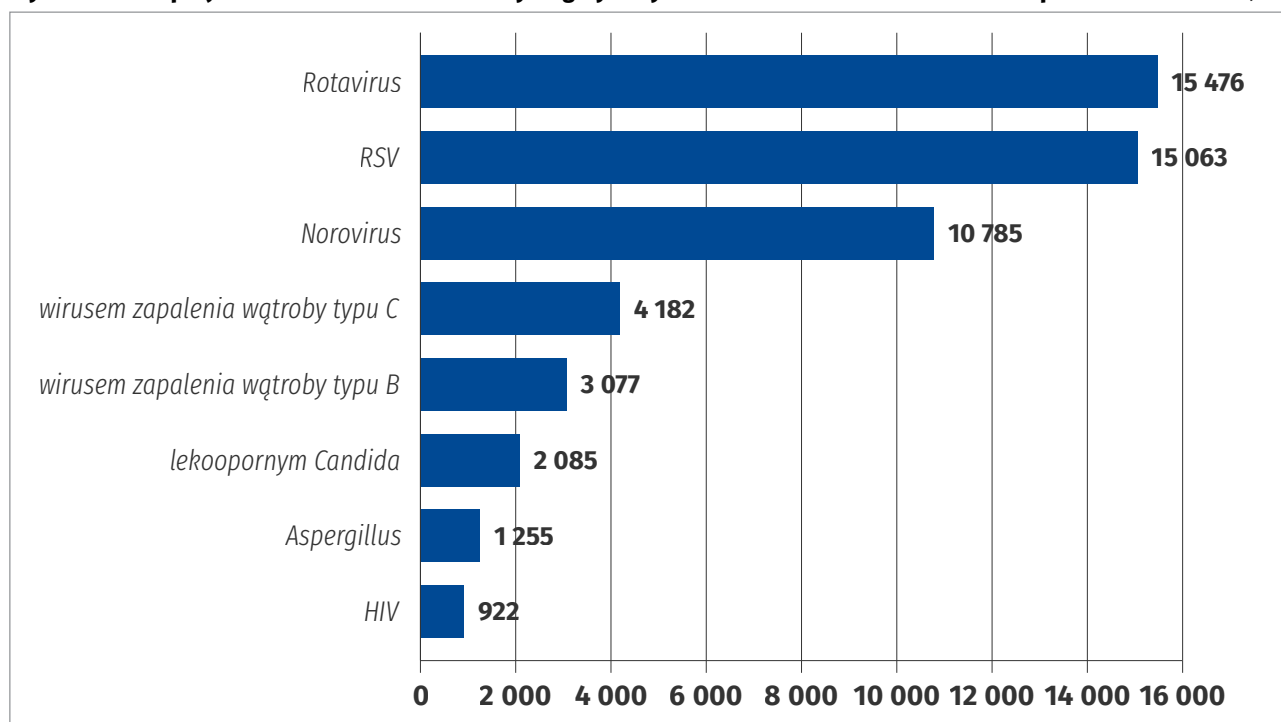
Najwięcej zakażeń o etiologii wirusowej wywołanych było przez rotawirusy, odnotowano aż 15 476 przypadków. Rotawirusy stanowią główną przyczynę ostrych nieżytów żołądkowo-jelitowych, szczególnie u dzieci. To patogen o bardzo wysokiej zakaźności, przenoszący się drogą fekalno-oralną, co sprzyja jego szerzeniu się zarówno w środowisku poza szpitalnym, jak i w zamkniętych placówkach, takich jak szpitale, żłobki czy domy opieki. Wraz z syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) – 15 063 przypadków, rotawirusy należą do najczęściej występujących wirusów wśród hospitalizowanych pacjentów. Zapadalność na zakażenia wywołane tymi dwoma patogenami wynosiła 1,5 na 1000 hospitalizacji, co podkreśla ich znaczenie epidemiologiczne i konieczność wdrażania skutecznych strategii zapobiegawczych, takich jak izolacja chorych, higiena rąk oraz szczepienia ochronne. Norowirus odpowiadał za 10 785 zakażeń pacjentów w 2024 roku, zapadalność na ten patogen wyniosła 1,1/1000 hospitalizacji. Wykres 47.

W 2024 roku najwyższą zapadalność na zakażenia objawowe wywołane przez *Klebsiella* spp. oporne na karbapenemy (wszystkie mechanizmy oporności łącznie) odnotowano w następujących grupach oddziałów:

- ◆ oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych – 21,8/1 000 hospitalizacji,
- ◆ oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci – 5,1/1 000 hospitalizacji,
- ◆ oddziały transplantologii – 4,6/1 000 hospitalizacji.

Wyk. 47 Liczba pacjentów z zakażeniem wirusowym i grzybiczym

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Większość przypadków objawowych zakażeń *Klebsiella spp.* oraz kolonizacji została wykryta w ciągu pierwszych 72 godzin pobytu pacjenta w szpitalu – łącznie 18 145 przypadków, co stanowiło 55,1%.

Na oddziałach zachowawczych dla dorosłych zarejestrowano w 2024 roku łącznie 75 707 przypadków zakażeń wywołanych czynnikami alarmowymi. Najczęściej izolowaną grupą patogenów były pałeczki *Enterobacteriaceae* produkujące beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AMPc) – 25 863 przypadki, co stanowiło 34,2% wszystkich zakażeń w tej grupie oddziałów. Drugim najczęściej identyfikowanym czynnikiem alarmowym było *Clostridioides difficile* – 12 747 przypadków (16,8%).

Istotny udział w strukturze zakażeń miały również *Klebsiella spp.* oporne na karbapenemy (CRE), w tym 4 934 przypadki zakażeń objawowych oraz 8 326 przypadków kolonizacji. Łącznie stanowiły one 17,4% wszystkich zgłoszeń z oddziałów zachowawczych. *Enterobacterales* oporne na karbapenemy były odpowiedzialne za 5 816 zakażeń (7,7%).

Wśród innych istotnych patogenów odnotowano:

- ◆ lekooporne *Pseudomonas aeruginosa* – 1 296 przypadków, w tym 141 opornych na kolistynę,
- ◆ lekooporne *Acinetobacter spp.* – 2 886 przypadków, w tym 194 oporne na kolistynę,
- ◆ *Staphylococcus aureus* oporny na metycylinę (MRSA) – 2 829 przypadków (3,7%).
- ◆ Rzadziej identyfikowano inne czynniki alarmowe, takie jak:
- ◆ *Enterococcus spp.* oporne na wankomycynę (VRE),
- ◆ lekooporne grzyby z rodzaju *Candida*,



- ◆ *Clostridium perfringens*,
- ◆ *Streptococcus pneumoniae* oporny na penicylinę lub cefalosporyny III generacji,
- ◆ wirusy: rotawirus, norowirus, RSV,
- ◆ wirusy zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV.

Zebrane dane potwierdzają dominującą rolę drobnoustrojów Gram-ujemnych w etiologii zakażeń występujących w oddziałach zachowawczych dla dorosłych. Sytuacja ta uzasadnia konieczność utrzymania i intensyfikacji działań ukierunkowanych na ograniczenie transmisji tych patogenów oraz zapewnienie skutecznych strategii terapeutycznych. Tabela 16.

Tab. 16 Zakażenia wywołane przez czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dorosłych w 2024 roku

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Grupa oddziałów	IV - oddziały zachowawcze - dorośli
metycylinoopornym <i>S. aureus</i> (MRSA)	2829
<i>S. aureus</i> opornych na glikopeptydy (VISA lub VRSA)	57
<i>S.aureus</i> opornym na oksazolidynony (np. Linezolid)	136
<i>Enterococcus spp.</i> opornych na wankomycynę (VRE)	3872
<i>Enterococcus spp.</i> z opornością na oksazolidynony (np. linezolid)	113
<i>Enterobacterales</i> wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AMPc)	25 863
<i>Enterobacterales</i> opornych na polimyksyny (kolistyna)	1344
<i>Enterobacterales</i> opornych na karbapenemy (CRE)	5816
<i>Klebsiella spp.</i> opornych na karbapenemy (CRE) (wszystkie mechanizmy łącznie) - zakażenia objawowe	4934
<i>Klebsiella spp.</i> opornych na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) - kolonizacja	8326
lekoopornym <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1296
lekoopornym <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (kolistyna)	141
lekoopornym <i>Acinetobacter spp.</i>	2886
lekoopornym <i>Acinetobacter spp.</i> (kolistyna)	194
<i>Clostridioides difficile</i>	12 747
<i>Clostridium perfringens</i>	238
<i>Streptococcus pneumoniae</i> opornym na penicylinę lub cefalosporyny III gen	188
lekoopornym <i>Candida</i>	597
<i>Aspergillus</i>	79
Rotawirus	696
Norowirus	723
RSV	419
wirusem zapalenia wątroby typu B	747
wirusem zapalenia wątroby typu C	1307
HIV	159

W 2024 roku w oddziałach zachowawczych dla dzieci zgłoszono łącznie 36 528 przypadków zakażeń wywołanych czynnikami alarmowymi. Struktura etiologiczna zakażeń w tej grupie wiekowej znacząco różni się od obserwowanej u dorosłych. Dominującą rolę odgrywały infekcje wirusowe, które stanowiły zdecydowaną większość zgłoszeń.

Najczęściej identyfikowanymi patogenami były:

- ◆ syncytialny wirus oddechowy (RSV) – 12 751 przypadków (34,9%),
- ◆ rotawirus – 12 168 przypadków (33,3%),
- ◆ norowirus – 8 440 przypadków (23,1%).

Łącznie trzy wymienione wirusy odpowiadały za 91% wszystkich zakażeń odnotowanych w oddziałach zachowawczych dla dzieci.

Zakażenia bakteryjne wywołane przez drobnoustroje oporne na antybiotyki występowały znacznie rzadziej. Spośród nich najczęściej zgłaszano:

- ◆ *Enterobacterales* produkujące ESBL/AMPC – 1 262 przypadki (3,5%),
- ◆ *Clostridioides difficile* – 600 przypadków (1,6%),
- ◆ *Klebsiella spp.* oporne na karbapenemy (CRE) – 458 przypadków (1,25%), w tym 44 zakażenia objawowe i 414 kolonizacji,
- ◆ *Enterobacterales* oporne na karbapenemy (CRE) – 115 przypadków (0,3%).

Zakażenia wywołane przez inne czynniki alarmowe, takie jak metycylinooporny *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Acinetobacter spp.*, lekooporne grzyby z rodzaju *Candida* czy *Pseudomonas aeruginosa*, były rejestrowane sporadycznie – w liczbie od kilku do kilkudziesięciu przypadków.

Obserwowane różnice w etiologii zakażeń pomiędzy dziećmi i dorosłymi wskazują na potrzebę różnicowania strategii profilaktyki i kontroli zakażeń w zależności od wieku pacjenta oraz dominujących czynników etiologicznych. Tabela 17.

Oddziały anestezjologii i intensywnej terapii (OIT) należą do szczególnie narażonych na występowanie zakażeń szpitalnych, co wynika z obecności licznych czynników ryzyka, takich jak ciężki stan kliniczny pacjentów, choroby współistniejące, liczne procedury inwazyjne oraz szerokie stosowanie antybiotyków. Analiza danych dotyczących zapadalności na zakażenia wywołane czynnikami alarmowymi w OIT dla dorosłych w Polsce potwierdza istnienie istotnego problemu epidemiologicznego.

Najwyższy wskaźnik zapadalności dotyczył zakażeń wywołanych przez Gram-ujemne pałeczki z rzędu *Enterobacterales*, w szczególności szczepów produkujących beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum

Tab. 17 Zakażenia wywołane przez czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dzieci w 2024 roku**Źródło: opracowanie własne (GIS)**

Grupa oddziałów	V - oddziały zachowawcze - dzieci
metycylinoopornym <i>S. aureus</i> (MRSA)	204
<i>S. aureus</i> opornych na glikopeptydy (VISA lub VRSA)	19
<i>S. aureus</i> opornym na oksazolidynony (np. Linezolid)	5
<i>Enterococcus spp.</i> opornych na wankomycynę (VRE)	48
<i>Enterococcus spp.</i> z opornością na oksazolidynony (np. linezolid)	6
<i>Enterobacterales</i> wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AMPc)	1262
<i>Enterobacterales</i> opornych na polimyksyny (kolistyna)	173
<i>Enterobacterales</i> opornych na karbapenemy (CRE)	115
<i>Klebsiella spp.</i> opornych na karbapenemy (CRE) (wszystkie mechanizmy łącznie) - zakażenia objawowe	44
<i>Klebsiella spp.</i> opornych na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) - kolonizacja	414
lekoopornym <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	73
lekoopornym <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (kolistyna)	12
lekoopornym <i>Acinetobacter spp.</i>	10
lekoopornym <i>Acinetobacter spp.</i> (kolistyna)	1
<i>Clostridioides difficile</i>	600
<i>Clostridium perfringens</i>	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i> opornym na penicylinę lub cefalosporyny III gen	55
lekoopornym <i>Candida</i>	26
<i>Aspergillus</i>	25
Rotavirus	12 168
Norovirus	8440
RSV	12 751
wirusem zapalenia wątroby typu B	22
wirusem zapalenia wątroby typu C	40
HIV	14

substratowym (ESBL), osiągając poziom 55/1 000 hospitalizacji. Oznacza to, że ponad 5% pacjentów hospitalizowanych na OIT ulega zakażeniu tymi trudnymi do leczenia drobnoustrojami. Wysoką zapadalność odnotowano również w przypadku bakterii opornych na karbapenemy (CRE) – 23,7/1 000 hospitalizacji.

Zakażenia oraz kolonizacje wywołane przez *Klebsiella spp.* odporne na karbapenemy również występowały często – odpowiednio 21,8/1 000 (zakażenia objawowe) oraz 25,7/1 000 hospitalizacji (kolonizacja). Wysokie wskaźniki dotyczyły również innych patogenów oportunistycznych:

- ◆ *Acinetobacter spp.* – 29,6/1 000 hospitalizacji (z czego 2,4/1 000 szczepy kolistynooporne),
- ◆ *Pseudomonas aeruginosa* – 12,2/1 000 hospitalizacji (w tym 1,4/1 000 szczepy oporne na kolistynę).

Wśród patogenów Gram-dodatnich znaczącym zagrożeniem pozostaje metycylinooporny *Staphylococcus aureus* (MRSA), dla którego wskaźnik zapadalności wyniósł 18,1/1 000 hospitalizacji. Wysoką zapadalność wykazano również dla *Enterococcus spp.* opornych na wankomycynę (VRE) – 13,4/1 000 hospitalizacji. Choć oporność na linezolid jest notowana rzadziej (0,2–0,8/1 000 hospitalizacji), jej obecność budzi niepokój ze względu na ograniczone opcje terapeutyczne.

Zakażenia wywołane przez *Clostridioides difficile*, często będące powikłaniem antybiotykoterapii, występowały z zapadalnością 6/1 000 hospitalizacji.

Dane te potwierdzają, że oddziały intensywnej terapii stanowią ogniska szerzenia się drobnoustrojów wielolekoopornych. Obserwacje krajowe pozostają spójne z danymi międzynarodowymi, według których OIT są środowiskami o najwyższym ryzyku transmisji patogenów opornych na leczenie.

Wyniki jednoznacznie wskazują na konieczność intensyfikacji działań w zakresie zapobiegania zakażeniom, w tym:

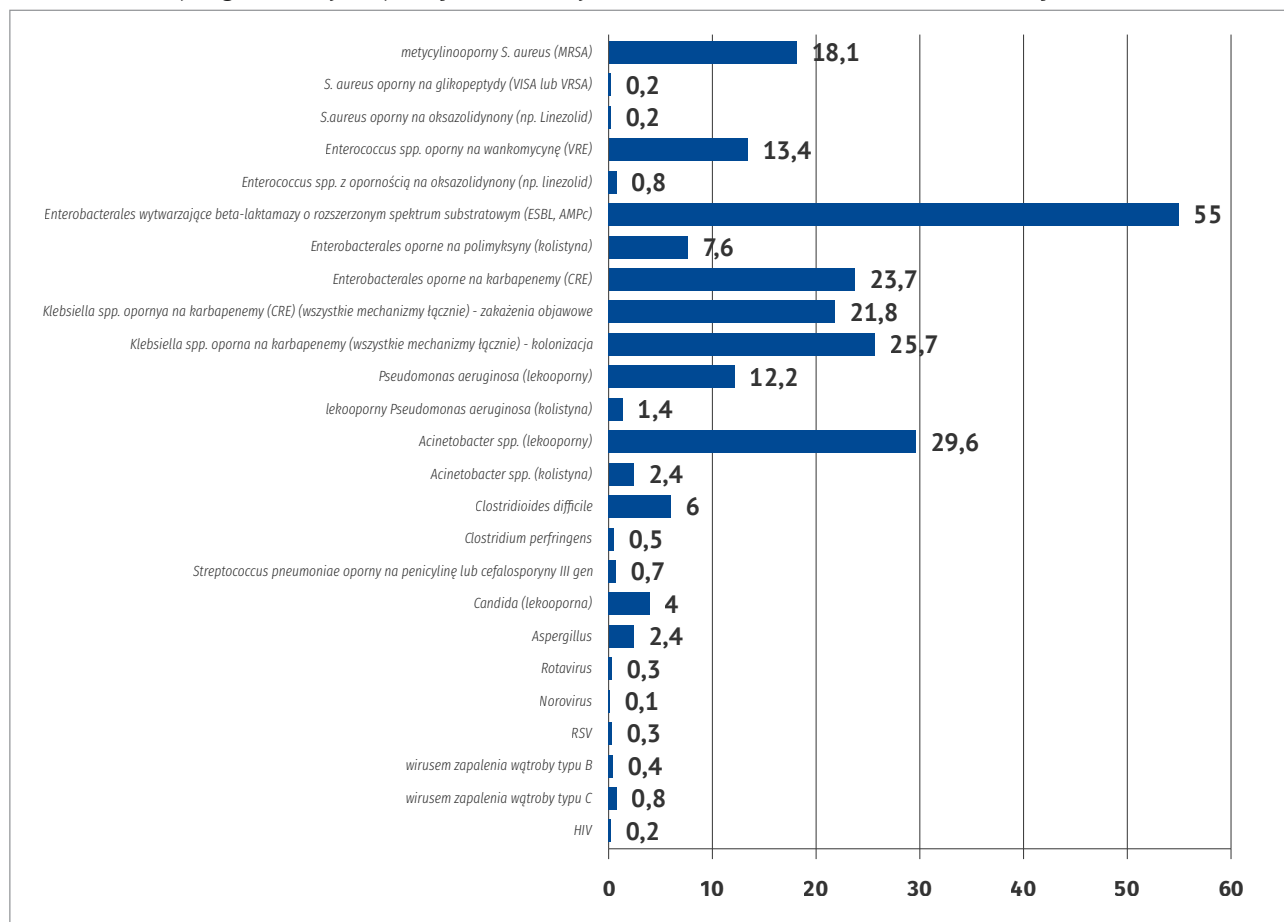
- ◆ wzmożonej kontroli higieny rąk i przestrzegania procedur aseptycznych,
- ◆ monitorowania kolonizacji pacjentów przy przyjęciu i w trakcie hospitalizacji,
- ◆ ograniczenia nieuzasadnionego stosowania antybiotyków,
- ◆ wdrażania skutecznych programów racjonalnej antybiotykoterapii,
- ◆ oraz systematycznego nadzoru epidemiologicznego.

Zakażenia szpitalne stanowią nie tylko istotne wyzwanie kliniczne, lecz także poważny problem organizacyjny i ekonomiczny dla systemu ochrony zdrowia. Ich występowanie wpływa na wydłużenie czasu hospitalizacji, wzrost kosztów leczenia oraz obniżenie bezpieczeństwa pacjentów.

Kluczowym elementem skutecznego przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym jest identyfikacja źródła zakażenia, która umożliwia wdrożenie ukierunkowanych działań zapobiegawczych. Szczególne znaczenie ma szybkie i trafne rozpoznanie czynnika etiologicznego, analiza mechanizmów jego transmisji oraz bieżąca współpraca personelu medycznego z zespołami ds. kontroli zakażeń.

Wyk. 48 Zapadalność na wybrane patogeny w grupie oddziałów anestezyjologii i intensywnej terapii dla dorosłych w roku 2024

Źródło: opracowanie własne (GIS)





**JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ
DO SPOŻYCIA**

1. Wstęp – Jakość wody przeznaczonej do spożycia

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

- ◆ Ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2024 r. poz. 757),
- ◆ Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 416),
- ◆ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294).

Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi¹, które jest zgodne z przepisami europejskimi.

Podstawę zapewnienia konsumentom bezpiecznej wody przeznaczonej do spożycia stanowią zarówno badania jakości wody wykonywane przez producentów, dostawców wody w ramach kontroli wewnętrznej, jak i badania realizowane w ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz prowadzona przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ocena zgodności parametrów z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, w aspekcie zagrożeń zdrowotnych, w celu określenia, czy spożywana woda jest czysta i bezpieczna dla zdrowia. 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 krajowym, natomiast organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z ustalonym planem działania na dany rok. Badania jakości wody do spożycia wykonywały laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zakres badań obejmował zarówno badania mikrobiologiczne, fizykochemiczne, jak i organoleptyczne w wodzie. Sprawozdania z badań realizowanych przez dostawców wody były na bieżąco przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które analizowały wyniki badań jakości wody, stwierdzały jej przydatność do spożycia oraz weryfikowały terminowość przekazywania sprawozdań.

W sytuacji, gdy woda nie odpowiadała wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitorowały wywiązywanie się dostawców 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,

¹ 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)

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. Podejmowane działania w ramach obowiązujących przepisów krajowych przyczyniały się do zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

2. Zaopatrzenie ludności w wodę

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi jest zadaniem własnym gminy. Przepisy ustawy regulują zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura wodociągów w 2024 r. przedstawiona została w poniższej tabeli.

Tab. 18 Struktura wodociągów w 2024 r.

(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę		Skontrolowane wodociągi spełniające wymagania procentowo
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom [1]	łącznie	odpowiadającą wymaganiom	
≤100	2989	2875	1 mln 224 tys.	1 mln 199 tys.	97%
101-1 000	4477	4445	10 mln 100 tys.	10 mln 036 tys.	99%
1 001-10 000	713	710	11 mln 812 tys.	11 mln 792 tys.	100%
10 001-100 000	58	58	7 mln 652 tys.	7 mln 652 tys.	100%
>100 000	6	6	4 mln 764 tys.	4 mln 764 tys.	100%
SUMA	8243	8094	35 mln 555 tys.	35 mln 445 tys.	-

[1] Liczba obiektów, które odpowiadają (w tym warunkowo) 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.

W roku 2024 w Polsce funkcjonowało 8243 wodociągów zaopatrujących w wodę około 35,5 mln konsumentów, tj. o 128 wodociągów mniej niż w 2019 i o 376 mniej niż w 2014 r. Spadek ten spowodowany jest zmniejszeniem liczby małych wodociągów na rzecz dużych (połączonych). W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły kontrole 8220 wodociągów w zakresie stanu sanitarnego, co stanowi 99,7% wszystkich wodociągów, oraz nadzorowały jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi we wszystkich wodociągach. Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1000 m³/d wody, stanowią prawie 91% wszystkich wodociągów i zaopatrują ponad 11 mln ludności, co stanowi 32% ludności zaopatrywanej w wodę. Z punktu widzenia skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2024 r.



wodociągów pod względem spełniania wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia wynika, iż to duże wodociągi o produkcji powyżej 1000 m³/dobę dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%. Dlatego też w miarę możliwości należy dążyć do łączenia małych wodociągów, celem zapewnienia najwyższej jakości wody przeznaczonej do spożycia odpowiadającej wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

W Polsce około 35,5 mln ludzi jest zaopatrywanych w wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę do spożycia, natomiast pozostała część zaopatrywana jest 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 indywidualnych ujęć 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 m.in.: szpitale, szkoły, domy pomocy społecznej oraz ośrodki wypoczynkowe, które posiadają źródło wody na potrzeby własne.

W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2024 znajdowało się 3199 podmiotów posiadających własne ujęcia w zakresie zbiorowego zaopatrzenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru sanitarnego skontrolowały 2855 podmiotów, co stanowi 89% wszystkich podmiotów tej grupy znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Spośród wszystkich skontrolowanych podmiotów 2828 podmiotów spełniło wymagania krajowych norm jakości wody, co stanowi 99% podmiotów skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

3. Jakość wody dostarczanej przez wodociągi

Zapewnienie odpowiedniej jakości i ilości wody do spożycia to złożone zadanie, mające bezpośredni wpływ na zdrowie publiczne. Jakość wody zależy nie tylko od procesu jej uzdatniania, ale również od sposobu dystrybucji – zwłaszcza stanu technicznego sieci wodociągowej, czasu jej eksploatacji i stosowanych materiałów. Istotny wpływ ma także wewnętrzny system wodociągowy w budynkach, który – jeśli jest w złym stanie – może powodować wtórne zanieczyszczenie wody. W 2024 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 40 473 pobory prób wody z punktów zgodności, czyli o 141 więcej niż w roku poprzednim.

Właściciele i zarządcy wodociągów w ramach kontroli wewnętrznej w 2024 r. dokonali 69 085 pobrań prób wody z punktów zgodności ustalonych z właściwymi państwowymi inspektorami sanitarnymi. Informacje o wynikach badań jakości wody były przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej przez dostawców wody.

Dane organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej za 2024 r. oraz lata poprzednie wskazują na utrzymywanie się wysokiej jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w kontekście zapewnienia konsumentom wody bezpiecznej dla zdrowia. Potwierdzeniem są dane wskazujące, że w 2006 r. wodociągi dostarczały wodę spełniającą wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi do około 91% odbiorców, w 2009 r. do około 93% odbiorców, natomiast już w 2013 r. około 96% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami. Trend wskazujący na poprawę jakości wody utrzymywał się w kolejnych latach. W latach 2014-2023 około 98-99%, w 2024 r. 98,5% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia – w tym warunkowo dopuszczanej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 2024 r. pozostałe 1,5% ludności miało natomiast dostęp do wody, która czasowo wykazywała brak zgodności z wymaganiami normatywów jakościowych. Nie dopuszczono do jakichkolwiek dostaw wody, która mogła stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi. W takich sytuacjach zapewniano mieszkańcom wodę o odpowiedniej jakości z alternatywnych źródeł. Zadanie to było 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 było z przeprowadzeniem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceny zagrożeń i wykluczeniem negatywnego wpływu jej jakości na zdrowie. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitorowały wywiązywanie się producentów wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych i każdorazowo opracowywały komunikaty o jakości wody i zasadach jej użytkowania, które następnie rozpowszechniane były 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.

4. Działania w zakresie przekroczeń parametrów

Podstawą nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi jest ocena zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w aspekcie zagrożeń zdrowotnych, jakie mogą powodować zanieczyszczenia pojawiające się w wodzie. W celu określenia, czy spożywana woda jest czysta i bezpieczna dla zdrowia ludzkiego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonują oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, przyczyniając się do systematycznej jej poprawy. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco analizują wyniki badań jakości wody przeznaczonej do spożycia, zarówno wykonywanych w ramach nadzoru sprawowanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną, jak również otrzymanych od podmiotów prowadzących zaopatrzenie w wodę. W zależności od uzyskanych wyników badań poszczególnych parametrów organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują odpowiednie działania, zgodnie z przepisami określonymi w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Woda jest niezbędna do utrzymania życia i musi być dostępna w zadowalającej jakości i ilości dla wszystkich konsumentów. Zasoby wodne powinny być chronione przed zanieczyszczeniem, a szczególnie odchodami ludzkimi i zwierzęcymi, które mogą zawierać wiele chorobotwórczych bakterii, wirusów i pierwotniaków. Niewystarczająca ochrona zasobów wodnych i nieskuteczne uzdatnianie wody naraża społeczeństwo na ryzyko chorób przewodu pokarmowego i innych chorób zakaźnych. Potencjalne konsekwencje mikrobiologicznego zakażenia wody są bardzo poważne, dlatego tak istotne znaczenie ma rodzaj ujmowanej wody.

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

- ◆ intensyfikowanie płukania złóż 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.



5. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa

Gdy woda nie spełnia wymagań chemicznych (poza bromianami i ołowiem) 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. Zgoda może być udzielona, tylko jeśli brak jest zagrożenia dla zdrowia i nie ma innych sposobów na zapewnienie odpowiedniej jakości wody. Przyznawanie odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej umożliwia podmiotom produkującym wodę na 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.

W 2024 r. stwierdzono 18 odstępstw od wymaganej jakości wody do spożycia, najwięcej odstępstw, tj. 8, dotyczyło azotanów (w wodociągach w woj. opolskim, świętokrzyskim, podlaskim, lubuskim, lubelskim, śląskim, zachodniopomorskim), 3 dotyczyły fluorków (w wodociągach w woj. śląskim, opolskim, pomorskim), 6 dotyczyło pestycydów i metabolitu chloridazonu (w wodociągach w woj. dolnośląskim i zachodniopomorskim), a 1 dotyczyło niklu (w wodociągu w woj. podkarpackim).

W 2024 r. 8 dostawców wody wystąpiło do Państwowej Inspekcji Sanitarnej o zgodę na odstępstwo od wymagań chemicznych wody (cztery na pestycydy, trzy na nikiel). Przed wydaniem zgody 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 2024 r. wydanych zostało 8 decyzji udzielających zgody na odstępstwo, przy jednoczesnym określeniu dla każdej z nich maksymalnej wartości 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.

Decyzje dotyczyły dostawców wody z województwa dolnośląskiego (wodociąg Siedlec - do 05.03.2027 r. udzielono drugiej zgody na odstępstwo w zakresie pestycydu chloridazon-desfenyl, wodociąg PPO Siechnice - do 04.10.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie pestycydu chloridazon-desfenyl i sumy pestycydów, wodociąg Groblice - do 09.12.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie pestycydu chloridazon-desfenyl), z województwa opolskiego (wodociąg Dalnie-Zakrzów - do 08.12.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie azotanów, wodociąg Dobrodzień-Rzędowicka - do 01.03.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie azotanów), z województwa podkarpackiego (wodociąg Bukowina - do 23.10.2026 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie niklu), z województwa świętokrzyskiego (wodociąg Bolmin - do 09.08.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie azotanów) oraz z województwa zachodniopomorskiego (wodociąg Żabów - do 25.04.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie pestycydu chloridazon-desfenyl, chloridazon-metyl-desfenyl i sumy pestycydów).

Wydane przez właściwych państwowych inspektorów sanitarnych decyzje na odstępstwo od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w zakresie azotanów uwzględniały wpływ najwyższego stężenia azotanów w wodzie na zdrowie grup wrażliwych. Wskazany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej grupom wrażliwym na przekroczenia wartości parametrycznych dostawcy wody zapewnili zastępcze źródła wody do spożycia.

Decyzja na odstępstwo uwzględniała zalecenia opinii wydanej przez Instytut Naukowo-Badawczy dot. wpływu na zdrowie konsumentów ponadnormatywnych stężeń parametrów chemicznych jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, wydanej m.in. w oparciu o dostępne wytyczne WHO i inne dokumenty naukowe.

Po wydaniu zgód na odstępstwo od wymagań jakości wody do spożycia właściwi państwowi inspektorzy sanitarni informowali o udzielonej zgodzie właściwego wójta, burmistrza i przekazywali komunikaty w tej sprawie, ze wskazaniem obowiązku rozpowszechnienia komunikatu w sposób umożliwiający bezzwłoczne zapoznanie się z nim konsumentów.

Dzięki skutecznym działaniom naprawczym dostawców wody w 2024 r. zakończyły się odstępstwa od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dostarczanej przez: wodociąg Radziszewo Sieńczuch w woj. podlaskim, wodociąg Buczyzna w woj. lubuskim, wodociąg Orchowiec w woj. lubelskim, wodociąg Pstrężna w woj. śląskim, wodociąg Dąbrowa Białogardzka w woj. zachodniopomorskim, wodociąg Krzywe Koło w woj. pomorskim, wodociąg Łozina w woj. dolnośląskim.

W przypadku stwierdzanych w Polsce przekroczeń w zakresie azotanów oraz pestycydów w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi, jako przyczyna występowania przekroczeń wskazywana była działalność rolnicza i związane z nią stosowanie sztucznych nawozów azotowych oraz gnojowicy i obornika, a także środków ochrony roślin. Stąd bardzo istotne jest podejmowanie działań prowadzących do minimalizacji wpływu oddziaływania rolniczego na jakość wód środowiskowych.

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

Jednym z czynników wpływających na jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na etapie jej dostarczania jest instalacja wewnętrzna budynków – tzw. wewnętrzny system wodociągowy. 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 – w tym bakterii *Legionella*.



Ze względu na ryzyko zakażeń drogą wziewną (poprzez wdychanie aerozolu wodnego), od 2007 roku polskie przepisy regulują badania obecności *Legionella* sp. w ciepłej wodzie użytkowej. Badania ciepłej wody w kierunku występowania bakterii z rodzaju *Legionella* sp. powinny być wykonywane w przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz w budynkach użyteczności publicznej, w których w trakcie ich użytkowania wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny. 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 2024 r. wykonano około 6695 badań ciepłej wody w kierunku oznaczenia bakterii z rodzaju *Legionella* sp. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 2796 badań pałeczek *Legionella* w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, natomiast właściciele i zarządcy podmiotów i obiektów wskazanych w przepisach krajowych do kontroli jakości wody ciepłej w zakresie tej bakterii zleciły wykonanie 3899 badań.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz zarządcy obiektów w 2024 r. przeprowadzili badania na obecność pałeczek *Legionella* sp. w wytypowanych obiektach na terenie całego kraju. W wyniku wykonania 6695 badań zły stan instalacji wodociągowej wody ciepłej stwierdzono w 1286 przypadkach (19%).

Na obecność bakterii *Legionella* sp. w ciepłej wodzie użytkowej skontrolowano 3460 podmiotów leczniczych (szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i innych obiektów świadczących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne) z całego kraju. Obecność pałeczek *Legionella* sp. w ilości większej niż dopuszcza rozporządzenie stwierdzono w 700 obiektach (20%). W związku ze stwierdzoną obecnością *Legionella* sp. na oddziałach szpitalnych w ilości większej niż wartość dopuszczalna wydano decyzje administracyjne nakazujące podjęcie działań zmierzających do redukcji liczby bakterii. Ponadto próbki wody do badań pobrano w 946 domach pomocy społecznej, ponadnormatywne skażenie wykazano w 168 obiektach (18%).

W 2024 r. w Polsce przebadano na obecności bakterii *Legionella* sp. instalacje ciepłej wody użytkowej w 672 obiektach noclegowych (hotele, motele, pensjonaty, pokoje gościnne, itp.) oraz 945 obiektach przeznaczonych na pobyt dzieci i młodzieży (internaty, ośrodki szkolno-wychowawcze, domy dziecka). Przekroczenia dopuszczalnych wartości pałeczek *Legionella* sp. stwierdzono w 99 obiektach noclegowych, tj. 15% zbadanych, oraz 194 obiektach przeznaczonych na pobyt dzieci i młodzieży, tj. 21% zbadanych. W wyniku stwierdzonych przekroczeń pałeczek *Legionella* sp. w tych obiektach wydano decyzje administracyjne nakazujące podjęcie stosownych działań w celu doprowadzenia jakości wody ciepłej użytkowej w tego typu obiektach do wartości zgodnych z rozporządzeniem.



7. ELDSNet - Europejska Sieć Nadzoru nad Chorobą Legionistów

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyły w działaniach Europejskiej Sieci Nadzoru nad Chorobą Legionistów (ELDSNet), której celem jest wykrywanie, kontrola i zapobieganie pojedynczym przypadkom, zakażeniom grupowym oraz ogniskom tej choroby na terenie krajów EU/EEA. Sieć zapewnia środki w obrębie Unii Europejskiej do dzielenia się informacjami i współpracy w działaniach krajów członkowskich, tak aby mieszkańcy krajów europejskich mieli zapewnioną coraz lepszą ochronę przed zarażeniem chorobą legionistów związaną z podróżą, czy to wewnątrz swojego kraju, czy poza jego granicami.

W 2024 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, po otrzymaniu zgłoszeń od punktu kontaktowego² o wystąpieniu potwierdzonego laboratoryjnie przypadku zachorowania na legionellozowe zapalenie płuc u turysty, który przed zachorowaniem przebywał w danym obiekcie turystycznym, prowadziła działania mające na celu sprawdzenie bezpieczeństwa zdrowotnego ciepłej wody użytkowej w 16 obiektach turystycznych – 5 obiektów znajdowało się na terenie województwa mazowieckiego, 4 na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, 2 na terenie województwa dolnośląskiego i po 1 w województwach: lubuskim, małopolskim, podlaskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Obiekty te były objęte przez właściwe powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne wzmożonym nadzorem sanitarnym, a jakość ciepłej wody użytkowej w obiekcie - po przeprowadzonych działaniach naprawczych przez właściciela obiektu - każdorazowo była weryfikowana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

² Punktem kontaktowym ELDSNet w Polsce jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

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

Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością wody obejmował również nadzór nad laboratoriami wykonującymi badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi – zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w 2024 r., jak i w latach ubiegłych, musiały posiadać aktualne zatwierdzenie do badania jakości wody, dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zatwierdzanie systemu jakości prowadzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego w ramach bieżącego nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody.

Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w 2024 r. wynosiła 96 (68 powiatowych i 28 wojewódzkich).

9. Współpraca międzynarodowa – wizyta studyjna TAIEX³ Strony ukraińskiej w Polsce

W listopadzie 2024 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna wzięła udział w realizacji projektu związanego z przeszkoleniem Strony ukraińskiej w ramach wizyty studyjnej TAIEX w Polsce w obszarze: „ocena ryzyka pojawienia się i rozprzestrzeniania wśród ludności chorób niezakaźnych przenoszonych drogą wodną, w szczególności spowodowanych zanieczyszczeniem wody pitnej azotanami pochodzącymi ze źródeł rolniczych”. W ramach realizacji projektu pierwszego dnia w siedzibie Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie odbył się cykl prezentacji, przybliżających stronie ukraińskiej działania różnych instytucji w Polsce, w obszarze zagadnień związanych z zanieczyszczeniem wody przeznaczonej do spożycia azotanami pochodzącymi ze źródeł rolniczych. W wizycie studyjnej udział wzięli Wojciech Konieczny – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, a także dr n. med. Paweł Grzesiowski – Główny Inspektor Sanitarny oraz dr n. o zdr. Izabela Kucharska – Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego. W wydarzeniu, jako prelegenci, wzięli również udział przedstawiciele Ministerstwa Infrastruktury, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego oraz Politechniki Częstochowskiej – Wydziału Infrastruktury i Środowiska Katedry Inżynierii Środowiska i Biotechnologii.

W kolejnych dniach odbyły się wizyty odpowiednio w: Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku oraz w Lublinie. Podczas tych spotkań poruszono studium przypadku z przyznanego

³ TAIEX to instrument pomocy technicznej i wymiany informacji Komisji Europejskiej. TAIEX wspiera administracje publiczne w zakresie zbliżania, stosowania i egzekwowania prawodawstwa UE, a także ułatwia dzielenie się najlepszymi praktykami UE. Jest on w dużej mierze ukierunkowany na potrzeby i zapewnia odpowiednią wiedzę specjalistyczną dostosowaną do potrzeb w celu rozwiązania problemów w krótkim czasie (odbywa się to na trzy sposoby: warsztaty, misje eksperckie, wizyty studyjne).

I i II odstępstwa od maksymalnej dopuszczalnej wartości azotanów w wodzie przeznaczonej do spożycia. W ramach spotkań odbyły się również wizytacje stacji uzdatniania wody oraz spotkania z przedstawicielami zarządcy wodociągu w zakresie podejmowanych działań w związku z przekroczeniami azotanów w wodzie przeznaczonej do spożycia.

Rys. 7 Wizyta studyjna TAIEX strony ukraińskiej w Polsce - plakat

Wizyta studyjna TAIEX poświęcona zagrożeniom związanym z rozprzestrzenianiem się chorób niezakaźnych wśród populacji przenoszonych drogą wodną

Zorganizowane we współpracy z

Państwowa Służba Ukrainy ds. Bezpieczeństwa Żywności i Ochrony Konsumentów / Departament Bezpieczeństwa Zdrowotnego Człowieka w Środowisku Głównego Inspektoratu Sanitarnego

26 - 28 listopada 2024

Miejsce:
Główny Inspektorat Sanitarny (GIS),
Warszawa
WSSE Białystok
WSSE Lublin

Beneficjent:
Ukraina

TAIEX Case ID AGR IND/STUD 85397

TAIEX
MOVING FORWARD TOGETHER WITH EU EXPERTISE

10. Sytuacja powodziowa na terenie południowo-zachodniej Polski

W związku z wystąpieniem w okresie wrzesień – październik 2024 r. na terenie Polski sytuacji powodziowej, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły wzmożony nadzór sanitarny nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi poprzez zwiększenie ilości wykonywanych badań wody wodociągowej (wodociągi), które zostały dotknięte powodzią. W związku z zaistniałą sytuacją organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały, rozsyłały i publikowały bieżące komunikaty dot. jakości wody przeznaczonej do spożycia oraz współpracowały i pozostawały w stałym kontakcie z przedsiębiorstwami wodociągowo-kanalizacyjnymi oraz z innymi podmiotami biorącymi udział w działaniach związanych z powodzią.

