

# Stan Sanitarny Kraju w roku 2015



Główny Inspektorat Sanitarny  
03-729 Warszawa, ul. Targowa 65  
tel.: +48 22 536 13 00  
fax: +48 22 635 61 94  
e-mail: [inspektorat@gis.gov.pl](mailto:inspektorat@gis.gov.pl)  
[www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)



# Stan Sanitarny Kraju w roku 2015



Główny Inspektorat Sanitarny  
03-729 Warszawa, ul. Targowa 65  
tel.: +48 22 536 13 00  
fax: +48 22 635 61 94  
e-mail: [inspektorat@gis.gov.pl](mailto:inspektorat@gis.gov.pl)  
[www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)



# Spis Treści

<b>Wstęp</b>	<b>9</b>
<b>Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków</b>	<b>11</b>
1. Zakres nadzoru sanitarnego	13
2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia	14
3. Stan sanitarny środków transportu żywności	18
4. Jakość zdrowotna środków spożywczych	18
5. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	38
6. Ocena sposobu żywienia	38
7. Podsumowanie	43
<b>Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych</b>	<b>45</b>
1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych	47
2. Zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe	50
3. Krztusiec	51
4. Różyczka	53
5. Odra	55
6. Poliomyelitis	56
7. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę	57
8. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	61
9. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych	65
10. Choroba meningokokowa	76
11. Choroba pneumokokowa	78
12. Gruźlica	80
13. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne 2015 r.	83
14. Szczepienia ochronne jako element zwalczania chorób zakaźnych	92
15. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz promocji szczepień ochronnych	93
16. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych	93

17. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej związane z dystrybucją szczepionek w Polsce	95
18. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane, jako czynnik determinujący możliwy spadek stanu zaszczepienia populacji przeciw chorobom zakaźnym - działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień	100
<b>Jakość wody przeznaczonej do spożycia</b>	<b>111</b>
1. Wstęp	113
2. Zaopatrzenie ludności w wodę	113
3. Laboratoria organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	122
4. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia	125
5. Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia	126
6. Analiza przekroczeń wybranych parametrów z załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia	129
7. Badanie ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju Legionella sp.	131
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2016 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	136
9. Podsumowanie	138
<b>Pływalnie</b>	<b>141</b>
1. Wstęp	143
2. Nadzór na jakością wody oraz stan sanitarny pływalni	143
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. poz. 2016)	151
<b>Kąpieliska</b>	<b>155</b>
1. Wstęp	157
2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie kąpielisk	159
3. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie miejsc wykorzystywanych do kąpeli	161
4. Stan sanitarny kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w 2015 r.	161
5. Nadzór nad kąpieliskami	167
6. Terminy otwarcia kąpielisk	169
7. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach	170

8. Serwis kąpieliskowy	173
9. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk	178
10. Terminarz organizacji kąpielisk	179
11. Zmiany przepisów w zakresie kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli w 2015 r.	180
<b>Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny</b>	<b>183</b>
<b>Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej</b>	<b>191</b>
1. Informacje ogólne	193
2. Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów	194
3. Odpady medyczne	201
<b>Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami</b>	<b>203</b>
1. Wprowadzenie	205
2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	205
3. Choroby zawodowe	209
4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy	210
5. Podsumowanie	211
<b>Higiena radiacyjna</b>	<b>213</b>
1. Informacje ogólne	214
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich	215
3. Ochrona radiologiczna pacjenta	216
4. Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	216
5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych	217
6. Podsumowanie	217
<b>Oświata zdrowotna i promocja zdrowia</b>	<b>219</b>
1. Profilaktyka nadwagi i otyłości	221
2. Profilaktyka uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	222
3. Profilaktyka chorób zakaźnych	225
4. Profilaktyka palenia tytoniu	226
5. Informacja i ostrzeżenie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu	227

6. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych	231
<b>Ocena stanu sanitarnego placówek dla dzieci i młodzieży w 2015 roku</b>	<b>235</b>
1. Informacje ogólne	237
2. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży	237
3. Stan sanitarny budynków, w których funkcjonują placówki dla dzieci i młodzieży	237
4. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej	238
5. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży	238
6. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne	238
7. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	239
8. Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole	239
9. Warunki pobytu dzieci 5–6 letnich w szkole i przedszkolu	239
10. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży	240
11. Żłobki	240
12. Postępowanie administracyjne	241
13. Podsumowanie i porównanie z rokiem 2014	241
<b>Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w 2015 r.</b>	<b>243</b>
I. Suplementy diety	245
II. Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	247
<b>Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zmniejszania zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez środki zastępcze w 2015 r.</b>	<b>251</b>
1. Wprowadzenie	253
2. Nowe przepisy	253
3. Sytuacja epidemiologiczna	254
4. Egzekwowanie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych	257
5. Działania profilaktyczne	259
6. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2015 r. w produktach zabezpieczonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ich charakterystyka	260



7. Podsumowanie działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach 2011-2015	262
--	-----

<b>Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w zakresie zabezpieczania sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej</b>	<b>265</b>
1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej	267
2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną	267
3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych	267
4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2015 roku	268
5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega	270
6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej	271
7. Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ))	272
8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia.	272



# Szanowni Państwo

Mam przyjemność przekazać do rąk wszystkich zainteresowanych Czytelników raport „Stan sanitarny kraju w roku 2015”. Dokument ten jest przygotowywany corocznie przez Główny Inspektorat Sanitarny na podstawie informacji przesłanych przez państwowych wojewódzkich, powiatowych i granicznych inspektorów sanitarnych. Znajdą w nim Państwo wiele dotychczas niepublikowanych danych statystycznych wraz z omówieniem najistotniejszych zagadnień.

Zakres działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest bardzo szeroki. Obejmuje wszelkie aspekty życia, pracy i wypoczynku człowieka. Dzięki nowoczesnemu wyposażeniu laboratoriów oraz fachowej kadrze jest to jedyna instytucja w pełni uprawniona do obiektywnej i całościowej oceny stanu sanitarnego, uwzględniającej zarówno istniejące, jak i mogące się pojawić zagrożenia dla zdrowia ludzi. Z reguły podkreśla się rolę Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zapobieganiu czy ograniczaniu występowania chorób zakaźnych, w tym zmniejszaniu liczby zatruć i zakażeń pokarmowych. Nie można jednak zapominać o zaangażowaniu pracowników Inspekcji w szerzenie wiedzy o czynnikach ryzyka, w tym w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych, takich jak: nowotwory, choroby układu krążenia czy cukrzyca. Społeczeństwo aktywnie dbające o swe zdrowie poprzez zdrowy styl życia, bezpieczne środowisko w miejscu zamieszkania i pracy, zdrowe odżywianie, eliminację innych czynników ryzyka może prowadzić długie życie wolne od chorób i związanych z nimi ograniczeń. Sukces zdrowia publicznego rozumiany w ten sposób pozwala wygospodarować dodatkowe środki finansowe na leczenie chorób, tam gdzie jest to konieczne. Wszelkie zmiany w tym zakresie winny być starannie przemyślane, oparte na zasadzie ostrożności i trosce o zdrowie społeczeństwa.

Nie sposób omówić wszystkich istotnych informacji zawartych w przedstawionym dokumencie. Dostęp do wiarygodnych danych we wszystkich obszarach objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie byłby możliwy bez sprawnie działającej bazy laboratoryjnej. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujące badania w szerokim zakresie (badania żywności, wody, różnego rodzaju badania środowiskowe i inne), dysponujące wykwalifikowaną kadrą i odpowiednio przygotowaną infrastrukturą stanowią podstawowy instrument nadzoru. Zebrane informacje będą przydatne dla instytucji publicznych, jednostek samorządu terytorialnego, ośrodków naukowych, mediów oraz wszelkich podmiotów zainteresowanych aktualnymi danymi dotyczącymi zdrowia publicznego.

Marek Posobkiewicz  
Główny Inspektor Sanitarny

Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2015 r.