Najistotniejszym problemem na obszarach objętych skutkami powodzi było stwierdzenie przekroczenia wymagań jakościowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w indywidualnych studniach stanowiących jedyne źródło zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia. Sytuacja ta wynikała zarówno z uwarunkowań terenowych, jak i z ograniczonej gotowości właścicieli nieruchomości, na których zlokalizowane są studnie, do podłączenia się do systemów zbiorowego zaopatrzenia w wodę. W związku z zaistniałą sytuacją należy dążyć do zapewnienia możliwie najszerszego dostępu ludności do wody wodociągowej oraz prowadzić działania informacyjno-edukacyjne w zakresie zagrożeń związanych ze spożywaniem wody niespełniającej wymagań jakościowych, jak również korzyści wynikających z przyłączenia się do sieci wodociągowej, tam gdzie jest to możliwe.





PŁYWALNIE

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem i nadzorem nad pływalniami w zakresie ich bezpieczeństwa zdrowotnego wody regulują krajowe akty prawne¹.

Za zapewnienie bezpieczeństwa kąpiących się osób odpowiedzialny jest podmiot prowadzący działalność w zakresie sportu lub rekreacji, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych. Zarządzający pływalnią² odpowiada za zapewnienie osobom korzystającym z pływalni bezpieczeństwa na terenie pływalni. W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wody, zarządzający zobowiązany jest realizować zadania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach. Dotyczy to w szczególności dokonywania oceny spełniania przez wodę wymagań określonych w przepisach wskazanego rozporządzenia i właściwego informowania osób korzystających z pływalni o jakości wody na pływalni.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody, a także warunkami sanitarno-higienicznymi na pływalniach. Realizując obowiązek zawarty w przepisach, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorują działania zarządzających pływalniami, w szczególności poprzez przeprowadzanie kontroli sanitarnych w obiekcie (w tym kontroli jakości wody), zgodnie z ustalonym planem działania na dany rok. Kontrola jakości wody jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Wszystkie pływalnie podlegają zarówno wewnętrznej kontroli jakości wody, prowadzonej przez zarządców obiektów, jak i kontroli urzędowej, prowadzonej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowanego nadzoru m.in.:

- ◆ przeprowadzają kontrole obiektów i wykonują badania jakości wody;
- ◆ dokonują zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalniach na podstawie wyników badań i pomiarów realizowanych przez zarządzającego pływalnią oraz wyników badań wykonanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- ◆ gromadzą i analizują dane jakości wody na pływalniach objętych nadzorem;
- ◆ prowadzą działania informacyjno-edukacyjne podczas kontroli pływalni;
- ◆ uzgadniają przedkładane przez zarządzających pływalniami harmonogramy badań jakości wody;
- ◆ prowadzą nadzór nad realizacją przez zarządzających pływalniami uzgodnionych harmonogramów badań jakości wody;
- ◆ zobowiązują zarządzających pływalniami do wdrożenia natychmiastowych działań naprawczych i wprowadzenia ograniczeń w korzystaniu z pływalni lub czasowego jej wyłączenia z użytku w przypadku stwierdzenia przekroczeń parametrów jakości wody i sprawdzają skuteczność

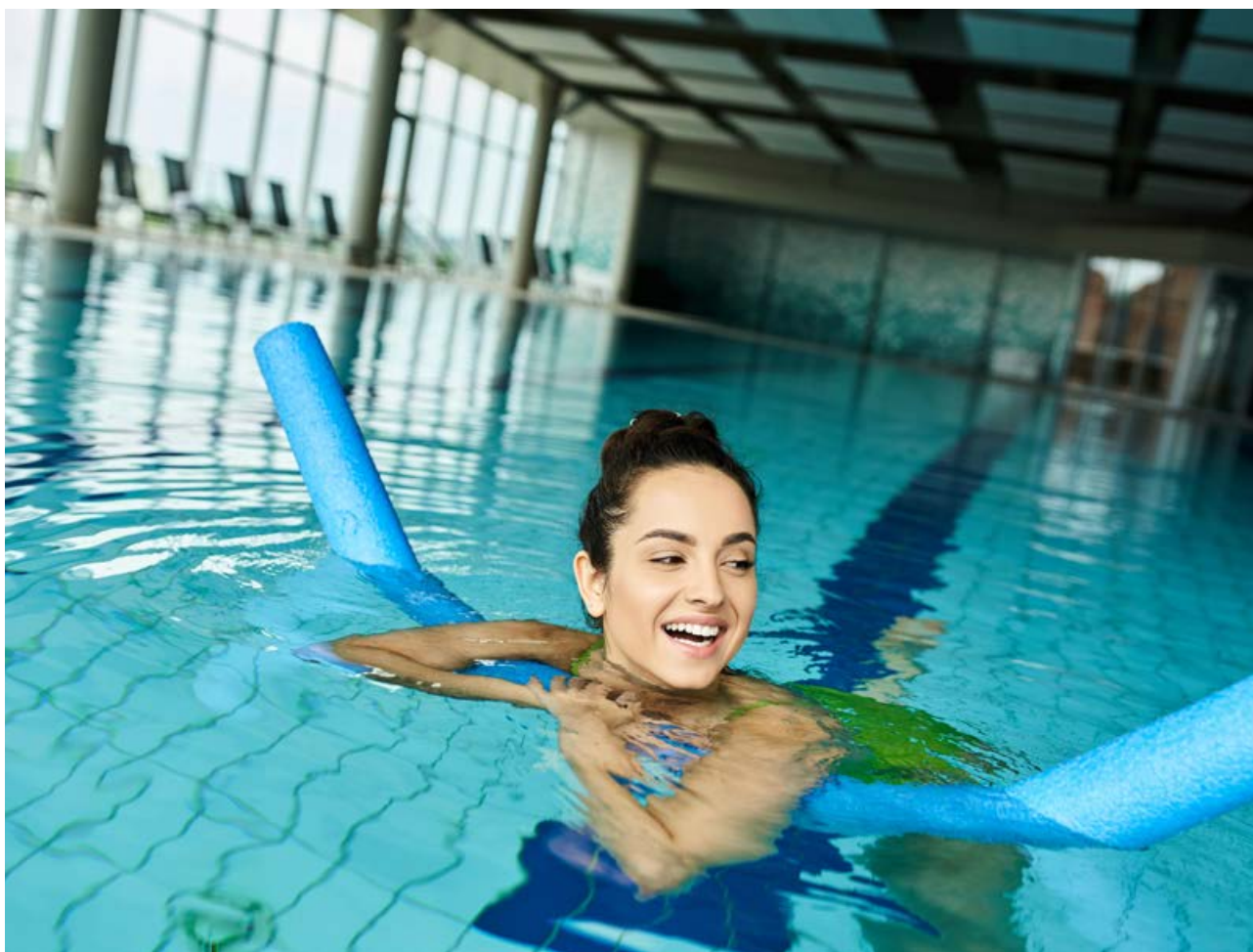
1 Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 416); Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 714); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz.U. z 2022 r. poz. 1230)

2 Pływalnia, zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, to obiekt kryty lub odkryty, z wodą przepływową, przeznaczony do pływania lub kąpiei, posiadający co najmniej jedną nieckę basenową, z trwałym brzegiem i dnem, wyposażony w urządzenia sanitarne, szatnie i natryski.

podejmowanych przez zarządzających działań poprzez analizę przedstawionych przez zarządzających wyników kontrolnych badań wody.

Z kolei zarządzający pływalniami wykonują badania jakości wody, zgodnie z harmonogramami ustalonymi z właściwymi terenowo państwowymi inspektorami sanitarnymi, uwzględniającymi zakres i częstotliwość badań wody. Zarządzający niezwłocznie powiadamiają właściwych państwowych inspektorów sanitarnych o stwierdzanych przypadkach przekroczeń parametrów jakości wody. W przypadku wystąpienia przekroczeń, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni zobowiązują zarządzających do podjęcia natychmiastowych działań naprawczych, a w przypadkach, gdy jakość wody stwarza zagrożenie dla zdrowia, wydają decyzje administracyjne nakazujące podjęcie działań w celu ochrony zdrowia korzystających z pływalni.

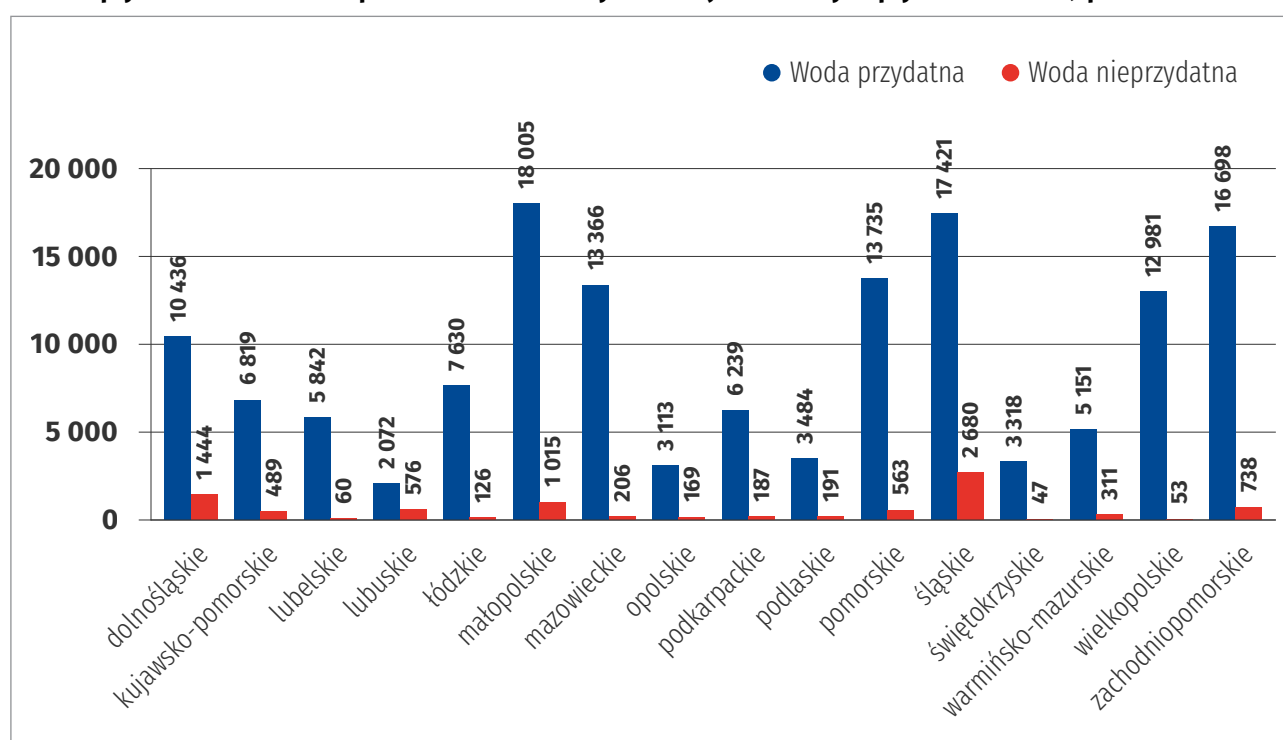
Na koniec 2024 r. w ewidencji pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1626 pływalni krytych (w tym 81 parków wodnych), 436 pływalni odkrytych oraz 139 pływalni mieszanych (kryto-odkrytych). Stan liczbowy pływalni w porównaniu do roku ubiegłego utrzymuje tendencję wzrostową, co świadczyć może o dużym zainteresowaniu tą formą rekreacji. W porównaniu do 2023 r. liczba pływalni krytych zwiększyła się o 23 obiekty (w tym 2 parki wodne), z kolei pływalni odkrytych zwiększyła się o 48 obiektów, a liczba pływalni mieszanych zwiększyła się o 16 obiektów.





Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2024 r. w ramach sprawowanego nadzoru nad jakością wody na pływalniach monitorowały realizację ustalonych harmonogramów badania wody na pływalniach. Na podstawie danych raportowanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne w 2024 r., organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru wykonały 13 019 badań jakości wody na pływalniach, a w ramach kontroli wewnętrznej zarządzający pływalniami wykonali 142 146 badań jakości wody na pływalniach. W sumie w ramach kontroli wewnętrznej i nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydano 146 310 ocen o przydatności wody do kąpiel, co stanowi 92,2% wszystkich wydanych ocen. Przypadki stwierdzenia nieprzydatności wody do kąpiel w 2024 r., podobnie jak w latach 2022-2023, utrzymywały się na poziomie poniżej 8% wszystkich wykonanych badań.

Wyk. 47 Liczba wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i zarządców pływalni ocen jakości wody na pływalniach w 2024 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)



Istotnym elementem sprawowanego nadzoru nad jakością wody na pływalniach jest dokonanie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni, która opracowywana jest na podstawie całorocznego nadzoru sanitarnego nad jakością wody na danym obiekcie. Roczna zbiorcza ocena służy przede wszystkim sprawdzeniu, czy woda na pływalni była bezpieczna dla użytkowników przez cały rok. Zbiorcza roczna ocena obrazuje wywiązywanie się przez zarządzających pływalniami z obowiązków wynikających z aktualnie obowiązujących przepisów prawnych. Wyniki zbiorczej rocznej oceny wody na pływalni stanowią ważne źródło informacji zarówno dla zarządzających pływalniami, jak i organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Analiza tych wyników pozwala ustalić:

- ◆ w jakim stopniu zarządzający pływalniami wypełniają obowiązki wynikające z przepisów krajowych,
- ◆ które elementy prowadzonego nadzoru nad jakością wody na pływalniach wymagają ewentualnej poprawy,
- ◆ w jakim kierunku powinno zmierzać ewentualne wzmocnienie działań nadzorczo-kontrolnych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

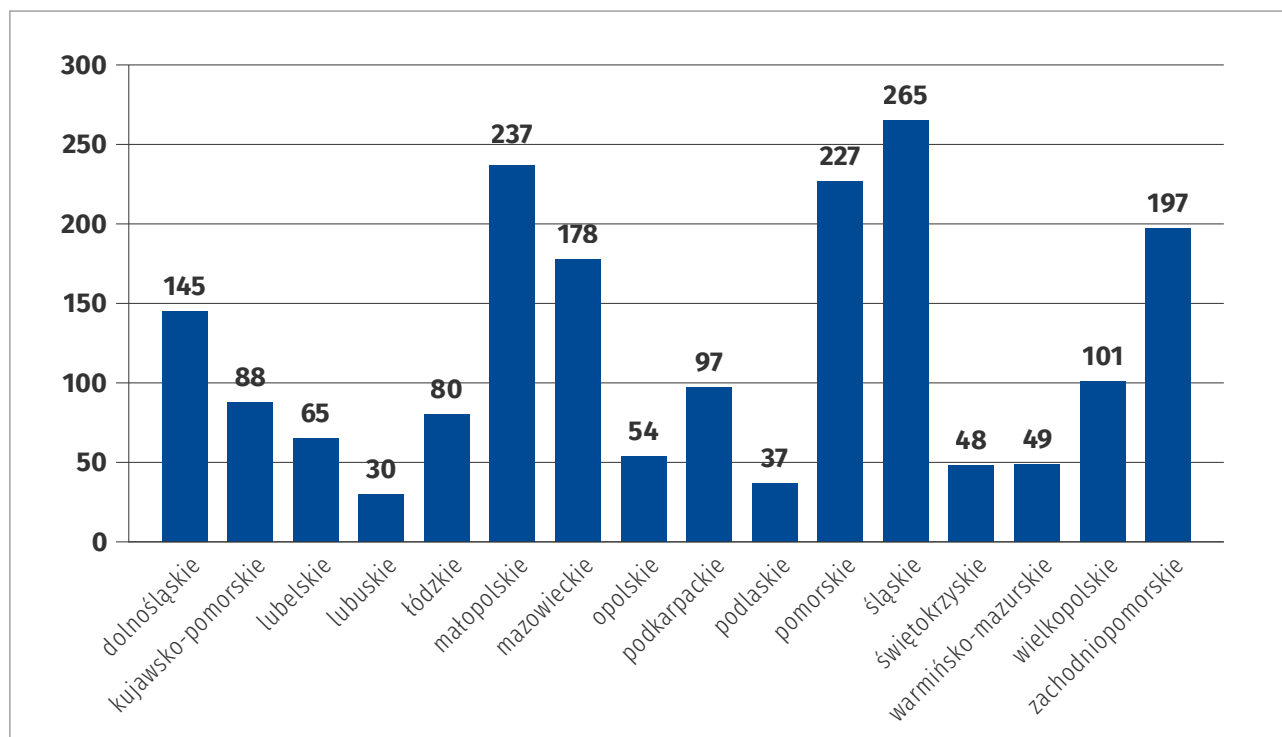
Zgodnie z przepisami krajowymi właściwy państwowy inspektor sanitarny dokonuje zbiorczej rocznej oceny, czy woda na pływalni odpowiada wymaganiom mikrobiologicznym i fizykochemicznym, poprzez analizę:

- ◆ 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 w roku kalendarzowym, którego dotyczy ocena.



Zgodnie z przepisami krajowymi zbiorcza roczna ocena za poprzedni rok kalendarzowy jest dokonywana do dnia 31 marca kolejnego roku.

Wyk. 48 Liczba pływalni, dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały zbiorczej rocznej oceny jakości wody za 2024 r. (opracowanie własne)



W 2024 r. w ramach dokonywania zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zweryfikowały badania wykonane przez zarządzającego pływalnią w zakresie wymaganych parametrów i częstotliwości ich badania. Zbiorcze roczne oceny wody na pływalniach wydawane były w oparciu o badania wykonane w ramach nadzoru przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz badania wykonane przez zarządzających pływalniami.

Przed dokonaniem zbiorczej rocznej oceny, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolowały obiekty, w tym pobrane zostały próbki wody. Z danych raportowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynika, że za 2024 r. łącznie dokonano 1898 zbiorczych ocen rocznych, w tym:

- ◆ 1857 ocen pozytywnych (tj. woda odpowiadała wymaganiom przepisów krajowych),
- ◆ 41 ocen negatywnych (tj. woda nie odpowiadała wymaganiom przepisów krajowych).

Tab. 19 Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen na pływalniach za 2024 r.

Wyszczególnienie		Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen	
		odpowiadających wymaganiom	nieodpowiadających wymaganiom
Pływalnie - ogółem		1 857	41
Pływalnie	kryte	1 453	23
	odkryte	279	16
	mieszane (kryto-odkryte)	125	2
w tym parki wodne		86	0

Dla zdecydowanej większości obiektów wydano ocenę pozytywną. **Oceny pozytywne w 2024 r. stanowiły 98% wszystkich wydanych ocen.** W porównaniu do 2023 r. odsetek ocen pozytywnych wzrósł o 1 punkt procentowy, a w porównaniu do 2022 r. o 2 punkty procentowe.

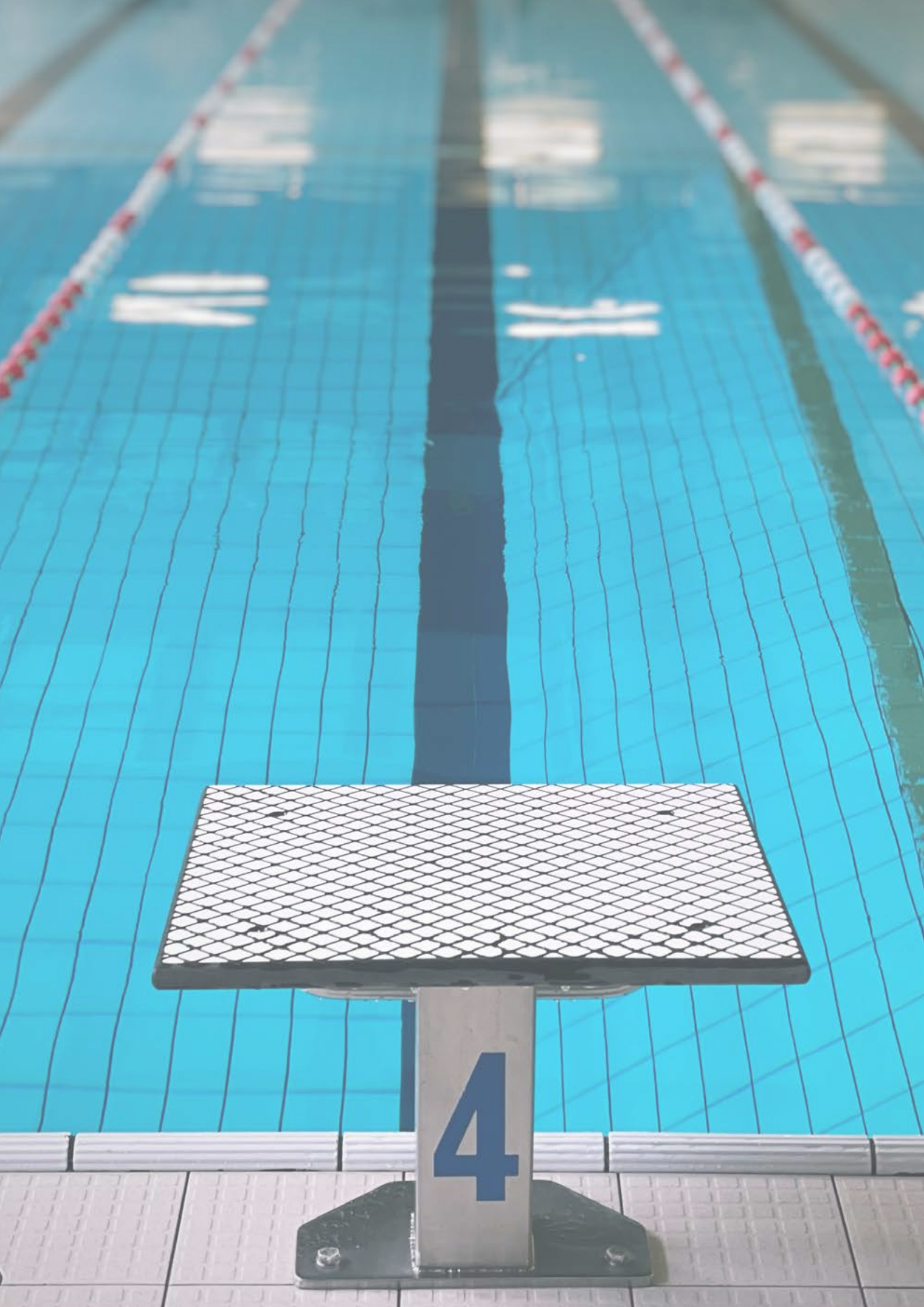
Ocenę negatywną wydano ze względu na:

- ◆ przekroczenie parametrów mikrobiologicznych i/lub fizykochemicznych;
- ◆ brak spełnienia kryterium częstotliwości badań;
- ◆ brak realizacji badań zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Z kolei wyniki dokonanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zbiorczych rocznych ocen jakości wody na pływalniach za 2024 r. w poszczególnych województwach kształtowały się następująco:

- ◆ w województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, podlaskim, świętokrzyskim nie wydano ocen negatywnych, wszystkie wydane oceny były pozytywne,
- ◆ w pozostałych województwach wydane oceny negatywne stanowiły niewielki procent.

Reasumując, w 2024 r. utrzymywała się na wysokim poziomie jakość usług świadczonych w obiektach basenowych, natomiast dobra współpraca podmiotów oraz szybka reakcja organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozwoliła na natychmiastowe eliminowanie zagrożeń zdrowotnych. Dzięki takiej współpracy gwarantującej zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wzrasta zaufanie użytkowników pływalni do podmiotów zarządzających pływalniami oraz niezależnych organów nadzorczych, czuwających nad ich bezpieczeństwem.





**KĄPIELISKA I MIEJSCA OKAZJONALNIE
WYKORZYSTYWANE DO KĄPIELI**

1. Wstęp

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem oraz nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 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.

Systematyczne monitorowanie, zarządzanie oraz nadzór nad jakością wody w kąpieliskach, poprzez m.in. podejmowanie działań mających na celu rozpoznawanie zagrożeń, poprawę jakości wody, wprowadzanie ograniczeń w kąpeli, skutkuje minimalizacją ryzyka dla kąpiących się. Zapewnienie wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach jest możliwe poprzez ocenę realnych zagrożeń, analizę wskaźników mikrobiologicznych oraz zarządzanie jakością wody w kąpieliskach przez: organizatora, wójta, burmistrza lub prezydenta miasta oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zgodnie z ustawą Prawo wodne sezon kąpielowy obejmuje okres między 1 czerwca a 30 września. W sezonie kąpielowym w 2024 r. średni czas funkcjonowania kąpieliska wynosił 68 dni, najdłuższy 121 dni, a najkrótszy 14 dni – terminy funkcjonowania kąpielisk są indywidualnie ustalane przez organizatora kąpieliska. Informacje o dacie otwarcia i zamknięcia każdego kąpieliska można znaleźć w internetowym Serwisie Kąpieliskowym prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W sezonie kąpielowym w 2024 r. na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony został wykaz wszystkich miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który był aktualizowany co dwa tygodnie w czasie trwania sezonu kąpielowego.

2. Nadzór nad jakością wody oraz stan sanitarny kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami i miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpeli należy ocena jakości wody, prowadzona zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli, poprzez analizę laboratoryjną występowania parametrów mikrobiologicznych: *Escherichia coli* i enterokoków oraz systematyczny nadzór wizualny wody w zakresie zakwitów sinic i obecności w wodzie zanieczyszczeń, takich jak: materiały smoliste, szkło, tworzywa sztuczne, guma lub inne odpady (w ilości niedającej się natychmiast usunąć).

¹ Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz.U. z 2024 r. poz. 1087 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 14 listopada 2019 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku (Dz. U. z 2022 r. poz. 2499).

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).

W 2024 r. pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 703 kąpieliska i 212 miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli. W porównaniu z rokiem ubiegłym w 2024 r. przybyło 20 kąpielisk i ubyło 27 miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli.

Tab. 20 Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2024

(opracowanie własne)

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Wody przybrzeżne i przejściowe	84	82	88	97	146	163	166	173	179	182	181
Wody śródlądowe	117	115	113	108	337	443	436	484	492	501	522
Razem	201	197	201	205	483	606	602	657	671	683	703

Najwięcej kąpielisk w 2024 r. znajdowało się na obszarze województwa zachodniopomorskiego (145) i pomorskiego (136). Najmniej kąpielisk w 2024 r. zlokalizowanych było w województwie podkarpackim (10). W sezonie kąpielowym 2024 r. utworzonych było 181 kąpielisk na wodach przybrzeżnych i przejściowych, które stanowią ok. 25% wszystkich kąpielisk. Największa liczba kąpielisk śródlądowych w 2024 r. zlokalizowana była w województwie wielkopolskim – 98.

Tab. 21 Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj kąpieliska

(opracowanie własne)

Województwo	Kąpieliska		
	ogółem	śródlądowe	morskie
dolnośląskie	19	19	-
kujawsko-pomorskie	40	40	-
lubelskie	35	35	-
lubuskie	28	28	-
łódzkie	25	25	-
małopolskie	17	17	-
mazowieckie	33	33	-
opolskie	14	14	-
podkarpackie	10	10	-
podlaskie	15	15	-
pomorskie	136	59	77
śląskie	25	25	-
świętokrzyskie	16	16	-
warminsko-mazurskie	47	47	-
wielkopolskie	98	98	-
zachodniopomorskie	145	41	104
POLSKA	703	522	181

Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii funkcjonujących w sezonie kąpielowym w 2024 r. z podziałem na województwa przedstawiono w tabeli nr 22.

Tab. 22 Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii w poszczególnych województwach (opracowanie własne)

Województwo	Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii
dolnośląskie	4
kujawsko-pomorskie	18
lubelskie	5
lubuskie	12
łódzkie	3
małopolskie	2
mazowieckie	14
opolskie	2
podkarpackie	11
podlaskie	11
pomorskie	43
śląskie	4
świętokrzyskie	11
warmińsko-mazurskie	40
wielkopolskie	13
zachodniopomorskie	19
POLSKA	212

W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały w sumie 3 684 ocen o jakości wody w kąpieliskach, w tym:

- ◆ 3 306 ocen o przydatności wody do kąpielii dla 703 kąpielisk;
- ◆ 378 ocen o tymczasowym zakazie kąpielii dla 169 kąpielisk – głównie ze względu na wystąpienie zakwitów sinic lub przekroczenia parametrów mikrobiologicznych.

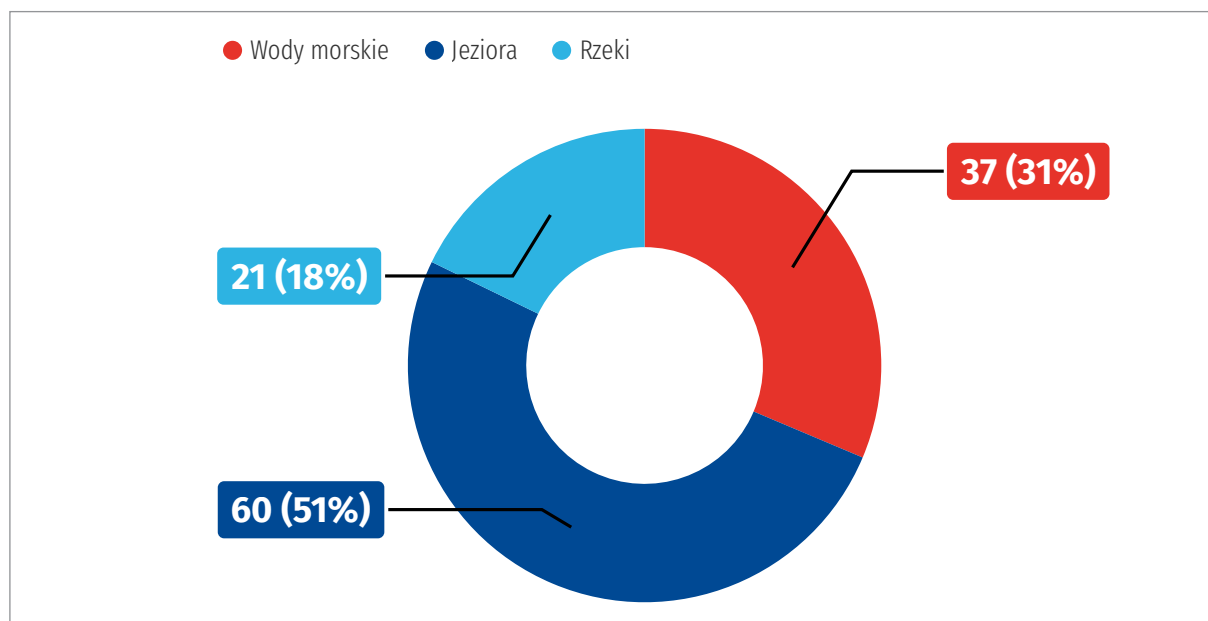
W sezonie kąpielowym w 2024 r. wydano 227 ocen o zakazie kąpielii z uwagi na zakwit sinic. Czynnikiem sprzyjającym zakwitowi sinic jest m.in. obecność znacznych ilości azotu i fosforu, wysoka temperatura, bezwietrzna aura i brak intensywnego mieszania wody.

W każdym przypadku okresowych zanieczyszczeń mikrobiologicznych, nadmiernego zakwitów sinic lub innych przekroczeń, organizatorzy kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowali natychmiastowe środki zarządzania w odniesieniu do bezpieczeństwa osób kąpiących się oraz wód, na których zostały zlokalizowane. Polegały one na



Tab. 23 Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2024 r. (opracowanie własne)

			Liczba ocen bieżących	Liczba kąpielisk, dla których wydana została ocena bieżąca
Wszystkich			3 684	703
Woda przydatna do kąpiel			3306	703
Tymczasowy zakaz kąpiel	wszystkie		378	169
	ze względu na parametry:	mikrobiologiczne	82	53
		mikrobiologiczne i inne wymagania	9	6
		inne wymagania	287	121
		w tym zakwit sinic	227	112

Wyk. 49 Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym 2024 r., w których stwierdzono nadmierny zakwit sinic, z podziałem na kategorie wody (opracowanie własne)

określeniu i ocenie przyczyn zanieczyszczenia, skutecznym informowaniu osób kąpiących się (w tym zamieszczaniu stosownych informacji na internetowym Serwisie Kąpieliskowym³), podejmowaniu czynności mających na celu zapobieganie narażeniu osób kąpiących się na działanie zanieczyszczeń oraz obniżeniu ryzyka zanieczyszczenia.

Główny Inspektor Sanitarny, zgodnie z ustawą Prawo wodne, sporządził w terminie do dnia 31.12.2024 r., sprawozdanie o jakości wody w kąpieliskach w Polsce wraz z informacją o podjętych środkach zarządzania

³ <https://sk.gis.gov.pl/>

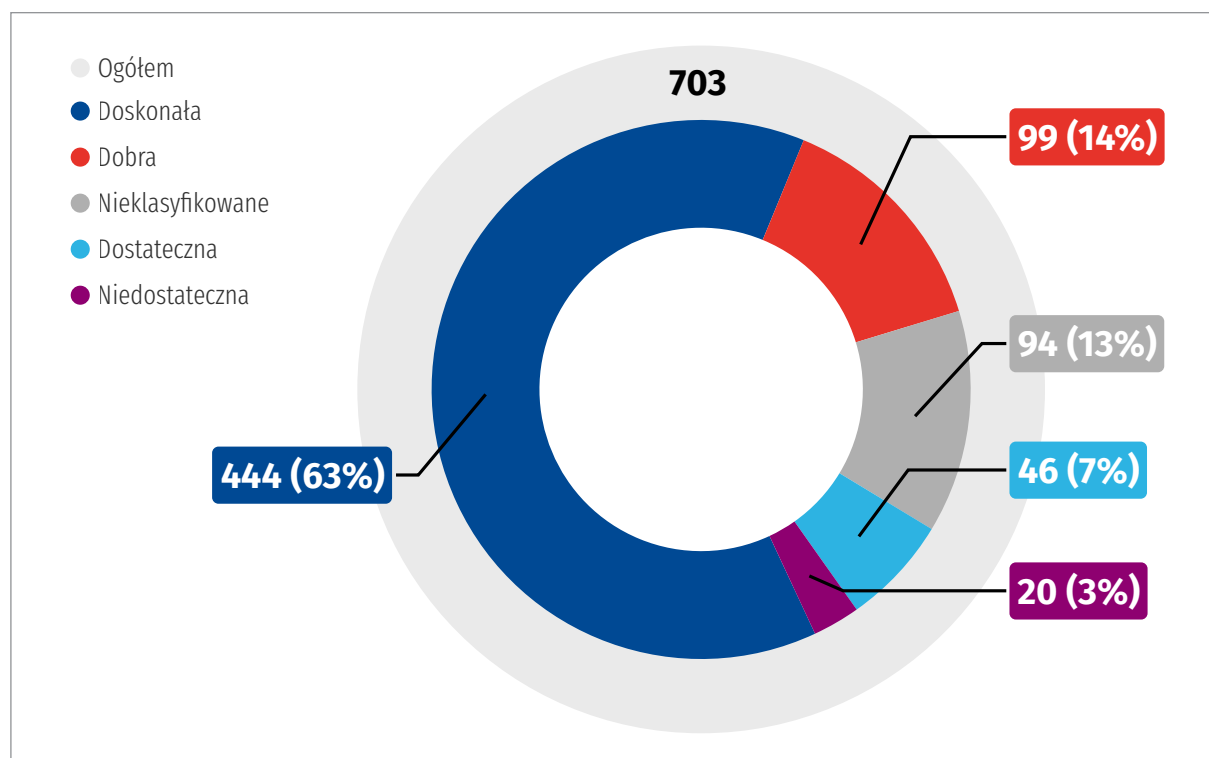
oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej, które przekazał Komisji Europejskiej. Na podstawie danych krajowych za 2024 r. Europejska Agencja Środowiska publikuje coroczny raport o jakości wody w kąpieliskach w Unii Europejskiej⁴.

3. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej po zakończeniu sezonu kąpielowego w 2024 r. przeprowadziły klasyfikację jakości wody dla kąpielisk. Klasyfikacja kąpieliska jest dokonywana zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli. Klasyfikacja w kąpielisku przeprowadzana jest na podstawie zestawu danych o jakości wody w kąpielisku, opracowanego w odniesieniu do danego sezonu kąpielowego oraz trzech poprzedzających sezonów kąpielowych. Zgodnie z wymaganiami Komisji Europejskiej klasyfikacja wody w kąpielisku, o której mowa w ustawie Prawo wodne, została sporządzona po uzyskaniu pełnego zestawu danych o jakości wody na podstawie wyników badań parametrów: *Escherichia coli* i enterokoki. W sezonie kąpielowym w 2024 r. klasyfikacja mogła zostać wykonana dla 609 kąpielisk – z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody, niezbędnych do przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody, 94 kąpielisk nie zostało sklasyfikowanych z uwagi na to, że były nowymi kąpieliskami i nie posiadały pełnego zestawu danych.

Wyk. 50 Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2024 r.

(opracowanie własne)



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



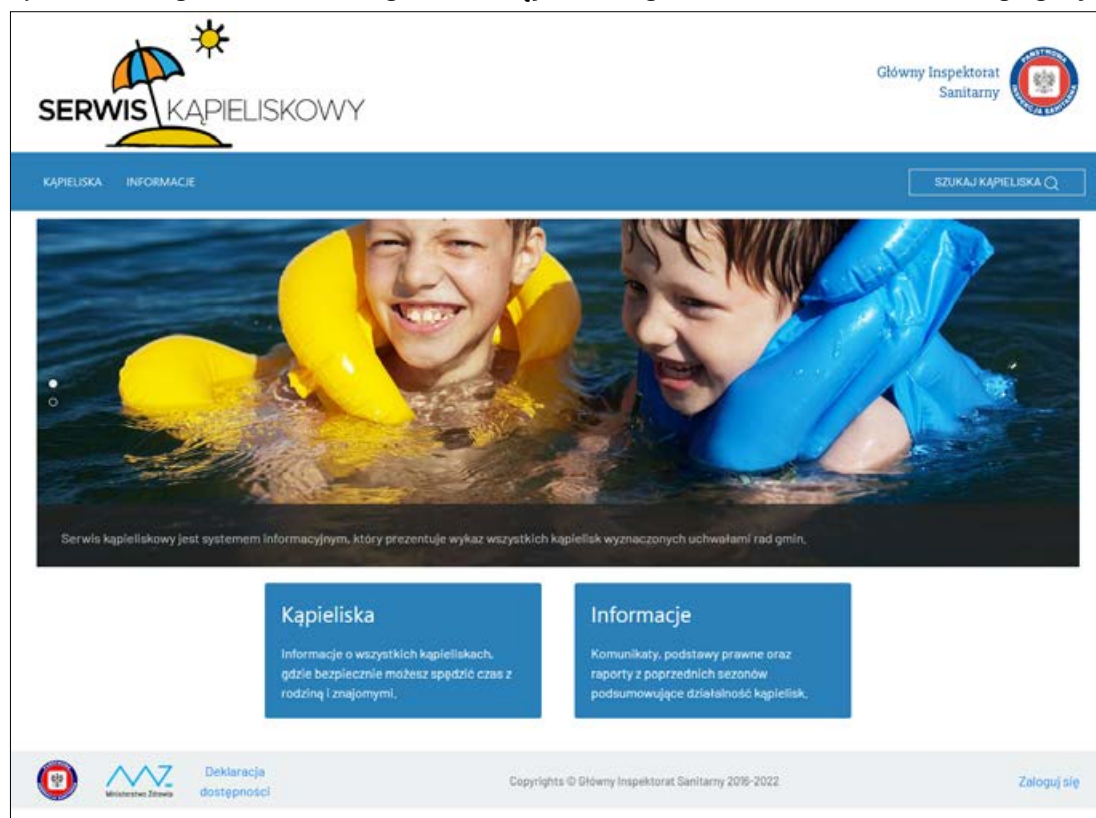
4. Serwis Kąpieliskowy

Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są obowiązane do prowadzenia Serwisu Kąpieliskowego, który dostępny jest na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem <http://sk.gis.gov.pl/>.

Celem Serwisu Kąpieliskowego jest przede wszystkim natychmiastowe przekazywanie i rozpowszechnianie informacji o jakości wody w kąpieliskach podczas letniego wypoczynku w czasie trwania sezonu kąpielowego, tj. od 1 czerwca do 30 września, tak aby minimalizować ryzyko zdrowotne osób kąpiących się. Na podstawie sprawozdania z badania jakości wody prowadzonego dla każdego kąpieliska, właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny dokonuje bieżącej oceny jakości wody w celu określenia jej przydatności do kąpeli.