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



## 1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2015 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 452 500 obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków, w tym:

- 69 699 zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 5 364 piekarnie, 3 179 ciastkarni,
- 251 733 obiekty obrotu żywnością, w tym m.in.: 146 353 sklepy spożywcze, 16 804 kioski spożywcze, 29 111 środków transportu żywności,
- 880 083 zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 42 623 zakłady małej gastronomii,
- 42 409 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 1 077 bloków żywienia w szpitalach, 154 kuchnie niemowlęce, 1 557 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 11 335 stołówek szkolnych, 11 782 stołówki w przedszkolach, 1 069 zakładów usług cateringowych oraz 3 901 innych zakładów żywienia,
- 4 919 wytwórni i miejsc obrotu przedmiotami użytku,
- 3 657 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W nadzorowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną zakładach żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przeprowadzono **293 565** kontroli sanitarnych, w tym **22 132** kontrole interwencyjne. Wydano **38 332** decyzje administracyjne nakazujące usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym **650** decyzji przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań sanitarnych ukarano **22 454** mandatami, na łączną kwotę **4 709 190** PLN.

Natomiast w nadzorowanych zakładach produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami przeprowadzono **2 136** kontroli, wydano **60** decyzji administracyjnych, w tym **3** decyzje nakazujące wstrzymanie lub ograniczenie działalności, a winnych zaniedbań sanitarnych ukarano 21 mandatami, na łączną kwotę **5 200** PLN.

Porównanie stanu sanitarnego obiektów w latach 2004 - 2015 przedstawia Tabela 1.

Lata	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	8,6	2,9	2,3	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	1,7	1,7	1,7	1,9

**Tabela 1.** Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2004-2015

## 2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

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

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

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

Porównanie stanu sanitarnego obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2014 - 2015 przedstawia Tabela 2.

**Tabela 2.**

Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w latach 2014 - 2015

Lp.	Rodzaj obiektów	% obiektów o niewłaściwym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2014	2015	
1	Wytwórnice lodów	0,3	0,6	0,3
2	Automaty do lodów	0,5	0,9	0,4
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	-	-
4	Piekarnie	2,6	3,2	0,6
5	Ciastkarnie	1	1,8	0,8
6	Przetwórnice owocowo - warzywne i grzybowe	0,9	0,6	-0,3
7	Browary i słodownie	3,2	-	-3,2
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	1	1,2	0,2
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	-	1	1



10	Zakłady garmażeryjne	1,2	2,1	0,9
11	Zakłady przemysłu zbożowo - młynarskiego	2	4,5	2,5
12	Wytwórnie makaronów	0,8	-	-0,8
13	Wytwórnie wyrobów cukierniczych	-	0,7	0,7
14	Wytwórnie koncentratów spożywczych	0,6	-	-0,6
15	Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	-	-	-
16	Wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek	-	-	-
17	Wytwórnie suplementów diety	-	-	-
18	Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwórnie substancji dodatkowych	-	-	-
20	Cukrownie	-	-	-
21	Inne wytwórnie żywności	0,3	0,4	0,1
22	Sklepy spożywcze	2,6	2,6	bz
23	Kioski spożywcze	0,9	1,1	0,2
24	Magazyny hurtowe	1	0,8	-0,2
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	1	1,2	0,2
26	Środki transportu	-	0,1	0,1
27	Inne obiekty obrotu żywnością	1	0,5	-0,5
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	1,5	2,2	0,7
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,4	0,4	bz
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	1,7	1,9	0,2
31	Wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	-	-	-
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	0,5	-	-0,5
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	0,6	1	0,4
	<b>OGÓŁEM</b>	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>	<b>0,2</b>

Objaśnienia:

- brak przypadków

bz - bez zmian

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 2 odnotować należy poprawę w stosunku do roku 2014 stanu sanitarnego obiektów z grup:

- browary i słodownie (o 3,2%),
- wytwórnie makaronów (o 0,8%),
- wytwórnie koncentratów spożywczych (o 0,6%),
- przetwórnice owocowo - warzywne i grzybowe (o 0,3%),
- magazyny hurtowe (o 0,2%),
- inne obiekty obrotu żywnością (o 0,5%),
- miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością (o 0,5%).

Ponadto na podkreślenie zasługuje fakt nie stwierdzenia obiektów o niewłaściwym stanie sanitarnym w wytwórniach:

- tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi,
  - makaronów,
  - koncentratów spożywczych,
  - octu, majonezu i musztardy,
  - chrupek, chipsów i prażynek,
  - suplementów diety,
  - środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
  - substancji dodatkowych
- oraz w grupach:
- browary i słodownie,
  - cukrownie,
  - wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
  - miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

Niepokojące jest pogorszenie, w porównaniu do roku 2014, stanu sanitarnego zakładów przemysłu zbożowo – młynarskiego (o 2,5%) oraz piekarni (o 0,6%), ciastkarni (o 0,8%), zakładów garmażeryjnych (o 0,9%).

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętego skontrolowano 28 595 obiektów. Stan sanitarny tych zakładów nie uległ zmianie w stosunku do roku poprzedniego, ale niepokój budzi dyskwalifikacja 122 zakładów, co stanowi 0,43% obiektów skontrolowanych. W roku 2015 skontrolowano 7 789 stołówek szkolnych, z których 29 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,37%. Natomiast ze skontrolowanych 7 752 stołówek w przedszkolach – 15 nie spełniało wymagań higieniczno-sanitarnych, co stanowi 0,19%.

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



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

W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie dzięki wdrażaniu i stosowaniu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a także wprowadzaniu systemu HACCP.

W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło 331 925 zakładów. Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji.

Natomiast system HACCP wprowadziło 201 037 nadzorowanych obiektów.

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

### 3. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8 001 środków transportu żywności, spośród których tylko 1 nie spełniał wymagań higieniczno-sanitarnych.

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

### 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do lat wcześniejszych, w 2015 r. jakość zdrowotna środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa niewielkiej poprawie.

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2010-2015 przedstawia Tabela 3.

W 2015 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 70 611 próbek środków spożywczych, z których 2,7 % nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2014 r. – 2,96 %).

Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbiciu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej, przedstawioną jako odsetek próbek zdyskwali-

Rok	Środki spożywcze		W tym					
	Razem		krajowe		importowane		UE	
	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane
2010	66 913	3,56	56 088	3,56	7 456	3,66	3 369	3,32
2011	70 075	3,0	57 373	2,9	8 438	3,8	4 264	3,0
2012	67 665	4,02	55 426	3,95	7 285	5,2	4 954	3,1
2013	67 036	2,89	54 453	2,87	8 274	3,55	4 309	1,88
2014	69 779	2,96	56 584	3,14	8 172	2,33	5 023	2,05
2015	70 611	2,7	57 938	2,88	7 204	1,62	5 469	2,19

**Tabela 3.** Jakość zdrowotna środków spożywczych

fikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. za niewłaściwą – w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 4.

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

- mleko i przetwory mleczne,
- wyroby cukiernicze i ciastkarskie,
- owoce,
- grzyby,
- wody mineralne i napoje bezalkoholowe,
- tłuszcze roślinne,
- ziarna roślin oleistych,
- koncentraty spożywcze,
- zioła, przyprawy,
- wyroby garmażeryjne i kulinarne,
- środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- suplementy diety,
- inne środki spożywcze.