Rys. 8 Strona główna internetowego Serwisu Kąpieliskowego

(źródło: sk.gis.gov.pl)

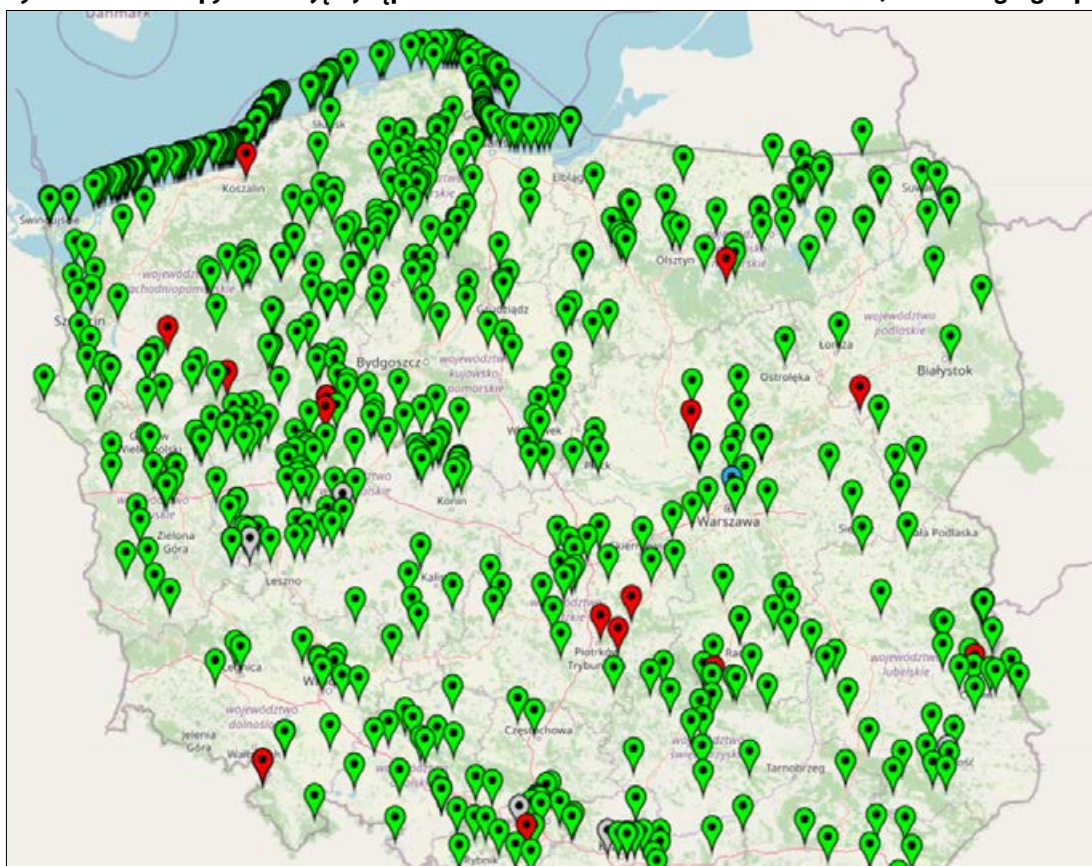


Bieżące informacje o jakości wody w kąpieliskach zamieszczane były również na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego (sk.gis.gov.pl), wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz na stronach internetowych państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

Internetowy Serwis Kąpieliskowy zawierał informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności: wykaz kąpielisk i bieżącą ocenę jakości wody w kąpielisku; informacje o zakazie kąpeli wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informacje o innych zaleceniach dotyczących jakości wody; ogólny opis wody

Rys. 9 Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce

(źródło: sk.gis.gov.pl)

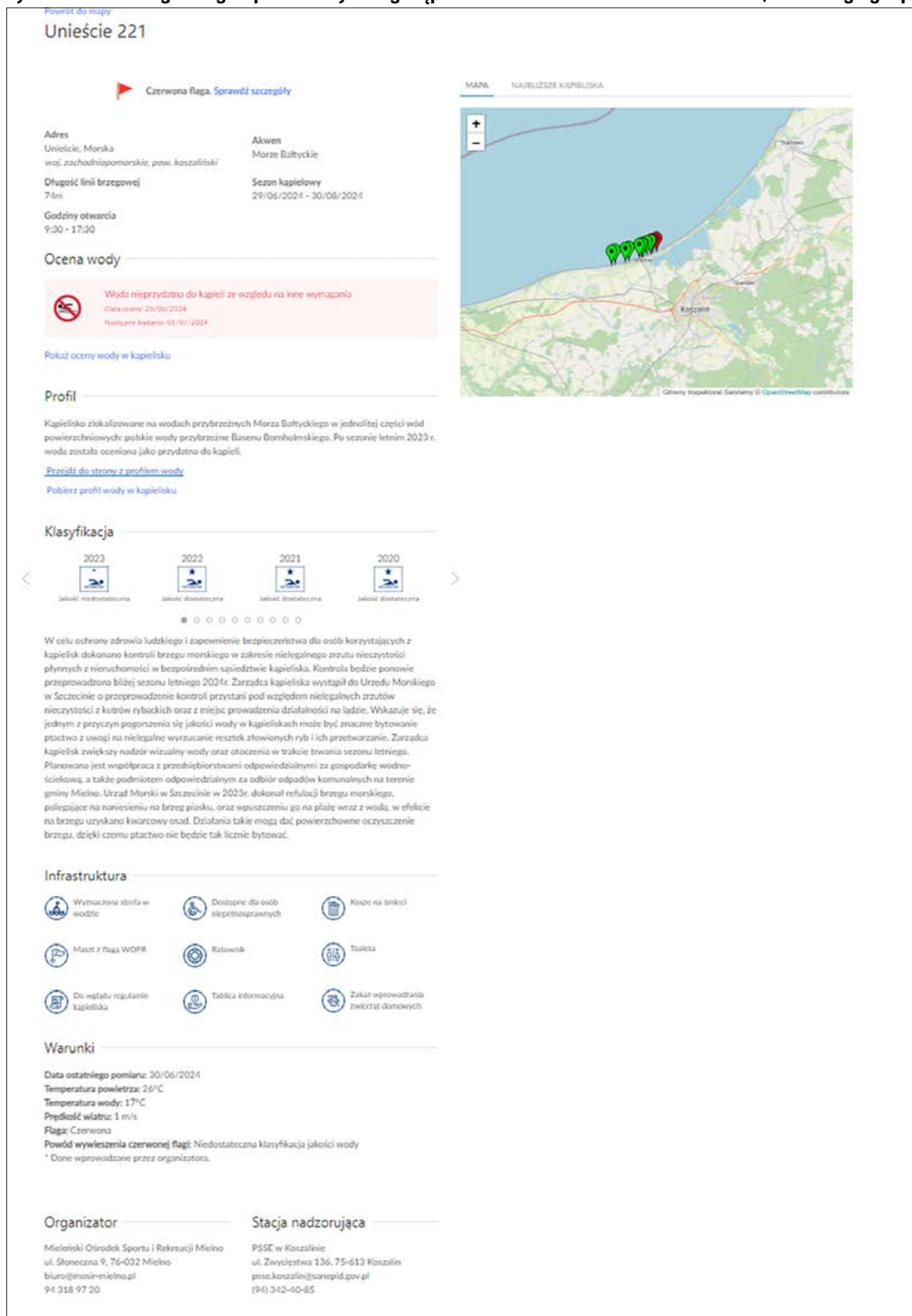


w kąpielisku, sporządzony w oparciu o profil wody w kąpielisku, przedstawiony w języku nietechnicznym; informacje o krótkotrwałych zanieczyszczeniach i o rodzaju oraz spodziewanym czasie trwania sytuacji wyjątkowej, której występowania nie przewiduje się przeciętnie częściej niż raz na cztery lata (jeśli takie przypadki mają miejsce).

Rys. 10 Widok wykazu kąpielisk

(źródło: sk.gis.gov.pl)

Sopot-32A-33					
	Akwien Morze Bałtyckie	Adres Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	Sezon kąpielowy 1/07/2024 - 31/08/2024	Godziny otwarcia -	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 27/06/2024
					Klasyfikacja 2023 - Jakość dobra
Sopot-K22					
	Akwien Morze Bałtyckie	Adres Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	Sezon kąpielowy 1/07/2024 - 31/08/2024	Godziny otwarcia -	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 27/06/2024
					Klasyfikacja 2023 - Jakość dobra
Sopot - 13-17					
	Akwien Morze Bałtyckie	Adres Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	Sezon kąpielowy 1/07/2024 - 31/08/2024	Godziny otwarcia -	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 27/06/2024
					Klasyfikacja 2023 - Jakość doskonała
Sopot Park Północny					
	Akwien Morze Bałtyckie	Adres Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	Sezon kąpielowy 1/07/2024 - 31/08/2024	Godziny otwarcia -	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 27/06/2024
					Klasyfikacja 2023 - Jakość doskonała
Kąpielisko nr 2 - "Na Cyplu"					
	Akwien Morze Bałtyckie	Adres Hel powiat pucki, woj. pomorskie	Sezon kąpielowy 1/07/2024 - 31/08/2024	Godziny otwarcia -	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 26/06/2024
					Klasyfikacja 2023 - Jakość doskonała



Internetowy Serwis Kąpieliskowy zawiera również informacje dotyczące infrastruktury, takie jak dostępne udogodnienia i obowiązujące zakazy na terenie kąpieliska, sposoby jego zagospodarowania, a także dane o przyznaniu wyróżnienia Błękitna Flaga.

Rys. 12 Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska

(źródło: sk.gis.gov.pl)



W 2024 roku z internetowego Serwisu Kąpieliskowego skorzystało 784 456 aktywnych użytkowników. Największą aktywność odnotowano 21 lipca 2024 r.

W Serwisie Kąpieliskowym publikowane są m.in. raporty podsumowujące sezony kąpielowe z lat 2010–2023 oraz kompendia wiedzy, skierowane zarówno do społeczeństwa, jak i pracowników ochrony zdrowia – m.in. na temat wibriozy. Dużym zainteresowaniem cieszy się także materiał informacyjny pt. Przyczyny występowania i zagrożenia wynikające z obecności potencjalnie toksycznych cyjanobakterii (sinic) w wodzie.

5. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

Główny Inspektorat Sanitarny, po sporządzeniu raportu dotyczącego jakości wody w kąpieliskach za rok 2024, przekazał Państwowemu Gospodarstwu Wodnemu Wody Polskie oraz Głównemu Inspektorowi Ochrony Środowiska zestawienie kąpielisk, w których odnotowano pogorszenie klasyfikacji jakości wody, wraz z prośbą o podjęcie działań na rzecz poprawy stanu ochrony wód powierzchniowych przed zanieczyszczeniami.

Ponadto Główny Inspektor Sanitarny zwrócił się do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z zaleceniem dalszego prowadzenia na nadzorowanym terenie działań edukacyjnych i promocyjnych, skierowanych do zarządców kąpielisk oraz przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego. Działania te mają na celu utrzymanie istniejących i funkcjonujących kąpielisk również w kolejnych sezonach kąpielowych.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w trakcie podejmowanych działań edukacyjnych, podkreślają znaczenie utrzymywania kąpielisk oraz ich corocznego wyznaczania. Regularne uchwalanie tych samych kąpielisk jest istotne, ponieważ obiekt funkcjonujący jako kąpielisko pozostaje w świadomości społecznej jako miejsce stałe i corocznie dostępne. W konsekwencji bywa odwiedzany niezależnie od tego, czy formalnie posiada status kąpieliska.





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. 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.

2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Aby osiągać cele zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej weryfikują, czy oceniane zagadnienia spełniają wymagania higieniczne i zdrowotne. W szczególności podejmują następujące działania:

- ◆ 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.

Działania podejmowane w ramach sprawowanego zapobiegawczego nadzoru sanitarnego uwzględniały konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu. 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 2024 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna zajęła ogółem 175 031 stanowisk, w tym 1000 negatywnych, co stanowi 0,6%. (w 2023 r. 119 131 stanowisk, w tym 1077 negatywnych, co stanowiło 0,9%).

W ramach powyższych działań dokonano: 33 690 uzgodnień dokumentacji projektowej inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2023 r. 36 237 uzgodnień), w tym przez:

- ◆ organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – 4 812 uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2023 r. – 5 259 uzgodnień),
- ◆ rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych – 28 878 uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2023 r. – 30 978 uzgodnień).

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

- ◆ 8 712 uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2023 r. – 10 676),
- ◆ 2 962 opinie dotyczące projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko (w 2023 r. – 5 089),
- ◆ 14 886 opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (w 2023 r. – 16 002),
- ◆ 3 901 stanowisk dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym w zakresie warunków technicznych (w 2023 r. – 3 370),
- ◆ 17 830 stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego (w 2023 r. – 18 691),
- ◆ 209 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowywanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2023 r. – 11),
- ◆ 364 opinie do projektów gminnych programów rewitalizacji i planów remediacji oraz warunków przeprowadzania działań naprawczych w środowisku (w 2023 r. – 257),
- ◆ 92 477 innych spraw (w 2023 r. – 28 798).



W związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 18 027 kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów (w 2023 r. – 19 545).

Uzgadnianie 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 dokumentację projektową 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 2024 r. nadał 7 osobom uprawnienia rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych (w 2023 r. – 5 osobom, w 2022 r. – 1 osobie, w 2021 r. – 7 osobom, w 2020 r. – 7 osobom, w 2019 r. – 7 osobom, w 2018 r. – 11 osobom, w 2017 r. – 7 osobom).

W roku sprawozdawczym na terenie całego kraju zarejestrowanych było 335 rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, w tym 268 dokonało uzgodnienia dokumentacji projektowej.

3. Podsumowanie

W związku ze znaczącymi zmianami w systemie planowania przestrzennego w Polsce, które miały miejsce w 2023 r., nastąpił nieporównywalnie większy w stosunku do minionych lat wzrost wpływających wniosków do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze zapobiegawczego nadzoru sanitarnego. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1688) na organy Państwowej inspekcji Sanitarnej zostały nałożone nowe zadania polegające na uzgadnianiu lokalizacji inwestycji celu



publicznego, opiniowaniu planów ogólnych (dawniej studiów uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy) czy opiniowaniu zintegrowanych planów inwestycyjnych.

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.

W związku z nowelizacją przepisów dot. systemu planowania przestrzennego, w roku 2024 nastąpił znaczący wzrost – o ok. 47% zajmowanych stanowisk, w porównaniu z rokiem 2023. Przełożyło się to m.in. do wydania ponad 30 tys. postanowień więcej niż w 2023 r., co przyczyniło się do szerszego nadzoru zapobiegawczego poprzez weryfikację wymagań higienicznych i zdrowotnych podczas uzgadniania wniosków.

Zapobiegawczy nadzór sanitarny odgrywał niezwykle istotną rolę w procesie tworzenia przepisów prawa, zwłaszcza w kontekście ochrony zdrowia publicznego. Jego rola polegała przede wszystkim na przeciwdziałaniu zagrożeniom dla zdrowia ludzkiego, zanim jeszcze one wystąpią. W ramach procesu legislacyjnego Państwowa Inspekcja Sanitarna analizowała wpływ na planowanie przestrzenne i przyszłe inwestycje m.in. projektu ustawy o szczególnych zasadach przygotowania i realizacji strategicznych oraz kluczowych inwestycji w zakresie potrzeb obronności państwa i bezpieczeństwa publicznego oraz ustanawiania stref ochronnych dla niektórych terenów zamkniętych przygotowanego przez Ministra Obrony Narodowej.

W roku 2024 nastąpiła nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych (Dz. U. poz. 1792), która miała na celu zwiększenie liczby osób, które będą mogły ubiegać się o dopuszczenie do egzaminu na rzeczoznawcę do spraw sanitarnohigienicznych, a tym samym nadanie uprawnień rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych.



**STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI
PUBLICZNEJ ORAZ ŚRODKÓW ZBIOROWEGO
TRANSPORTU PUBLICZNEGO**

1. Zadania pionu Higieny Komunalnej

- ◆ bieżący nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi w obiektach użyteczności publicznej oraz w środkach zbiorowego transportu publicznego,
- ◆ działania edukacyjno-informacyjne w zależności od specyfiki obiektów i zakresu świadczonych usług,
- ◆ działania kontrolno-nadzorcze,
- ◆ egzekwowanie odpowiednich procedur postępowania w różnych obszarach, będących elementem zapobiegania i profilaktyki zakażeń.

2. Kontrola i nadzór

Po nadzorem pionu Higieny Komunalnej znajduje się bardzo duża liczba obiektów o różnorodnym i szerokim stopniu zróżnicowania i potencjalnego wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne ludzi.

W 2024 r. skontrolowano ogółem 64 098 obiektów użyteczności publicznej, co stanowiło 38,94% spośród 164 627 ujętych w ewidencji, m.in.:

- ◆ domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i schroniska dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 2 310 spośród 3 494 ujętych w ewidencji, co stanowiło 66,11%,
- ◆ domy przedpogrzebowe – skontrolowano 639 spośród 1 440, co stanowiło 44,37%,
- ◆ cmentarze – skontrolowano 2 398 spośród 9 218, co stanowiło 26,01%,
- ◆ salony fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz inne zakłady, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z ww. usług – skontrolowano 33 295 spośród 75 212 ujętych w ewidencji, co stanowiło 44,27%,
- ◆ obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 7 922 spośród 23 710 ujętych w ewidencji, co stanowiło 33,41%,
- ◆ ustępy – skontrolowano 1 406 ustępów publicznych i 839 ustępów ogólnodostępnych w obiektach użyteczności publicznej spośród 3 926 ujętych w ewidencji, co stanowiło 57,18%,
- ◆ dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze i morskie, przystanie żeglugi morskiej i śródlądowej, stacje metra, przystanie jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych – skontrolowano 633 spośród 1 459 ujętych w ewidencji, co stanowiło 43,39%,
- ◆ przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 46 spośród 49 ujętych w ewidencji, co stanowiło 93,88%,
- ◆ inne obiekty i urządzenia użyteczności publicznej, m.in. apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze – skontrolowano 8 785 spośród 30 959, co stanowiło 28,38%.

2.1. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i schroniska dla bezdomnych, inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej

W 2024 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 3 494 ww. obiektów, z czego skontrolowano 2 310. W porównaniu z 2023 r. odsetek skontrolowanych obiektów pozostał na tym samym poziomie.

Kontroli podlegał m.in. stan higieniczno-sanitarny oraz techniczny, postępowanie z odpadami (w tym medycznymi), postępowanie z bielizną, przestrzeganie zakazu palenia tytoniu.

Stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ 64 przypadki niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym (co stanowiło 2,77%),
- ◆ 19 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem higieniczno-sanitarnym (0,82%),
- ◆ 61 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem technicznym (2,64%).

Wśród kontrolowanych obiektów pomocy społecznej znalazły się obiekty o różnych profilach działalności i różnych uwarunkowaniach:

- ◆ placówki zapewniające całodobową opiekę z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,
- ◆ inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej stanowiące placówki w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, takie jak: strzeżone ośrodki i areszty dla cudzoziemców,
- ◆ noclegownie i schroniska dla osób bezdomnych wraz z pomieszczeniami pomocniczymi niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania i udzielania pomocy.

2.2. Domy przedpogrzebowe / zakłady pogrzebowe

Spośród 1 440 obiektów zewidencjonowanych w 2024 r. skontrolowano 639. W 2023 r. spośród 1 429 skontrolowano 740 obiektów. W 10 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny (1,56%), w 4 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny (0,63%) i w 17 przypadkach – niezadawalający stan techniczny (2,66%).

Ocenie podlegały m.in. warunki przechowywania zwłok i szczątków ludzkich, przygotowywania zwłok lub szczątków ludzkich do pochówku, utrzymania czystości, m.in. dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji.

2.3. Cmentarze

Spośród 9 218 obiektów według ewidencji na 31 grudnia 2024 r., skontrolowano 2 398 (co stanowi 26,01%). W 6 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny (0,25%), w 4 (0,17%)



– niezadowolający stan higieniczno-sanitarny i w 36 przypadkach – niezadowolający stan techniczny (1,50%). W porównaniu z rokiem 2023 r. (spośród 9 209 obiektów według ewidencji skontrolowano 3 084) odsetek skontrolowanych cmentarzy zmniejszył się o 7,48%.

Ocenie poddawano stan sanitarny cmentarzy, w tym m.in. w zakresie: postępowania z odpadami (stan porządkowy i techniczny kontenerów/pojemników do gromadzenia odpadów), zapewnienia ogrodzenia terenu cmentarza. Weryfikowano źródło zaopatrzenia w wodę do celów użytkowych (wodociąg sieciowy/źródło własne) oraz warunki przeprowadzania ekshumacji.

2.4. Salony/gabinety fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – „beauty”

Wymagania dla przedsiębiorców świadczących usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej regulują między innymi przepisy:

- ◆ ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹,
- ◆ rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy²,
- ◆ rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie³.

Obiekty branży beauty nie podlegają obligatoryjnemu zgłoszeniu do sanepidu, niemniej w przypadku rozpoczęcia takiej działalności istnieje możliwość uzyskania opinii państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego ze względu na lokalizację usług na podstawie art. 3 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁴. Sporadycznie stanowisko organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest wymagane przepisami ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawa budowlanego⁵ w przypadku konieczności uzyskania pozwolenia na użytkowanie obiektu budowlanego (art. 56) celem świadczenia tego rodzaju usług.

Z uwagi na inwazyjność niektórych ze świadczonych usług beauty, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, ocenie podlegają procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi, wynikające z przepisów art. 16 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Procedury obejmują sposób postępowania przy wykonywaniu czynności, w trakcie których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, zasady stosowania sprzętu poddawanego sterylizacji, sposoby przeprowadzania dezynfekcji skóry i błon śluzowych oraz dekontaminacji pomieszczeń i urządzeń. Państwowy powiatowy inspektor sanitarny na wniosek zainteresowanych opiniuje te procedury.

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 924

² Dz. U. z 2003 r. Nr 169 poz. 1650, z późn. zm.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 1225

⁴ Dz.U. z 2024 r. poz. 416

⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 418

W 2024 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się:

- ◆ 33 151 zakładów fryzjerskich,
- ◆ 27 498 zakładów kosmetycznych,
- ◆ 1 665 zakładów tatuażu,
- ◆ 5 502 zakłady odnowy biologicznej,
- ◆ 7 396 innych zakładów, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z ww. usług.

W porównaniu z rokiem 2023, liczba podmiotów oferujących ww. usługi zwiększyła się o 3 127. Odsetek obiektów skontrolowanych w porównaniu z rokiem poprzednim zwiększył się o 1,03%. Odsetek obiektów z uchybieniami pozostawał na zbliżonym poziomie.

Tab. 24 Kontrole zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu, odnowy biologicznej w 2024 r.

Wyszczególnienie	Liczba obiektów				
	według ewidencji na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Zakłady fryzjerskie	33 151	12 622	61	238	59
Zakłady kosmetyczne	27 498	14 213	84	309	61
Zakłady tatuażu	1665	1061	9	30	2
Zakłady odnowy biologicznej	5502	2164	25	21	32
Inne zakłady, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z usług fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej, tatuażu	7396	3235	24	67	19
Ogółem	75 212	33 295 (44,27%)	203 (0,61%)	665 (2%)	173 (0,52%)

2.5. Usługi solaryjne

Mając na względzie ochronę zdrowia ludzi przed szkodliwym działaniem sztucznego promieniowania ultrafioletowego (UV) emitowanego przez urządzenia wykorzystywane do naświetlania skóry, wywołujące efekt opalenizny, w ramach nadzoru bieżącego skontrolowano obiekty świadczące usługi solaryjne.

Realizując zadania ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium⁶, kontrole warunków świadczenia usług w zakresie udostępniania solarium obejmowały:

- ◆ zakaz promocji i reklamy usług w zakresie udostępniania solarium,
- ◆ zakaz udostępniania solarium osobom poniżej 18. roku życia,
- ◆ prawidłowe oznakowanie dotyczące zakazu korzystania z solarium przez osoby niepełnoletnie oraz umieszczenie informacji o negatywnych skutkach i ryzyku korzystania z solarium⁷.

Z danych za lata 2020-2024 wynika, że spada liczba podmiotów oferujących usługi solaryjne, co świadczyłoby o mniejszym zainteresowaniu tego typu usługami.

Tab. 25 Statystyka kontroli solarium w latach 2020-2024

Dane za rok	Liczba kontroli (w tym sprawdzających)	Liczba obiektów skontrolowanych	Liczba zaleceń	Liczba wydanych decyzji płatniczych	Ogólna kwota mandatów (PLN)
2020	990	985	4	2	2 000
2021	1 269	1 234	3	7	8 000
2022	1 756	1 729	5	5	16 000
2023	1 836	1 830	7	9	12 000
2024	15 633	1 532	5	3	4 500

⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 2111

⁷ o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie umieszczania informacji o zakazie udostępniania solarium osobom, które nie ukończyły 18 roku życia (Dz. U. z 2018 r. poz. 275)



2.6. Obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie i turystyczne – hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe i inne

W 2024 r. skontrolowano 7 922 obiektów hotelarskich spośród zewidencjonowanych 23 710 obiektów tego typu. W roku 2023 wykonano 8 597 kontroli obiektów hotelarskich. W 206 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym (co stanowiło 2,60%), w 125 przypadkach – niezadowalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnym (1,58%) oraz w 153 – niezadowalający stan sanitarny pod względem technicznym (1,93%).

W ramach nadzoru bieżącego nad obiektami użyteczności publicznej, w których świadczone są usługi hotelarskie i turystyczne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolują:

- ◆ jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
- ◆ zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- ◆ postępowanie ze ściekami i odpadami,
- ◆ procedury utrzymania czystości, postępowanie z brudną i czystą bielizną, zaopatrzenie w środki czystości i dezynfekcyjne,
- ◆ warunki eksploatacji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- ◆ stan porządkowy i techniczny terenu, na którym prowadzona jest działalność.

Wzmoczone działania kontrolne obiektów świadczących usługi turystyczne oraz terenów rekreacyjnych prowadzone są w sezonie letnim.

2.7. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, stacje metra, porty, przystanie, środki transportu

Skontrolowano 514 dworców i stacji (autobusowe, kolejowe, metra) na 1 247 znajdujących się w ewidencji. W 3 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym (co stanowiło 0,58%), w 1 przypadku niezadowalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnym (co stanowiło 0,19%), natomiast w 7 przypadkach wyłącznie pod względem technicznym (1,36%).

Skontrolowano 16 portów lotniczych, 16 portów morskich, 19 przystani żeglugi śródlądowej i morskiej, w tym 15 obsługi pasażerskiej oraz 53 jednostki pływające rekreacyjne i sportowe.

Stan higieniczno-sanitarny i techniczny portów, przystani i jednostek rekreacyjnych i sportowych był na bardzo dobrym poziomie. Niemal 100% skontrolowanych obiektów było bez uchybień.

W 2024 r. skontrolowano ogółem również 4 705 środków transportu pasażerskiego, w tym:

- ◆ 1198 autobusów komunikacji publicznej,
- ◆ 223 autobusy turystyczne,
- ◆ 217 tramwajów i trolejbusów, wagonów w metrze czy szybkiej kolei miejskiej,
- ◆ 190 wagonów w pociągach dalekobieżnych i podmiejskich,
- ◆ 470 statków morskich,
- ◆ 68 statków i promów pasażerskich morskich i żeglugi śródlądowej,
- ◆ 102 samoloty pasażerskie,
- ◆ 314 samochodów do przewozu chorych,
- ◆ 1648 samochodów do przewozu zwłok i szczątków ludzkich,
- ◆ 197 samochodów do przewozu bielizny,
- ◆ 78 innych środków transportu.

W 10 przypadkach skontrolowanych środków transportu stwierdzono niezadowalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym (co stanowiło 0,21%), a w 1 przypadku pod względem tylko higieniczno-sanitarnym oraz tylko technicznym (co stanowiło po 0,02%).

2.8. Zakłady karne i areszty śledcze

W 2024 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 170 zakładów karnych i aresztów śledczych, z czego w 90 przeprowadzono kontrolę (o 22 kontrole mniej niż w 2023 roku). Wyniki kontroli wykazały 6 przypadków niezadowalającego stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego (co stanowiło 6,67%) oraz 14 przypadków niezadowalającego stanu technicznego (15,56%). W 1 przypadku stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny (1,11%).

2.9. Inne obiekty użyteczności publicznej

Przedmiotowa grupa obiektów obejmuje inne niż wyżej wymienione obiekty użyteczności publicznej, w tym obiekty takie jak: apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze.

Spośród 30 959 zewidencjonowanych obiektów skontrolowano 8 785. W 104 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny (1,18%), w 25 – niezadowalający stan higieniczno-sanitarny (0,28%). W 139 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan techniczny (1,58%).

Działania edukacyjno-informacyjne, podejmowane każdorazowo w ramach kontroli, podnoszące świadomość społeczeństwa na temat zagrożeń zdrowotnych, dotyczyły przede wszystkim:

- ◆ właściwej eksploatacji wewnętrznej sieci wodociągowej, celem zmniejszenia ryzyka występowania bakterii z rodzaju Legionella,
- ◆ postępowania z odpadami medycznymi,
- ◆ postępowania z bielizną czystą i brudną,



- ◆ zasad właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji, klimatyzacji,
- ◆ utrzymania właściwego stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego pomieszczeń/urządzeń obiektu,
- ◆ zakazu palenia wyrobów tytoniowych,
- ◆ opracowania i wdrożenia stosownych procedur (np. mycia, dezynfekcji, sterylizacji itp.),
- ◆ badań wody na obecność bakterii *Legionella* sp. w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz budynkach użyteczności publicznej, w których w trakcie ich użytkowania wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny.

3. Podsumowanie

Tab. 26 Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2022-2024 w odniesieniu do obiektów zewidencjonowanych

Liczba obiektów użyteczności publicznej	Rok 2022	Rok 2023	Rok 2024
wg ewidencji stan na 31 XII	161 424	164 784	164 627
skontrolowanych	59 772 37,03%	69 183 41,98%	64 098 38,94%
z nieodpowiednim stanem sanitarno-higienicznym i technicznym	495 0,31%	629 0,38%	683 0,41%
z nieodpowiednim stanem sanitarno-higienicznym	581 0,36%	868 0,53%	908 0,55%
z nieodpowiednim stanem wyłącznie pod względem technicznym	642 0,4%	769 0,47%	679 0,41%

Podkreślić należy, że organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego realizują planowane oraz interwencyjne kontrole przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w obiektach użyteczności publicznej, stosując się do reguły uprzedniego powiadomienia przedsiębiorcy o kontroli wynikającej z przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców⁸. W myśl art. 48 tej ustawy organ kontroli zawiadamia przedsiębiorcę o zamiarze wszczęcia kontroli. Kontrolę wszczyna się nie wcześniej niż po upływie 7 dni i nie później niż przed upływem 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli. Jeżeli kontrola nie zostanie wszczęta w terminie 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia, wszczęcie kontroli wymaga ponownego zawiadomienia. Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli zawiera: oznaczenie organu,

⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 236

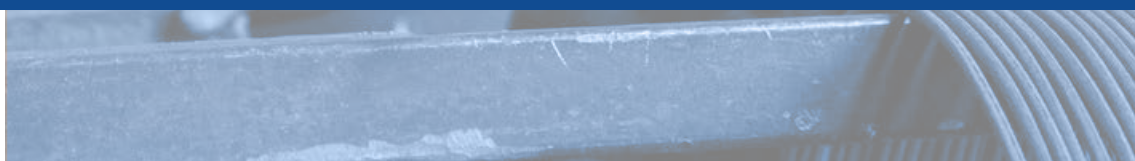
datę i miejsce wystawienia, oznaczenie przedsiębiorcy, wskazanie zakresu przedmiotowego kontroli, imię, nazwisko oraz podpis osoby upoważnionej do zawiadomienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji. Na wniosek przedsiębiorcy kontrola może być wszczęta przed upływem 7 dni od dnia doręczenia zawiadomienia.

W roku 2024 przeprowadzono o 5 085 mniej kontroli w stosunku do roku poprzedniego. Nieznacznie zmniejszyła się także liczba obiektów w ewidencji w porównaniu z rokiem 2023. Biorąc pod uwagę udział procentowy obiektów z nieodpowiednim stanem higieniczno-sanitarnym i technicznym, ogólny stan obiektów użyteczności publicznej w dalszym ciągu utrzymuje się na dobrym poziomie. W każdym przypadku od kilku lat stwierdzane nieprawidłowości wynosiły poniżej 1% w stosunku do łącznej liczby obiektów pozostających w ewidencji. Na przestrzeni ostatnich lat, w toku bieżącego nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi obiektów użyteczności publicznej oraz środków zbiorowego transportu publicznego, obserwuje się coraz większą świadomość usługodawców na temat potencjalnych zagrożeń w aspekcie bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi.





**NADZÓR NAD WARUNKAMI
SANITARNO-HIGIENICZNYMI
ŚRODOWISKA PRACY**



1. Zadania pionu Higieny Pracy

- ◆ nadzór nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy (ochrona zdrowia zatrudnionych przed czynnikami szkodliwymi i uciążliwymi);
- ◆ działania edukacyjno-informacyjne w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego pracowników;
- ◆ postępowanie administracyjne w sprawie chorób zawodowych.

2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Liczba zakładów pod nadzorem – **147 500**, zatrudniających ogółem **5 367 273** pracowników.

W **2024 r.** przeprowadzono **51 031** kontroli (w 2023 r. – 52 444 kontroli) w **43 256** zakładach (w 2023 r. w 41 634 zakładach), zatrudniających łącznie **2 349 875** pracowników (w 2023 r. – 2 322 557 pracowników). Nadzorem objętych zostało **28%** zewidencjonowanych podmiotów.

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w **3 946** zakładach pracy. W warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2024 r. zatrudnionych było **208 314** pracowników.

Wydano ogółem **12 131 decyzji** (w 2023 r. – 12 108 decyzji), w tym aż **6 937 decyzji** (w 2023 r. – 5 879 decyzji) dotyczących poprawy warunków pracy, **16 decyzji** unieruchamiających stanowisko pracy oraz **2** decyzje unieruchamiające zakład pracy.

Nakazy w decyzji w liczbie **44 675** dotyczyły głównie:

- ◆ badań i pomiarów czynników szkodliwych – co stanowiło **24%** skontrolowanych zakładów pracy;
- ◆ oceny ryzyka zawodowego – co stanowiło **9,9%** skontrolowanych zakładów pracy;
- ◆ substancji chemicznych i ich mieszanin stwarzających zagrożenie – co stanowiło **9%** skontrolowanych zakładów pracy;
- ◆ substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym w środowisku pracy – co stanowiło **6,7%** skontrolowanych;
- ◆ obniżenia normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – co stanowiło **3,9%** skontrolowanych zakładów pracy;
- ◆ czynników biologicznych w środowisku pracy – co stanowiło **1,2%** skontrolowanych zakładów pracy.

Liczba wydanych postanowień o nałożeniu grzywien celem przymuszenia do wykonywanych decyzji w roku 2024 wyniosła **170**. W drodze mandatu karnego nałożono **212 grzywien** na łączną kwotę: **53 200 PLN**.

Poszerzenie zakresu nadzoru nad czynnikami o działaniu rakotwórczym, mutagennym w środowisku pracy o:

1. czynniki o działaniu reprotoksycznym

28 lipca 2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2024 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym w środowisku pracy. Rozporządzenie w zakresie swojej regulacji obejmuje, oprócz dotychczasowych rozwiązań, dodatkowo ochroną pracowników przed zagrożeniem dotyczącym narażenia na działanie substancji reprotoksycznych, a tym samym wdraża postanowienia dyrektywy 2022/431 Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 9 marca 2022 r. zmieniającej dyrektywę 2004/37/WE w sprawie ochrony pracowników przed zagrożeniem dotyczącym narażenia na działanie czynników rakotwórczych lub mutagenów podczas pracy.

Zgodnie z przepisami prawa substancja reprotoksyczna oznacza substancję lub mieszaninę, która spełnia kryteria klasyfikacji jako czynnik działający szkodliwie na rozrodczość kategorii 1A lub 1B, określony w załączniku I do rozporządzenia (WE) nr 1272/2008.

2. procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym

Z uwagi na zmianę przepisów prawa¹, które rozszerzyły katalog procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym o:

- ◆ prace związane z narażeniem na pyły drewna (od 2020 r.);
- ◆ prace związane z narażeniem na krzemionkę krystaliczną – frakcję respirabilną powstającą w trakcie pracy (od 2020 r.);
- ◆ prace związane z narażeniem przez skórę na działanie olejów mineralnych użytych wcześniej w silnikach spalinowych wewnętrznego spalania w celu smarowania i schładzania części ruchomych silnika (od 2021 r.);
- ◆ prace związane z narażeniem na spaliny emitowane z silników Diesla (od 2021 r.), w latach **2023-2024** realizowano zamierzenie, pn.: „Działania kontrolne oraz edukacyjne w zakresie warunków pracy i oceny narażenia zawodowego pracowników narażonych na procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym”.

Podczas działań kontrolnych sprawdzano przestrzeganie przez pracodawców obowiązków wynikających z zatrudniania pracowników w warunkach narażenia na procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, które wymienione były w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy.



z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy. Podczas kontroli prowadzono również działania edukacyjno-informacyjne w przedmiotowym zakresie.

Tab. 27 Liczba zakładów w ewidencji pionu Higieny Pracy, skontrolowanych podmiotów, przeprowadzonych kontroli w zakresie waru. Liczba narażeń pracy i oceny narażenia zawodowego pracowników narażonych na procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w latach 2023-2024²

Numer procesu	Nazwa procesu technologicznego	Liczba zakładów pracy w ewidencji	Liczba zakładów skontrolowanych	Liczba kontroli
2	Procesy technologiczne związane z narażeniem na działanie wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych, obecnych w sadzy węglowej, smołach węglowych i pakach węglowych	471	368	453
3	Procesy technologiczne związane z narażeniem na działanie pyłów, dymów i aerozoli tworzących się podczas rafinacji niklu i jego związków	5	4	4
5	Prace związane z narażeniem na pyły drewna	8213	6484	7674
6	Prace związane z narażeniem na krzemionkę krystaliczną – frakcję respirabilną powstającą w trakcie pracy	3347	2865	3374
7	Prace związane z narażeniem przez skórę na działanie olejów mineralnych użytych wcześniej w silnikach spalinowych wewnętrznego spalania w celu smarowania i schładzania części ruchomych silnika	1076	746	934
8	Prace związane z narażeniem na spaliny emitowane z silników Diesla	2184	1722	2095

Liczba pracowników narażonych na procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym wyniosła ogółem **150 422**. Liczba wydanych decyzji nakazujących w **2024** roku – **1594**, w **2023** roku – **1820**.

Najczęściej stwierdzane uchybienia dotyczyły:

- ◆ braku rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;
- ◆ braku rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;

² W latach 2023 – 2024 w ewidencji pionu Higieny Pracy – brak zakładów pracy, w których występują procesy technologiczne numer 1 oraz 4 określone w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia.

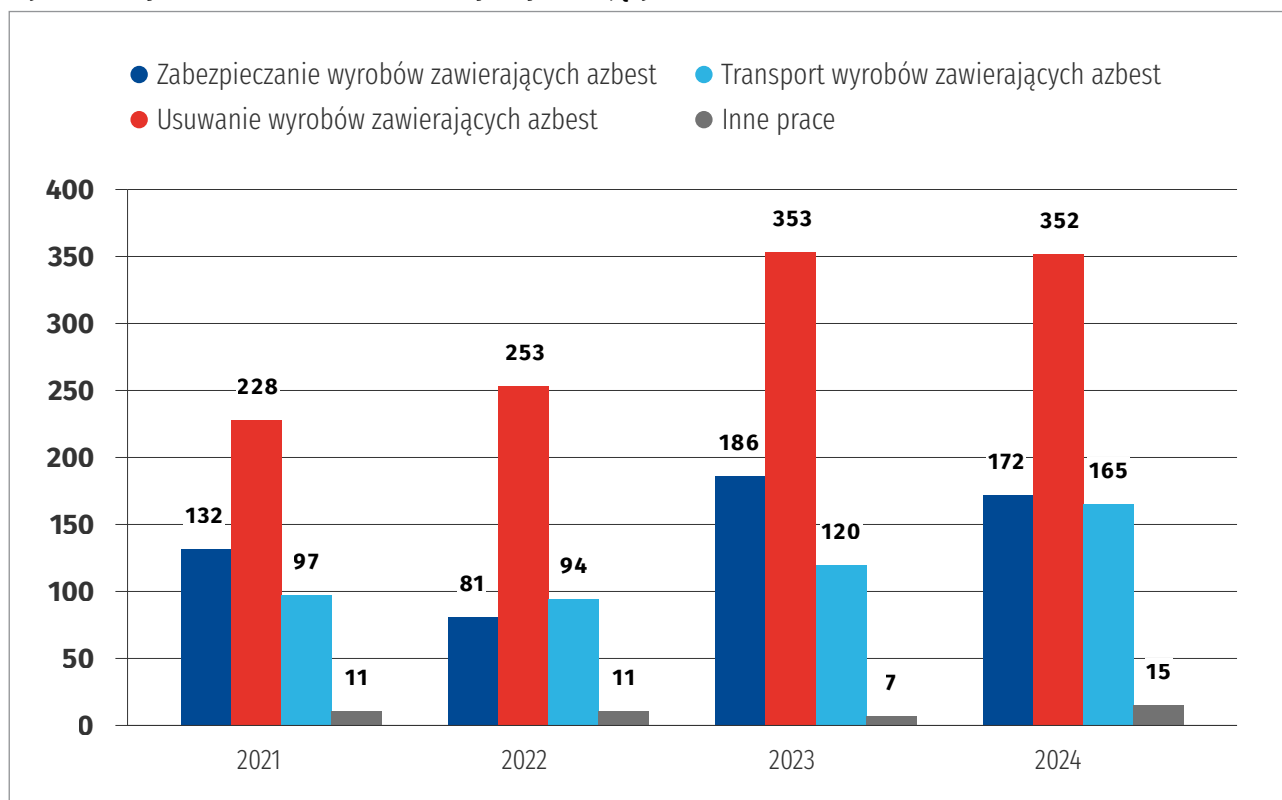
- ◆ braku przekazywania właściwemu państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu oraz właściwemu okręgowemu inspektorowi pracy informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;
- ◆ braku badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- ◆ braku stosownych procedur i instrukcji;
- ◆ braku badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- ◆ niewłaściwego stanu pomieszczeń pracy oraz pomieszczeń i urządzeń higieniczno-sanitarnych.

3. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest

W ramach „Programu Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” prowadzono nadzór nad przestrzeganiem przez pracodawców przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny podczas prac związanych z usuwaniem bądź zabezpieczaniem wyrobów zawierających azbest.

Liczba firm w ewidencji zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest w roku 2025 wyniosła **327**.

Wyk. 51 Przeprowadzone kontrole w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem (2021-2024)



Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły braku:

- ◆ aktualnych orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku;
- ◆ przekazywania do właściwego PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy;
- ◆ rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;
- ◆ rejestru prac, których wykonanie powoduje konieczność kontaktu z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;
- ◆ oceny ryzyka zawodowego;
- ◆ wyposażenia pracowników w odpowiednią odzież i obuwie robocze oraz środki ochrony indywidualnej;
- ◆ planu usuwania wyrobów zawierających azbest;
- ◆ przeszkolenia pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z zabezpieczaniem lub usuwaniem wyrobów albo innych materiałów zawierających azbest.



W **2024 r.** stwierdzono **185** przypadków chorób zawodowych spowodowanych pracą w kontakcie z azbestem.

Tab. 28 Zestawienie stwierdzonych przypadków chorób zawodowych spowodowanych pracą w kontakcie z azbestem w latach 2021-2024

Pozycja w wykazie	Jednostka chorobowa	2021	2022	2023	2024	suma (choroby)
3.5	pylica azbestowa	47	115	123	144	429
17.2	międzybłoniak opłucnej	16	15	13	15	59
17.1	rak płuca, rak oskrzela	6	10	15	13	44
4.1	rozległe zgrubienie opłucnej	3	6	1	7	17
17.7	rak krtani	0	0	1	4	5
4.2	rozległe blaszki opłucnej lub osierdzia	6	9	8	1	24
3.1	pylica krzemowa	0	0	0	1	1
suma (lata)		78	155	161	185	579

W **2024 r.** przeprowadzono **9 518** kontroli w **8 459** obiektach, co stanowiło **38,3%** skontrolowanych zakładów pracy, w których występują czynniki o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym. Liczba pracowników narażonych na te czynniki wyniosła **226 768**, w tym **60 621** kobiet i **166 147** mężczyzn. Wydano **1 494** decyzji, co stanowiło **17,7%** skontrolowanych zakładów pracy, w których występują wskazane czynniki szkodliwe.

Liczba obiektów pod nadzorem w ewidencji, w których pracownicy narażeni są na czynniki rakotwórcze, mutagenne lub reprotoksyczne, w ostatnich 5 latach wzrosła aż o 105%, tj. z 10 783 w roku 2020 do 22 090 w roku 2024.

4. Szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy

Podstawą klasyfikacji czynników biologicznych jest ich wpływ na zdrowie pracowników.

W zależności od właściwości zakaźnych czynniki biologiczne zostały zaklasyfikowane do 4 grup zagrożeń. Kryteriami klasyfikacji czynników do poszczególnych grup są:

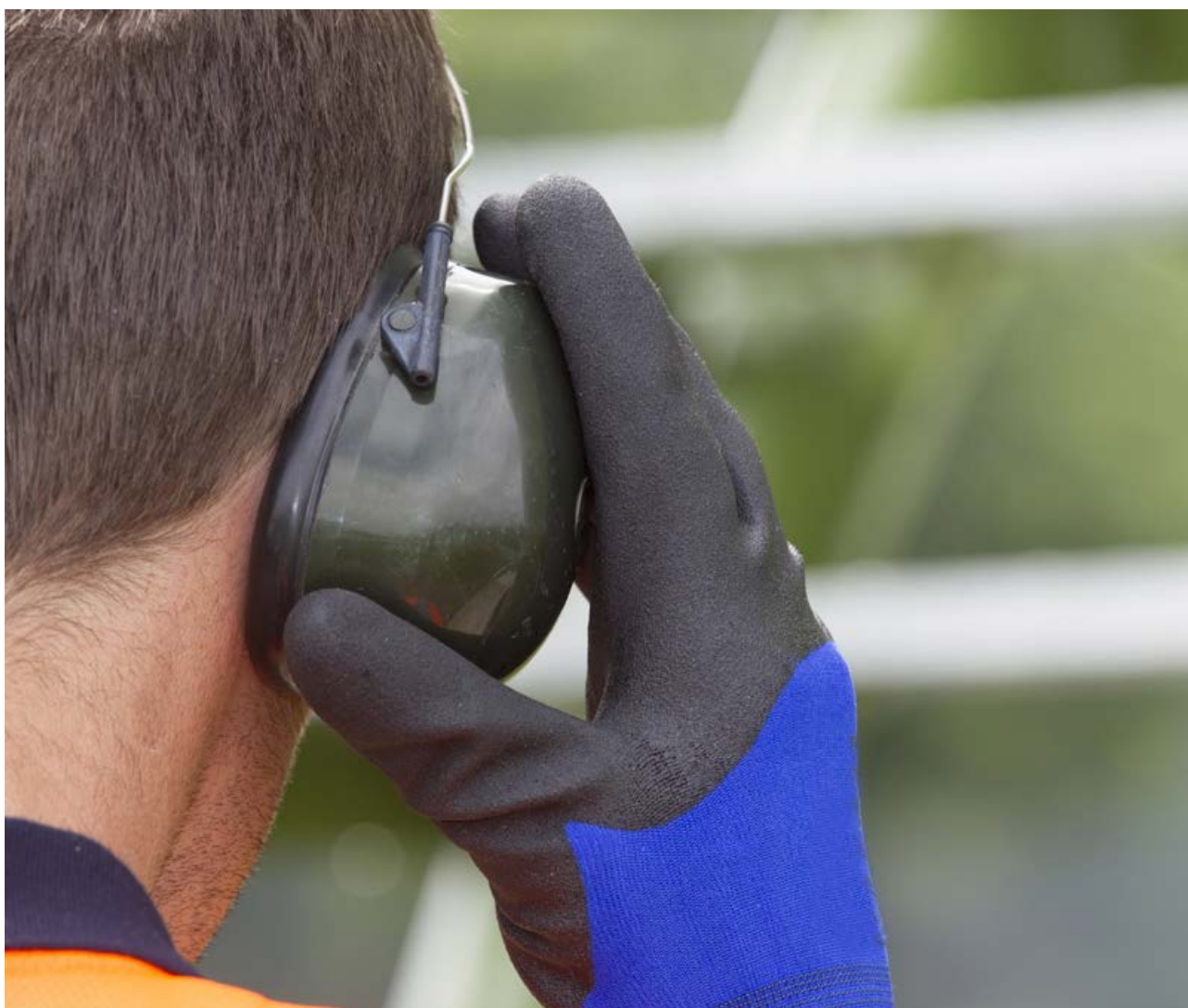
- ◆ zdolność wywoływania choroby u człowieka i ciężkość jej przebiegu,
- ◆ możliwość rozprzestrzeniania się choroby w populacji,
- ◆ możliwość zastosowania skutecznej profilaktyki i leczenia.



W 2024 r. skontrolowano **11 109** zakładów pracy, co stanowiło **24,8%** zewidencjonowanych podmiotów, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne. Liczba pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne wyniosła ogółem **471 647**, w tym **463 618 osób** narażonych na gr 2 zagrożenia i **305 806 osób** na gr 3 zagrożenia oraz **163 osób** narażonych na gr 4. Wydano łącznie **626** decyzji, co stanowiło **7,4%** skontrolowanych zakładów pracy, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne.

Najczęściej stwierdzane uchybienia dotyczyły:

- ◆ braku rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4;
- ◆ braku oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne;
- ◆ braku rejestru pracowników pracujących w narażeniu na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4;
- ◆ braku stosownych procedur i instrukcji;
- ◆ braku szkoleń pracowników.



5. Działania edukacyjno-informacyjne

W roku 2024 prowadzono działania mające na celu podniesienie świadomości pracodawców i pracowników w zakresie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy i ochrony zdrowia zatrudnionych.

Działania edukacyjno-informacyjne dotyczyły następujących obszarów:

- ◆ badania profilaktyczne pracowników, m.in.: prawidłowe wypełnianie skierowań na badania profilaktyczne, w szczególności w zakresie uwzględnienia wszystkich czynników szkodliwych i uciążliwych występujących na stanowisku pracy;
- ◆ ryzyko zawodowe, m.in.: informowanie pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą, oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami;
- ◆ badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, m.in.: częstotliwość wykonywania badań i pomiarów; konieczność informowania pracowników o wynikach badań i pomiarów;
- ◆ radon – znaczenie przeprowadzania pomiarów radonu, zagrożenia dla zdrowia związane z narażeniem na radon, dostępne środki służące ograniczeniu narażenia na radon w miejscu pracy;
- ◆ środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze, m.in. kwestia zapewnienia przez pracodawcę środków ochrony indywidualnej adekwatnych do istniejących zagrożeń w środowisku pracy;
- ◆ choroby zawodowe, m.in.: procedura zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej;
- ◆ substancje chemiczne i ich mieszaniny stwarzające zagrożenie w środowisku pracy;
- ◆ system pierwszej pomocy;
- ◆ ochrona zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w miejscu pracy.

Liczba kontroli, w ramach których przeprowadzono działania edukacyjno-informacyjne, wyniosła **34 079**.

6. Choroby zawodowe

W **2024 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 zawodowych³ oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób⁴.

W 2024 r. zgłoszono **5075** podejrzeń w sprawie choroby zawodowej. Wydano **2670** decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz **1921** decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. Łącznie w 2024 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono **2687** chorób zawodowych.

³ t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1836

⁴ t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1542

Najwięcej chorób zawodowych stwierdzono w następujących jednostkach chorobowych:

- ◆ choroby zakaźne lub pasożytnicze – **1138** przypadków (w 2023 r. – **1451** przypadków),
- ◆ pylica płuc – **557** przypadków (w 2023 r. – **569** przypadków);
- ◆ schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym – **374** przypadki (w 2023 r. – **349** przypadków);
- ◆ przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie **290** przypadków (w 2023 r. – **272** przypadki);
- ◆ przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy – **121** przypadków (w 2023 r. – **126** przypadków).

Wraz z rozwojem przemysłu, nowych technologii, zmianą przepisów prawa wprowadzających do systemu prawnego nowe zagrożenia w środowisku pracy, obserwuje się znaczny wzrost liczby zakładów pracy będących pod nadzorem pionu higieny pracy. Kluczowym aspektem pozostaje zatem podnoszenie świadomości wśród pracodawców w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego zatrudnionych, w szczególności w kontekście nowych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

7. Radon

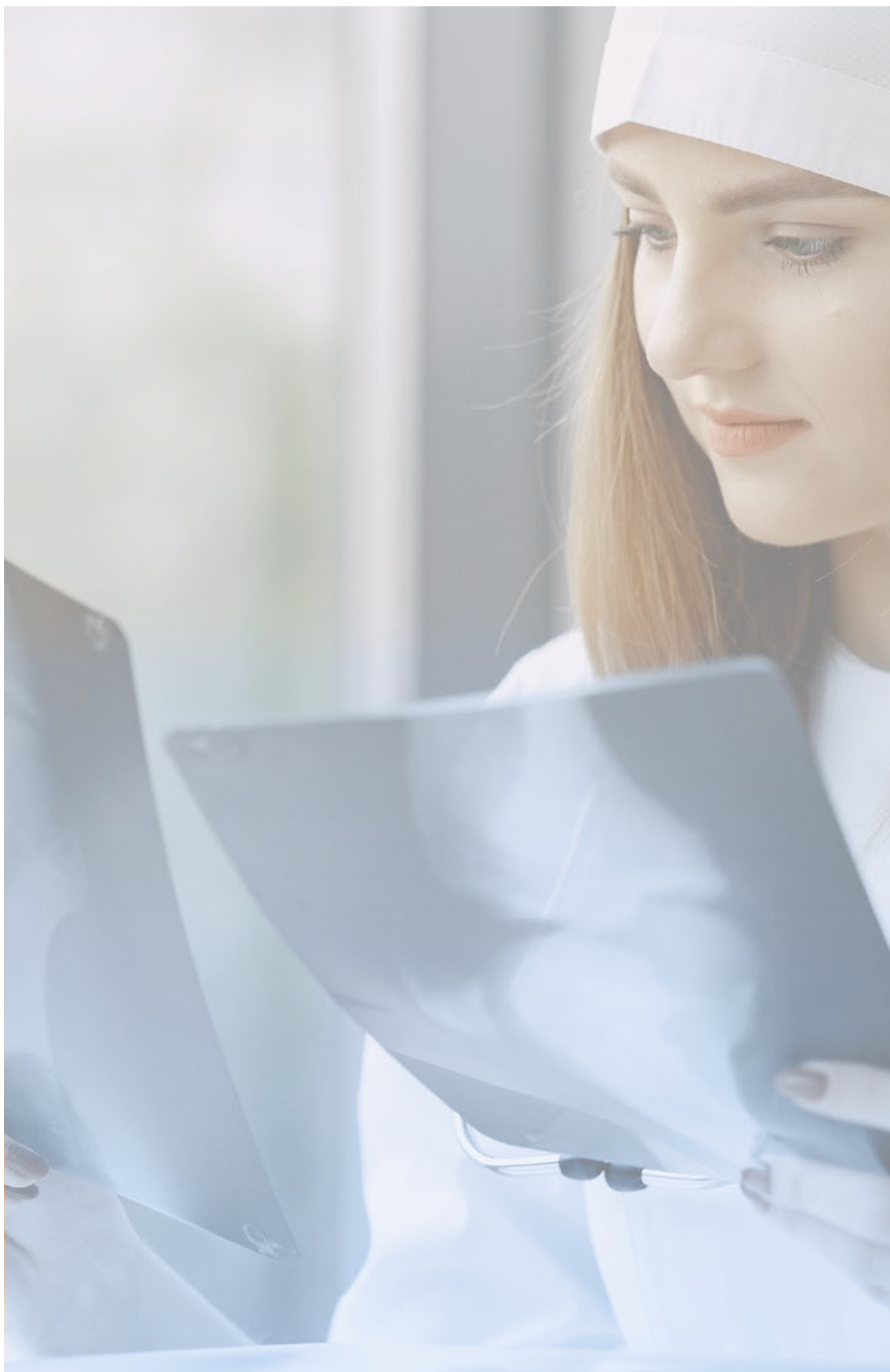
7.1. Identyfikacja miejsc pracy, w których poziom średniorocznego stężenia radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć poziom odniesienia

Według informacji przekazanej przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych, w 2024 roku pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostawało ponad **17 tysięcy (17 117)** jednostek organizacyjnych, w których występują miejsca pracy narażone na radon.

Zdecydowaną większość (czyli **15 849**) stanowią miejsca pracy na poziomie parteru/piwnicy na terenach powiatów wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2020 r., w sprawie terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekraczać poziom odniesienia (Dz. U. z 2020 r., poz. 1139).

W 2024 roku przeprowadzono **5 449 kontroli** (~31,8% jednostek), które obejmowały swoim zakresem stosowanie się przedsiębiorców do przepisów związanych z narażeniem na radon w miejscach pracy. Nieprawidłowości stwierdzono w **1046** jednostkach – w **963** przypadkach stwierdzono nieprzeprowadzenie przez pracodawców pomiarów stężenia promieniotwórczego radonu.





HIGIENA RADIACYJNA

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny radiacyjnej realizowane są przez Głównego Inspektora Sanitarnego oraz państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych. Obejmują one nadzór nad warunkami pracy oraz ochronę zdrowia pacjentów, pracowników i ludności przed promieniowaniem jonizującym i elektromagnetycznym.

1. Zgody i zezwolenia

Główny Inspektor Sanitarny wydaje zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (art. 33p ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe).

Tab. 29 Zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych

2020	2021	2022	2023	2024
10	13	13	11	21



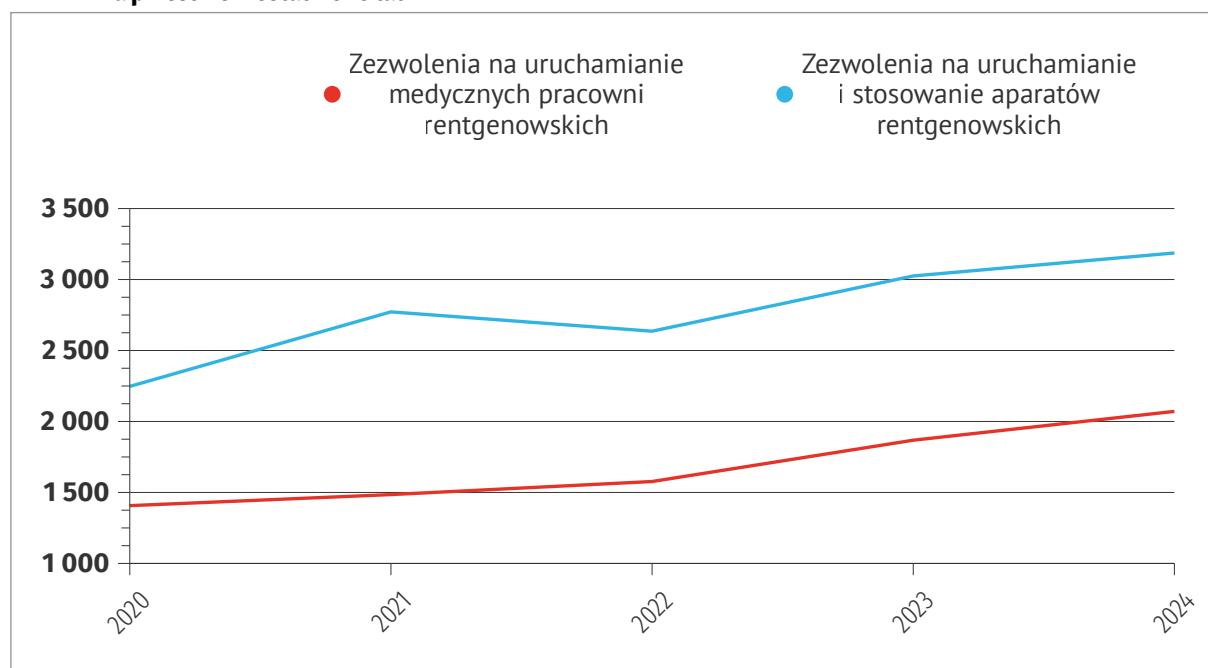
W ramach sprawowania nadzoru państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydają zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (art. 33q ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe).

W 2024 roku w Głównym Inspektoracie Sanitarnym opracowane zostały nowe wytyczne dotyczące wydawania zgód przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych. Ich celem jest zwiększenie bezpieczeństwa radiologicznego oraz ujednolicenie wymagań dotyczących składania i rozpatrywania wniosków o wydanie zgody na prowadzenie działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych.

Wytyczne jasno wskazują, jak składać wnioski o zgodę i jakie informacje powinny znaleźć się w dokumentach do nich dołączonych. Dzięki temu zasady składania wniosków wraz z niezbędną dokumentacją, jak również rozpatrywanie i ocena tych wniosków przez pracowników wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych są teraz bardziej zrozumiałe, uporządkowane oraz spójne w całym kraju.

Ponadto państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydają zezwolenia na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich przeznaczonych do celów rentgenodiagnostyki oraz radiologii zabiegowej oraz na uruchamianie medycznych pracowni rentgenowskich, w których stosowane są takie aparaty.

Wyk. 52 Wykres wzrostu liczby wydawanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych zezwoleń na przestrzeni ostatnich 5 lat



W 2024 r. zaktualizowano również wytyczne dotyczące składania wniosków o wydawanie zezwoleń na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich oraz uruchamianie medycznych pracowni rentgenowskich. W zaktualizowanych wytycznych uszczegółowiono, jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o wydanie zezwolenia, a także uporządkowano proces rozpatrywania przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych wniosków o wydanie zezwoleń, w celu ujednolicenia wymagań dotyczących zapewnienia ochrony radiologicznej pacjentów, pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz osób z ogółu ludności na terenie całego kraju.

2. Nadzór i kontrola nad jednostkami ochrony zdrowia, które wykorzystują promieniowanie jonizujące

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór nad jednostkami ochrony zdrowia, które wykorzystują promieniowanie jonizujące w celach medycznych, szczególnie dbając o optymalizację ochrony radiologicznej pacjenta. Optymalizacja oznacza dostosowanie procedur rentgenodiagnostycznych w taki sposób, aby dawki promieniowania ograniczyć do najniższego możliwego poziomu, który zapewni uzyskanie wyniku badania oraz zapewnienie maksymalnej ochrony przed promieniowaniem, zdrowych narządów i tkanek podczas leczenia z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. W 2024 roku funkcjonowało 13 905 jednostek ochrony zdrowia, w których funkcjonowało 17 388 medycznych pracowni rentgenowskich, a 43 388 osób podlegało kontroli dawek indywidualnych, czyli monitorowaniu i rejestrowaniu ilości promieniowania, na które narażony jest każdy pracownik w trakcie wykonywania swojej pracy.

W ramach działalności kontrolnej przeprowadzono 4833 kontrole w tych jednostkach organizacyjnych. Inspekcja Sanitarna weryfikuje stan ochrony radiologicznej, wykonując pomiary dozymetryczne oraz pomiary w zakresie kontroli jakości. W 2024 r. przeprowadzono 1958 pomiarów przy aparatach rentgenowskich.

3. Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej

Główny Inspektor Sanitarny nadaje uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej osobom, które ukończyły wymagane szkolenie, zdały egzamin oraz złożyły wniosek wraz z odpowiednimi załącznikami.

Inspektor ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia sprawuje nadzór nad bezpiecznym stosowaniem promieniowania jonizującego do celów medycznych, chroniąc pacjentów, personel oraz innych ludzi przed jego szkodliwym wpływem.



Tab. 30 Liczba nadanych uprawnień inspektora ochrony radiologicznej (IOR)

	2020		2021		2022		2023		2024	
Uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych	typ R	typ S	typ R	typ S	typ R	typ S	typ R	typ S	typ R	typ S
	232	52	111	25	216	32	248	74	584	92
Łącznie	284		136		248		322		676	

4. Podnoszenie kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta

Osoby wykonujące medyczne procedury z użyciem promieniowania jonizującego są zobowiązane do zdobycia co najmniej 20 punktów szkoleniowych w ciągu 5 lat, uczestnicząc w szkoleniach z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta.

Celem tych szkoleń jest zapewnienie, że stosowanie promieniowania w medycynie odbywa się zgodnie z zasadami ochrony radiologicznej, minimalizując ryzyko dla pacjentów. W 2024 r. szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta ukończyło 7929 osób.

5. Ochrona przed polem elektromagnetycznym

Osoby pracujące przy urządzeniach emitujących pola elektromagnetyczne, takich jak sprzęt medyczny, urządzenia energetyczne, przemysłowe czy stosowane w radiokomunikacji, muszą znać zasady bezpiecznej pracy z tego typu technologią. Ważne jest, żeby ograniczyć narażenie na promieniowanie elektromagnetyczne i chronić zdrowie pracowników oraz osób postronnych.

W 2024 roku Inspekcja Sanitarna przeprowadziła kontrole 4940 urządzeń wykorzystywanych w różnych branżach – między innymi w ochronie zdrowia, energetyce, przemyśle i łączności radiowej. Przy tych urządzeniach pracowało łącznie 82 559 osób. Dzięki regularnym kontrolom możliwe jest wczesne wykrycie ewentualnych zagrożeń i wprowadzenie działań zapobiegających przekroczeniu dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych.

6. Pomiary skażeń promieniotwórczych

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach podstawowych placówek pomiarów skażeń promieniotwórczych wykonuje pomiary skażeń promieniotwórczych w wodzie, żywności i paszach. Pomiary zawartości

radionuklidów w żywności, wodzie i paszach wykonuje się dwiema metodami: spektrometrii promieniowania gamma i radiochemiczną.

W 2024 r. wykonano 1401 badań skażeń promieniotwórczych w wodzie, żywności i paszach, w tym: 151 (metoda radiochemiczna) oraz 1224 (metoda spektrometryczna) oznaczeń Cs-137 oraz 26 oznaczeń Sr-90.

W 2024 r. w ramach nadzoru nad placówkami podstawowymi działającymi w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych, Główny Inspektor Sanitarny – we współpracy z Prezesem Państwowej Agencji Atomistyki i Głównym Inspektorem Ochrony Środowiska – przekazał państwowym wojewódzkim inspektoratom sanitarnym plany pobierania próbek na rok 2025. Plany te zawierają także listy producentów i lokalizacje, z których będą pobierane próbki do badania skażeń promieniotwórczych.

7. Podsumowanie

W Polsce działa system ochrony radiologicznej pacjentów, nadzorowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Kontroluje ona placówki medyczne, które korzystają z promieniowania jonizującego, np. w czasie badań diagnostycznych czy leczenia. Dzięki temu stale poprawia się poziom bezpieczeństwa – zarówno dla pacjentów, jak i pracowników medycznych oraz innych osób. Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi też kontrole związane z ochroną przed polami elektromagnetycznymi w miejscach pracy oraz pomiary skażeń promieniotwórczych w żywności, wodzie i paszach.





**HIGIENA PROCESÓW NAUCZANIA,
WYCHOWANIA ORAZ WYPOCZYNKU
I REKREACJI DZIECI I MŁODZIEŻY W ROKU 2024**

1. Zadania pionu Higieny Dzieci i Młodzieży

Weryfikacja przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących:

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

W roku **2024 r.** w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się ogółem **49 812 placówek** opieki, wychowania, nauki oraz wypoczynku i rekreacji. W **2024 r.** organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły **42 527** kontroli sanitarnych w **29 425** placówkach, z których korzystało łącznie **5 443 226** dzieci i młodzieży. Niektóre obiekty skontrolowano więcej niż 1 raz w roku.

Tab. 31 Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2021 – 2024.

Rok sprawozdawczy	Liczba placówek będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba skontrolowanych placówek
2021	47 496	22 878	15 983
2022	47 722	34 163	24 455
2023	46 947	34 163	24 455
2024	49 812	42 527	29 425

2. Stan sanitarno-higieniczny oraz techniczny placówek

W **2024 r.** organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach przeprowadzonych czynności kontrolnych w placówkach nauczania i wychowania dzieci i młodzieży stwierdziły nieprawidłowości natury sanitarnej ogółem: w **1 572** placówkach, które stanowiły **5%** spośród **29 425** skontrolowanych obiektów, wykazując uchybienia w następujących trzech zakresach:

1. sanitarno-higienicznym i technicznym, występujących jednocześnie – w **2%** skontrolowanych placówek,
2. wyłącznie sanitarno-higienicznym – w **1%** skontrolowanych placówek,
3. wyłącznie technicznym – **2%** 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

W 2024 r. skontrolowano pod kątem gospodarki wodno-ściekowej **28 225** obiektów. Wyniki przeprowadzonych kontroli przedstawiały się następująco:

- ◆ **27 667 (98%)** placówek było podłączonych do wodociągu miejskiego/ gminnego;
- ◆ **558** placówek korzystało z własnego ujęcia wody, co stanowiło **2%** skontrolowanych obiektów;
- ◆ **24 686** obiektów było podłączonych do sieci kanalizacyjnej centralnej (miejskiej/gminnej), co stanowi **ok. 87%** placówek skontrolowanych;
- ◆ w **3 542** obiektach stwierdzono brak podłączenia do sieci kanalizacyjnej (**13%** skontrolowanych obiektów) z czego:
 - ✦ **2 723 (77%)** placówki posiadały zbiorniki bezodpływowe (szamba),
 - ✦ **823 (23%)** placówki posiadały własne oczyszczalnie ścieków;
- ◆ w **1 013** obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie w odniesieniu do liczby urządzeń sanitarnych), **co stanowi 4% skontrolowanych obiektów;**
- ◆ **4** placówki spośród wszystkich skontrolowanych korzystało z ustępów zewnętrznych (**0,01%** skontrolowanych).

W **96%** skontrolowanych obiektów, tj. w **27 132** placówkach, nie stwierdzono uchybień w zakresie warunków do utrzymania higieny osobistej. Stwierdzono natomiast następujące uchybienia:



- ◆ **68** placówek wykazało brak bieżącej ciepłej wody,
- ◆ **44** placówki wykazało brak wyposażenia w środki higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, mydła w płynie w dozownikach, ręczników papierowych do suszenia rąk) oraz brak dostępu do ciepłej bieżącej wody,
- ◆ **618** obiektów wykazywało niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- ◆ **148** placówek wykazało zaniedbania dotyczące czystości i porządku.

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku **2024** wydały **629** decyzji administracyjnych.

3.1. Higiena procesu nauczania

Jednym z zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest bieżąca kontrola w zakresie zapewnienia prawidłowych warunków i odpowiedniej organizacji pracy ucznia w celu jego ochrony przed niekorzystnymi warunkami pobytu w placówce. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują również działania o charakterze prewencyjnym. Nadzór ukierunkowany na ochronę ucznia przed niekorzystnymi warunkami pobytu w placówce obejmuje m.in.:

- ◆ działania prozdrowotne m.in. w zakresie profilaktyki wad postawy czy wad wzroku,
- ◆ monitoring w zakresie właściwej organizacji procesu nauczania, np. higieniczna ocena rozkładu zajęć lekcyjnych, odpoczynków w czasie trwania przerw międzylekcyjnych,
- ◆ promowanie dobrych praktyk, np. w odniesieniu do zapewnienia w placówce dostępu do wody przeznaczonej do spożycia.

3.2. Ocena obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych:

W roku **2024 r.** organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ocenę obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych. Zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego, opierającymi się na wynikach badań WHO, waga tornistra nie powinna przekraczać od 10 do 15% masy ciała ucznia. Dodatkowo ciężar powinien być rozłożony równomiernie, a tornister uczeń powinien nosić na obu ramionach.

W **2024 r.** ważenie tornistrów szkolnych przeprowadzono w **1 498** szkołach podstawowych, w **10 515** oddziałach. Brało w nim udział **164 671** uczniów. Pomiary wykazały, że zbyt ciężkie plecaki nosiło **21 770** uczniów, co stanowi **ok. 13%** wszystkich poddanych ocenie. Spośród **17 361** szkół skontrolowanych, tylko **82** nie zapewniło uczniom miejsca na podręczniki i przybory szkolne, co stanowi **0,5%** skontrolowanych placówek.



3.3. Ergonomia mebli szkolnych

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku **2024 r.** oceniły dostosowanie mebli do warunków antropometrycznych uczniów i przedszkolaków w **8 304** placówkach (**483 081 stanowisk uczniów**), co stanowi **48%** skontrolowanych placówek. Nieprawidłowości w powyższym zakresie wykazano w **549** placówkach (**7%** skontrolowanych).

4. Ocena rozkładów zajęć lekcyjnych

W **2024 r.** Państwowa Inspekcja Sanitarna oceniła rozkłady zajęć lekcyjnych pod względem higienicznym w **7 818** szkołach, co stanowi **58%** skontrolowanych placówek. Niezgodność rozkładu zajęć lekcyjnych z zasadami higieny wykazano w **485** szkołach – **6,20%** szkół skontrolowanych. 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.

Spośród **14 744** placówek skontrolowanych w tym obszarze jedynie **95** zapewnia przerwy krótsze niż 10 minut (**1%** skontrolowanych). W przeważającej większości w placówkach zapewnione są:

- ◆ przerwy 10 min, z co najmniej jedną przerwą 15-20 minutową (**6 181** szkół),
- ◆ przerwy krótsze niż 10 min, ale z co najmniej jedną przerwą 15-20 minutową (**4 072** szkoły).

Dodatkowo **63%** skontrolowanych szkół umożliwia uczniom spędzanie przerw na świeżym powietrzu. Dyrektorzy placówek umożliwiają uczniom skorzystanie z dystrybutorów wody przeznaczonej do spożycia (źródętka/poidętka) w **ok. 37%** skontrolowanych szkół.

5. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w **2024 r.** w **11 459** szkołach wykazano, 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 **5 007 szkół** (**44%** skontrolowanych placówek). Zespoły sportowe bez boiska posiadało natomiast **608** placówek.

W **384** skontrolowanych szkołach odnotowano, że pomimo posiadania infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego prowadzono również na korytarzach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku **841** placówek, co stanowi **7%** placówek skontrolowanych. Podczas kontroli oceniano również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach sportowych – w **4 733** szkołach uczniowie mieli możliwość korzystania z natrysków po każdych zajęciach sportowych, natomiast nieczynne natryski (nieudostępnione do użytku dla uczniów) posiadało **1 130** szkół.

6. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W **2024 r.** w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej zarejestrowano **41 858** 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 **13 925** turnusów, z których skorzystało łącznie **545 225** osób, z czego **182** kontrole miało charakter interwencyjny – **66** spośród zgłoszonych interwencji okazało się uzasadnionych. W **447** przypadkach kontrole wykazały uchybienia w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku. W **146** przypadkach stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu. W **13** przypadkach podjęto decyzję o zamknięciu całości lub części obiektu, w którym odbywał się wypoczynek dzieci i młodzieży.

7. Żłobki i kluby dziecięce

W roku 2024 pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się **6 013** żłobków i klubów dziecięcych. Skontrolowano **3 877** placówek, co stanowi **65%** ogółu ujętych w ewidencji, a liczba wszystkich przeprowadzonych kontroli wyniosła **4 567** (niektóre obiekty kontrolowano więcej niż 1 raz w roku). Łącznie nieprawidłowości wykazano jedynie w **58** placówkach (w **17** przypadkach dotyczyły złego stanu higieniczno-sanitarnego).

8. Nadzór nad placówkami z pobytem całodobowym

Do katalogu placówek z pobytem całodobowym zaliczamy m.in. domy studenckie, bursy i internaty, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, domy pomocy społecznej oraz wiele innych obiektów. Ogółem w 2024 r. skontrolowano tych obiektów **1 170**, co stanowi **59%** spośród ujętych w ewidencji. Blisko **98%** skontrolowanych było wyposażonych w meble i sprzęt w odpowiednim stanie technicznym, ok. **96%** z nich miało pomieszczenia higieniczno-sanitarne we właściwym stanie, natomiast właściwy stan aneksów kuchennych wykazano w **97%** skontrolowanych obiektach.





**STAN SANITARNY POMIESZCZEŃ I URZĄDZEŃ
PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ**

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Szczególnej uwagi wymagają głównie szpitale, w tym uzdrowiskowe, zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria czy hospicja z uwagi na przebywające w nich osoby o obniżonej odporności i prawdopodobieństwo większego ryzyka zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego.

W ramach bieżącego nadzoru prowadzonego przez pion Higieny Komunalnej:

- ◆ dokonywano oceny warunków higieniczno-sanitarnych, w szczególności w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, postępowania z bielizną czystą i brudną, postępowania ze zwłokami,
- ◆ prowadzono działania kontrolno-nadzorcze,
- ◆ egzekwowano odpowiednie procedury postępowania w różnych obszarach, będących elementem zapobiegania i profilaktyki zakażeń,
- ◆ prowadzono działania edukacyjno-informacyjne.

W 2024 r. nadzorem sanitarnym zostało objętych 83 795 obiektów, przy czym skontrolowano 33 545.

Ocenie warunków higieniczno-sanitarnych podlegały:

- ◆ warunki zaopatrzenia w bieżącą wodę – ciepłą i zimną, w tym stan instalacji i urządzeń wodociągowych wewnątrz budynków,
- ◆ stan higieniczno-sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- ◆ sposób postępowania z odpadami medycznymi,
- ◆ postępowanie z bielizną czystą i brudną,
- ◆ postępowanie ze zwłokami osób zmarłych.

Stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń i urządzeń skontrolowano w zakresie zgodności z wymaganiami przepisów:

- ◆ ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹ i przepisów wykonawczych do tej ustawy^{2, 3},

¹ Dz.U. z 2024 r. poz. 799

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 2022 r. poz. 402)

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)

- ◆ ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach⁴ i wydanego na jej podstawie art. 33 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi⁵,
- ◆ ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶,
- ◆ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁷, i przepisów wykonawczych do ustawy⁸,
- ◆ ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane⁹ i przepisów wykonawczych do ustawy¹⁰,
- ◆ ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków¹¹ i przepisów wykonawczych do tej ustawy¹².

Ocenie podlegają pomieszczenia wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez:

1. podmioty wykonujące działalność leczniczą:

- ◆ udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, np. szpitale ogólne, specjalistyczne, jednodniowe, uzdrowiskowe i inne niż szpitale, np. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, sanatoria, hospicja,
- ◆ udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, np. przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, zakłady badań diagnostycznych, laboratoria medyczne, zakłady rehabilitacji leczniczej, w tym uzdrowiskowe,

2. praktykę zawodową:

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

4 Dz.U. z 2023 r. poz. 1587

5 Dz.U. z 2017 r. poz. 1975

6 Dz.U. z 2024 r. poz. 924

7 Dz.U. z 2025 r. poz. 277

8 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.)

9 Dz.U. z 2025 r. poz. 418

10 rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2022 r. poz. 1225)

11 Dz.U. z 2024 r. poz. 757

12 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)

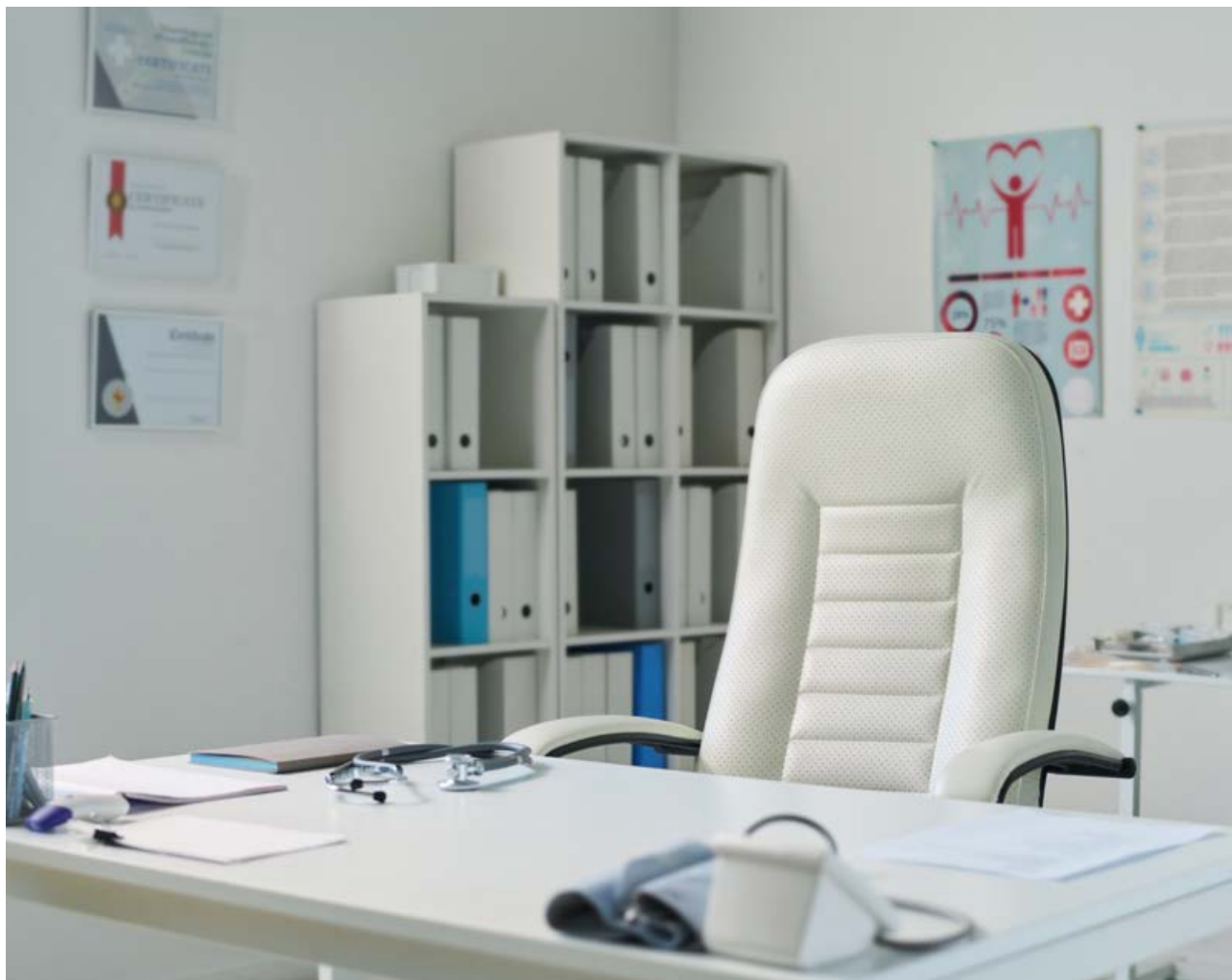
1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

W 2024 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 35 929 podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Ogółem skontrolowano 19 171, co stanowi 53,35% z ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W porównaniu z 2022 r. i 2023 r. odsetek skontrolowanych zwiększył się od 45,41% w 2022, 52,91% w 2023 r. do 53,35% w 2024 r.