Niestety, 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; ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne; cukier i inne; miód i produkty pszczelarskie; orzechy, w tym arachidy; warzywa, w tym strączkowe; napoje alkoholowe; ocet; majonezy, musztardy, sosy; kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe; sól spożywcza i jej zamienniki.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
				krajowych		UE		z importu	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	2,57	3,38	2,3	3,39	13,9	4,08	-	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	3,52	4,05	3,58	4,21	-	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	1,33	2,13	0,99	2,1	5,7	2,29	1,27	2,3
4.	Mleko i przetwory mleczne	6,72	6,52	6,9	6,68	0,66	1,99	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,28	2,54	2,63	2,4	0,83	4,85	1,12	1,76
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,87	1,48	1,87	1,46	1,12	2,31	6,45	2
7.	Cukier i inne	-	5,26	-	5,5	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	-	1,59	-	-	-	-	-	7,7
9.	Orzechy, w tym arachidy	0,63	0,94	2,5	3,92	4,17	-	0,53	0,81
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,09	1,58	1,28	1,74	-	1,08	0,6	-
11.	Owoce	1,65	1,35	0,89	0,83	0,81	2,4	3,09	1,98
12.	Grzyby	3,88	2,62	4,09	2,75	-	-	-	-
13.	Drożdże	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
14.	Napoje alkoholowe	-	0,57	-	0,27	-	2,04	-	-
15.	Ocet	-	3,6	-	4,04	-	-	-	-
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	5,93	3,91	6,09	3,87	-	-	-	50 (2 na 4 zbadane)
17.	Tłuszcze roślinne	3,68	1,35	2,27	1,27	2,46	2,07	38,1	-

18.	Ziarna roślin oleistych	2,67	0,37	7,14	-	4,35	3,57	2,43	0,26
19.	Koncentraty spożywcze	1,18	0,36	1,27	0,38	-	-	-	-
20.	Majonezy, musztardy, sosy	0,16	1,03	-	0,54	-	6,66	1,23	-
21.	Zioła, przyprawy	1,42	1,31	1,7	1,48	1,66	0,29	0,86	1,4
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	0,67	0,84	0,76	1,36	0,67	1,14	0,62	0,5
23.	Wyroby garmazeryjne i kulinarne	2,68	2,05	2,73	2,07	-	-	-	-
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	2,33	2,05	2,11	2,22	1,64	1,1	20,79	8,2
25.	Nowa żywność	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb
26.	Suplementy diety	6,19	4,66	4,35	3,42	10,18	6,64	18,09	14,86
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	0,88	-	1,72	-	-	-	2,86	-
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	4,36	5,6	4,15	5,69	-	-	50	-
29.	Inne środki spożywcze	5,83	4,21	3,19	4,94	-	-	42,86	-
30.	<b>Razem środki spożywcze</b>	2,96	2,7						
31.	<b>Środki spożywcze krajowe</b>			3,14	2,88				
32.	<b>Środki spożywcze UE</b>					2,05	2,19		
33.	<b>Środki spożywcze z importu</b>							2,33	1,6

**Tabela 4.** Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2015 r.  
 Objaśnienia: nb – nie badano – brak przypadków

Po przebadaniu 245 próbek substancji dodatkowych i pomagających w przetwarzaniu - nie stwierdzono podstaw do kwestionowania pobranych i zbadanych próbek.

#### 4. 1. Znakowanie środków spożywczych

Próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2015 r. na 34 987 ocenionych próbek - zakwestionowano 822, co stanowi 2,35 % (w 2014 r. – 1,86%). Przyczyną zwiększonego odsetka nieprawidłowo znakowanej żywności prawdopodobnie było niedostosowanie przez przedsiębiorców etykiet do obowiązujących od dnia 13 grudnia 2014 r. wymagań rozporządzenia 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 uchylecia 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 dn. 22.11.2011 str. 18 z późn. zm.).

#### 4. 2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami

Analogicznie jak w latach ubiegłych, w 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły nadzór nad obrotem grzybami i przetworami grzybowymi w sklepach spożywczych, warzywniczych, hurtowniach oraz nad targowiskową sprzedażą grzybów świeżych i suszonych. W sklepach spożywczych oraz hipermarketach były oferowane zarówno grzyby świeże hodowlane (pieczarka, bocznik), jak również grzyby leśne świeże (kurka) oraz grzyby mrożone pochodzące zarówno z Polski jak i z innych krajów. Sprzedaż grzybów leśnych świeżych odbywała się głównie na targowiskach. W sprzedaży stwierdzono przede wszystkim borowiki szlachetne, pieprzniki jadalne (kurki), maślaki zwyczajne, podgrzybki brunatne, gąski zielonki oraz mleczaje rydze. 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. Podczas kontroli sprawdzano warunki sprzedaży oraz jakość sprzedawanych produktów, ich cechy organoleptyczne, opakowanie jednostkowe, oznakowanie. Kontroli poddawano także dokumentację towarzyszącą wprowadzanym do obrotu grzybom, tj. sprawdzano czy partia grzybów została opatrzona atestem na grzyby świeże, bądź też atestem na grzyby suszone. Wymóg ten został określony w prawie żywnościowym, zgodnie z którym każda partia grzybów świeżych i suszonych pochodzących ze stanu naturalnego, powinna być zaopatrzona we właściwy dokument, tzw. atest identyfikujący daną partię produktu. Podczas kontroli sprawowanej na targowiskach nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących sprzedaży grzybów. Pod względem wykorzystywania grzybów, szczególnie dziko rosnących, kontrolowano także zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego.



Z uwagi na suszę w 2015 r. zaobserwowano mniejszą niż w latach poprzednich ilość zebranych grzybów. Przełożyło się to na istotny spadek odnotowanych przypadków zatruc. W roku 2014 zanotowano 32 przypadki, natomiast w 2015 r. w Polsce zatruciu grzybami uległo 9 osób – każda z nich wymagała hospitalizacji. W 1 przypadku zatrucie spowodowane było spożyciem muchomora sromotnikowego. Nie odnotowano zgonów spowodowanych spożyciem grzybów trujących.

Zatrucia grzybami stwierdzono w województwach:

- pomorskim – 4,
- lubelskim – 4,
- zachodniopomorskim – 1.

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2015 r. wg gatunków przedstawia Tabela 5.

W ramach działań profilaktycznych grzyboznawcy zatrudnieni w Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielali porad w zakresie przynależności gatunkowej grzybów. Ponadto organizowano wystawy grzybów oraz przekazywano do mediów informacje o podstawowych zasadach bezpieczeństwa dla osób zbierających i spożywających grzyby, zasadach wprowadzania do obrotu handlowego grzybów świeżych i suszonych. Podobne informacje ukazywały się także na stronach internetowych poszczególnych stacji sanitarno – epidemiologicznych.

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

W 2015 r. w ramach realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” pobrano i zbadano 619 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 5.

Wśród zakwestionowanych próbek znalazły się:

- 1 próbka makaronu sojowego;
- 2 próbki mąki sojowej odtłuszczonej;
- 1 próbka ziarna soi;
- 1 próbka preparatu sojowego.

Wszystkie ww. produkty zakwestionowano ze względu na oznakowanie produktu niezgodne z wymaganiami rozporządzenia nr 1829/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy.

Do badań pobrano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO a nie oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, produkty zawierające w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej oraz produkty oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie zawierające materiał GM niedopuszczony w UE.



Gatunek grzyba	Miesiąc												Liczba			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Ognisk	Zachorowań	Osób hospitalizowanych	Zgonów
<b>Zatrucia cytotropowe</b>																
Muchomor sromotnikowy										1			1	1	1	-
Piestrzenica kasztanowata																
Zasłonak																
<b>Zatrucia neurotropowe</b>																
Muchomor plamisty										1			1	1	1	-
Krowiak podwinięty																
Strzępiak																
Muchomor czerwony																
Łysiczka lancetowata																
<b>O działaniu gastrycznym</b>																
Gołąbek										3			1	3	3	-
Gąska											1		1	1	1	-
Lisówka pomarańczowa																
<b>Zatrucia nieswoiste</b>									2				2	2	2	-
<b>Zatrucia gat. grzybów o nieustalonej przynależności</b>				1									1	1	1	-
<b>Razem zachorowań:</b>				1					2	5	1		7	9	9	-

**Tabela 5.** Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2015 r.

Do badań zostały pobrane: produkty z soi, kukurydzy i ryżu, miód, warzywa, owoce, mięso, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym preparaty do początkowego i dalszego żywienia niemowląt oraz środki spożywcze uzupełniające, obejmujące produkty zbożowe przetworzone i inne środki spożywcze dla niemowląt i małych dzieci.

Wyniki działań kontrolnych prowadzonych w roku 2015 potwierdzają spostrzeżenia z lat poprzednich, że producenci żywności preferują surowce i niezmienione genetycznie towary - o czym często informują w oznakowaniu produktów.