Podczas kontroli w 2024 r. w 646 skontrolowanych podmiotach stwierdzono nieodpowiedni stan higieniczno-sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co stanowi zaledwie 3,37% spośród skontrolowanych.

W 470 przypadkach (2,45% skontrolowanych obiektów) odnotowano nieprawidłowości tylko higieniczno-sanitarne, w 395 obiektach (2,06% skontrolowanych obiektów) stwierdzono tylko niezadowalający stan techniczny.



Tab. 32 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
Szpitalne	1092	184	57	135
w tym szpitale jednodniowe	223	5	3	2
w tym szpitale uzdrowiskowe	33	9	2	0
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	254	14	2	11
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	128	5	3	6
Zakłady rehabilitacji leczniczej	67	4	1	3
Sanatoria	155	23	8	2
Hospicja	91	0	0	2
Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	180	10	5	1
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	13 625	341	340	198
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	836	22	14	11
Zakłady rehabilitacji leczniczej	1005	25	12	13
Inne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ogółem	1738	18	28	13
w tym uzdrowiskowe	20	0	0	1

2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

2.1. Szpitale

W 2024 r. ogółem skontrolowano 1092 szpitale na 1201 ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 376 obiektach stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ w 184 przypadkach (co stanowi 16,85% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego łącznie,
- ◆ w 57 przypadkach (co stanowi 5,22% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego,
- ◆ w 135 przypadkach (co stanowi 12,36% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu technicznego.

W porównaniu z 2023 r. skontrolowano o 6 p.p. więcej obiektów (tj. w 2023 r. – 85,76% a w 2024 r. – 90,92%). Z procentowego wyliczenia obiektów z uchybieniami można wykazać, że stan higieniczno-sanitarny i techniczny obiektów świadczących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne pozostał na zbliżonym poziomie.

2.2. Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- ◆ 254 zakłady opiekuńczo-lecznicze na 308 ujętych w ewidencji, co stanowi 82,47% objętych nadzorem,
- ◆ 128 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze na 176 ujętych w ewidencji, co stanowi 72,73% objętych nadzorem,
- ◆ 67 zakładów rehabilitacji leczniczej na 120 ujętych w ewidencji, co stanowi 55,83% objętych nadzorem,
- ◆ 155 sanatoria na 201 ujętych w ewidencji, co stanowi 77,11% objętych nadzorem,
- ◆ 91 hospicja na 126 ujętych w ewidencji, co stanowi 72,22% objętych nadzorem,
- ◆ 180 innych podmiotów oferujących usługi lecznicze na 307 ujętych w ewidencji, co stanowi 58,63% objętych nadzorem, m.in. świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, z zakresu opieki długoterminowej, leczenia uzależnień oraz psychiatrycznej opieki zdrowotnej itp.

Najczęściej występujące nieprawidłowości w podmiotach lecznictwa zamkniętego to:

- ◆ nieprawidłowe prowadzenie procesów dekontaminacji narzędzi i sprzętu medycznego,
- ◆ brak wyodrębnionych lub prawidłowo wyposażonych izolatek w oddziałach,
- ◆ niewystarczająca ilość wydzielonych gabinetów diagnostyczno-zabiegowych, punktów pielęgniarских oraz pokoi przygotowawczych pielęgniarских,

- ◆ brak bezpośredniego połączenia gabinetu badań ginekologicznych z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym,
- ◆ zbyt mała ilość w stosunku do potrzeb odpowiednio wyposażonych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych w oddziałach, w tym pomieszczeń dostosowanych dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- ◆ brak odpowiedniej wentylacji nawiewno-wywiewnej lub klimatyzacji,
- ◆ brak prawidłowo zorganizowanych brudowników i pomieszczeń porządkowych,
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, sufitów, podłóg, stolarki drzwiowej i okiennej, wyposażenia i armatury sanitariatów, co utrudnia lub uniemożliwia przeprowadzenie prawidłowej dekontaminacji powierzchni,
- ◆ uchybienia w postępowaniu z odpadami medycznymi.

Ocenie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obiektach udzielających świadczeń zdrowotnych podlegał sposób postępowania z bielizną, w tym m.in. w zakresie opracowanych i stosowanych procedur, przechowywania bielizny, wewnętrznego transportu bielizny czystej i brudnej, dezynfekcji. Kontrole w tym zakresie nie wykazały znaczących nieprawidłowości.

Obiekty, w których najczęściej występują uchybienia pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym, to sanatoria. W pozostałych podmiotach, które oferują szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, odsetek obiektów bez uchybień oscyluje w granicach 90-98%. Można zatem uznać, że ich stan higieniczno-sanitarny jest na bardzo dobrym poziomie i nie wymagają one wzmożonego nadzoru Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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,
- ◆ świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne są udzielane w przychodniach, poradniach, uzdrowiskach, w zakładach badań diagnostycznych i medycznych, laboratoriach, w tym w pojazdach specjalnego przeznaczenia, a także w miejscach pobytu pacjenta (w ramach wizyt domowych).

Spośród 32 853 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w formie ambulatoryjnego udzielania świadczeń zdrowotnych skontrolowano 17 204, tj. 52,37% (w 2023 r. 50,98%):

- ♦ w 406 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 2,36% skontrolowanych,
- ♦ w 394 przypadkach odnotowano niezadowalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 2,29% skontrolowanych,
- ♦ w 235 przypadkach odnotowano niezadowalający stan techniczny, co stanowi 1,37% skontrolowanych obiektów.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości higieniczno-sanitarne i techniczne w tych obiektach to nieodpowiednia organizacja gabinetu diagnostyczno-zabiegowego, np. brak bezpośredniego dostępu do umywalki w gabinecie, nieodpowiedni stan powierzchni ścian, podłóg, mebli i wyposażenia, uniemożliwiający zachowanie czystości i wykonanie skutecznej dezynfekcji.

Odsetek skontrolowanych placówek ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów z tej grupy ujętych w ewidencji w porównaniu z rokiem 2022 i 2023 utrzymywał się na zbliżonym, niskim poziomie.

Tab. 33 Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2020-2024 w odniesieniu do obiektów w ewidencji PIS

obiekty ogółem	wg ewidencji stan na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno- -sanitarnym	tylko technicznym
2020	35 431	4433	113	50	111
	100%	12,5%	0,32%	0,14%	0,31%
2021	33 292	8797	221	117	201
	100%	26,42%	2,51%	1,33%	2,28%
2022	33 745	15 324	470	234	360
	100%	45,41%	1,39%	0,69%	1,07%
2023	34 530	18 269	787	274	399
	100%	52,91%	2,28%	0,79%	1,16%
2024	35 929	19 171	646	470	395
	100%	54,32%	1,83%	1,33%	1,12%



3. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową – indywidualne praktyki lekarskie/pielęgniarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie/pielęgniarskie i grupowe praktyki lekarskie/pielęgniarskie

Spośród 47 866 podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w formie praktyki zawodowej skontrolowano ogółem 14 374, tj. 30,03% (w 2023 r. 29,11% w 2022 r. 19,83% w 2021 r. 8,60%, w 2020 r. – 5,19%) objętych nadzorem:

- ♦ w 106 przypadkach (0,74% skontrolowanych ogółem) stwierdzono zły stan sanitarno-higieniczny i techniczny,
- ♦ w 178 przypadkach niezadowolający stan sanitarno-techniczny (1,24% skontrolowanych ogółem),
- ♦ w 56 przypadkach zły stan techniczny (0,39% skontrolowanych ogółem).

W porównaniu z latami 2020-2023 odsetek skontrolowanych podmiotów rośnie, a odsetek obiektów z uchybieniami pozostaje na zbliżonym poziomie. Najczęściej występujące nieprawidłowości to postępowanie z odpadami medycznymi odnośnie kwalifikacji odpadów, przechowywania i transportu wewnętrznego.

Tab. 34 Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową

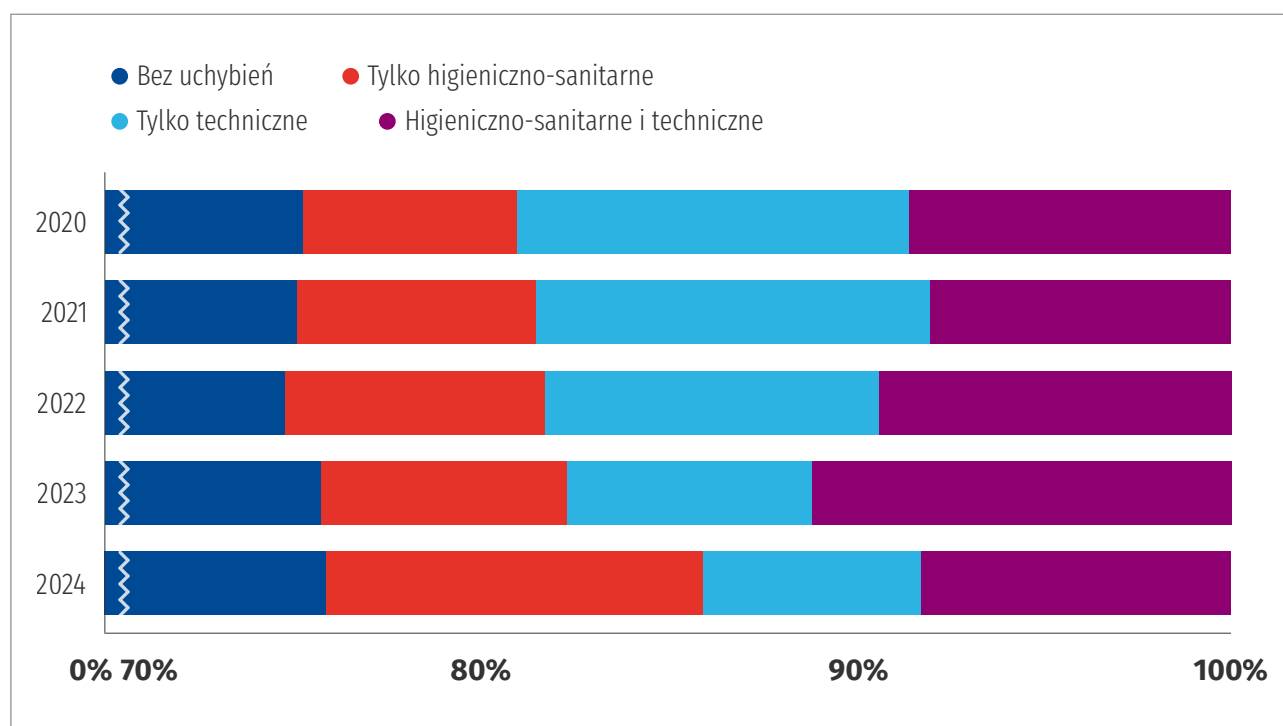
obiekty ogółem	skontrolowanych			
	ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
indywidualne praktyki lekarskie ogółem	6109	49	79	24
w tym indywidualne praktyki lekarzy dentystów	5337	43	80	21
indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie ogółem	6457	42	76	17
w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów	2218	21	38	13
grupowe praktyki lekarskie ogółem	401	7	6	3
w tym grupowe praktyki lekarzy dentystów	300	6	6	2
indywidualne praktyki pielęgniarek	546	0	4	4
indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek	86	0	0	0
grupowe praktyki pielęgniarek	190	1	1	3
inne (mieszane)	585	7	12	5

4. Podsumowanie

Ogółem w 2024 r. skontrolowano 33 545 obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne przez podmioty lecznicze oraz przez praktykę zawodową spośród 83 795 ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, to jest 40,03% (w 2023 r. 38,93%, w 2022 r. – 30,12% w 2021 r. – 15,62%). W 1851 stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny i techniczny, higieniczno-sanitarny oraz techniczny, co stanowi 5,52%.

Ocena stanu sanitarnego w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w roku 2024, w porównaniu z poprzednimi latami 2020-2023, jest na zbliżonym poziomie, odsetek skontrolowanych obiektów bez uchybień oscyluje w granicach 92–93,8%, co przedstawia poniższy wykres. Można też zauważyć, że systematycznie spada procent uchybień pod względem technicznym pomieszczeń i urządzeń.

Wyk. 53 Stan sanitarny w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w roku 2024, w porównaniu z poprzednimi latami





**DZIAŁALNOŚĆ KONTROLNA W RAMACH
BIEŻĄCEGO NADZORU SANITARNEGO
W OBSZARZE CHEMIKALIÓW**

1. Produkty biobójcze

Produkty biobójcze to substancje lub mieszaniny, składające się z jednej lub kilku substancji czynnych, których przeznaczeniem jest niszczenie, odstraszanie, unieszkodliwianie organizmów szkodliwych, zapobieganie ich działaniu lub zwalczanie ich w jakikolwiek sposób inny niż działanie czysto fizyczne lub mechaniczne. Substancja czynna oznacza substancję działającą na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim, lub mikroorganizm działający na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim.

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych, wprowadzania do obrotu wyrobów poddanych działaniu produktów biobójczych i substancji czynnych przeznaczonych do stosowania w produktach biobójczych w działalności zawodowej, sprawowany jest zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi tj.:

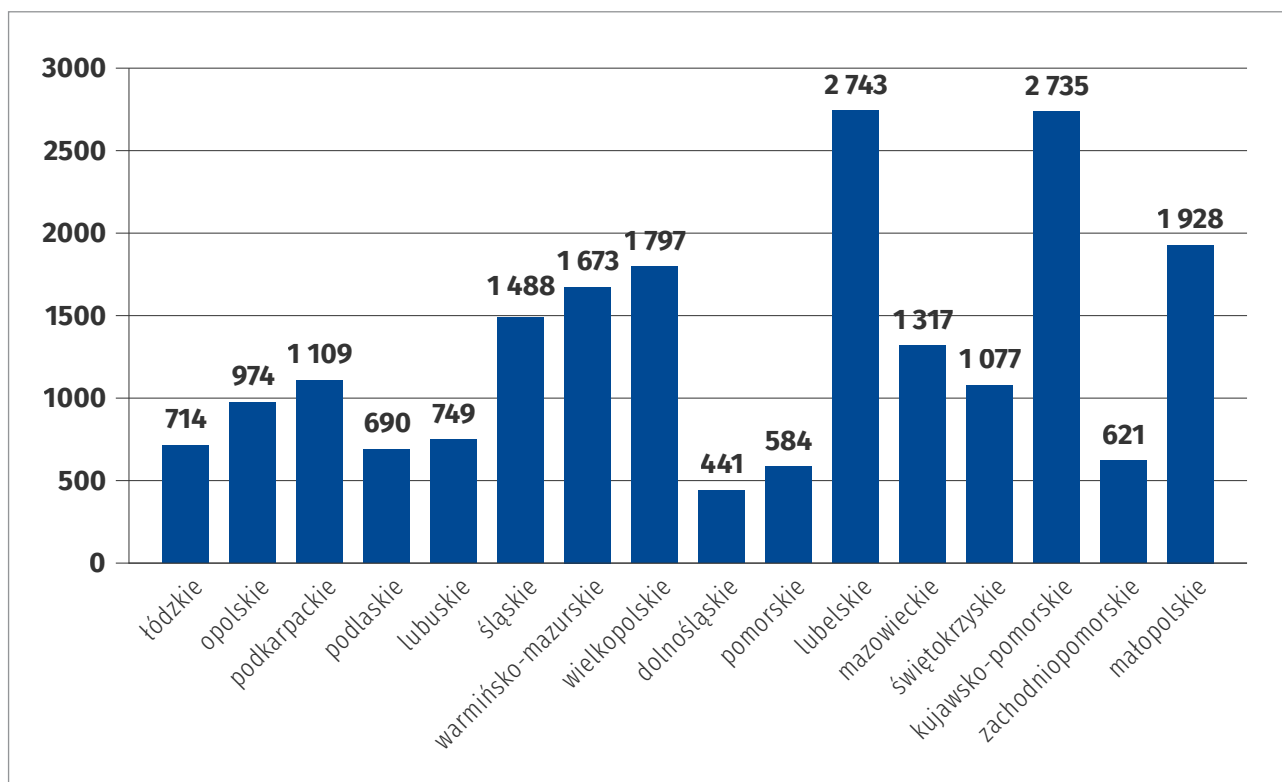
- ◆ ustawą z dnia 9 października 2015 r. *o produktach biobójczych*,
- ◆ rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 z dnia 22 maja 2012 r. *w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych*.

Zadania kontrolne obejmowały m.in. sprawdzenie:

- ◆ posiadania i ważności stosownego pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktu biobójczego, wydanego przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,
- ◆ dostępności karty charakterystyki produktu biobójczego, sporządzonej na zasadach określonych w rozporządzeniu (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady (REACH),
- ◆ obecności i statusu prawnego substancji czynnej,
- ◆ zawartości substancji nie będących substancjami czynnymi, ale wymagających rejestracji (jako składniki mieszanin w rozumieniu rozporządzenia REACH),
- ◆ zgodności przeznaczenia i rodzaju produktu biobójczego z danymi figurującymi w pozwoleniu na obrót,
- ◆ stosowania produktów biobójczych w działalności zawodowej,
- ◆ prawidłowości oznakowania opakowania produktu biobójczego,
- ◆ statusu prawnego substancji czynnych zawartych w produktach biobójczych w ramach programu przeglądu prowadzonego przez Europejską Agencję Chemikaliów (ECHA).

W 2024 r. w ramach nadzoru nad produktami biobójczymi zostało skontrolowanych łącznie **20 640** produktów biobójczych, co obejmowało **501** produktów biobójczych wprowadzanych do obrotu (pierwsze udostępnienie na rynku), **15 686** produktów biobójczych udostępnianych na rynku, **4385** produktów biobójczych stosowanych w działalności zawodowej, a także **65** wyrobów poddanych działaniu produktu biobójczego.

Wyk. 54 Liczba kontroli w zakresie produktów biobójczych wg województwa w 2024 r.



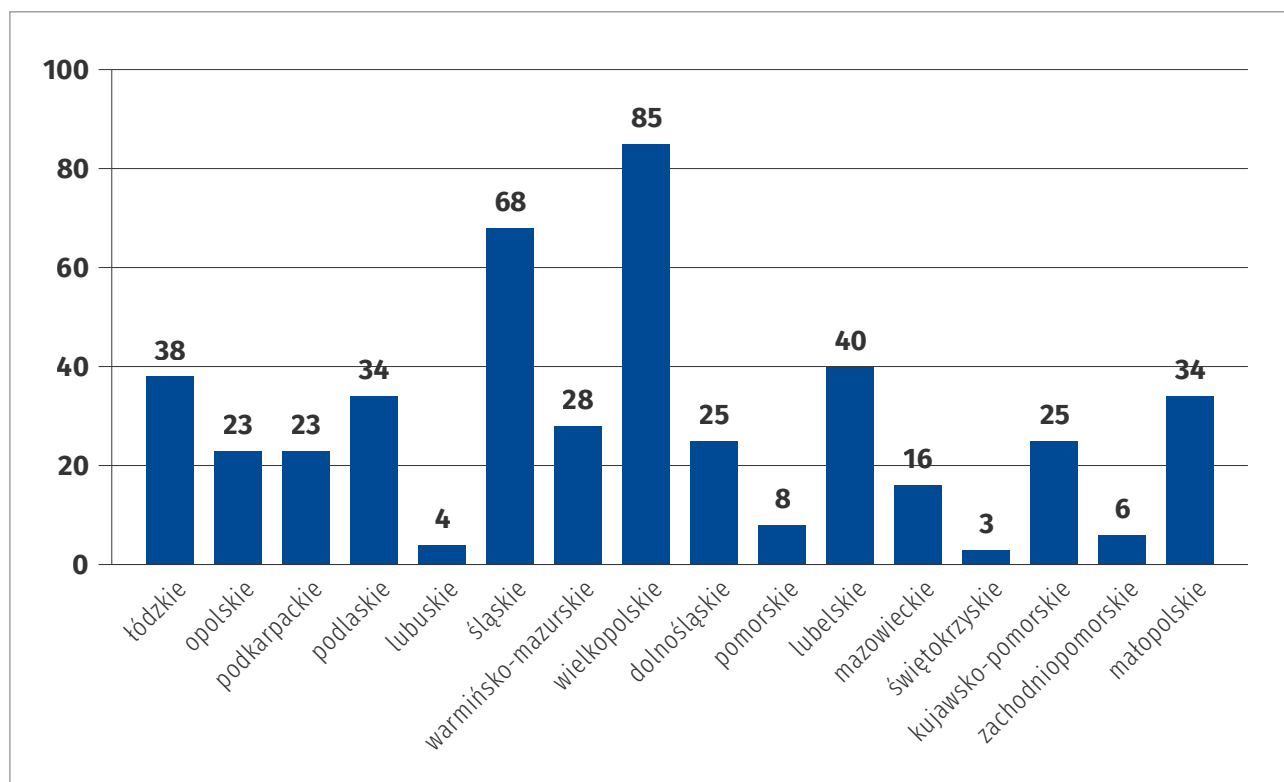
Podczas przeprowadzonych kontroli zostało wykryte **460** nieprawidłowości, obejmowały one m.in.:

- ◆ wprowadzanie produktów biobójczych bez wymaganego pozwolenia – **81**
- ◆ wprowadzanie produktów biobójczych bez wymaganego opakowania lub niewłaściwie oznakowanych – **134**
- ◆ udostępnianie produktu biobójczego na rynku niezgodnie z warunkami pozwolenia – **83**
- ◆ nieprawidłowości związane z kartą charakterystyki produktu biobójczego – **5**
- ◆ nieprawidłowości w zakresie stosowania w działalności zawodowej – **42**

W 2024 r. największy udział w prowadzonych kontrolach i wykrytych nieprawidłowościach miały produkty należące do kategorii produktowej III – zwalczanie szkodników. Było to efektem prowadzonej przez Państwową Inspekcję Sanitarną ogólnopolskiej akcji kontroli rynku, która obejmowała produkty biobójcze z grup PT 14 i PT 18, czyli rodentycydy i insektycydy, stosowane w procesach deratyzacji i dezynsekcji pomieszczeń oraz zabudowań. Celem działań było zapewnienie bezpieczeństwa użytkowników oraz ochrona zdrowia społeczeństwa poprzez eliminację niezgodnych produktów z rynku. Szczególny nacisk położono na kontrolę podmiotów specjalizujących się w sprzedaży środków do deratyzacji i dezynsekcji oraz firm stosujących te produkty w działalności zawodowej.

W ramach prowadzonych działań skontrolowanych zostało **8550** produktów biobójczych dostępnych w sprzedaży stacjonarnej i **374** produkty biobójcze dostępne w sprzedaży internetowej, a także **1003** produkty stosowane w działalności zawodowej. Łącznie poddano kontroli **48** podmiotów będących

Wyk. 55 Liczba wykrytych nieprawidłowości w zakresie produktów biobójczych wg województwa w 2024 r.



wprowadzającymi do obrotu i **2132** podmioty będące udostępniającymi na rynku oraz **272** podmioty stosujące produkty biobójcze w działalności zawodowej. Około **3,5%** skontrolowanych produktów w sprzedaży stacjonarnej i **11%** w sprzedaży internetowej, a także **3,5%** stosowanych w działalności zawodowej wykazywało niezgodności z obowiązującym prawem. W wielu przypadkach wykryte nieprawidłowości były eliminowane już podczas samych kontroli (**13%**) i nie zachodziła potrzeba prowadzenia dalszych działań. W pozostałych przypadkach wydawane były decyzje administracyjne nakazujące wstrzymanie obrotu i/lub wycofanie niezgodnych produktów. Objęły one około **362** produkty biobójcze różnego pochodzenia, przy czym w części przypadków prowadzone są dalsze postępowania wyjaśniające. Spośród kontrolowanych produktów **7,2%** nie posiadało ważnego pozwolenia na obrót, jednak najczęściej wykrytych nieprawidłowości dotyczyło niewłaściwego oznakowania (**18,5%**), a także przekroczenia terminu ważności (**15,5%**). Wykryte nieprawidłowości obejmowały również błędy w karcie charakterystyki, niewłaściwą reklamę, czy też udostępnianie niezgodnie z warunkami pozwolenia.

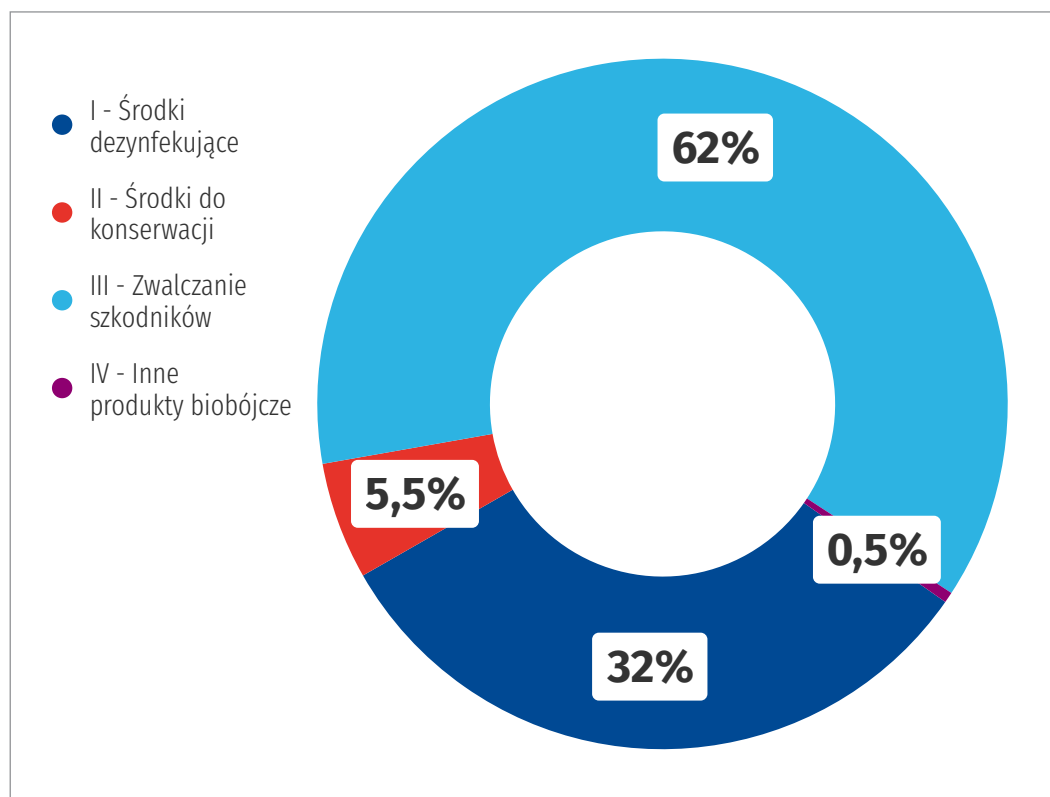
Jednocześnie zarówno w zakresie liczby kontroli, jak i wykrywanych nieprawidłowości znaczący udział w 2024 r. miały także produkty biobójcze należące do kategorii produktowej I – środki dezynfekujące. Wynikało to z faktu dużego udziału tej kategorii produktowej w rynku produktów biobójczych, co podyktowane było sezonowymi wzrostami zachorowań na infekcje wywołane przez wirusy grypy, RSV i COVID-19. Dodatkowo do tej kategorii produktowej zaliczane są również dezynfektanty i algicydy stosowane do dezynfekcji i zabezpieczania przed namnażaniem organizmów niepożądanych w przydomowych basenach kąpielowych, które to produkty biobójcze zostały objęte w 2024 r. przez



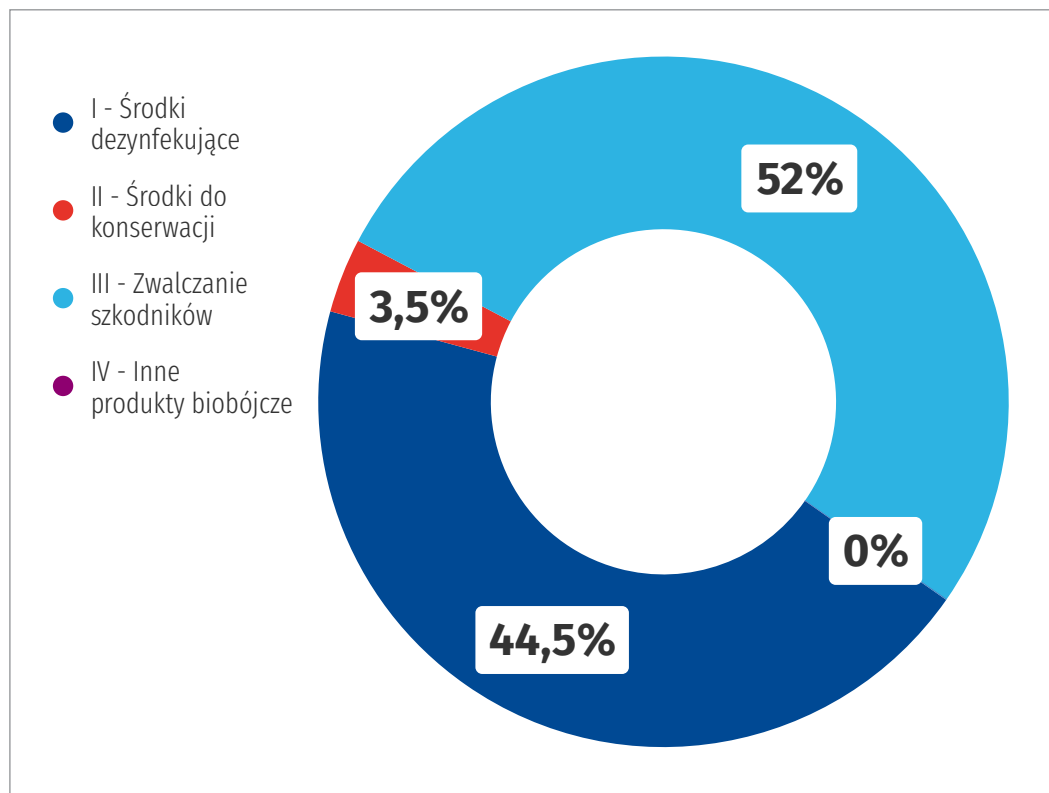
Państwową Inspekcję Sanitarną ogólnopolską sezonową akcją kontroli rynku. Akcja miała na celu zapewnienie bezpieczeństwa użytkownikom tych produktów poprzez eliminację niezgodnych produktów z rynku.

W ramach prowadzonych działań skontrolowane zostały **2332** produkty biobójcze dostępne w sprzedaży stacjonarnej i **2280** produktów biobójczych dostępnych w sprzedaży internetowej. Łącznie poddano kontroli **28** podmiotów będących wprowadzającymi do obrotu i **1324** podmioty będące udostępniającymi na rynku. Około **9%** skontrolowanych produktów w sprzedaży stacjonarnej i **7,5%** w sprzedaży internetowej wykazywało niezgodności z obowiązującym prawem. W wielu przypadkach wykryte nieprawidłowości były eliminowane już podczas samych kontroli (**47%**) i nie zachodziła potrzeba prowadzenia dalszych działań. W pozostałych przypadkach wydawane były decyzje administracyjne nakazujące wstrzymanie obrotu i/lub wycofanie niezgodnych produktów. Objęły one około **305** produktów biobójczych różnego pochodzenia, przy czym w części przypadków prowadzone są dalsze postępowania wyjaśniające. Spośród kontrolowanych produktów **7,5%** nie posiadało ważnego pozwolenia na obrót, jednak najwięcej wykrytych nieprawidłowości dotyczyło niewłaściwego oznakowania (**27%**), a także przekroczenia terminu ważności (**9,5%**). Wykryte nieprawidłowości obejmowały również błędy w karcie charakterystyki, niewłaściwą reklamę, czy też udostępnianie niezgodnie z warunkami pozwolenia.

Wyk. 56 Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w kontrolach w 2024 r.



Wyk. 57 Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w wykrytych nieprawidłowościach w 2024 r.



W 2024 r. miał miejsce szereg zatruć, w tym śmiertelnych, spowodowanych środkami ochrony roślin na bazie fosforu glinu/magnezu, stosowanymi niezgodnie z ich przeznaczeniem, przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji. Z uwagi na fakt, że na rynku dostępne były produkty biobójcze zawierające wskazane substancje czynne, które mogły być sprzedawane niezgodnie z warunkami pozwolenia – w tym osobom, które nie były przeszkolonymi użytkownikami profesjonalnymi – Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła pod koniec 2024 r. interwencyjną ogólnopolską akcję kontroli takich produktów biobójczych, obejmującą sprzedaż stacjonarną i platformy e-commerce.

W ramach akcji skontrolowane zostało **1225** produktów biobójczych. Wykryty został tylko **1** przypadek sprzedaży produktów biobójczych zawierających fosforek glinu/magnezu użytkownikom nieprofesjonalnym. Podczas prowadzonych czynności kontrolnych prowadzono także działania edukacyjne polegające m.in. na informowaniu sprzedawców o obowiązku weryfikacji klientów nabywających produkty biobójcze przeznaczone dla użytkowników profesjonalnych, toksycznym działaniu fosforowodoru na organizm człowieka, drogach narażenia, objawach zatrucia oraz postępowaniu w przypadku narażenia na fosforowodór.

2. Substancje chemiczne i ich mieszaniny

W 2024 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad wykonywaniem:

- ◆ rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. *w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH) i utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów*, poprzez kontrolę przepisów dotyczących rejestracji substancji, oceny informacji dotyczących substancji lub dokumentacji rejestracyjnej oraz wprowadzania ograniczeń produkcji, obrotu i stosowania niektórych substancji chemicznych,
- ◆ rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. *w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin (CLP)*, w aspekcie kontroli obowiązku klasyfikowania, oznakowania i pakowania przed wprowadzeniem do obrotu przez producentów, importerów i dalszych użytkowników substancji oraz mieszanin stwarzających zagrożenie.

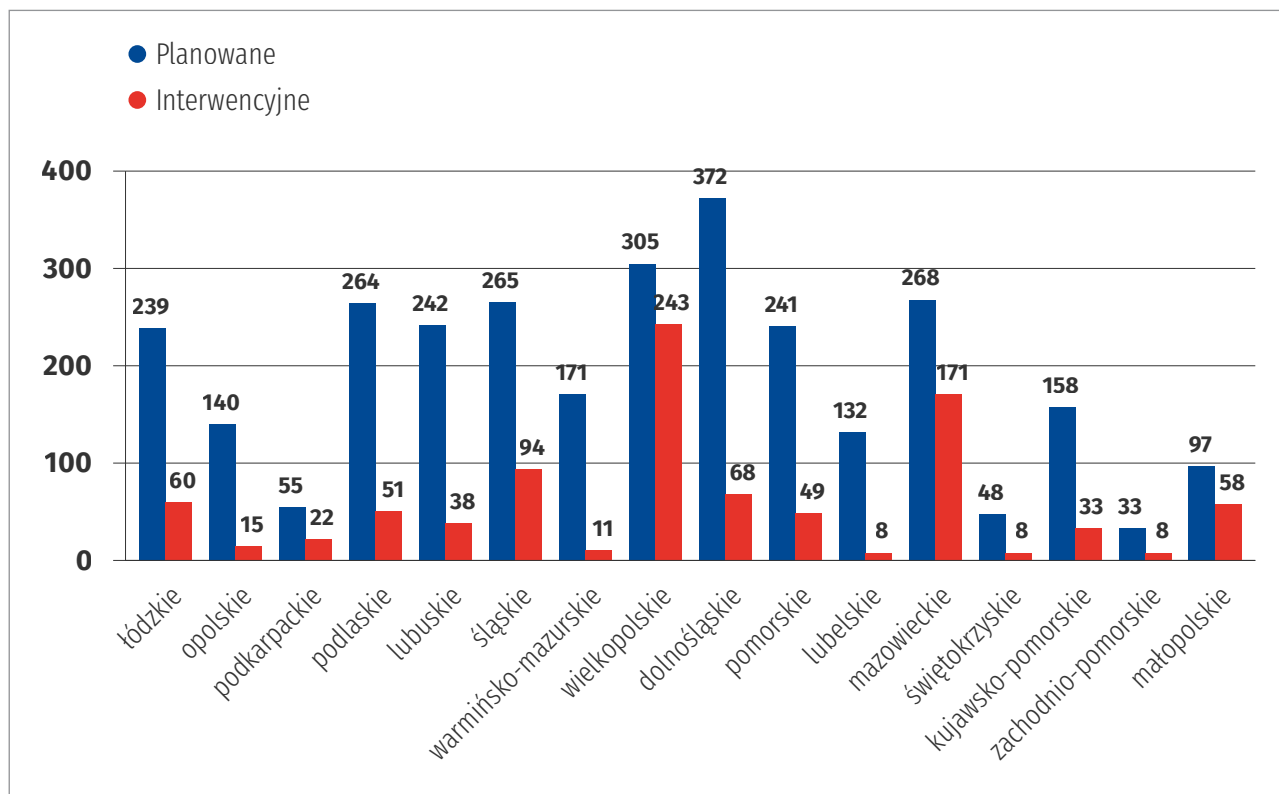
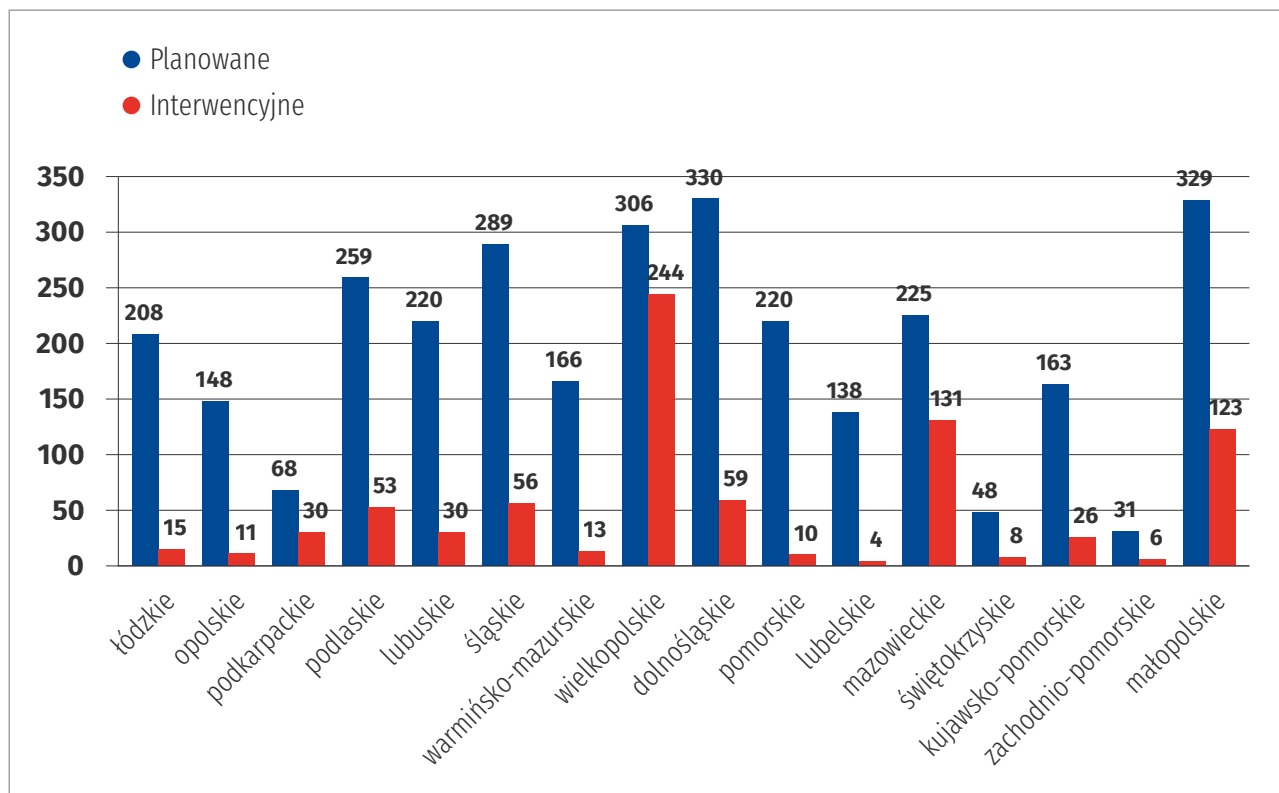
Kontrole nad przestrzeganiem przepisów rozporządzeń REACH oraz CLP prowadzone były zgodnie z ustawą z dnia 25 lutego 2011 r. *o substancjach chemicznych i ich mieszaninach*.