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

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

System działa na podstawie przepisów prawa:

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

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

Każdy członek sieci RASFF wyznacza krajowy punkt kontaktowy. W Polsce, zgodnie z art. 85 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia siecią systemu RASFF kieruje Główny Inspektor Sanitarny oraz:

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

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

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

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

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

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

Powiadomienie alarmowe - przesyłane są, gdy zidentyfikowana zostanie niebezpieczna żywność lub pasze i niezbędne jest podjęcie natychmiastowych działań w tym zakresie w innym państwie będącym członkiem sieci;

Powiadomienia informacyjne - przesyłane są, gdy zidentyfikowana zostanie niebezpieczna żywność lub pasze, jednak nie jest konieczne podjęcie natychmiastowych działań w tym zakresie w innym państwie będącym członkiem sieci, np. dlatego, że dany produkt nie jest już dostępny na rynku lub znajduje się jedynie na rynku kraju zgłaszającego powiadomienie;

Powiadomienie o odrzuceniu na granicy oznacza powiadomienie o odrzuceniu partii, kontenera lub ładunku żywności lub paszy, o czym mowa w art. 50 ust. 3. lit c) rozporządzenia (WE) nr 178/2002.

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

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

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

W okresie od 01/01/2015 do 31/12/2015 Krajowy Punkt Kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (KPK RASFF w GIS) zgłosił 89 powiadomień do systemu RASFF, w tym:

Powiadomienia

- alarmowe 20
- informacyjne w celu podjęcia działań 8
- informacyjne w celu zwrócenia uwagi 11
- news 1
- o odrzuceniu na granicy 49
- Suma końcowa 89

Z całkowitej liczby 89 powiadomień zgłoszonych do RASFF przez Polskę, 75 powiadomień dotyczyło żywności, 13 powiadomień dotyczyło wyrobów do kontaktu z żywnością, a 1 powiadomienie dotyczyło paszy.

Podobnie jak w roku 2014 najczęściej identyfikowane zagrożenie, będące przyczyną zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę, to występowanie niebezpiecznych dla zdrowia bakterii Salmonella. Wśród 20 powiadomień zgłoszonych przez Polskę w związku z wykryciem tego patogennego mikroorganizmu w żywności, 19 powiadomień dotyczyło obecności Salmonella w nasionach sezamu pochodzących z Indii. Zagrożenie wykryto w wyniku kontroli granicznych. Produkty te nie zostały dopuszczone do obrotu w Polsce.

Nasiona sezamu importowane z Indii objęte są programem wzmożonych kontroli urzędowych na granicach Unii Europejskiej w związku ze znaczną liczbą powiadomień RASFF zgłaszanych przez członków sieci.

Pozostałe zagrożenia najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2015 r. to:

- aflatoksyny wykrywane w orzechach ziemnych (5 powiadomień), pistacjach (2 powiadomienia) i figach suszonych (2 powiadomienia),
- ciała obce, tj. martwe owady, ekskrementy szkodników, zanieczyszczenia mineralne w suszonych owocach (figach, daktylach, morelach – łącznie 5 powiadomień), migdałach (2 powiadomienia), pieprzu białym i imbirze (po 1 powiadomieniu),
- pozostałości pestycydów w zielonej herbacie (5 powiadomień), gruszkach, kalafiorze, pestkach dyni (po 1 powiadomieniu),
- migracja pierwszorzędowych amin aromatycznych (PAA) z wyrobów do kontaktu z żywnością wykonanych z nylonu lub poliamidu (6 powiadomień),
- migracja ołowiu i kadmu z obrzeża szklanych dekorowanych wyrobów do kontaktu z żywnością,
- składniki suplementów diety zaliczane do tzw. nowej żywności, które nie były w znacznym stopniu spożywane przez ludzi w Unii Europejskiej przed 15 maja 1997 r. i dla których nie istnieją odpowiednie oceny bezpiecznego spożycia tych składników (5 powiadomień).

<b>Zagrożenie</b>	<b>Suma</b>
Salmonella spp.	19
aflatoksyny	9
ciało obce	9
pozostałości pestycydów	8
migracja PAA	6
migracja kadmu i ołowiu z obrzeża	5
składniki nowej żywności	5
Listeria monocytogenes	3
ochratoksyna A	3
substancje dodatkowe - przekroczenie	3
niedopuszczalne składniki	2
ołów	2
rtęć	2
brak sprawozdania z badań dot. migracji PAA	1
deoksyniwalenol	1
dioksyny	1
gluten - brak deklaracji o obecności	1
GMO - brak znakowania	1
migracja formaldehydu	1
niezatwierdzony podmiot	1
pleśń	1
Salmonella Oranienburg	1
siarczyny - brak deklaracji o obecności	1
substancje dodatkowe - niedozwolona obecność	1
WWA	1
zmiany organoleptyczne	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>89</b>

**Tabela 6.** Najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF zagrożenia w 2015 r.

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2015 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2015 r. pochodziło spoza Unii Europejskiej, w tym przede wszystkim z Indii, Chin i Turcji. Wśród produktów pochodzących z UE, najwięcej produktów zgłoszonych przez Polskę do RASFF w zeszłym roku pochodziło z Polski.

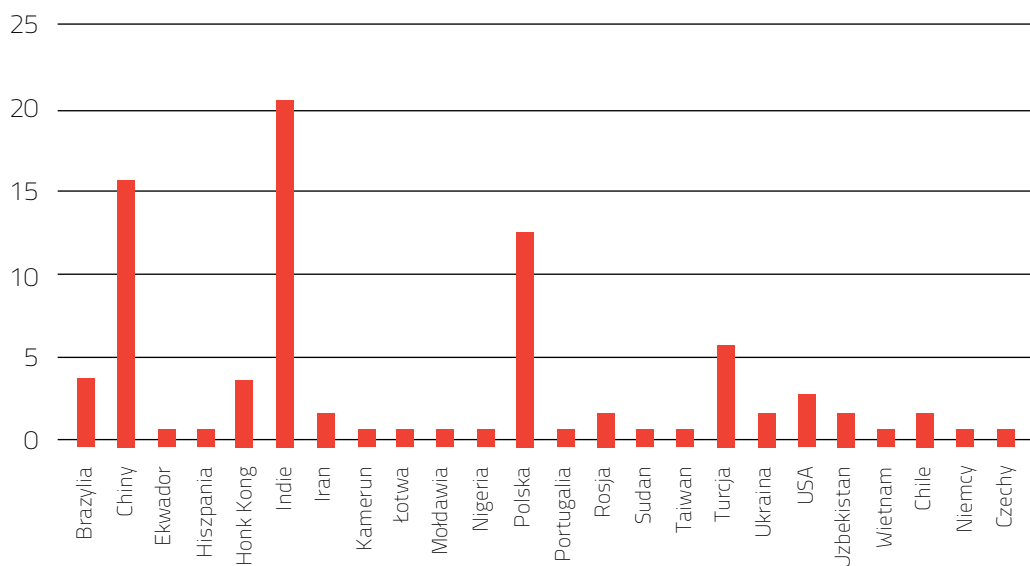
<b>Kategorie produktów</b>	<b>Suma</b>
orzechy, produkty pochodne, nasiona	30
owoce i warzywa	17
wyroby do kontaktu z żywnością	13
ryby i produkty pochodne	7
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	7
kakao, kawa, herbata	6
zioła i przyprawy	4
zboża i produkty piekarnicze	2
inne produkty spożywcze / złożone	1
materiały paszowe	1
mięso drobiowe i produkty pochodne	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>89</b>

**Tabela 7.**



Liczba  
powiadomień

**Wykres 1.** Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2015 r.



W okresie od 01/01/2015 do 31/12/2015 wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 126 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski, w tym:

<b>Powiadomienia</b>	<b>Suma</b>
alarmowe	51
informacyjne w celu podjęcia działań	31
informacyjne w celu zawrócenia uwagi	38
news	6
<b>Suma końcowa</b>	<b>126</b>

**Tabela 8.**

Z całkowitej liczby 126 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 118 powiadomień dotyczyło żywności (93,7%), 7 powiadomień dotyczyło pasz (5,6%), a 1 powiadomienie dotyczyło wyrobów do kontaktu z żywnością (0,8%).

Najczęściej identyfikowane zagrożenie, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski to występowanie niebezpiecznych dla zdrowia bakterii Salmonella, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych oraz wołowym i wieprzowym mięsie mielonym. Na przestrzeni ostatnich lat mięso drobiowe i produkty pochodne pochodzące z Polski są często zgłaszane do RASFF z uwagi na obecność w nich bakterii Salmonella. W 2015 r. produkty pochodzenia polskiego stanowiły 19,6% wszystkich zgłoszeń w kategorii produktu: mięso drobiowe i produkty pochodne, zagrożenie: Salmonella.