W 2024 r. w ramach nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami zostało przeprowadzonych **11050** kontroli sprawdzających wypełnianie obowiązków nałożonych rozporządzeniem **REACH** wśród producentów (**245**), importerów (**234**), wyłącznych przedstawicieli (**7**) i dystrybutorów (**3481**) oraz dalszych użytkowników (**7083**). W **575** przypadkach stwierdzono naruszenie przepisów rozporządzenia REACH, które skutkowało wydaniem decyzji administracyjnej. Kontrole interwencyjne (**1211**) stanowiły **12,31%** wszystkich kontroli.

Również w ubiegłym roku, w ramach nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami zostało przeprowadzonych **8598** kontroli sprawdzających wypełnianie obowiązków nałożonych rozporządzeniem **CLP** wśród producentów (**201**), importerów (**146**), wyłącznych przedstawicieli (**7**) i dystrybutorów (**3613**) oraz dalszych użytkowników (**4631**). W **233** przypadkach stwierdzono naruszenie przepisów rozporządzenia CLP, które skutkowało wydaniem decyzji administracyjnej. Kontrole interwencyjne (**997**) stanowiły **13,12%** wszystkich kontroli.

2.1. Europejski projekt REACH-EN-FORCE 12

W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach uczestnictwa w pracach Forum Europejskiej Agencji Chemikaliów ds. wymiany informacji o egzekwowaniu przepisów REACH, przeprowadziły wspólnotowy projekt REACH-EN-FORCE 12 (REF-12). W ramach projektu sprawdzano zgodność importowanych substancji, mieszanin i wyrobów z unijnymi przepisami chemicznymi. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach realizacji projektu przeprowadziły **39** kontroli, zaś Inspekcja Handlowa **116** kontroli. Raport końcowy wraz z dokładnymi statystykami REF-12 zostanie opublikowany w przyszłym roku.

Wyk. 58 Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia REACH wg województw w 2024 r. Kontrole obejmowały producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów.**Wyk. 59 Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia CLP wg województw w 2024 r. Kontrole obejmowały producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów.**

2.2. Europejski projekt REACH-EN-FORCE 11

W 2024 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przygotowały, wraz z europejskimi partnerami, raport końcowy ze wspólnotowego projektu REACH-EN-FORCE 11 (REF-11). W ramach projektu sprawdzana była zgodność kart charakterystyki (SDS) ze zmienionymi wymaganiami określonymi w załączniku II do rozporządzenia REACH, gdzie poprzez rozporządzenie (UE) 2020/878 wprowadzony został nowy format i nowa zawartość SDS. W projekcie uczestniczyło **28** państwach członkowskich, w których skontrolowano łącznie **2528** kart charakterystyki substancji i mieszanin (**155** w Polsce). Zaobserwowane niezgodności dotyczyły zwłaszcza sekcji związanych z klasyfikacją, środkami ochrony indywidualnej i właściwościami fizykochemicznymi. Szczególnie problematyczne okazały się nowe wymagania dotyczące nanoform (**67%** niezgodności) oraz substancji zaburzających gospodarkę hormonalną (**52%** niezgodności). Wiele firm nie aktualizowało SDS zgodnie z przepisami (**21%** niezgodności), a tylko **32%** podało wymagane numery zezwoleń. Pomimo stwierdzonych niezgodności, projekt REF-11 na poziomie europejskim wykazał poprawę w zakresie zgodności kart charakterystyki z nowymi wymogami prawnymi w porównaniu z poprzednimi latami. Raport końcowy z projektu dostępny jest na stronie internetowej Europejskiej Agencji Chemikaliów w języku angielskim.

3. Detergenty

Detergent oznacza jakąkolwiek substancję lub mieszaninę zawierającą mydło i/lub inną substancję powierzchniowo czynną, przeznaczoną do procesów prania, mycia i czyszczenia. Detergenty wprowadzane są do obrotu w celu używania ich w gospodarstwach domowych, obiektach użyteczności publicznej lub do celów przemysłowych.

Nadzór nad detergentami w 2024 r. prowadzony był przez kontrolę spełniania wymagań oraz oznakowania detergentów przez podmioty wprowadzające do obrotu zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 648/2004 z dnia 31 marca 2004 r. *w sprawie detergentów* oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. *w sprawie klasyfikacji i pakowania substancji i mieszanin*, zmieniające i uchylające dyrektywy 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1907/2006.

Rozporządzenie ws. detergentów przechodzi obecnie rewizję. W projekcie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie detergentów i środków powierzchniowo czynnych zmieniającego rozporządzenie (UE) 2019/1020 i uchylającego rozporządzenie (WE) nr 648/2004 wprowadzone mają zostać zmiany, które dotyczą m.in.:

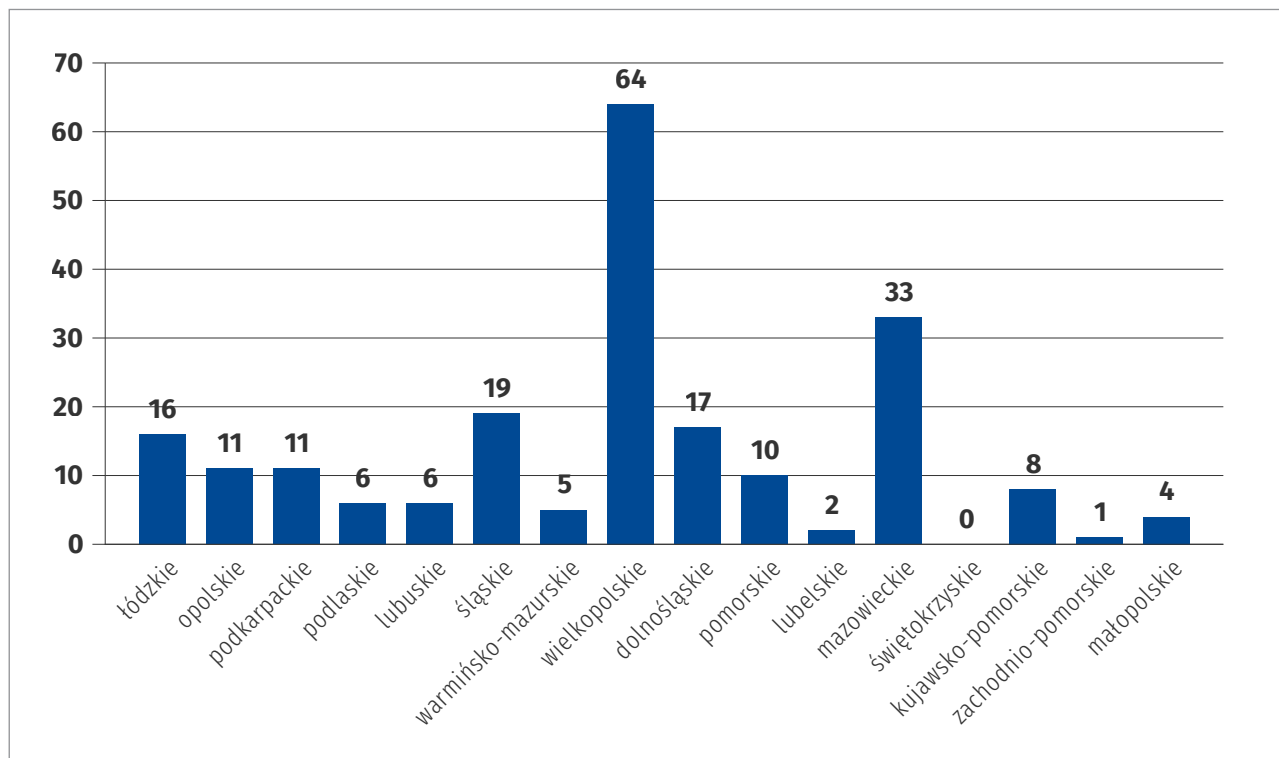
- ◆ wymagań w zakresie oznakowania wraz z digitalizacją etykiety detergentów,
- ◆ wprowadzenia paszportu produktowego i jego weryfikacji podczas kontroli celnej,



- ◆ nadzoru nad sprzedażą detergentów sprzedawanych z dużych opakowań do opakowań klienta – tzw. refill sale,
- ◆ oceny zgodności detergentów oraz środków powierzchniowo czynnych przez producentów oraz stosowania oznakowania w tym zakresie,
- ◆ kontroli wymagań w zakresie biodegradowalności w stosunku do substancji lub mieszanin zawartych w detergentach,
- ◆ kontroli wymagań w przypadku obecności/zastosowania w składzie substancji CMR kat. 2 i substancji zaburzających gospodarkę hormonalną (ED),
- ◆ ograniczenia substancji niebezpiecznych mogących występować w produktach kosmetycznych, w szczególności substancji zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego (ED).

W 2024 r. w ramach nadzoru nad detergentami zostało przeprowadzonych **213** kontroli podmiotów wprowadzających do obrotu detergenty, tj. producentów detergentów, w tym **105** kontroli planowanych oraz **108** kontroli interwencyjnych. Nieprawidłowości obejmowały nieprzestrzeganie art. 34 i 35 ustawy o *substancjach chemicznych i ich mieszaninach*, które dotyczyły nieprawidłowości w zakresie wprowadzania do obrotu środków powierzchniowo czynnych przeznaczonych do stosowania w detergentach oraz braku lub niewłaściwego oznakowania. Wydane zostało **28** decyzji administracyjnych, z czego **15** decyzji dotyczyło kontroli planowanych, zaś **13** kontroli interwencyjnych.

Wyk. 60 Liczba kontroli w zakresie detergentów wg województwa w 2024 r.



4. Produkty kosmetyczne

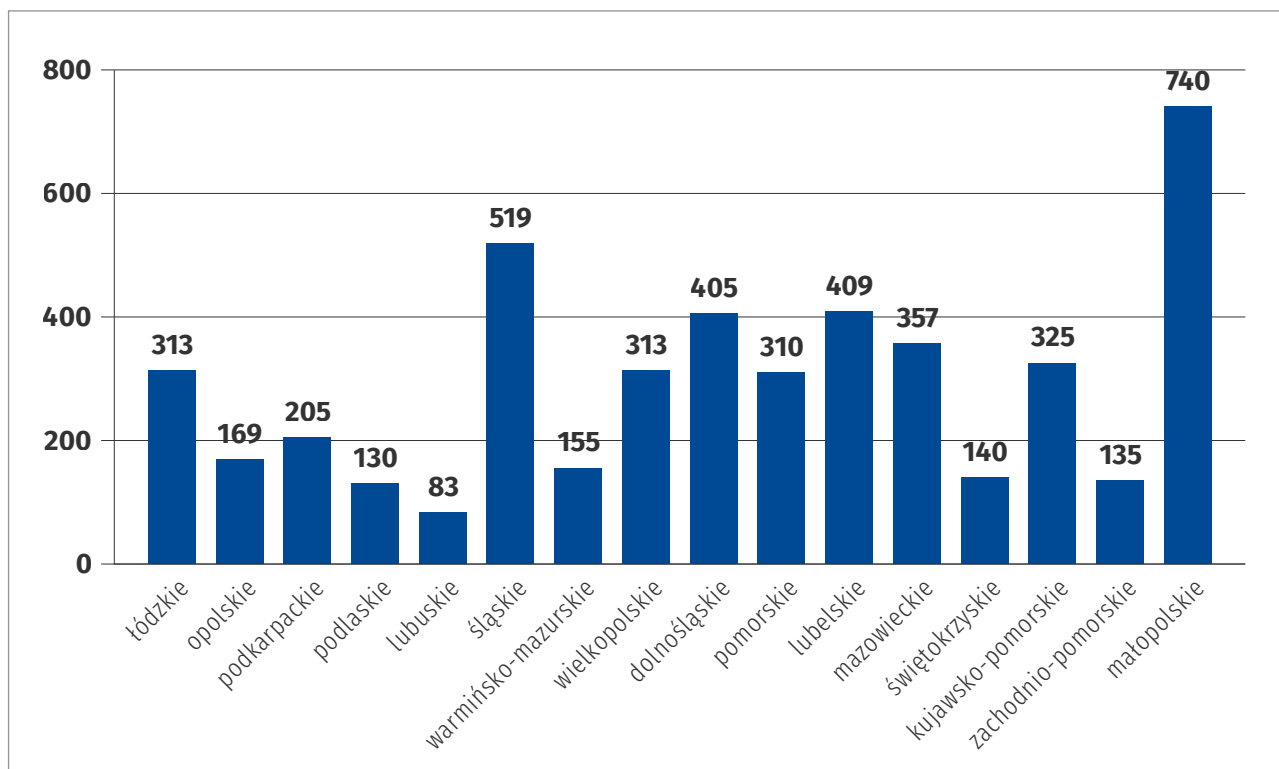
Produkt kosmetyczny to każda substancja lub mieszanina przeznaczona do kontaktu z zewnętrznymi częściami ciała ludzkiego (naskórkiem, owłosieniem, paznokciami, wargami oraz zewnętrznymi narządami płciowymi) lub z zębami oraz błonami śluzowymi jamy ustnej, której wyłącznym lub głównym celem jest utrzymywanie ich w czystości, perfumowanie, zmiana ich wyglądu, ochrona, utrzymywanie w dobrej kondycji lub korygowanie zapachu ciała.

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie produktów kosmetycznych sprawowany jest zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi tj.:

- ◆ ustawą z dnia 4 października 2018 r. *o produktach kosmetycznych*,
- ◆ rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 30 listopada 2009 r. nr 1223/2009 *dotyczącym produktów kosmetycznych*.

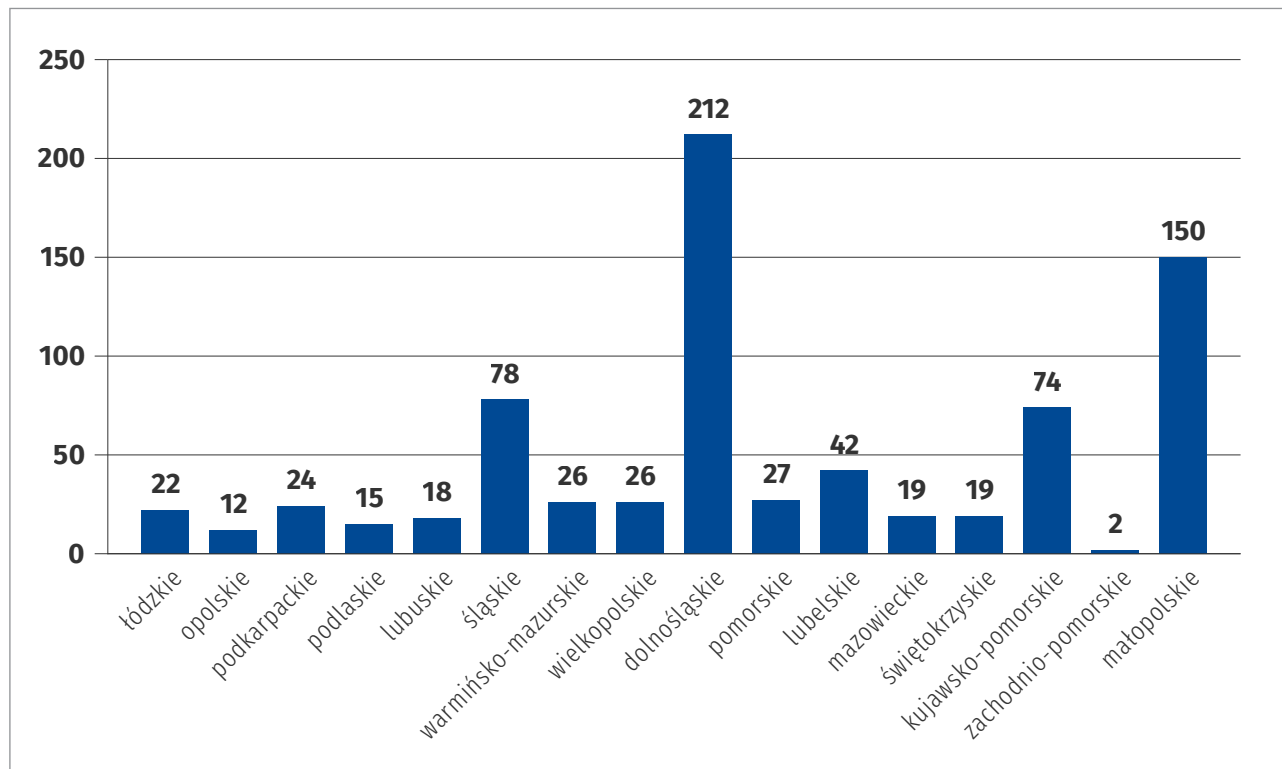
Nadzór obejmował w szczególności kontrole dokumentacji produktów kosmetycznych w aspekcie oceny bezpieczeństwa oraz warunków wytwarzania produktów kosmetycznych i wprowadzenia zasad dobrej praktyki produkcji. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również kontrolę produktów udostępnianych konsumentom w sklepach. W 2024 r. przeprowadzono **4 708** kontroli i rekontroli obejmujących zakres działania organów PIS.

Wyk. 61 Liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wg województw w 2024 r.



Liczba wydanych decyzji w ramach prowadzonego bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie produktów kosmetycznych wyniosła w 2024 r. **766**.

Wyk. 62 Liczba wydanych decyzji w zakresie produktów kosmetycznych wg województw w 2024 r.



W 2024 r. w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX/ Safety Gate) organy PIS otrzymały **68** powiadomień dotyczących produktów kosmetycznych uznanych za mogące stwarzać zagrożenie dla zdrowia konsumentów, dla których osoby odpowiedzialne – w myśl przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 zdefiniowane jako producenci lub importerzy – znajdowały się na terenie Polski lub dla których w liście dystrybucji wskazano podmioty z terenu Polski. **66** notyfikacji obejmowało produkty kosmetyczne – głównie perfumy i wody toaletowe, dla których w składzie podanym na opakowaniu wskazano zawartość liliu. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły działania kontrolne i weryfikowały zgłoszenia. Można natomiast stwierdzić, że notyfikowane w systemie RAPEX/Safety Gate produkty zostały udostępnione na rynku przed wejściem w życie zakazu stosowania ww. substancji. Z powiadomień otrzymanych w ramach systemu RAPEX/Safety Gate **2** odnosiły się do niewłaściwej jakości mikrobiologicznej produktów kosmetycznych. Kosmetyki te nie były wyprodukowane w Polsce. Główny Inspektorat Sanitarny umieścił na swojej stronie ostrzeżenia o ich możliwej dostępności na terenie kraju.

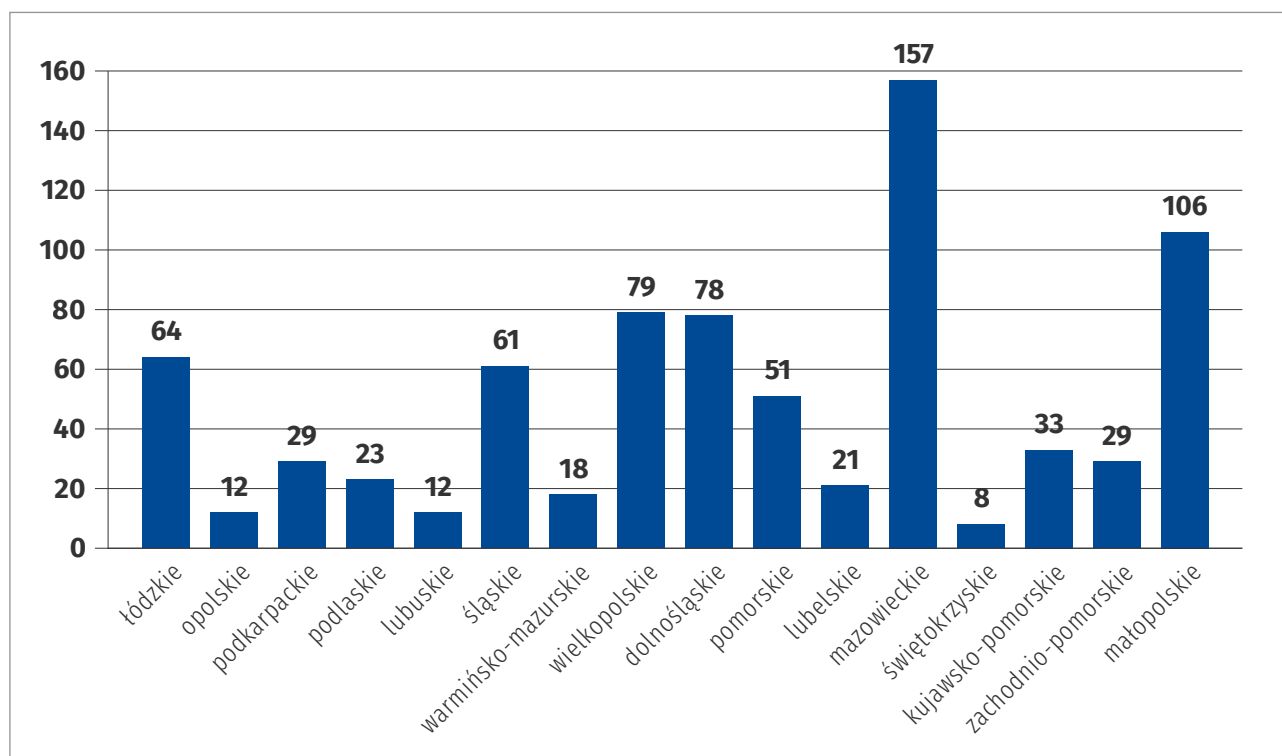
W 2024 r. w ramach działań związanych z nadzorem nad produktami kosmetycznymi prowadzono m.in. akcję związaną z analizą czystości mikrobiologicznej produktów kosmetycznych. Akcja skupiała się na produktach przeznaczonych do stosowania w okolicach oczu np. kremy pod oczy, produkty do demakijażu. Próbkę kosmetyków do badań pobierane były w większości w dystrybucji, do badań typowano



kosmetyki polskich producentów. Zgodnie z zaraportowanymi wynikami do badań pobrano **434** próbki, z czego niezgodne z wymaganiami były **3**. Wskazuje to na wysoką jakość mikrobiologiczną analizowanych produktów. Czystość mikrobiologiczna kosmetyków jest ważnym parametrem bezpieczeństwa zdrowia konsumentów. Kryteria jakości mikrobiologicznej oraz metody badań kosmetyków określone są w szeregu norm ISO. Zgodnie z normą PN-EN ISO 17516:2014-11 Kosmetyki – Mikrobiologia – Limity mikrobiologiczne, produkty stosowane w okolicach oczu są zaliczane do Kategorii I i mają ostrzejsze wymagania mikrobiologiczne.

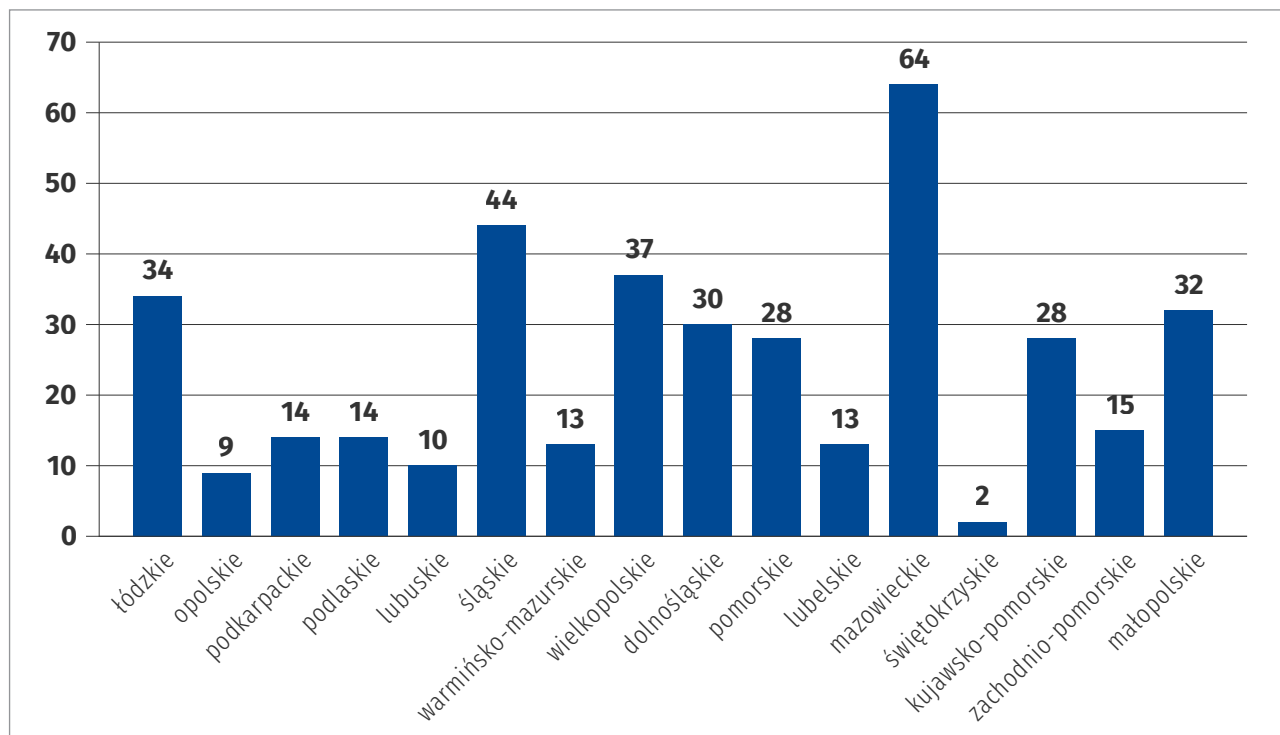
W celu monitorowania przestrzegania zasad dobrej praktyki produkcji produktów kosmetycznych ustawa z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych wprowadziła obowiązek rejestracji zakładów, w których są wytwarzane lub konfekcjonowane produkty kosmetyczne. Od czasu wprowadzenia rejestracji zakładów wytwórczych odnotowywano wzrost liczby zarejestrowanych przedsiębiorstw wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne – z ok. 300 w 2019 r. do 794 w 2023 r. – w 2024 r. zarejestrowanych było **781** zakładów.

Wyk. 63 Liczba zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województw w 2024 r.



W 2024 r. w ramach działań związanych z nadzorem nad produktami kosmetycznymi prowadzono również akcję związaną z kontrolą warunków wytwarzania produktów kosmetycznych. Akcja skupiała się w szczególności na małych zakładach wytwórczych, tzw. produkcji „domowej”, zakładach nowo zgłoszonych lub kontrolowanych w odległym terminie. W ramach akcji skontrolowano **387** zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne. W wyniku kontroli, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano **35** decyzji.

Wyk. 64 Liczba zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne skontrolowanych w ramach akcji kontrolnej, wg województw, w 2024 r.



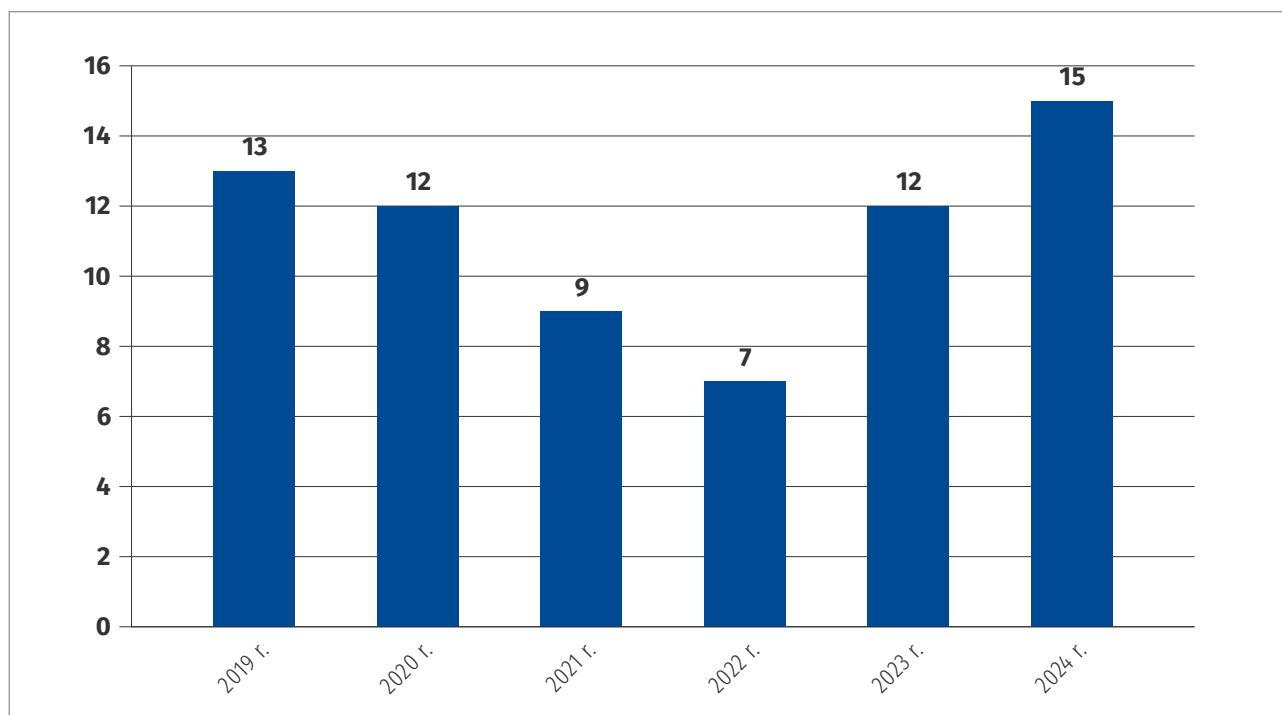
Zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych, aby zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzi, wytwarzanie kosmetyków ma odbywać się zgodnie z dobrą praktyką produkcji (GMP). Zasady GMP dla kosmetyków określone są w normie EN ISO 22716:2007 Kosmetyki – Dobre Praktyki Produkcji (GMP) – Przewodnik Dobrych Praktyk Produkcji (ISO 22716:2007). Norma ta ma charakter ogólny i powinna zostać dostosowana do specyfiki danego miejsca wytwarzania produktu kosmetycznego. Wymagania dotyczące warunków wytwarzania i rejestracji zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne odnoszą się do wszystkich wytwórców niezależnie od rodzaju produktów i skali produkcji. Obejmują również „domową produkcję” oraz „kosmetyki naturalne”.

Przepisami ustawy o produktach kosmetycznych został powołany System Informowania o Ciężkich Działaniach Niepożądanych Spowodowanych Użyciem Produktów Kosmetycznych, który jest prowadzony przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2024 r. do Ośrodka Administrującego Systemem wpłynęło **15** zgłoszeń:

- ◆ **6** przypadków zostało zgłoszonych przez osobę odpowiedzialną,
- ◆ **7** spraw zostało przekazanych przez użytkowników końcowych,
- ◆ **2** zgłoszenia zostały dostarczone przez dystrybutora (jedno z nich pokrywało się ze zgłoszeniem osoby odpowiedzialnej).

Po weryfikacji, **2** przypadki zgłoszone przez użytkowników końcowych w 2024 r. zostały zakwalifikowane jako ciężkie działanie niepożądane.

Wyk. 65 Liczba zgłoszeń ciężkich działań niepożądanych w latach 2019-2024



Z potwierdzonych 8 przypadków ciężkich działań niepożądanych – 3 zgłoszenia dotyczyły kosmetyków do pielęgnacji ciała, 3 produktów do makijażu oraz demakijażu, a 2 kosmetyków do pielęgnacji twarzy.

W 2024 r. nie wpłynęło żadne zgłoszenie dotyczące produktów do farbowania włosów, które są uważane za potencjalnie najbardziej uczulające.

Należy podkreślić, że wystąpienie ciężkiego działania niepożądanego nie oznacza niezgodności produktu kosmetycznego z wymaganiami. Działanie takie jest indywidualną reakcją organizmu użytkownika związaną z jego osobistą wrażliwością i własnymi odczuciami, dlatego bardzo istotny jest wnikliwy proces weryfikacji i fachowa analiza przypadku przez zespół ekspertów w dziedzinie alergologii, dermatologii jak również toksykologii.

5. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3

Prekursory narkotyków to substancje chemiczne, które mogą być wykorzystywane do nielegalnego wytwarzania środków odurzających i substancji psychotropowych.

Nadzór nad obrotem prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 sprawowany jest poprzez kontrolę przepisów:

- ◆ ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ◆ rozporządzenia (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lutego 2004 r. w sprawie prekursorów narkotykowych,

- ◆ rozporządzenia Rady (WE) nr 111/2005 z dnia 22 grudnia 2004 r. *określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi*,
- ◆ rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2015/1013 z dnia 25 czerwca 2015 r. *ustanawiającego przepisy dotyczące rozporządzenia (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie prekursorów narkotykowych i rozporządzenia Rady (WE) nr 111/2005 określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi*,
- ◆ rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2015/1011 z dnia 24 kwietnia 2015 r. *uzupełniającego rozporządzenie (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady, w sprawie prekursorów narkotykowych i rozporządzenie Rady (WE) nr 111/2005 określające zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi oraz uchylającego rozporządzenie Komisji (WE) nr 1277/2005*,
- ◆ rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2020/1737 z dnia 14 lipca 2020 r. *zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie Rady (WE) nr 111/2005 w odniesieniu do włączenia niektórych prekursorów narkotyków do wykazu substancji sklasyfikowanych*.

Prekursory narkotyków zostały podzielone na cztery kategorie w zależności od wielkości ryzyka związanego z wytworzeniem z nich substancji psychoaktywnej. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór nad obrotem prekursorami kategorii 2 i 3.



Tab. 35 Prekursory kat. 2 i 3

Kategoria 2		Kategoria 3
Kategoria 2A	Kategoria 2B	
Bezwodnik octowy	Kwas antranilowy	Kwas chlorowodorowy
Czerwony fosfor	Kwas fenylloctowy	Kwas siarkowy (VI)
	Piperydyna	Aceton
	Nadmanganian potasu	Eter etylu
		Keton metylowo-etylowy
		Toluen

Zgodnie z art. 44 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu narkomanii* nadzór nad prekursorami kat. 2 i 3 sprawuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny właściwy ze względu na siedzibę wytwórcy, importera lub innego podmiotu wprowadzającego do obrotu, poprzez:

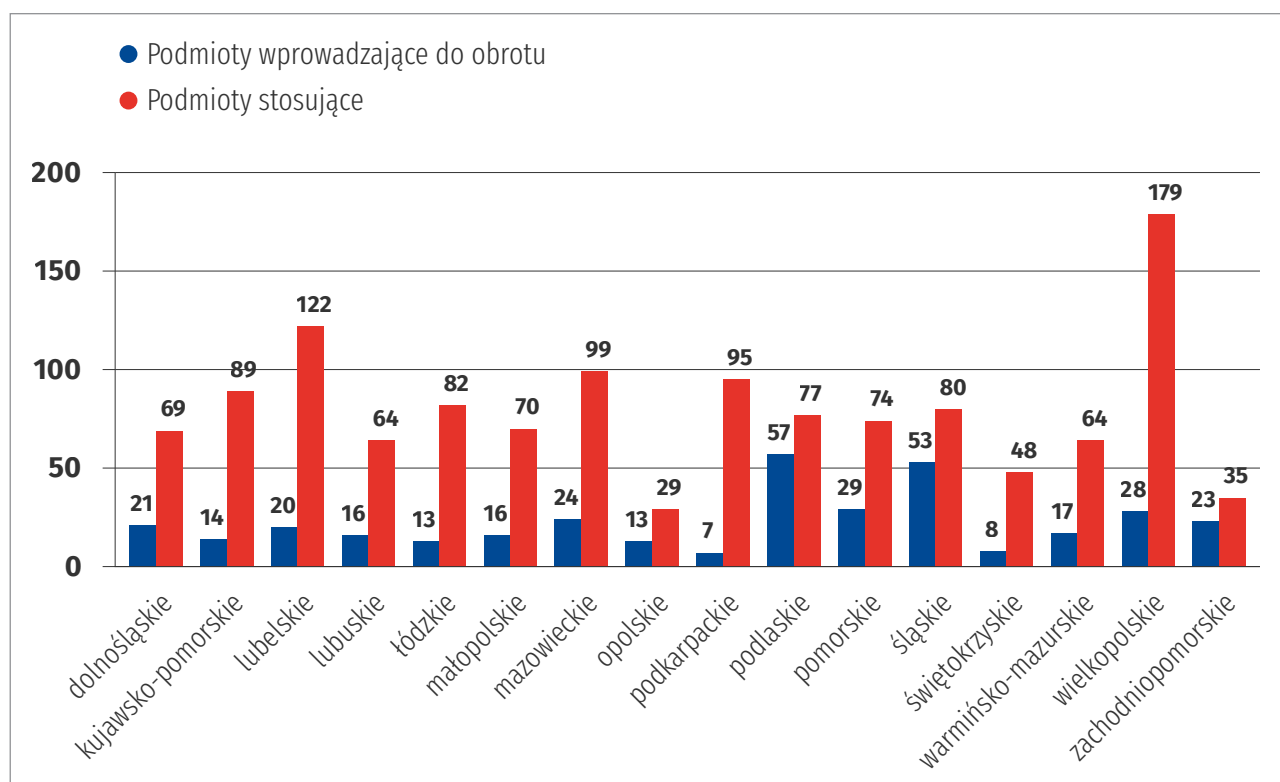
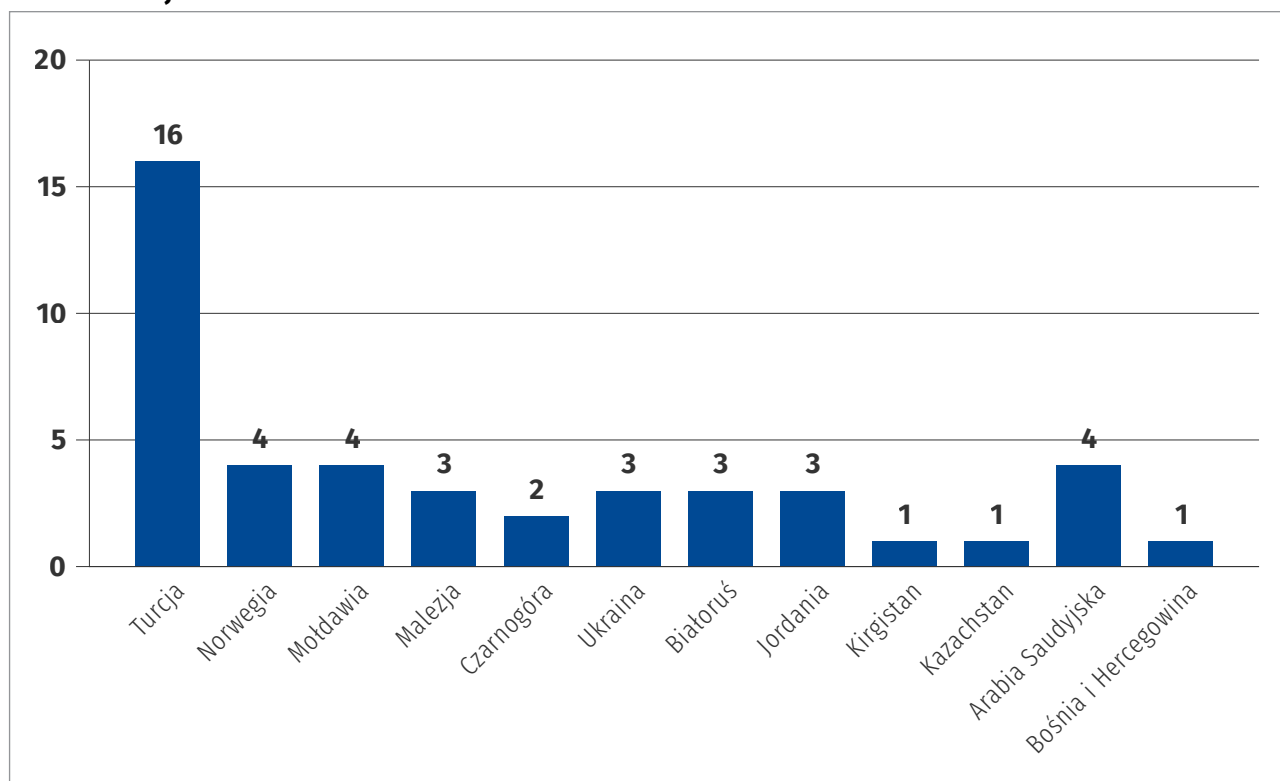
- ◆ kontrolę realizacji obowiązków nałożonych na producenta, importera lub inny podmiot wprowadzający do obrotu wynikających z ustawy, rozporządzenia 273/2004 i rozporządzenia 111/2005,
- ◆ wydawanie pozwoleń – na zasadach i w trybie określonych w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, rozporządzenia 273/2004 i rozporządzenia 111/2005.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 przeprowadziły w 2024 r. **1635** kontroli, w tym skontrolowano **359** podmiotów wprowadzających do obrotu prekursory narkotyków kategorii 2 i 3, a także **1276** podmioty stosujące te substancje w działalności gospodarczej.