Duża część powiadomień dotyczyła wykrycia patogennych bakterii *Listeria monocytogenes*, głównie w rybach i produktach pochodnych. Większość tych powiadomień zgłosił włoski punkt kontaktowy RASFF z uwagi na wykrycie obecności *Listeria monocytogenes* w próbkach (o wadze 25 g) z różnych partii łososia wędzonego na zimno, wyprodukowanego przez tego samego producenta z Polski. Zgodnie z przepisami prawa żywnościowego (rozporządzenie /WE/ nr 2073/2005) ustanowione są następujące limity zanieczyszczenia *Listeria monocytogenes* w łososiu wędzonym:

- *L. monocytogenes* nie może przekroczyć wartości 100 jtk/g [jednostek tworzących kolonię/gram] w żadnej z 5 pobieranych do badań próbek dla produktu wprowadzonego do obrotu w ciągu okresu przydatności do spożycia. Wymaganie to stosuje się o ile producent jest w stanie wykazać w sposób zadowalający dla właściwego organu, że produkt nie przekroczy limitu 100 jtk/g w całym okresie przydatności do spożycia.

- *L. monocytogenes* nie może być obecna w żadnej z 5 próbek o wadze 25 g każda – kryterium to stosuje się do produktów przed ich wyjściem spod bezpośredniej kontroli przedsiębiorstwa sektora spożywczego, które jest jego producentem, jeśli producent nie jest w stanie wykazać w sposób zadowalający dla właściwego organu, że produkt nie przekroczy limitu 100 jtk/g w ciągu całego okresu przydatności do spożycia.

Władze włoskie uznawały, że producent nie jest w stanie wykazać w sposób zadowalający dla właściwego organu, że produkt nie przekroczy limitu 100 jtk/g w ciągu całego okresu przydatności do spożycia, mimo iż producent przedstawiał szereg wyników badań laboratoryjnych i danych statystycznych potwierdzających bezpieczeństwo produktu. Kolejne dowody ostatecznie przekonały władze włoskie, iż stosowanie limitu 100 jtk/g jest zasadne, co przełożyło się na znaczny spadek liczby powiadomień RASFF dotyczących wykrywania *Listeria monocytogenes* w produktach pochodzących z Polski począwszy od drugiego kwartału 2015 r.

Znaczna część powiadomień o produktach z Polski dotyczyła wykrycia substancji/składników alergennych, których obecności nie deklarowano w oznakowaniu kwestionowanych produktów. Alergeny, które stwierdzano w produktach to: orzechy ziemne, soja, siarczyn, białko mleka, gorczyca, gluten, jaja.

Ponadto w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski informowano poprzez RASFF m.in. o:

- nowej żywności, dla której brakuje oceny bezpieczeństwa spożycia przez ludzi (w składzie suplementów diety),
- podejrzeniu zafałszowania kakao, filetów rybnych, miodu, mięsa jagnięcego, masła,
- pozostałości pestycydów w papryce, brokułach, kalafiorze i pomidorze.

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2015 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

<b>Zagrożenie</b>	<b>Suma</b>
Salmonella	42
Listeria monocytogenes	24
składniki nowej żywności	6
podejrzenie zafałszowania produktu	5
pozostałości pestycydów	4
WWA	3
ciało obce	3
Campylobacter jejuni	2
dioksyny	2
kadm	2
niedeklarowane w składzie - orzechy ziemne	2
niedeklarowane w składzie - soja	2
substancje dodatkowe - przekroczenie	2
niedeklarowane w składzie - siarczyny	2
aflatoksyny	1
brak informacji o genetycznej modyfikacji	1
brak znaku weterynaryjnego	1
grzyby trujące - podejrzenie	1

**Tabela 9.**

migracja epoksydowanego oleju sojowego	1
NDL-PCB	1
niedeklarowane w składzie - białko mleka	1
niedeklarowane w składzie - gluten	1
niedeklarowane w składzie - gluten i gorczyca	1
niedeklarowane w składzie - gorczyca	1
niedeklarowane w składzie - jajko	1
niedopuszczalne składniki	1
niedozwolona genetyczna modyfikacja	1
niedozwolone napromieniowanie żywności	1
nieuprawniony zakład	1
niewłaściwe znakowanie	1
niezatwierdzony podmiot	1
ochratoksyna A	1
ołów	1
pozostałości leków weterynaryjnych	1
Staphylococcus	1
STEC	1
zagrożenie encefalopatią	1
zanieczyszczenie drożdżami	1
zmiany organoleptyczne	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>126</b>



ARILLANS  
DE PRESSE  
150g

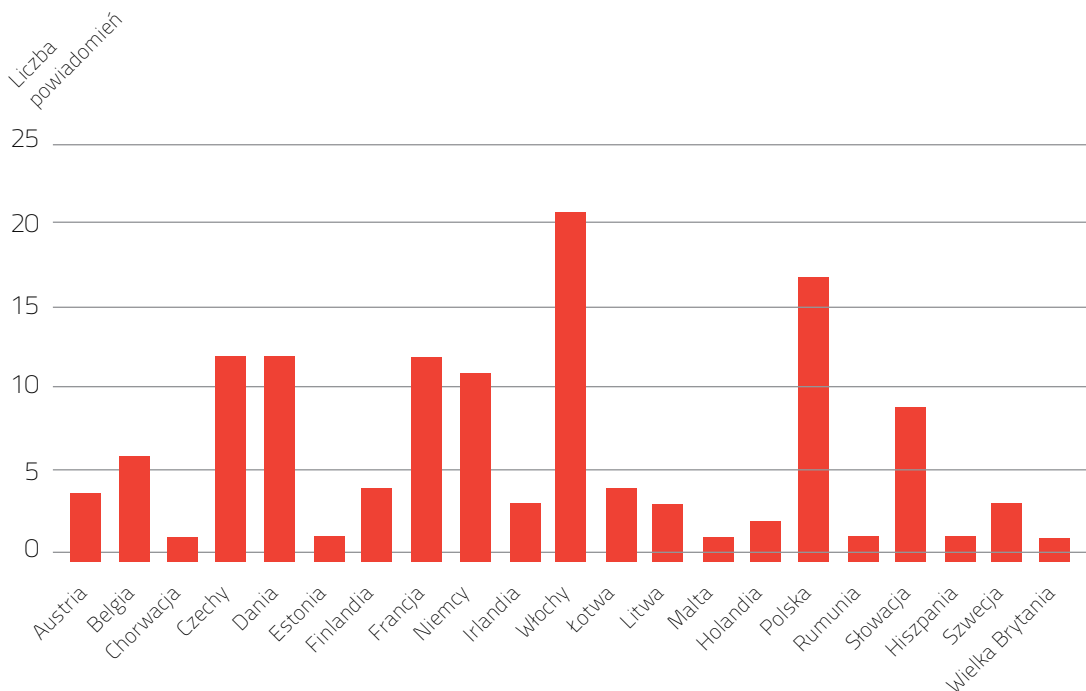
<b>Kategorie produktów</b>	<b>Suma</b>
mięso drobiowe i produkty pochodne	35
ryby i produkty pochodne	23
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	22
owoce i warzywa	14
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	9
materiały paszowe	5
zboża i produkty piekarnicze	4
inne produkty spożywcze / złożone	2
kakao, kawa, herbata	2
mieszanka paszowa	2
zioła i przyprawy	2
miód i mleczko pszczele	1
mleko i produkty mleczne	1
substancje dodatkowe i aromaty	1
tłuszcze i oleje	1
wyroby do kontaktu z żywnością	1
zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>126</b>

**Tabela 10.**

W omawianym okresie najwięcej powiadomień (21) dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Włochy (głównie dotyczyły ww. wykrycia *L. monocytogenes* w łosiosiu wędzonym) oraz Polskę (17). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za kontrolę żywności i pasz w Unii Europejskiej, wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r. i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF. Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie

RASFF przekazując odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach do systemu.

Znaczna część powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski została zgłoszona przez Czechy, Danię, Francję, Niemcy i Słowację. Poniższy wykres obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie.



**Wykres 2.** Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów poch. z PL (2015 r.)

Ponadto KPK RASFF w GIS zgłosił do systemu w analizowanym okresie 343 powiadomienia uzupełniające, w których poinformowano o działaniach podjętych w Polsce przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz i/lub zaangażowane podmioty w następstwie wykrycia produktów niebezpiecznych zgłoszonych do RASFF.

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

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

W 2015 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 2,38% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2014 r. – 2,18%), w tym produkcji krajowej – 0,7% (w 2014 r. - 2,16%), wyprodukowanych w UE – 2,35% (w 2014 r. - nie kwestionowano) oraz z importu – 3,18 % (w 2014 r. - 2,61 %).

Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wyniósł 1,66% (w 2014 r. – 1,31%), w tym produkcji krajowej – 1,96% (w 2014 r. – 1,35%), wyprodukowanych w UE – 0,56% (w 2014 r. – 0,63%) oraz z importu – nie kwestionowano (w 2014 r. – 6,67%).

W zakresie produktów kosmetycznych w 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły kontrole na zgodność z przepisami rozporządzenia Komisji (UE) nr 655/2013 z dnia 10 lipca 2013 r. określającego wspólne kryteria dotyczące uzasadniania oświadczeń stosowanych w związku z produktami kosmetycznymi - ze szczególnym uwzględnieniem oświadczeń, które mogą mieć niekorzystny wpływ na zdrowie konsumentów. Kontrolami objęto szeroką gamę produktów kosmetycznych. W trakcie tych kontroli sprawdzano wszystkie formy oświadczeń – tekst oraz umieszczone na opakowaniach znaki i symbole.

W związku z informacjami otrzymywanymi od konsumentów i przedsiębiorców, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również działania związane z naruszeniem przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczącego produktów kosmetycznych - w zakresie wprowadzania do obrotu wyrobów do wybielania zębów.

W roku 2015 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie otrzymały powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów, mogących znajdować się w obrocie na terenie Polski.

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w roku 2015 przedstawia Tabela 11.

## 6. Ocena sposobu żywienia

Żywnienie zbiorowe zamknięte jest szczególnie istotnym elementem podstawowej formy żywienia dla określonych środowisk m.in.: pacjentów szpitali, dzieci w szkołach i przedszkolach, wychowanków domów dziecka, pensjonariuszy domów pomocy społecznej.



**Tabela 11.** Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w 2015 r.

Lp.	Rodzaj próbek	Ogółem		% zdyskwalifikowanych próbek					
				w tym:					
		2014	2015	krajowych		UE		z importu	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	1,63	-	1,82	-	-	-	1,64	-
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	2,23	2,68	2,2	0,86	-	2,48	2,69	3,49
3.	<b>Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością</b>	<b>2,18</b>	<b>2,38</b>	<b>2,16</b>	<b>0,7</b>	<b>-</b>	<b>2,35</b>	<b>2,61</b>	<b>3,18</b>
4.	<b>Kosmetyki</b>	<b>1,31</b>	<b>1,66</b>	<b>1,35</b>	<b>1,96</b>	<b>0,63</b>	<b>0,56</b>	<b>6,67</b>	<b>-</b>

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

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

wiedzialnych za bezpieczeństwo żywności i jakość żywienia, a także do wiadomości jednostkom nadrzędnym lub dyrektorom obiektów.

W 2015 r. w celu ograniczenia spożycia przez dzieci i młodzież żywności, do której dodawane są cukry i substancje słodzące, żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, soli/sodu, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełnić środki spożywcze stosowane w ramach żywienia dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2015 r. poz. 1256). Rozporządzenie weszło w życie w dniu 1 września 2015 r. Przedmiotowe rozporządzenie określa w załączniku nr 1 Grupy środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, a w załączniku nr 2 Wymagania, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty.

Od 1 września do końca 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ponad 7 000 kontroli w zakresie przestrzegania przepisów ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Kontrole obejmowały sklepiki i stołówki szkolne, stołówki przedszkolne oraz firmy cateringowe, dostarczające żywność do jednostek systemu oświaty. W zakresie żywienia najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły:

niedostatecznej ilości lub niewłaściwej proporcji warzyw i owoców, braku porcji ryby co najmniej raz w tygodniu,

- zbyt częstego serwowania potraw smażonych,
- stosowania soli sodowej (NaCl), a nie soli sodowo-potasowej,
- stosowania niewłaściwego tłuszczu do smażenia,
- niedostatecznej ilości porcji mleka lub produktów mlecznych w żywieniu przedszkolnym,
- stosowania produktów nie spełniających wymagań rozporządzenia (gotowych produktów zawierających znaczne ilości cukru i soli, koncentratów spożywczych niezgodnych z wymaganiami rozporządzenia, majonezu etc.),
- zbyt dużego udziału w diecie ziemniaków w stosunku do produktów zbożowych,
- braku czwartego posiłku w całodziennym żywieniu,
- zbyt małego udziału produktów będących źródłem białka w diecie,
- obiad nie zawsze dostarczał 30% dziennego zapotrzebowania energetycznego (ze względu na to, że w wielu szkołach wiejskich jako obiad serwowana jest często sama zupa).

Ponadto stwierdzono, iż w sklepikach szkolnych oferowano do sprzedaży środki spożywcze niezgodne z wymogami rozporządzenia np. batony, wafelki, jogurty o zbyt dużej zawartości cukrów, soki z dodatkiem cukru, stosowano ketchup ze zbyt małą zawartością pomidorów.

Przyczyną popełnianych błędów było głównie niejednoznaczne brzmienie przepisów i trudności z ich interpretacją, a także ograniczone możliwości finansowe na zakup produktów spełniających wymagania rozporządzenia. W sklepikach nieprawidłowości często



wynikały z bardzo ograniczonego dostępu na rynku do asortymentu produktów, które spełniały wymagania przedmiotowego rozporządzenia (w szczególności w zakresie zawartości cukru, tłuszczu i soli). Przedsiębiorcy oraz dyrektorzy szkół i przedszkoli podkreślali, że brak stosownego okresu przejściowego na wprowadzenie nowych i restrykcyjnych wymagań utrudniło przygotowanie się do prawidłowego ich wdrożenia. Ponadto ograniczone stawki żywieniowe, często wynikające z wysokości dofinansowania, nie pozwalają na spełnienie wymagań rozporządzenia i w wielu szkołach podawane są jedynie posiłki jednodaniowe. Również ze względów finansowych, w punktach przedszkolnych często nie jest realizowany zapis rozporządzenia dotyczący podawaniu 2 posiłków.

Ze stosowaniem nowych przepisów w zakresie żywienia zbiorowego problemów nie miały szkoły i przedszkola uczestniczące w programach edukacyjnych kształtujących prawidłowe nawyki żywieniowe.

Z informacji przekazanych przez terenowe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej można wnioskować, że następuje stopniowa poprawa we wdrażaniu ww. rozporządzenia. W trakcie kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielali wyjaśnień na temat wymagań przedmiotowego rozporządzenia osobom odpowiedzialnym za organizację żywienia zbiorowego. Szczególnie w pierwszych miesiącach od wejścia w życie ww. rozporządzenia, kontrole miały charakter edukacyjny i instruktażowy. W wielu województwach prowadzone były szkolenia i konferencje dla osób zainteresowanych wdrażaniem przedmiotowych przepisów, udzielane były informacje i odpowiedzi na pytania dotyczące sposobu żywienia zgodnego z ww. przepisem prawa.

Od kilku lat następuje ciągły wzrost liczby obiektów korzystających z usług cateringowych. W roku 2015 – organy PIS nadzorowały 1 069 zakładów usług firm cateringowych (w 2014 r. - 999, 2013 r. - 894, a w 2009 r. - 311), które dostarczały posiłki do 9 831 obiektów (w 2014 r. - 8 982, 2013 r. - 8 155, a w 2009 r. - 4 257), w tym: do 670 szpitali (w 2014 r. - 617, 2013 r. - 591, a w 2009 r. - 413), do 50 sanatoriów (w 2014 r. - 53, 2013 r. - 51, a w 2009 r. - 30), do 428 domów opieki społecznej (w 2014 r. - 408, 2013 r. - 340, a w 2009 r. - 265), do 4 345 szkół (w 2014 r. - 3 976, 2013 r. - 3 748, a w 2009 r. - 2 476) oraz do 4 338 przedszkoli (w 2014 r. - 3 928, 2013 r. - 3 425, a w 2009 r. - 1 073).