Podczas **4** kontroli stwierdzono naruszenia przepisów w zakresie prekursorów narkotyków.

Zgodnie z art. 44 ust. 3 wspomnianej ustawy, organem właściwym do występowania do krajów trzecich z powiadomieniem przed wywozem w zakresie prekursorów kat. 2 i 3, o którym mowa w art. 11 ust. 1 i 2 rozporządzenia 111/2005, jest Główny Inspektor Sanitarny. W tym celu wykorzystuje się system powiadomień przed wywozem (PEN Online) oraz formularz powiadomienia o ruchu substancji chemicznych MCRN.

W 2024 r. Główny Inspektorat Sanitarny wysłał **45** powiadomień do 12 krajów trzecich przed wywozem prekursorów kat. 2 i 3. Dla porównania w 2023 r. wysłano **61** powiadomień do **13** krajów trzecich, w 2022 r. wysłano **66** powiadomień do 13 krajów trzecich, zaś w 2021 r. **43** powiadomienia do 9 krajów trzecich.

Wyk. 66 Liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie prekursorów narkotyków w 2024 r. z podziałem na województwa**Wyk. 67 Liczba wysłanych powiadomień w systemie PEN Online przed wywozem prekursorów kat. 2 i 3 z podziałem na kraje w 2024 r.**

W sprawach importu do Polski prekursorów kat. 2 i 3 za pośrednictwem systemu PEN Online odebrano w 2024 r. **11** powiadomień, w 2023 r. – **17**, w 2022 r. – **16** zaś w 2021 r. – **20**.

W 2024 r. w systemie PEN Online odnotowano następującą liczbę powiadomień przed przywozem do Polski prekursorów kategorii 2 i 3:

- ◆ Chiny – 7,
- ◆ Indie – 3,
- ◆ Stany Zjednoczone Ameryki – 1.

6. Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 2024, poz. 416) do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów dotyczących zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2023, poz. 1939, zwana dalej „ustawą o p.n.”).

Nową substancją psychoaktywną, zgodnie z definicją zawartą w ustawie o p.n., jest każda substancja lub grupa substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działająca na ośrodkowy układ nerwowy, inna niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzająca zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określona w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3, tj. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U. 2024, poz. 1139, zwane dalej „rozporządzeniem ws. wykazu”). Wszelkie nielegalne działania związane z m.in. wytwarzaniem, przetwarzaniem, wprowadzaniem do obrotu, czy udzielaniem osobie trzeciej podlegają przepisom karnym, określonym w Rozdziale 7 ustawy o p.n.

Środkiem zastępczym jest produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może zostać użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie odrębnych przepisów. Wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu środków zastępczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest zakazane i podlega karze pieniężnej w wysokości od 20 000 zł do 1 000 000 zł (art. 52a ustawy o p.n.).

6.1. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych. Działania kontrolne.

W ostatnich latach, dzięki działaniom Państwowej Inspekcji Sanitarnej dostęp do środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych na terenie Polski był bardzo ograniczony. Kolejne nowelizacje ustawy o p.n. oraz działania kontrolne prowadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej spowodowały zniknięcie z przestrzeni publicznej tzw. miejsc sprzedaży produktów kolekcjonerskich, czyli nowych narkotyków. Ponadto dzięki kolejnym nowelizacjom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. *w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych* większość środków zastępczych została już uregulowana, w związku z czym wszelka nielegalna działalność związana m.in. z wytwarzaniem, przetwarzaniem, wprowadzaniem do obrotu, czy też udzielaniem osobie trzeciej podlega przepisom karnym i działaniom organów ścigania.

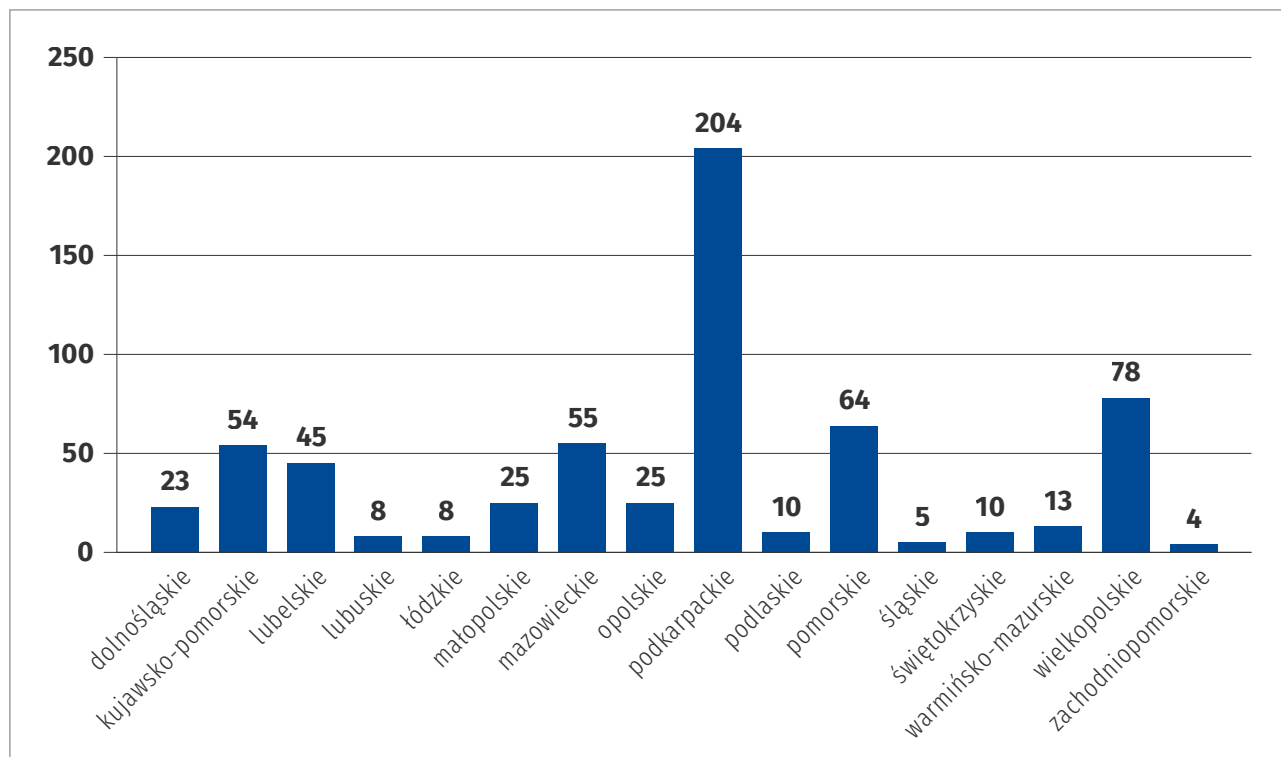
Włączenie do wykazu nowych substancji psychoaktywnych wspomnianego rozporządzenia grup związków w postaci ogólnego wzoru strukturalnego oznacza, że kontrolowane mogą być nie tylko te substancje, które zostały znalezione na rynku i są literalnie zapisane, ale także substancje, które potencjalnie mogą pojawić się w wyniku ich późniejszych modyfikacji. Uwzględniając takie przepisy, polskie prawo kompleksowo reguluje obszar nowych narkotyków, gdyż chroni przed niekontrolowanym pojawieniem się kolejnych modyfikacji istniejących substancji psychoaktywnych, a tym samym chroni i zabezpiecza obywateli przed legalnym pojawieniem się takiej substancji i zagrożeniami związanymi z jej użyciem.

W toku prowadzonej działalności nadzorczej w 2024 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ przeprowadzili **631** kontroli w punktach prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorców podejrzanych o wprowadzanie do obrotu środków zastępczych,
- ◆ liczba podmiotów oferujących w sprzedaży środki zastępcze wyniosła **3**,
- ◆ zabezpieczono **73** opakowania produktów,
- ◆ w wyniku działań państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych wydano **7** decyzji z art. 44c ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (ustawa o p.n.) tj. *w przypadku stwierdzenia wytwarzania lub wprowadzania do obrotu produktu, co do którego zachodzi uzasadnione podejrzenie, że jest on środkiem zastępczym, właściwy ze względu na miejsce wytwarzania lub wprowadzania do obrotu państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, wstrzymanie wytwarzania tego produktu lub wycofanie go z obrotu, na czas niezbędny do przeprowadzenia badań mających na celu ustalenie, czy jest on środkiem zastępczym, nie dłuższy jednak niż 18 miesięcy.*



Wyk. 68 Liczba kontroli w punktach prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorców podejrzanych o wprowadzanie do obrotu środków zastępczych w 2024 r.



6.2. Rejestr zatruc środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi

W celu ograniczania zagrożeń, jakie mogą powodować środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne Główny Inspektor Sanitarny prowadzi rejestr zatruc środkami zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi. Obowiązki związane z procedurą zgłaszania ww. zatruc określone zostały w art. 30a ustawy o p.n.

Zgodnie z § 2 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. 2021, poz. 226) rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej jako System Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD).

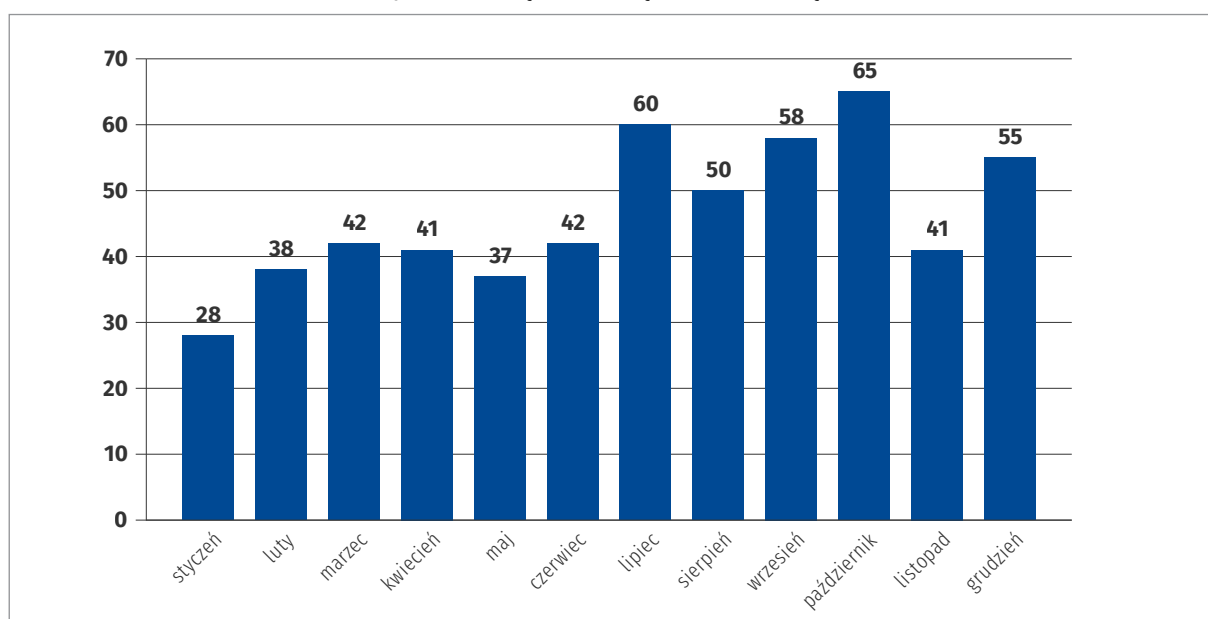
Podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz podmioty przeprowadzające badanie pośmiertne zgłaszają państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu ze względu na siedzibę tego podmiotu, wystąpienie zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną albo podejrzenie wystąpienia takiego zatrucia albo zgonu, którego przyczyną mogło być albo było zatrucie środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną.

Dane ze SMIOD służą do sporządzenia corocznego Raportu Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczącego zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce.

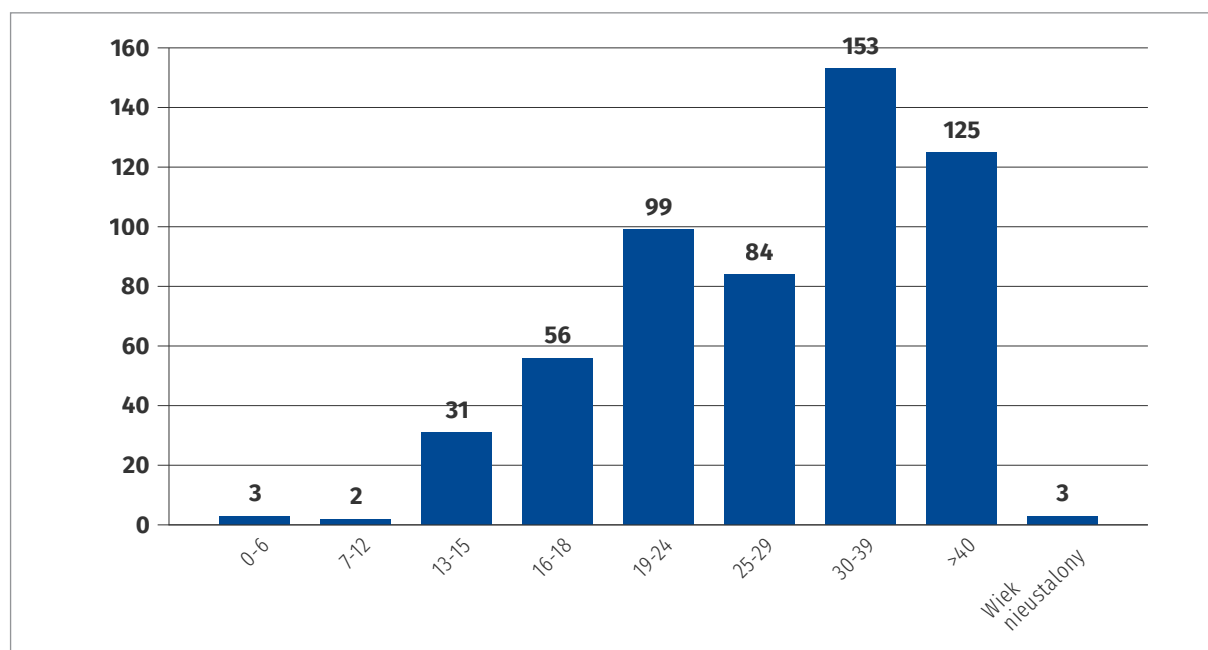
Zgodnie z zapisami art. 30a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Główny Inspektor Sanitarny sporządza raport dotyczący zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną za dany rok, który do dnia 31 marca roku następnego udostępnia na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej. Raport za 2024 r. oraz wersje z lat ubiegłych są dostępne na podstronie BIP GIS.

Z zebranych danych wynika, że w 2024 r. odnotowano 557 przypadków zatruc i podejrzeń zatruc spowodowanych zażyciem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, zgłoszonych przez podmioty lecznicze oraz podmioty wykonujące badania pośmiertne.

Wyk. 69 Liczba zatruc środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2024 r. z podziałem na miesiące.



Wyk. 70 Liczba zatruc środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2024 r. w poszczególnych grupach wiekowych.



Tab. 36 Liczba zatruć środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2024 r. w poszczególnych grupach wiekowych.

Przedział wiekowy	Liczba zgłoszeń
Razem do 18 r.ż.	92
Razem powyżej 18 r.ż.	461
Suma	557

Główny Inspektor Sanitarny zbiera informacje o zgonach spowodowanych użyciem środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych. Przypadki zgłoszone do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej są weryfikowane i poddawane analizie. W SMIOD zaraportowano **41** przypadków zgonów w 2024 r. związanych z zażyciem substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy. Żaden ze zgonów nie był skutkiem użycia środka zastępczego, spośród wszystkich zgłoszeń:

- ◆ w **5** przypadkach potwierdzono zgon, po którym w badaniu pośmiertnym wykryto nową substancję psychoaktywną: alfa-etyloaminopentiofenon (N-etylonorpentedron, NEP),
- ◆ **1** przypadek zgonu, gdzie wyniki badań wskazują na obecność nowej substancji psychoaktywnej PV8 (alfa-PEP, alfa-PHPP),
- ◆ **1** przypadek zgonu, gdzie wykryto obecność nowej substancji psychoaktywnej: 4-metylokatynonu (substancja zakwalifikowana jako nowa substancja psychoaktywna ze względu na budowę chemiczną, która odpowiada opisowi dla wzoru strukturalnego grupy: pochodne katynonu, grupa II-NPS).

Pozostałe przypadki zgonów związane były z użyciem substancji psychotropowych i środków odurzających, często stosowanych w połączeniu.

Z danych zgromadzonych przez Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, że wszystkie przypadki zgonów związanych z użyciem nowych substancji psychoaktywnych odnotowanych w 2024 r. dotyczyły substancji należących do grupy syntetycznych katynonów, z czego aż **71%** przypadków zgonów związanych było z użyciem substancji NEP. Dla porównania w 2023 r. odnotowano **3** przypadki zgonów, które wynikały ze stosowania katynonów, z czego **1** dotyczył NEP. W związku z powyższym w dniu 24 marca 2025 r. Główny Inspektor Sanitarny wydał publiczne ostrzeżenie przed stosowaniem nowych narkotyków, ze szczególnym uwzględnieniem substancji NEP. Ostrzeżenie dostępne na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, dostęp pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gis/uwaga-na-tzw-nowe-narkotyki>.

6.3. Prace Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych

Substancje o potencjalnym działaniu psychoaktywnym poddawane są ocenie przez powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych i w uzasadnionych przypadkach, zgodnie z rekomendacją Zespołu uwzględniane w odpowiednim wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.

Zespołowi działającemu nieprzerwanie od 15 lipca 2015 r. przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny. Ten organ opiniodawczo-doradczy dokonuje oceny ryzyka zdrowotnego i społecznego wybranych substancji psychoaktywnych. Zespół specjalistów z dziedzin takich jak farmakologia, toksykologia, chemia, prawo i nauki społeczne ocenia substancje pod względem dostępności, potencjału rozpowszechniania, szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem nowej substancji wynikających z jej toksyczności ostrej lub przewlekłej oraz ryzykiem jej nadużywania lub właściwościami uzależniającymi. Na podstawie przeprowadzanej oceny Zespół rekomenduje Ministrowi Zdrowia umieszczenie niebezpiecznych substancji w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.



W 2024 r. Zespół obradował dwukrotnie. Wszystkie spotkania odbyły się zgodnie z harmonogramem posiedzeń. Podczas spotkań podjęto w sumie **6** uchwał.

Tab. 37 Uchwały Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych

Data posiedzenia	Numer uchwały	Substancje ujęte w treści uchwały
6 czerwca 2024 r.	1/2024	gidazepam (2-(7-bromo-2-okso-5-fenyl-2,3-dihydro-1H-benzo[e][1,4]diazepin-1-yl)acetohydrazyd)
	2/2024	MDMB-5Br-INACA ((2S)-2-[(5-bromo-1H-indazolo-3-karbonyl)amino]-3,3-dimetylobutanian metylu)
7 listopada 2024 r.	3/2024	lisdeksamfetamina ((2S)-2,6-diamino-N-[(2S)-1-fenylpropan-2-yl]heksanamid)
	4/2024	ADB-5Br-INACA (N-[1-(aminokarbonyl)-2,2-dimetylopropyl]-5-bromo-1H-indazolo-3-karboksamid) ADB-INACA (N-[1-(aminokarbonyl)-2,2-dimetylopropyl]-1H-indazolo-3-karboksamid)
		kwas ibotenowy (kwas α -amino-3-hydroksy-5-izoksazolo-octowy) muscymol (5-(aminometyl)-3-hydroksyizoksazol)
	6/2024	doprecyzowanie wzoru ogólnego dla grupy IV-NPS – pochodne fentanylu

10 kwietnia 2024 r. opublikowano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych. Na podstawie decyzji Komisji ds. Środków Odurzających (CND) zmiany w rozporządzeniu objęły:

- ◆ włączenie do grupy I-N środków odurzających substancji etonitazepina, 2-metylo-AP-237,
- ◆ przeniesienie z wykazu nowych substancji psychoaktywnych do grupy I-N środków odurzających substancji etazen,
- ◆ przeniesienie z grupy I-P do grupy II-P substancji psychotropowych substancji 3-MMC,
- ◆ przeniesienie z grupy nowych substancji psychoaktywnych (syntetyczne kannabinoidy – grupa III-NPS) do grupy II-P substancji psychotropowych substancji ADB-BUTINACA.

Niniejsze zmiany wykazów substancji zostały dokonane na podstawie następujących decyzji CND: „2 – METYLO-AP-237” – 66/1, „ETAZEN” – 66/2, „ETONITAZEPINA” – 66/3, „ADB-BUTINACA” – 66/5, „3-MMC” – 66/7.

W rozporządzeniu dokonano korekty oznaczenia chemicznego substancji ketamina, wymienionej w załączniku nr 1 w części „2. SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE GRUPY II-P” w tabeli w lp. 19.

W rozporządzeniu ws. wykazu dokonano również zmian polegających na rozszerzeniu załącznika nr 3 o substancje rekomendowane Ministrowi Zdrowia przez Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Zmiany dotyczyły jednej substancji oraz jednej grupy substancji i objęły:

- ◆ włączenie 1V-LSD do wykazu nowych substancji psychoaktywnych,
- ◆ włączenie pochodnych arylocykloheksyloaminy do wykazu nowych substancji psychoaktywnych jako grupy VII-NPS.

30 lipca 2024 r. opublikowane zostało obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, który uwzględnił nowelizacje rozporządzenia z 17 kwietnia 2023 r. i 8 kwietnia 2024 r. procedowane w Głównym Inspektoracie Sanitarnym.





CYFRYZACJA I CYBERBEZPIECZEŃSTWO

Cyfryzacja to nieunikniony kierunek rozwoju, który przynosi instytucjom wiele korzyści, takich jak większa efektywność, oszczędność czasu i zasobów oraz lepsza komunikacja. Proces ten wymaga również odpowiedniego zarządzania wyzwaniami, takimi jak bezpieczeństwo danych, edukacja cyfrowa i adaptacja do zmieniających się warunków. W 2024 r. kontynuowane były działania realizujące cele strategiczne inspekcji sanitarnej w zakresie cyfryzacji:

- ◆ cyfryzacja wewnętrznych procesów,
- ◆ automatyzacja wewnętrznych procesów,
- ◆ cyfryzacja obsługi klientów zewnętrznych poprzez zdalną obsługę indywidualnych spraw obywateli oraz przedsiębiorstw,
- ◆ podnoszenie kompetencji cyfrowych pracowników inspekcji.

1. Rozwój systemu SEPIS

W 2024 roku prowadzone były prace związane z wdrożeniem nowych funkcjonalności w Systemie Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS).

Rozbudowa systemu SEPIS związana była z wdrożeniem nowych funkcjonalności w ramach dwóch platform:

- ◆ aplikacji klienckiej dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- ◆ platformy e-Sanepid - dla obywateli, przedsiębiorców i instytucji.

Rozbudowa systemu SEPIS wpływa na ujednolicenie procedur działania całej inspekcji, skrócenie czasu realizacji działań oraz zwiększa efektywność komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej. SEPIS jest systemem zapewniającym wymianę informacji z innymi państwowymi bazami danych.

2. Rozwój e-Uслуг

Jednym z ważniejszych zadań w zakresie cyfryzacji jest wdrażanie e-usług, które przynoszą wiele korzyści dla przedsiębiorców i obywateli:

- ◆ oszczędność czasu – możliwość załatwiania spraw urzędowych online bez konieczności wizyty w urzędzie,
- ◆ dostępność 24/7 – dostępne o każdej porze dnia i nocy, niezależnie od godzin pracy urzędów,
- ◆ wygoda – obsługa spraw z dowolnego miejsca przy użyciu komputera, smartfona lub tabletu,

- ◆ przejrzystość – łatwy dostęp do informacji o statusie spraw i procedurach administracyjnych,
- ◆ obniżenie kosztów – brak konieczności dojazdu do urzędu oraz zmniejszenie kosztów papierowej dokumentacji,
- ◆ większa dostępność dla osób z niepełnosprawnościami – dostosowanie usług online do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością.

Rozwój e-usług wykorzystywanych w działaniach Państwowej Inspekcji Sanitarnej podnosi skuteczność i jakość świadczonych usług oraz zwiększa efektywność realizowanych działań, przynosi oszczędności poprzez automatyzację procesów oraz obniżenie kosztów operacyjnych i zmniejszenie zużycia papieru.

Od 2024 roku w ramach udostępnionych e-usług można korzystać z ośmiu nowych funkcjonalności SEPIS:

- ◆ Powiadomienia o:
 - ✦ wprowadzeniu produktu do obrotu.
- ◆ Złożenie wniosku o:
 - ✦ wpis zakładu do rejestru zakładów produkujących lub wprowadzających do obrotu żywność/ materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością,
 - ✦ wpis do zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne,
 - ✦ wykreślenie z wykazu zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne.
- ◆ Zgłoszenie:
 - ✦ sprawozdania z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych,
 - ✦ raportu o przypadkach niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych,
 - ✦ raportu wstępnego o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego w szpitalu,
 - ✦ do programu profilaktyki zdrowotnej.

3. Wdrożenie systemu klasy EZD

Wdrożenie systemu klasy EZD było jednym z elementów strategii transformacji cyfrowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dzięki EZD możliwa jest kompleksowa obsługa przesyłek przychodzących i wychodzących w formie doręczeń elektronicznych bezpośrednio w systemie.

Cele wdrożenia:

- ◆ poprawa jakości pracy,
- ◆ ujednolicenie procesów i procedur,
- ◆ skrócenie czasu obiegu dokumentów,



- ♦ ograniczanie papierowego obiegu dokumentów i systematyczne całkowite przechodzenie na wersję elektroniczną,
- ♦ integracja z wewnętrznym systemem SEPIS.

W 2024 r. prowadzone były intensywne prace związane z przygotowaniem jednostek inspekcji sanitarnej, w których nie funkcjonował system EZD, do jego wdrożenia.

Na początku 2024 r. jedynie 63 jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej posiadały wdrożony system klasy EZD (EZD RP, EZD PUW lub e-Dok). We współpracy z Naukową i Akademicką Siecią Komputerową – Państwowym Instytutem Badawczym przygotowany został harmonogram wdrożenia systemu EZD RP w pozostałych jednostkach inspekcji sanitarnej.

Efekt wspólnych prac:

- ♦ EZD RP w 293 jednostkach inspekcji,
- ♦ EZD PUW w 50 jednostkach inspekcji,
- ♦ e-Dok w 1 jednostce inspekcji,
- ♦ 2 783 uczestników stacjonarnych szkoleń merytorycznych,
- ♦ 21 000 uczestników online szkoleń merytorycznych,
- ♦ 1 782 uczestników online szkoleń administracyjnych.

Wdrożenie systemu EZD RP wyeliminowało w większości procesów wewnętrznych konieczność korzystania z papieru, a tym samym jego składowania i archiwizowania dokumentacji papierowej. Eliminacja papieru przekłada się na zmniejszenie wydatków związanych z funkcjonowaniem urzędu. Sprawy realizowane są w formie elektronicznej, co pozwala na wprowadzenie efektywnego zarządzania procesami i pełną przejrzystość obiegu dokumentów. Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej posiadają intuicyjny system do zarządzania dokumentacją, co znacząco wpływa na optymalizację procesów. EZD RP umożliwia automatyzację wymiany dokumentów między instytucjami i przesyłanie ich do obywateli oraz przedsiębiorców. Wymienione funkcjonalności przekładają się na skrócenie czasu realizacji procedur oraz optymalizację procesów realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną na rzecz obywateli i przedsiębiorców.

4. Cyberbezpieczeństwo

W celu zapewnienia najwyższego poziomu bezpieczeństwa posiadanych danych, w 2024 roku kontynuowane były działania związane z zabezpieczeniem danych na wypadek ataków cyfrowych oraz podniesieniem świadomości pracowników inspekcji sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa cyfrowego.

Wdrażając rozwiązania z zakresu cyberbezpieczeństwa, jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej kierują się kilkoma kluczowymi założeniami, które zapewniają skuteczną ochronę zasobów informacyjnych, zgodność z przepisami oraz odporność na zagrożenia cyfrowe:

- ◆ Zasada bezpieczeństwa jako procesu – cyberbezpieczeństwo nie jest jednorazowym działaniem, ale ciągłym procesem. Wymaga stałego monitorowania, aktualizacji oraz doskonalenia procedur i technologii.
- ◆ Zgodność z regulacjami prawnymi – wdrażanie rozwiązań zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa, w tym m.in.: ustawą o Krajowym Systemie Cyberbezpieczeństwa, oraz innymi normami i wytycznymi krajowymi i unijnymi.
- ◆ Ocena ryzyka – wdrażanie środków bezpieczeństwa poprzedzone jest analizą ryzyka, identyfikacją zasobów i podatności oraz oceną potencjalnych zagrożeń. To pozwala dostosować działania do rzeczywistych potrzeb.
- ◆ Zasada minimalizacji uprawnień (least privilege) – użytkownicy mają dostęp wyłącznie do tych danych i zasobów, które są im niezbędne do pracy. Zmniejsza to ryzyko przypadkowego lub celowego naruszenia bezpieczeństwa.
- ◆ Szkolenie i świadomość pracowników – regularne szkolenia i budowanie świadomości zagrożeń (np. phishing, ransomware).
- ◆ Reagowanie na incydenty i plan ciągłości działania – procedury szybkiego reagowania na incydenty, a także plany ciągłości działania (BCP) i odtwarzania po awarii (DRP), aby zminimalizować skutki ewentualnych ataków.
- ◆ Segmentacja sieci i ochrona perymetryczna – sieć podzielona na segmenty, a dostęp do nich jest odpowiednio kontrolowany. Kluczowe jest też stosowanie zapór ogniowych (firewalle), systemów IDS/IPS, oraz szyfrowania komunikacji.
- ◆ Zarządzanie aktualizacjami i łataniami – regularne aktualizowanie oprogramowania i systemów operacyjnych pomaga zapobiegać wykorzystaniu znanych luk przez cyberprzestępców.
- ◆ Monitorowanie i audyt – stałe monitorowanie systemów i sieci, audytowanie działań użytkowników i administratorów, aby szybko wykrywać nietypowe aktywności i naruszenia bezpieczeństwa.
- ◆ Współpraca i wymiana informacji – współpraca z innymi podmiotami, CERT-ami, CSIRT-ami i organami ścigania w zakresie wymiany informacji o zagrożeniach i incydentach.

W 2024 roku zapoczątkowany został comiesięczny cykl webinarów dla wszystkich pracowników inspekcji sanitarnej. W ramach spotkań prezentowane są praktyczne aspekty reagowania na zagrożenia w cyberprzestrzeni.





**DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE EDUKACJI
ZDROWOTNEJ I PROFILAKTYKI**

Głównym celem działań pionu promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z art. 6 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest inicjowanie, organizowanie, prowadzenie, koordynowanie nadzorowanie działalności oświatowo-zdrowotnej w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych.

W strukturze Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod koniec 2024 roku został utworzony Departament Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej. Jednym z głównych zadań Departamentu jest ustalanie priorytetów i działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym, narodowymi programami, strategiami i innymi kluczowymi dokumentami z zakresu zdrowia publicznego, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej oraz profilaktyki chorób.

Głównymi obszarami naszego działania są:

- ◆ promocja zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania;
- ◆ promocja zdrowia psychicznego;
- ◆ profilaktyka uzależnień: tytoń, e-papierosy, alkohol, nowe substancje psychoaktywne (NSP);
- ◆ profilaktyka chorób zakaźnych poprzez promowanie szczepień ochronnych i innych bezpiecznych zachowań zdrowotnych ograniczających możliwość zakażenia

1. Działania w obszarze promocji zdrowia realizowane na poziomie ogólnopolskim

1.1. Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”

W roku 2024 odbyła się realizacja XVII edycji programu „Trzymaj Formę!” współorganizowanego przez Główny Inspektorat Sanitarny, 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców.

Program skierowany jest do uczniów klas V-VIII szkół podstawowych, a jego celem jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

Program realizowany jest metodą projektu, dzięki czemu wykracza poza podstawę programową i programy nauczania szkoły. Projekty tworzone przez uczniów służą promocji aktywności fizycznej, ucą zróżnicowanego i zbilansowanego sposobu odżywiania. Taka konstrukcja programu, dająca dużą swobodę wyboru sposobu jego realizacji, umożliwia tworzenie projektów interdyscyplinarnych, traktujących zagadnienie zdrowego trybu życia całościowo, odnosząc się zarówno do zdobywania konkretnych

umiejętności, jak też do kształtowania postaw i zwiększania zainteresowania problematyką prozdrowotną, a także podejmowania świadomych wyborów konsumenckich.

Realizacja programu łączy zaangażowanie środowiska szkolnego, rodziców i społeczności lokalnej. Działania programowe licznie wspierały instytucje rządowe i samorządowe różnego szczebla, podmioty lecznicze, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, placówki kulturalno-oświatowe i inne jednostki.

W roku szkolnym 2023/2024 program zrealizowało 474 834 uczniów z 5874 szkół podstawowych.

1.1.1. Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia

Dodatkową inicjatywą realizowaną w ramach programu jest Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia „Trzymaj Formę!”. Konkurs adresowany jest do uczniów klas VI-VIII szkół podstawowych zainteresowanych zdobyciem i pogłębianiem wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, w szczególności uwzględniającej tematykę zbilansowanej diety i aktywności fizycznej.

Do konkursu w roku szkolnym 2023/2024 zgłosiło się ponad 8500 uczestników.

Więcej informacji na temat programu można znaleźć pod adresem: www.trzymajforme.pl.



1.1.2. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

Grupę docelową odbiorców programu stanowi ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem ludzi młodych w wieku prokreacyjnym, osób aktywnych seksualnie, uczniów różnych typów szkół oraz pracowników ochrony zdrowia, psychologów, terapeutów, pracowników oświaty.

Celem głównym programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV poprzez zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usługi w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.

Głównymi działaniami realizowanymi w ramach programu przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej były zajęcia edukacyjne, prelekcje w placówkach nauczania i wychowania oraz ośrodkach wypoczynku letniego i zimowego, konkursy dla uczniów szkół, prowadzenie punktów informacyjnych podczas eventów plenerowych połączonych z dystrybucją materiałów edukacyjnych z Krajowego Centrum ds. AIDS, edukacja poprzez strony internetowe i media społecznościowe. W 2024 roku włączono się także w ogólnopolską Kampanię społeczną Krajowego Centrum ds. AIDS „Mój pierwszy raz”, skierowaną do młodych dorosłych w wieku 18-24 lata. Jej celem była popularyzacja wczesnej diagnostyki w kierunku HIV, szczególnie wśród osób, które nigdy w swoim życiu nie wykonały tego testu, ponieważ nie odnoszą do siebie ryzyka zakażenia.

Działaniami w ramach realizacji programu objęto 462 260 osób z ogółu społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem ludzi młodych.



1.1.3. Profilaktyka chorób zakaźnych – Europejski Tydzień Szczepień

W 2024 r. jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej aktywnie uczestniczyły w realizacji kampanii Europejskiego Tygodnia Szczepień (ETS), który obchodzony był 21-27 kwietnia. ETS jest inicjatywą Światowej Organizacji Zdrowia, której celem jest zwiększenie świadomości społecznej na temat szczepień oraz podkreślanie ich znaczenia w ochronie zdrowia osób w każdym wieku.

ETS 2024 miał szczególne znaczenie, gdyż zbiegł się z 50. rocznicą powołania Rozszerzonego Programu Szczepień (Expanded Programme on Immunization – EPI) – inicjatywy WHO, której celem jest zapewnienie każdemu dziecku, niezależnie od miejsca zamieszkania i statusu społeczno-ekonomicznego, sprawiedliwego dostępu do szczepień. Kampania upamiętniająca to wydarzenie podsumowuje osiągnięcia EPI w ciągu ostatnich 5 dekad w ochronie wielu pokoleń przed ciężkimi chorobami, którym można zapobiegać poprzez szczepienia.

W działania edukacyjno-informacyjne w ramach kampanii zaangażowane były stacje sanitarno-epidemiologiczne w całej Polsce. Celem tych działań było zaakcentowanie bezpieczeństwa i skuteczności szczepień, zwrócenie uwagi na manipulowanie faktami, które powoduje dezinformację na temat szczepień ochronnych, oraz zachęcanie do korzystania z rzetelnych i sprawdzonych źródeł informacji. W ramach działań zorganizowano 360 punktów informacyjno-edukacyjnych w siedzibach PSSE dla 27 535 odbiorców. Zorganizowano również 413 ekspozycji wizualnych, wystaw w siedzibach WSSE i PSSE oraz szkołach, których odbiorcami było 59 759 osób. W placówkach zdrowia, aptekach, punktach szczepień oraz placówkach nauczania i wychowania, dystrybuowano ulotki, które dotarły do 48 716 osób. Zorganizowano również 695 porad, wykładów, szkoleń i prelekcji, łącznie dla 34 423 osób.

W ramach ETS Główny Inspektor Sanitarny objął honorowym patronatem konferencję „Kalendarz(e) szczepień dorosłych”, zorganizowaną 23 kwietnia 2024 roku przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy we współpracy z Biurem WHO Polska, oraz brał w niej aktywny udział.

Dodatkowo Główny Inspektorat Sanitarny opublikował trzy autorskie posty dotyczące znaczenia szczepień ochronnych, a także kolejne trzy posty jako punkt kontaktowy ECDC, na swoich profilach na Facebooku, Instagramie i X. Posty dotarły do kilkudziesięciu tysięcy odbiorców i były szeroko dystrybuowane przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. Wiele stacji prowadziło także własne kampanie w mediach społecznościowych dotyczące promocji szczepień. Na stronie internetowej gov.pl/gis został zamieszczony artykuł na temat Europejskiego Tygodnia Szczepień, w kontekście obowiązującego Programu Szczepień Ochronnych.

Skala oraz zasięg działań podjętych w 2024 roku przez Państwową Inspekcję Sanitarną pokazują, jak ważny i aktualny jest temat szczepień ochronnych nie tylko wśród pracowników ochrony zdrowia, ale też dla całego społeczeństwa, które dzięki naszym wspólnym wysiłkom może liczyć na rzetelne i przystępne informacje.

1.1.4. Powszechny program szczepień przeciw HPV

Powszechny program szczepień przeciw HPV realizuje założenia i cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Uzupełnia bezpłatny program szczepień ochronnych dla dzieci i młodzieży o szczepienie, które chroni przed chorobami wywołanymi przez HPV. Od 1 września 2024 r. szczepienia w ramach programu dostępne są dla osób po ukończeniu 9 roku życia do ukończenia 14 roku życia. Szczepienia można wykonać w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz w szkołach. Szczepienia są realizowane przez podmioty POZ na terenie szkół, które wyrażą chęć udziału w programie, i odbywają się po uprzedniej zgodzie opiekuna prawnego dziecka. W ramach programu do wyboru są dwa rodzaje dostępnych szczepionek.

W związku ze strategicznym celem programu, jakim jest zwiększenie odsetka dzieci zaszczepionych przeciw HPV, Państwowa Inspekcja Sanitarna była zaangażowana na szczeblu regionalnym, jak i lokalnym w realizację programu. W wojewódzkich oraz powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych, na prośbę Głównego Inspektora Sanitarnego, wyznaczono koordynatorów programu, którzy odpowiadali za jego realizację m.in. poprzez aktywne zachęcanie szkół do włączenia się w program, stały kontakt z koordynatorami szkolnymi, dyrektorami szkół oraz placówkami POZ, zapewnienie wsparcia informacyjnego, przekazywanie danych o liczbie szkół chętnych do organizowania szczepień na swoim terenie oraz dynamiczną wymianę informacji istotnych dla realizacji programu.

Od 2 września 2024 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne prowadziły działania informacyjno-edukacyjne, skierowane do dyrektorów szkół, nauczycieli oraz rodziców dzieci w wieku od 9 do 14 r. ż., które obejmowały:

- ◆ przekazanie pisma od państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych do dyrektorów szkół, placówek POZ oraz władz lokalnych informujących o programie;
- ◆ przekazanie materiałów edukacyjno-informacyjnych dotyczących programu;
- ◆ zamieszczenie materiałów edukacyjnych na stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych stacji oraz współpracę z lokalnymi mediami;
- ◆ zainicjowanie przestania informacji o szczepieniu w dziennikach elektronicznych do rodziców.

Ponadto, stacje sanitarno-epidemiologiczne zorganizowały spotkania z koordynatorami szkolnymi, rodzicami i dziećmi:

- ◆ 4480 spotkań szkoleniowych z dyrektorami szkół i koordynatorami szkolnymi, w których uczestniczyło 9527 osób;
- ◆ 2878 spotkań informacyjnych z rodzicami, w których uczestniczyło 127 545 osób;
- ◆ 2474 godzin zajęć edukacyjnych dla dzieci i młodzieży nt. szczepień HPV, w których uczestniczyło 88 158 osób.