W 2015 r. oceniono sposób żywienia w 9 184 zakładach żywienia zbiorowego i stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- wady jadłospisów i racji pokarmowych – stwierdzono w 1 677 próbkach na 9 494 próbki zbadane teoretycznie - co stanowi 17,66% (w 2014 r. – 14,81%), w tym: w stołówkach szkolnych - 16,43% (w 2014 r. – 12,21%), w stołówkach w przedszkolach - 17,74% (w 2014 r. – 15,17%);
- niewłaściwą wartość energetyczną oraz składniki pokarmowe, stwierdzono w 98 próbkach na 184 próbki zbadane laboratoryjnie ogółem - co stanowi 53,26% (w 2014 r. – 45,2%), w tym: w stołówkach szkolnych - 54,54% (w 2014 r. – 41,67%), w stołówkach w przedszkolach 69,23% (w 2014 r. – 32,14%).

Pod koniec roku 2015 w żywieniu zbiorowym realizowanym w jednostkach systemu oświaty nastąpiło wyraźne ograniczenie środków spożywczych: typu kostki bulionowe, przyprawy z dodatkiem soli, a także wysokosłodzonych syropów owocowych oraz utwardzonych tłuszczów roślinnych. Zauważono stopniowe ograniczenie soli i cukru. Pozytywną zmianę stanowiło wprowadzenie urozmaiconych technik sporządzania posiłków, z ograniczeniem. Istotną zmianą jest także udostępnianie dzieciom w szkołach i przedszkolach wody pitnej.

## 7. Podsumowanie

W obiektach nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stwierdzono poprawę stanu sanitarnego zakładów z kilku grup, niemniej jednak nastąpiło pogorszenie stanu sanitarnego zakładów przemysłu zbożowo – młynarskiego, piekarni, ciastkarni i zakładów garmażeryjnych - co wpłynęło na nieznaczny wzrost w 2015 r. niezgodności z wymaganiami (o 0,2% w stosunku do lat poprzednich 2012-2014) ogólnego odsetka obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków. Wobec powyższego niezbędne jest ukierunkowanie wzmożonych działań kontrolnych na zakłady, które nie spełniają obowiązujących przepisów prawa żywnościowego.

W porównaniu do lat wcześniejszych, w 2015 r. jakość zdrowotna środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa niewielkiej poprawie, w tym zarówno produkcji krajowej jak i importowanych.

W celu zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności należy kontynuować nadzór sanitarny szczególnie w zakresie:

- zachowania łańcucha chłodniczego na całej drodze od surowca do gotowego produktu wydawanego konsumentom, co ma szczególne znaczenie w przypadku środków spożywczych łatwo psujących się,
- wdrażania i skutecznego stosowania systemów kontroli wewnętrznej w obiektach żywności i żywienia – zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) oraz systemu HACCP (wraz z niezbędną dokumentacją),
- prawidłowego znakowania wyrobów,
- identyfikowalności surowców i produktów,
- stosowania prawidłowych procesów mycia i dezynfekcji,
- właściwego stosowania substancji dodatkowych.



Sytuacja  
epidemiologiczna  
w zakresie  
chorób zakaźnych





## 1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2015 roku należy uznać za ogólnie dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych na terenie kraju zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 12), w oparciu o dane przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego.

**Tabela 12.** Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005–2015 (dane za 2015 rok są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Lp.	Jednostka Chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	AIDS	157	167	173	190	142	157	241	190	191	151	137
2	Zakażenia HIV (nowowykryte)	310	587	699	958	689	765	1188	1135	1159	1107	1386
3	Dur brzuszny	3	3	2	5	4	0	2	2	2	3	4
4	Dury rzekome A,B,C	3	1	3	2	5	6	2	5	5	1	5
5	Salmonelozy - ogółem	16007	13364	11702	9605	8964	9732	8813	8444	7578	8392	8656
6	Czerwonka bakteryjna	80	35	64	32	30	30	17	13	19	44	18
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem:	5058	6303	6620	7451	6741	6388	6539	7046	9624	11332	13283
8	W tym: kamylobakteriozy	47	154	193	270	360	375	354	431	552	652	650
9	Jersiniozy	b.d.	b.d.	b.d.	213	288	206	234	201	199	215	173
10	Wirusowe zakażenia jelitowe	12533	20671	21748	32535	32660	32723	44906	39462	42699	51561	55729
11	W tym rotawirusowe	9996	15702	15187	23646	22045	20902	30769	23692	23529	33789	33944
12	Biegunki u dzieci do 2 lat	17284	21310	22706	29188	313220	30144	38205	34458	38101	41572	43502
13	Krztusiec	1925	1525	1985	2167	2391	1266	1669	4684	2183	2101	4956
14	Tężec	15	22	19	14	19	16	14	19	14	13	12

Lp.	Jednostka Chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
15	Odra	13	120	36	97	114	13	38	70	84	110	48
16	Różyczka	7946	20668	22886	13145	7586	4196	4290	6263	38548	5891	2027
17	Ospa wietrzna	147751	141218	160161	129545	140115	183446	172885	208276	178501	221628	187624
18	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	71999	1x5114	4147	3273	2954	2754	2582	2779	2436	2508	2208
19	Nagminne porażenia dziecięce - poszczeniennic	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
20	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1075	1578	1201	708	737	1184	1069	1285	1077	1823	891
21	Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	387	608	510	406	538	183	201	187	172	157	137
22	Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	174	316	233	200	344	294	221	189	227	195	150
23	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i / lub zapalenie mózgu)	208	234	392	369	306	229	296	241	251	188	220
24	W tym zapalenie opon m.rdz. i / lub mózgu - meningokokowe	126	137	213	214	192	146	193	165	163	122	121
25	Inwazyjna choroba wywołana przez Haemophilus influenzae (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i / lub zapalenie mózgu)	72	54	46	29	20	26	31	36	25	41	66
26	W tym zapalenie opon m.rdz. i / lub mózgu - Haemophilus influenzae	56	39	37	20	14	11	11	11	9	11	14
27	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i / lub zapalenie mózgu)	175	211	273	268	275	364	430	436	54	704	987

28	W tym zapalenie opon m.rdz. i / lub mózgu - pneumokokowe	110	117	162	148	163	18	192	145	195	199	196
29	Zapalenie opon m.rdz. i / lub mózgu - inne bakteryjne lub o nieustalonej etiologii	954	1087	1104	953	917	1263	1142	1210	1417	1310	800
30	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	54	109	42	209	652	155	65	71	48	76	49
31	Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1724	1751	1523	1375	1515	1671	1613	1583	1541	2763	3518
32	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2993 <sup>1</sup>	3025 <sup>1</sup>	2811 <sup>1</sup>	2391 <sup>1</sup>	(1979) <sup>1</sup> 4284	1891 <sup>2</sup>	2178 <sup>2</sup>	2189 <sup>2</sup>	2359	2664	3551
33	Włośnica	62	135	292	4	36	51	23	1	9	32	27
34	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem:	20065	17264	15241	12215	10817	11464	10847	10231	9053	9731	9864
35	W tym: salmonelozowe	15621	13216	11566	9473	8847	9549	8652	8444	7407	8392	8656
36	Gronkowcowe	658	417	407	202	146	217	283	147	128	68	98
37	Jad kiełbasiany	28	50	48	46	31	32	35	22	24	29	30
38	Clostridium perfringens	4	5	4	3	1	8	24	5	18	16	109
39	Borelioza (choroba z Lyme)	4406	6679	7731	8248	10333	9005	9170	8786	12759	13868	13625
40	Grypa (i podejrzenia grypy) - ogółem	733234	251815	374042	227346	1081975	551054	1156357	1460037	31644053	13705638	43438
41	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	Pokąsania przez zwierzęta podejrzone o wściekliznę - profilaktyka wścieklizny	7711	751	7092	6887	6874	7524	7842	7999	7844	8661	8139
43	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	10	10	11	11	17	18	21	17	23	24	22

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

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

- brak przypadków

b.d. brak danych

## 2. Zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe

W 2015 r. zaobserwowano zmieniające się trendy bakteryjnych zatruc i zakażeń pokarmowych. Wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. W 2014 r. potwierdzono 8 392 zachorowania wywołanych tą bakterią (w tym 8 197 zatruc pokarmowych). Jest to więcej niż w roku poprzednim, w którym liczba ta wyniosła 8 630 przypadki (w tym 8 402 zatrucia pokarmowe). Zakażenia *Salmonella* powszechnie występują u zwierząt hodowlanych.