Do 1 grudnia 2024 r. udział w programie szczepień p/HPV zadeklarowały:

- ◆ 5 002 szkoły
- ◆ 106 792 rodziców uczniów w wieku 9 – 14 lat

2. Komunikacja społeczna dla promocji zdrowia

Główny Inspektorat Sanitarny prowadzi działania komunikacyjne, korzystając z wielu kanałów komunikacji, m.in. strony internetowej w serwisie gov.pl oraz mediów społecznościowych. W 2024 r. posiadał konta w serwisach Facebook, X, Instagram oraz LinkedIn.

Dzięki korzystaniu z różnych kanałów komunikacji Główny Inspektorat Sanitarny może docierać swoim zasięgiem do różnych grup odbiorców. Pozwala to na przekazywanie informacji o zdrowiu publicznym i potencjalnych zagrożeniach zarówno do osób profesjonalnie zajmujących się tymi kwestiami, jak i do ogółu społeczeństwa. Każda z platform komunikacyjnych ma odrębną specyfikę i spektrum odbiorców. Najbardziej istotne informacje są zawsze publikowane w witrynie internetowej oraz dodatkowo zamieszczane w serwisach społecznościowych.

Główny Inspektorat Sanitarny prowadzi swoją stronę internetową w rządowym serwisie gov.pl pod adresem <https://www.gov.pl/gis/>. Na stronie można znaleźć ostrzeżenia publiczne, informacje dotyczące zdrowia publicznego oraz aktualności związane z pracą urzędu i Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Strona pełni również funkcję Biuletynu Informacji Publicznej, czyli oficjalnego publikatora, zawierającego informacje wymagane prawnie, np. oferty pracy, ogłoszenia o zamówieniach publicznych, podstawy prawne działania itp.

W rządowym serwisie swoje strony prowadzą także wszystkie wojewódzkie, powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne. Jednolity i profesjonalny wygląd tych stron, a także spójna architektura treści ułatwiają klientom dostęp do rzetelnych informacji.

Strona internetowa GIS zanotowała w 2024 r. ponad 5 mln odsłon, odwiedziło ją blisko 3,4 mln odbiorców. Zainteresowanie odbiorców budzą treści dotyczące m.in. ostrzeżeń publicznych, informacje o chorobach zakaźnych, zasadach higieny czy informacje organizacyjne nt. urzędu.

W 2024 r. na stronie internetowej opublikowano 92 artykuły dotyczące zdrowia publicznego oraz aktualnych wydarzeń z zakresu działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, na bieżąco były również aktualizowane treści dotyczące profilaktyki, chorób zakaźnych, zaleceń sanitarnych czy bezpieczeństwa żywności.

Na stronie internetowej GIS regularnie publikowane są ostrzeżenia w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF). Każde z nich jest jednocześnie zamieszczane w mediach społecznościowych urzędu.

Dodatkowo na stronie można znaleźć treści dotyczące m.in. bieżącej działalności urzędu, porad i zaleceń zdrowotnych oraz wyjaśnień z zakresu zdrowia publicznego.

3. Media społecznościowe jako kanał dotarcia do masowego odbiorcy

Treści w mediach społecznościowych przygotowywano w odniesieniu do kalendarza zdrowia publicznego oraz bieżących działań urzędu. Posty powstawały również w odpowiedzi na nowe zagrożenia dla zdrowia publicznego oraz trendy i wątpliwości pojawiające się w przestrzeni publicznej. Wpisy dotyczyły m.in.:

- ◆ profilaktyki chorób zakaźnych poprzez regularne mycie rąk;
- ◆ bezpiecznego przechowywania i przygotowywania żywności;
- ◆ zachęcania do aktywności fizycznej;
- ◆ prawidłowo zbilansowanej diety, opartej m.in. na sezonowych owocach i warzywach oraz profilaktyki otyłości;
- ◆ profilaktyki palenia tytoniu;
- ◆ szczepień ochronnych dzieci i dorosłych;
- ◆ zdrowia psychicznego;
- ◆ suplementów diety;
- ◆ bezpieczeństwa kosmetyków;
- ◆ bezpiecznego wypoczynku zimowego i letniego (w tym np. pomocy tonącemu, ochrony przed upałami, zasad bezpiecznego grzybobrania, ochrony przed kleszczami itp.);
- ◆ wydarzeń z zakresu zdrowia publicznego np.: Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem, Światowy Dzień Zdrowia, Światowy Dzień AIDS, Światowy Dzień Krwiodawcy, Światowy Tydzień Promocji Karmienia Piersią, Europejski Tydzień Testowania w kierunku HIV, Światowy Dzień Mózgu, Dni Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc, Światowy Dzień Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc, Europejski Dzień Radonu, Europejski Dzień Walki z Rakiem Piersi itp.

Konto w serwisie Facebook obserwowano w minionym roku ok. 175 000 osób.

W związku z powodzią, która we wrześniu 2024 r. dotknęła znaczny obszar kraju, największym zainteresowaniem cieszyły się komunikaty dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa w czasie występowania tego typu zagrożeń. Informacje dotyczące właściwego przechowywania żywności w warunkach powodziowych oraz zasad zapewnienia bezpieczeństwa wody pitnej dotarły odpowiednio do blisko 70 000 oraz ponad 53 000 odbiorców.

Najpopularniejsze posty w serwisie FB w 2024 r. to:

- ◆ Bezpieczeństwo żywności podczas powodzi – zasięg 69 128
- ◆ Dostęp do wody pitnej podczas powodzi – zasięg 53 094
- ◆ Instrukcja: jak usunąć kleszcza – zasięg 33 360
- ◆ Krztusiec – powikłania u dzieci i dorosłych – zasięg 31 524
- ◆ Zatrucie grzybami – – zasięg 30 654

Rys. 13 Post z serwisu Facebook: Bezpieczeństwo żywności podczas powodzi



Główny Inspektorat Sanitarny
17 września 2024 · 🌐

! Przebywasz na terenie dotkniętym powodzią? Pamiętaj, że żywność, która miała kontakt z wodą powodziową, nie nadaje się do spożycia. ❌
Zachowaj szczególną ostrożność, aby zadbać o zdrowie swoje i bliskich.
Na bieżąco śledź komunikaty lokalnych władz oraz powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.
Więcej informacji: 📌 <https://www.gov.pl/.../bezpieczenstwo-zywnosci-podczas...>

**Bezpieczeństwo
ŻYWNOSCI
podczas powodzi**



1 Wyrzucić żywność, która miała kontakt z wodą powodziową
- nawet jeśli opakowanie nie jest uszkodzone



3 Chronić żywność przed zanieczyszczeniem
- przechowywać w szczelnych opakowaniach, w suchym, chłodnym, czystym miejscu



2 Nie pij wody z zalanych studni
- używaj wody butelkowanej lub przywożonej w cysternach



4 Jeśli masz biegunkę, wymioty, gorączkę, ból brzucha – pilnie zwróć się do lekarza

Ministerstwo Zdrowia



Profil Głównego Inspektoratu Sanitarnego na platformie Instagram odnotował systematyczny wzrost liczby obserwujących – na koniec 2024 r. śledziło go około 40,7 tys. użytkowników (w porównaniu do 35 000 w 2023 r.). Zdecydowaną większość odbiorców stanowiły kobiety w wieku 25–44 lata. Zasięg tego kanału komunikacji był ponad dwukrotnie wyższy niż w roku poprzednim – publikowane treści dotarły do ponad 160 000 osób. Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się posty poświęcone profilaktyce chorób, zdrowiu i bezpieczeństwu dzieci, a także infografiki prezentujące dane na temat alergii i pylenia w poszczególnych miesiącach. Do najpopularniejszych treści opublikowanych w 2024 r. należały:

- ◆ Informacja o bezpłatnych szczepieniach przeciw HPV – zasięg 52 393
- ◆ Informacja nt. alkotubek – zasięg 26 490
- ◆ Bezpieczeństwo żywności podczas powodzi – zasięg 21 334
- ◆ Bąblowica – zapobieganie zakażeniu – zasięg 14 363
- ◆ Łuszczyca nie jest chorobą zakaźną – zasięg 13 985

Rys. 14 Post z serwisu Instagram: Informacja o bezpłatnych szczepieniach przeciw HPV



Profil GIS w serwisie X, odnotował pod koniec roku 2024 r. blisko 132 tys. obserwujących. W odróżnieniu od pozostałych serwisów tu największym zainteresowaniem cieszyły się informacje bieżące z zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej – przede wszystkim informacje relacjonujące przebieg briefingów prasowych. Szczególnie przekazy dotyczące szczepień ochronnych angażowały od kilku do kilkudziesięciu tysięcy użytkowników, budząc nieraz bardzo żarliwe dyskusje.

Profil na portalu LinkedIn jest najnowszym spośród profili prowadzonych przez GIS. Prowadzony jest aktywnie od wiosny 2023 r., a pod koniec 2024 r. obserwowało go 2500 obserwujących. Blisko 18% spośród nich wskazywało jako miejsce pracy branżę produkcji żywności i napojów, 8,4% – administrację rządową, 5,8% – przemysł farmaceutyczny. Treści publikowane na tym kanale nadawczym są skierowane przede wszystkim do profesjonalistów, dlatego posty mają bardziej formalny i ukierunkowany charakter. Treści dotyczą m.in. wydarzeń związanych z działalnością Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zasad i wyników kontroli, bezpieczeństwa żywności czy informacji dla przedsiębiorców dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy. Tu publikowane są także informacje o rekrutacji na stanowiska pracy w GIS, a także materiały związane z promocją marki pracodawcy (employer branding). Regularnie przedstawiano także informacje o współpracy z partnerami w Polsce i za granicą oraz relacje z briefingów prasowych.

W minionym roku zintensyfikowano kontakty z mediami. Od czerwca 2024 r. w każdym miesiącu organizowano regularne briefingi prasowe, podczas których Główny Inspektor Sanitarny wraz z zaproszonymi gośćmi przekazywał informacje dotyczące bieżącej sytuacji epidemiologicznej oraz aktualnych wyzwań i szans w zdrowiu publicznym. Tematyka spotkań dotyczyła m.in.:

- ◆ infekcji sezonowych
- ◆ działań inspekcji podczas letnich wakacji
- ◆ nowych zagrożeń epidemiologicznych w Polsce i na świecie
- ◆ zasad bezpiecznego przechowywania żywności
- ◆ kontroli kart szczepień.

Takie działanie pozwoliło na szybsze i skuteczniejsze reagowanie na pojawiające się zagrożenia oraz budowanie zaufania społecznego do działań podejmowanych przez inspekcję. Regularne spotkania z prasą sprawiły, że informacje przekazywane przez inspekcję sanitarną mogły dotrzeć różnymi kanałami do szerokiego grona odbiorców.

Podsumowując, prowadzona przez Główny Inspektorat Sanitarny komunikacja społeczna w 2024 roku odegrała istotną rolę w upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia publicznego oraz informowaniu społeczeństwa o aktualnych zagrożeniach i działaniach prewencyjnych. Wykorzystanie różnorodnych kanałów – strony internetowej, mediów społecznościowych oraz regularnych briefingów prasowych – pozwoliło na dotarcie do szerokiego i zróżnicowanego grona odbiorców. Przekazy były dzięki temu lepiej dostosowane do potrzeb zarówno profesjonalistów, jak i ogółu społeczeństwa. Jednocześnie pod koniec 2024 r. rozpoczęto prace nad dalszym udoskonalaniem i systematycznym budowaniem spójnej strategii komunikacji, która w jeszcze większym stopniu będzie odpowiadać na potrzeby odbiorców oraz wspierać realizację celów w zakresie poprawy zdrowia społeczeństwa.

4. Działania w obszarze promocji zdrowia realizowane na poziomie wojewódzkim oraz powiatowym

4.1. Profilaktyka nadwagi i otyłości

I Turniej Sportowo-Edukacyjny Dolnośląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu „Wygramy Zdrowie”.

Głównym celem turnieju było propagowanie aktywności fizycznej oraz rozwoju kompetencji zdrowotnych. W tym celu zespoły wystawiane przez szkoły podstawowe składały się z dwóch równie ważnych części: sportowców-piłkarzy oraz drużyn rozwiązujących quiz wiedzy.

Grupą docelowej interwencji byli uczniowie klas V i VI szkół podstawowych. W 2024 roku zorganizowano pięć turniejów półfinałowych na terenie czterech powiatów oraz turniej finałowy, w którym udział wzięły wyłonione wcześniej najlepsze zespoły. W wydarzeniu wzięło udział 644 uczestników.





Kampania edukacyjna „Zamień colę na rękę”

Celem kampanii organizowanej przez WSSE w Gorzowie Wielkopolskim było ograniczanie spożywania żywności wysoko przetworzonej i promowanie prawidłowych nawyków żywieniowych wśród ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży oraz rodziców.

W ramach kampanii zorganizowano:

- ◆ wojewódzki konkurs „Przepis na zdrowy...”, który z roku na rok cieszy się coraz większym zainteresowaniem młodzieży. W 2024 r. zadaniem młodych kucharzy było opracowanie autorskiego przepisu na zdrowy deser. Jury, spośród ponad 200 prac wyłoniło 3 laureatów;
- ◆ turniej wiedzy-sportowy „Ruch jest zdrowy dla ciała i głowy” który jest przedsięwzięciem cyklicznym realizowanym w ramach kampanii. W drugiej edycji konkursu udział wzięli uczniowie z pięciu gorzowskich szkół podstawowych, którzy wykazali się nie tylko doskonałą sprawnością fizyczną, ale również wiedzą z zakresu prawidłowego żywienia i dyscyplin sportowych;
- ◆ powiatowy konkurs plastyczny „Zjadamy witaminki i mamy uśmiechnięte minki” adresowany do przedszkolaków i uczniów młodszych klas szkół podstawowych, zorganizowany przez PSSE w Nowej Soli.

Projekt edukacyjny „Talerz Zdrowego Żywienia”

Celem projektu jest kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych i popularyzacja zasad prawidłowego bilansowania posiłków, m.in. poprzez dostarczenie wiedzy, jakie produkty i w jakich proporcjach powinny być spożywane w ciągu dnia, umiejętność odróżnienia produktów zdrowych dla organizmu od niekorzystnych, odczytywania schematu „Talerz zdrowego żywienia”.

Grupa docelowa: dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym kl. I-III szkół podstawowych

Projekt jest realizowany na terenie województwa wielkopolskiego od października 2024 r. W ramach pilotażowej edycji projektu pracownicy pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia województwa wielkopolskiego przeprowadzili 173 prelekcje oraz zajęcia warsztatowe dla dzieci.

Dużo Wiem, więc Zdrowo Jem – Projekt edukacji żywieniowej w przedszkolach

Celem projektu jest wzrost świadomości na temat zdrowego odżywiania wśród dzieci. Poprzez różne formy dydaktyczne: pogadanki, prelekcje, zajęcia warsztatowe – układanie jadłospisu, przyrządzanie zdrowych potraw, zajęcia sportowe – poranna gimnastyka oraz ekspozycje wizualne. Projekt szerzy treści prozdrowotne, by tym samym kreować wśród najmłodszych świadome wybory żywieniowe.

Projekt skierowanym jest do przedszkolaków – dzieci w wieku 3-6 lat z terenu powiatu ciechanowskiego oraz ich rodziców i opiekunów. W zajęciach w ramach projektu udział wzięło 1492 odbiorców.

4.2. Profilaktyka palenia tytoniu

„Bieg po zdrowie” – program edukacji antytytoniowej

Głównym celem programu jest opóźnienie lub zapobiegnięcie inicjacji tytoniowej wśród dzieci i młodzieży, pokazanie atrakcyjności życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego oraz zwiększanie wiedzy i umiejętności uczniów na temat zdrowia w kontekście szkodliwości palenia papierosów i e-papierosów.

Grupa, do której skierowany jest program, to dzieci w IV klasie szkoły podstawowej (grupa wiekowa 9-10 lat). Program zakłada również zaangażowanie rodziców i opiekunów, co zwiększa skuteczność oddziaływań profilaktycznych.

Zajęcia w programie „Bieg po zdrowie” realizowane są za pomocą bardzo zróżnicowanych metod aktywizujących, które dostosowano do wieku odbiorców. Podstawą zajęć jest stymulowanie kreatywności i aktywności. Bohaterami łączącymi treści poszczególnych spotkań jest dwoje uczniów czwartej klasy szkoły podstawowej, Natalia i Kuba.

„Bieg po zdrowie” opracowany został w Głównym Inspektoracie Sanitarnym we współpracy z psychologami z Uniwersytetu Warszawskiego dr hab. Kamillą Bargiel-Matusiewicz oraz mgr Rafałem Dziurlą.

W roku szkolnym 2023/2024 program antytytoniowej edukacji zdrowotnej „Bieg po zdrowie” objął swymi działaniami 158 975 odbiorców. W ocenie realizatorów program jest ciekawy, a dzieci chętnie zdobywają nowe wiadomości i umiejętności w zakresie dbania o swoje zdrowie.

„Czyste Powietrze Wokół Nas” – program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym

Program „Czyste Powietrze Wokół Nas” adresowany jest do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (grupa wiekowa 5-6 lat) oraz ich rodziców i opiekunów.

Głównym jego celem jest zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie świadomych, asertywnych postaw wśród dzieci dotyczących ochrony własnego zdrowia, w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi.

Realizacja programu odbywa się na zasadzie zajęć warsztatowych skoncentrowanych na odbiorze wrażeń poprzez oddziaływanie na wiele zmysłów dzieci. Zajęcia dostosowane są do rozwoju poznawczego, aktywności, doświadczeń i potrzeb dziecka.

W roku szkolnym 2023/2024 program „Czyste Powietrze Wokół Nas” objął swym zasięgiem 290 228 odbiorców – dzieci i rodziców.

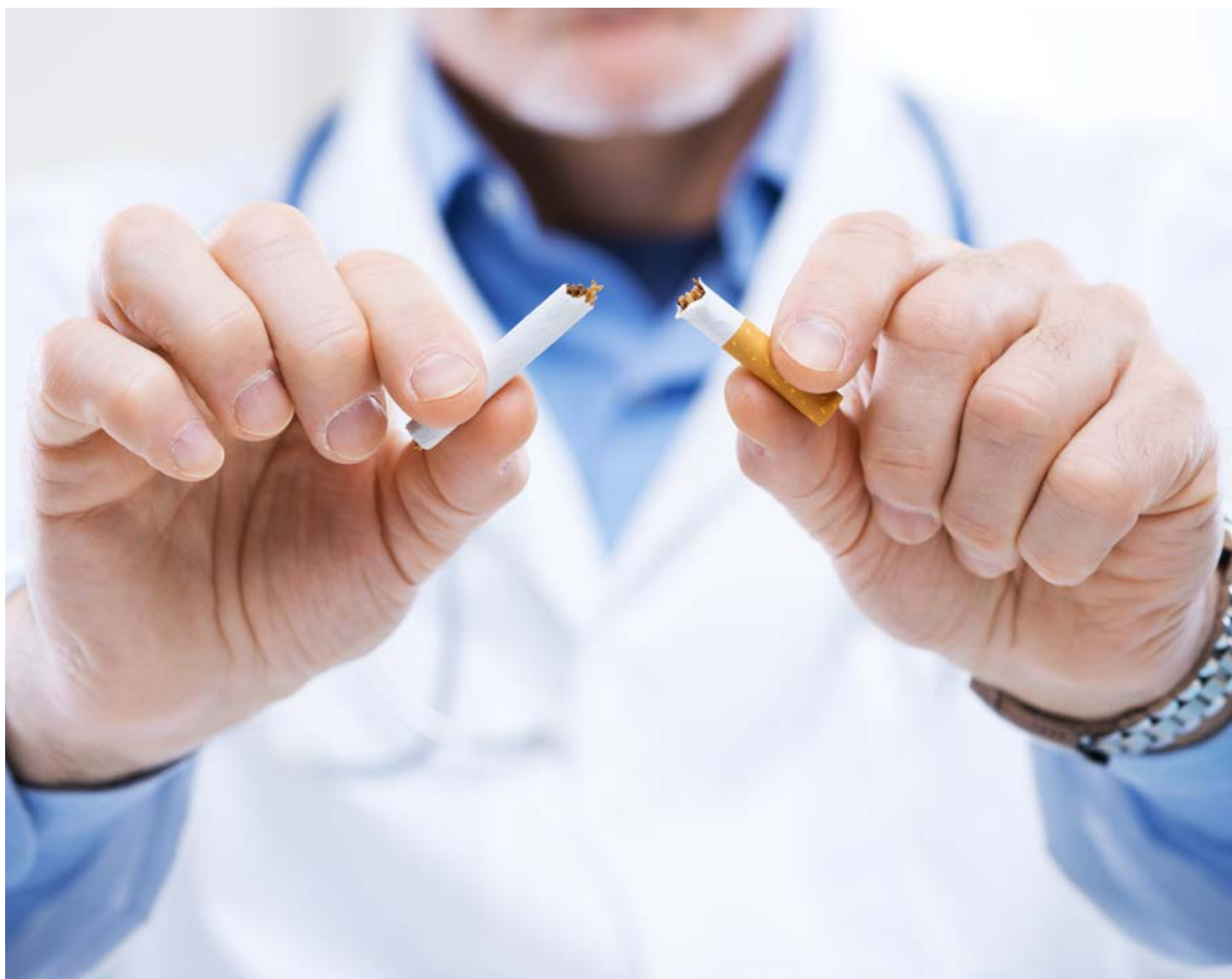
„Nie pal przy mnie, proszę!” – program edukacyjny dla uczniów szkół podstawowych

Program skierowany jest do uczniów klas I–III szkół podstawowych.

Celem programu jest kształtowanie u najmłodszych postawy odpowiedzialności za własne zdrowie i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, gdy inni ludzie przy nich palą. Kształtują postawę odpowiedzialności za własne zdrowie oraz uświadamiają, że nie tylko czynne, ale również bierne palenie jest szkodliwe dla zdrowia.

Realizacja programu oparta jest na metodach aktywizujących. Podstawowe zajęcia programowe umożliwią przeprowadzenie pięciu zajęć warsztatowych w ciągu roku szkolnego które wzmacniają w uczniach umiejętności asertywnego radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu.

W roku szkolnym 2023/2024 program „Nie pal przy mnie proszę!” objął swym zasięgiem 74 931 odbiorców.



Światowy Dzień bez Tytoniu oraz Światowy Dzień Rzucania Palenia

Celem obchodów jest zwrócenie uwagi społeczeństwa na skutki palenia tytoniu: społeczne, ekonomiczne, a przede wszystkim na skutki zdrowotne, które spowodowane są paleniem papierosów, a w ostatnich latach również e-papierosów a także zachęcenie jak najszerszej grupy odbiorców do rezygnacji z nałogu.

Państwowa Inspekcja Sanitarna z okazji obchodów Światowego Dnia bez Tytoniu oraz Światowego Dnia Rzucania Palenia organizowała wiele wydarzeń stanowiących zwieńczenie całorocznej działalności w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów nikotynowych. W ramach tegorocznych obchodów działania organizowane na terenie całego kraju objęty zasięgiem ponad 800 000 osób. Głównymi wydarzeniami w ramach obchodów były spotkania edukacyjne, konferencje, warsztaty, stoiska edukacyjno-informacyjne połączone z możliwością wykonania badania poziomu tlenu w wydychanym powietrzu, konkursy, wystawy i ekspozycje. Podczas wydarzeń prowadzono również dystrybucję materiałów edukacyjnych oraz poradnictwo medyczne.

4.3. Profilaktyka innych uzależnień

„ARS, czyli jak dbać o miłość?” – program edukacyjny dotyczący profilaktyki używania substancji psychoaktywnych

Celem programu jest ograniczenie niekorzystnych następstw zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież wchodzącą w dorosłe życie.



Program skierowany jest do młodzieży w wieku 15-19 lat, ale zawiera również elementy angażujące ich rodziców.

Program skupia się na wartościach uznawanych przez młodych ludzi za ważne, takich jak miłość, rodzina, bezpieczeństwo i o tym jak używanie substancji psychoaktywnych może negatywnie wpływać na te wartości. Oparty jest na kombinacji składającej się z wiodących strategii profilaktycznych (klasyfikowania wartości, modyfikowania błędnych przekonań, rozwijania umiejętności życiowych, budowania więzi ze wspólnotą szkolną/rodinną) oraz przekazu istotnych informacji, czyli strategii uzupełniających.

W roku szkolnym 2023/2024 program „ARS, czyli jak dbać o miłość?” objął swym zasięgiem 208 603 odbiorców.

4.4. Profilaktyka chorób zakaźnych

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała szereg wojewódzkich i powiatowych inicjatyw z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych, które lokalnie odpowiadały na potrzeby mieszkańców. Działania skupiały się przede wszystkim na edukacji w zakresie higieny osobistej oraz promocji szczepień ochronnych, w kontekście różnych chorób zakaźnych i były kierowane do różnych grup odbiorców.

W prawie wszystkich województwach realizowane były programy edukacyjne podejmowane w partnerstwie z Fundacją Gwiazda Nadziei:

- ◆ **Podstępne WZW** – program edukacyjny skierowany do uczniów szkół ponadpodstawowych, którego głównym celem jest podniesienie wiedzy na temat profilaktyki zakażeń HAV, HBV i HCV. Program realizowany jest z wykorzystaniem scenariuszy zajęć edukacyjnych dostępnych w poradniku metodycznym dla nauczycieli oraz indywidualnych rozmów z młodzieżą. W roku szkolnym 2023/2024 program objął swoim zasięgiem 384 281 odbiorców.
- ◆ **Wybierz życie pierwszy krok** – program edukacyjny poświęcony profilaktyce zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) i zachorowań na raka szyjki macicy. Skierowany do uczniów szkół ponadpodstawowych, a także ich rodziców i opiekunów oraz kadry pedagogicznej. W roku szkolnym 2023/2024 program objął swoim zasięgiem 526 089 odbiorców.

Wśród innych interwencji wojewódzkich znalazły się między innymi: „Higiena naszą tarczą ochronną” woj. zachodniopomorskie, „Zarazkom się nie damy bo o siebie dbamy” woj. opolskie, „Dobre sposoby na zakaźne choroby” woj. kujawsko-pomorskie, „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” woj. śląskie, „Projekt edukacyjny #MłodziŚwiadomi” woj. warmińsko-mazurskie, konkurs „Szczepienia – szansą na zdrowie” woj. podlaskie, projekt „Młodzieżowi Liderzy Zdrowia – kontra HIV” woj. wielkopolskie, „Z higieną za pan brat” woj. lubuskie.

Realizowane były również liczne lokalne interwencje, które najczęściej dotyczyły profilaktyki grypy czy innych infekcji sezonowych, profilaktyki krztuśca, gruźlicy, chorób odkleszczowych, jak również promocji zasad higieny i szczepień ochronnych np. „Czyste ręczki dla dzieci” PSSE Krapkowice, „Ręce pucuję rzadziej choruję” PSSE Lubin, „Pierwszy dzwonek. Nie! Dla meningokoków” PSSE Przasnysz, „Więcej wiem, mniej choruję” PSSE Warszawa, „Czyste ręce mamy i o zdrowie dbamy” PSSE Skierniewice, Lekcja edukacyjna „Dzielne dzieciaki i ich sposoby na mikroby” PSSE woj. lubelskiego.

Światowy Dzień Zdrowia

Obchody Światowego Dnia Zdrowia w 2024 roku były okazją do szerzenia wiedzy o prawach zdrowotnych każdego obywatela. Z okazji Światowego Dnia Zdrowia 2024 w całej Polsce zrealizowano szeroko zakrojone działania edukacyjne, skierowane do różnych grup społecznych: dzieci, młodzieży, dorosłych, seniorów. Łączna liczba odbiorców to ponad 340 000 osób.

Hasło przewodnie obchodów: „Moje zdrowie, moje prawo”.

Państwowa Inspekcja Sanitarna z okazji obchodów Światowego Dnia Zdrowia organizowała wiele działań, w tym akcje lokalnych i wydarzeń plenerowych, stoisk profilaktyczno-edukacyjnych, warsztatów z użyciem narko- i alkoholgli, konkursów dla dzieci, prelekcji, wykładów, konkursów, wystaw tematycznych oraz spotkań z młodzieżą.

5. Edukacja zdrowotna i profilaktyka – działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2024 roku

W 2024 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała działania w zakresie promocji zdrowia, adresowane do różnych grup odbiorców. W ramach sprawowanego nadzoru nad realizacją działań edukacji zdrowotnej m.in. w placówkach nauczania i wychowania pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w sumie 13 937 wizytacji, podczas których oceniali programy edukacyjne realizowane przez te podmioty. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

Utworzenie Departamentu Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej w GIS otworzyło nowe możliwości dla efektywnego planowania i wdrażania ogólnopolskich programów i kampanii profilaktycznych. W nadchodzącym roku pion promocji zdrowia będzie rozwijać priorytetowe inicjatywy z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowego stylu życia.



Tabele, rysunki, wykresy

Tabele

Tab. 1	Liczba grup zakładów żywności i żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w rejestrach organów Państwowej inspekcji Sanitarnej	10
Tab. 2	Nadzorowane formy/grupy działalności związanych z produkcją żywności w rolnictwie w rejestrach PIS w 2024 r.	11
Tab. 3	Jakość zdrowotna środków spożywczych	24
Tab. 4	Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg zagrożeń	33
Tab. 5	Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg kategorii produktów	33
Tab. 6	Powiadomienia dot. produktów z Polski wg zagrożeń	37
Tab. 7	Powiadomienia dot. produktów z Polski wg kategorii produktów	37
Tab. 8	Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2024 r.	48
Tab. 9	Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane w 2024 r.	51
Tab. 10	Zestawienie liczby zatruczeń grzyzbami w latach 2020-2024	56
Tab. 11	Wyniki nadzoru sanitarnego nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego w 2024 r.	61
Tab. 12	Ogólna liczba osób w ogniskach z zakażeniem potwierdzonym badaniami laboratoryjnymi w latach 2018-2024	128
Tab. 13	Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2020-2024	130
Tab. 14	Liczba pacjentów z zakażeniem nabytym do 72 godz. i po 72 godz. z podziałem na czynniki alarmowe	146
Tab. 15	Zakażenia czynnikami alarmowymi w 2024 roku z podziałem na grupy oddziałów	147
Tab. 16	Zakażenia wywołane przez czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dorosłych w 2024 roku	151
Tab. 17	Zakażenia wywołane przez czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dzieci w 2024 roku	153
Tab. 18	Struktura wodociągów w 2024 r.	159
Tab. 19	Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen na pływalniach za 2024 r.	180
Tab. 20	Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2024	185
Tab. 21	Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj kąpieliska	185
Tab. 22	Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w poszczególnych województwach	186
Tab. 23	Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2024 r.	188
Tab. 24	Kontrole zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu, odnowy biologicznej w 2024 r.	210
Tab. 25	Statystyka kontroli solariumów w latach 2020-2024	211
Tab. 26	Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2022-2024 w odniesieniu do obiektów zewidencjonowanych	216
Tab. 27	Liczba zakładów w ewidencji pionu Higieny Pracy, skontrolowanych podmiotów, przeprowadzonych kontroli w zakresie waru. Liczba nków pracy i oceny narażenia zawodowego pracowników narażonych na procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w latach 2023-2024	223
Tab. 28	Zestawienie stwierdzonych przypadków chorób zawodowych spowodowanych pracą w kontakcie z azbestem w latach 2021-2024	226
Tab. 29	Zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych	234
Tab. 30	Liczba nadanych uprawnień inspektora ochrony radiologicznej (IOR)	238
Tab. 31	Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2021 – 2024	242
Tab. 32	Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całonocnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	255
Tab. 33	Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2020-2024 w odniesieniu do obiektów w ewidencji PIS	258
Tab. 34	Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową	260
Tab. 35	Prekursory kat. 2 i 3	282
Tab. 36	Liczba zatruczeń środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2024 r. w poszczególnych grupach wiekowych	289
Tab. 37	Uchwały Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych	291

Rysunki

Rys. 1	Przejścia graniczne w Polsce	78
Rys. 2	Zachorowania na gruźlicę wg województw w Polsce w 2024 r.	92
Rys. 3	Liczba przypadków odrzy w 2024 r. w podziale na województwa*	118
Rys. 4	Odsetek osób zaszczepionych pierwszą dawką szczepionki przeciwko odrze w 2023 r. w krajach UE/EOG	119
Rys. 5	Odsetek osób zaszczepionych drugą dawką szczepionki przeciwko odrze w 2023 r. w krajach UE/EOG	119
Rys. 6	Badania mikrobiologiczne/tóżko/rok z podziałem na województwa w 2024 r.	142
Rys. 7	Wizyta studyjna TAIEK strony ukraińskiej w Polsce - plakat	170
Rys. 8	Strona główna internetowego Serwisu Kąpieliskowego	191
Rys. 9	Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce	192
Rys. 10	Widok wykazu kąpielisk	192
Rys. 11	Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska	193
Rys. 12	Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska	194
Rys. 13	Post z serwisu Facebook: Bezpieczeństwo żywności podczas powodzi	312
Rys. 14	Post z serwisu Instagram: Informacja o bezpłatnych szczepieniach przeciw HPV	313

Wykresy

Wyk. 1	10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2024 r.	32
Wyk. 2	Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2024 r.	34
Wyk. 3	10 najczęściej występujących kategorii produktów pochodzących z Polski w 2024 r.	35
Wyk. 4	Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015-2024	35
Wyk. 5	Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z PL w 2024 r.	38
Wyk. 6	Liczba przypadków zachorowań na krztusiec w latach 2010-2024	88
Wyk. 7	Liczba zachorowań w 2024 r. dla dzieci i młodzieży w wieku 0-19	88
Wyk. 8	Liczba zachorowań w 2024 r. dla wieku 0-75+	88
Wyk. 9	Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 1957-2024. Współczynniki na 100.000 ludności	91
Wyk. 10	Zachorowania na gruźlicę wielokoporną w Polsce w latach 2010-2024	91
Wyk. 11	Liczba przypadków COVID-19 w 2024 r. w podziale na tygodnie	94
Wyk. 12	Liczba przypadków grypy w 2024 r. w podziale na tygodnie	95
Wyk. 13	Liczba przypadków zakażeń RSV w 2024 r. w podziale na tygodnie	95
Wyk. 14	Liczba przypadków zakażeń E. coli STEC/VTEC w latach 2014-2024*	98
Wyk. 15	Liczba zachorowań na WZW typu A w latach 2014-2024*	100
Wyk. 16	Liczba zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu w Polsce w latach 2015-2024	102
Wyk. 17	Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2024	103
Wyk. 18	Liczba przypadków mpox w Polsce w latach 2022-2024	108
Wyk. 19	Liczba przypadków odry w 2024 r. w krajach UE/EOG	115
Wyk. 20	Krzywa epidemiczna przypadków odry w 2024 r. w Polsce według danych z dwutygodniowych meldunków epidemiologicznych*	116
Wyk. 21	Liczba przypadków odry w 2024 r. w krajach UE/EOG według grupy wiekowej i statusu szczepienia	116
Wyk. 22	Liczba przypadków odry w 2024 r. w Polsce według statusu szczepienia (liczba dawek)*	117
Wyk. 23	Liczba przypadków odry w 2024 r. w Polsce według grupy wiekowej i statusu szczepienia (liczba dawek)*	117
Wyk. 24	Liczba zgłoszonych szpitalnych ognisk epidemicznych w latach 2006-2024	125
Wyk. 25	Liczba zarejestrowanych szpitali niejednodniowych w poszczególnych województwach, z uwzględnieniem liczby szpitali, z których zgłoszono ogniska zakażeń szpitalnych	126
Wyk. 26	Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2023 – 2024 w poszczególnych województwach	126
Wyk. 27	Ogniska zakażeń 2024 rok a referencyjność podmiotu leczniczego	128
Wyk. 28	Zgłoszenia ognisk epidemicznych SARS-CoV-2 vs. ognisk wywołanych innymi czynnikami w 2023 / 2024 roku	129
Wyk. 29	Liczba ognisk wywołanych wirusem SARS-CoV-2 zarejestrowanych w podmiotach leczniczych w latach 2020-2024 versus liczba wszystkich zarejestrowanych ognisk zakażeń	130
Wyk. 30	Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2024 roku z podziałem ognisk zakażeń zgłoszonych wśród pacjentów i personelu	131
Wyk. 31	Ogniska epidemiczne w 2024 roku, w których czynniki etiologiczne nie zostały zidentyfikowane	133
Wyk. 32	Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych z wyłączeniem wirusa SARS-CoV-2 w latach 2023 i 2024	133
Wyk. 33	Liczba zarejestrowanych ognisk z potwierdzonym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym w 2024 roku	134
Wyk. 34	Procentowy udział wybranych biologicznych czynników chorobotwórczych w ogniskach w latach 2021 – 2024	134
Wyk. 35	Ogniska zakażeń wywołanych wirusem grypy w latach 2018- 2024	135
Wyk. 36	Ogniska zakażeń Clostridioides difficile / zgłoszone ogniska zakażeń w latach 2017- 2024	136
Wyk. 37	Zgłaszalność ognisk zakażeń Clostridioides difficile w poszczególnych grupach oddziałów w 2024 roku	136
Wyk. 38	Klebsiella pneumoniae - lekooporność izolatów wykrywana w ogniskach w 2024 r.	138
Wyk. 39	Ogniska zakażeń Klebsiella pneumoniae, w których wykryto szczepy produkujące karbapenemazy w latach 2014-2024	138
Wyk. 40	Zgłaszalność ognisk zakażeń Klebsiella pneumoniae w poszczególnych grupach oddziałów w 2024 roku	139
Wyk. 41	Ogniska zakażeń Acinetobacter baumannii zarejestrowane w latach 2020 - 2024	140
Wyk. 42	Zgłaszalność ognisk zakażeń Acinetobacter baumannii opornym na karbapenemy (CRAB) w poszczególnych grupach oddziałów w 2024 roku	140
Wyk. 43	Średnia liczba badań mikrobiologicznych/tóżko/rok w latach 2009-2024	143
Wyk. 44	Zakażenia szpitalne – zapadalność w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w latach 2019-2024	143
Wyk. 45	Liczba pacjentów z zakażeniem nabytym do 72 godz. i po 72 godz.	144
Wyk. 46	Liczba pacjentów z zakażeniem bakteryjnym	148
Wyk. 47	Liczba pacjentów z zakażeniem wirusowym i grzybiczym	149
Wyk. 48	Zapadalność na wybrane patogeny w grupie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych w roku 2024	155
Wyk. 47	Liczba wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i zarządców pływalni ocen jakości wody na pływalniach, na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach	177
Wyk. 48	Liczba pływalni, dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały zbiorczej rocznej oceny jakości wody za 2024 r.	179
Wyk. 49	Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym 2024 r., w których stwierdzono nadmierny zakwit sinic, z podziałem na kategorie wody	188
Wyk. 50	Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2024 r.	189
Wyk. 51	Przeprowadzone kontrole w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem (2021-2024)	224
Wyk. 52	Wykres wzrostu liczby wydawanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych zezwoleń na przestrzeni ostatnich 5 lat	235
Wyk. 53	Stan sanitarny w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w roku 2024, w porównaniu z poprzednimi latami	261
Wyk. 54	Liczba kontroli w zakresie produktów biobójczych wg województwa w 2024 r.	265
Wyk. 55	Liczba wykrytych nieprawidłowości w zakresie produktów biobójczych wg województwa w 2024 r.	266
Wyk. 56	Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w kontrolach w 2024 r.	268
Wyk. 57	Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w wykrytych nieprawidłowościach w 2024 r.	269
Wyk. 58	Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia REACH wg województw w 2024 r. Kontrole obejmowały producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów	271
Wyk. 59	Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia CLP wg województw w 2024 r. Kontrole obejmowały producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów	271
Wyk. 60	Liczba kontroli w zakresie detergentów wg województwa w 2024 r.	274
Wyk. 61	Liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wg województw w 2024 r.	275
Wyk. 62	Liczba wydanych decyzji w zakresie produktów kosmetycznych wg województw w 2024 r.	276
Wyk. 63	Liczba zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województw w 2024 r.	278
Wyk. 64	Liczba zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne skontrolowanych w ramach akcji kontrolnej, wg województw, w 2024 r.	279
Wyk. 65	Liczba zgłoszeń ciężkich działań niepożądanych w latach 2019-2024	280
Wyk. 66	Liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie prekursorów narkotyków w 2024 r. z podziałem na województwa	283
Wyk. 67	Liczba wysłanych powiadomień w systemie PEN Online przed wywozem prekursorów kat. 2 i 3 z podziałem na kraje w 2024 r.	283
Wyk. 68	Liczba kontroli w punktach prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorców podejrzanych o wprowadzanie do obrotu środków zastępczych w 2024 r.	287
Wyk. 69	Liczba zatruc środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2024 r. z podziałem na miesiące	288
Wyk. 70	Liczba zatruc środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2024 r. w poszczególnych grupach wiekowych	288