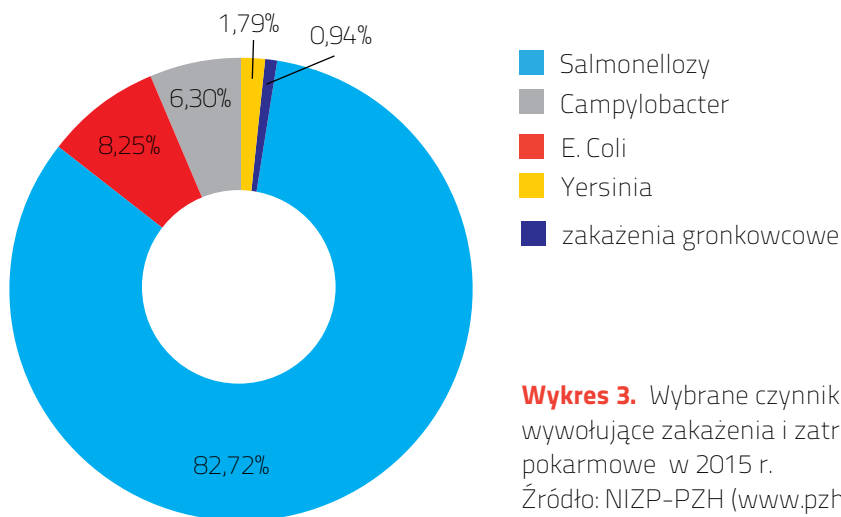
W roku 2015 stwierdzono stabilizację zakażeń pokarmowych wywoływanych przez bakterie z rodzaju *Campylobacter* (652 w 2014 r.; 657 w 2015 r.). Uważa się, że główną przyczyną zatruc i zakażeń pokarmowych spowodowanych tymi drobnoustrojami jest niewłaściwa obróbka mięsa drobiowego i jego przetworów.

W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* obserwowany był spadek (z 215 przypadków w 2014 r. do 187 w 2015 r.). Nastąpił również spadek przypadków zachorowań na czerwonkę bakteryjną (z 44 przypadków w 2014 r. do 18 w 2015 r.), przy czym zachorowania te związane są głównie z turystyką do egzotycznych krajów.

Sporadycznie występowały zachorowania na: dur brzuszny i dury rzekome. W 2015 roku zgłoszono 4 zachorowania na dur brzuszny (w 2014 r. - 3 zachorowania) oraz 5 zachorowań na dury rzekome (w 2014 r. - 1 zachorowanie). Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat notowane są na niezmiennie niskim poziomie, głównie u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru nadal powszechnie bytują w środowisku. W 2015 r. odnotowano niewielki wzrost gronkowcowych zatruc pokarmowych z 68 w 2014 r. do 98 w 2015 r. Obserwuje się również wzrost liczby bakteryjnych zakażeń jelitowych o innej, znanej etiologii. Świadczy to o poprawiających się możliwościach diagnozowania czynników chorobotwórczych wywołujących biegunki bakteryjne. Udział wybranych czynników bakteryjnych w ogólnej liczbie zakażeń i zatruc pokarmowych w Polsce przedstawia Wykres 3.

W 2015 r. zgłoszono 55 731 wirusowych zakażeń pokarmowych (51 561 przypadków zgłoszono w 2014 r.), w większości wywołanych przez rotawirusy.

Biegunki i zatrucia pokarmowe nadal są istotną przyczyną chorobowości u dzieci do lat 2. W większości były one spowodowane zakażeniami wirusowymi, zwłaszcza rotawirusowymi. Należy zauważyć, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym. Liczba dzieci objętych opieką w formie zinstytucjonalizowanej np. w żłobkach lub domach małego dziecka jest niewielka. Organy władzy publicznej mają niewielki wpływ na zapobieganie zakażeniom i zatruciom pokarmowym w środowisku domowym. Pewien wpływ może odgrywać oświata zdrowotna poprzez kształtowanie zachowań prozdrowotnych.



**Wykres 3.** Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2015 r.  
Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

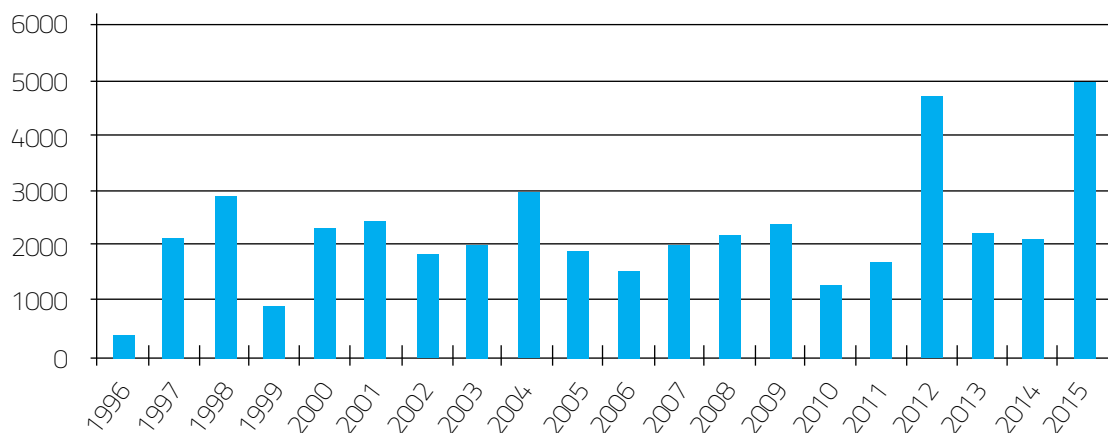
### 3. Krztusiec

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

W roku 2015 nastąpił znaczący wzrost liczby przypadków zachorowań na krztusiec - 4 959 przypadków, w porównaniu do 2014 r., w którym odnotowano 2 102 przypadki krztuśca. Powyższe dane mogą wskazywać na trwanie szczytu epidemii wyrównawczej, czyli okresu wystąpienia największej liczby zachorowań. Poprzednia epidemia wyrównawcza krztuśca, wystąpiła w 2012 r., wówczas odnotowano 4 684 przypadków zachorowań. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996–2015 obrazuje Wykres 4.

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

Najistotniejszym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się krztuśca w populacji jest występowanie zjawiska naturalnego (fizjologicznego) zanikania odporności na tę chorobę zarówno w przypadku osób, które nabyły ją w wyniku szczepienia, jak również tych, które nabyły ją w wyniku przechorowania. Spadek odporności nabytej w wyniku



**Wykres 4.** Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996-2015

Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

przechorowania krztuśca jest wolniejszy, niż po podaniu szczepionki. Istnieją również różnice w okresie ochrony zapewnianej przez szczepionki w zależności od ich rodzaju. Odporność naturalna po przechorowaniu krztuśca utrzymuje się przez ok. 10–15 lat. Odporność po podaniu szczepionek komórkowych (celularnych) utrzymuje się ok. 3–10 lat (najczęściej 5-7 lat). Szczepienia preparatami acelularnymi (bezkomórkowymi) zapewniają natomiast co najmniej 5-letnią odporność. Odporność ta jest jednak niższa od odporności zapewnianej przez szczepionkę komórkową. Ze względu na mniejszą odczynowość szczepionka komórkowa coraz częściej jest zastępowana przez szczepionkę bezkomórkową u dzieci poniżej 6 r.ż. natomiast dla osób w wieku powyżej 6 r.ż. możliwe jest stosowanie wyłącznie szczepionki acelularnej.

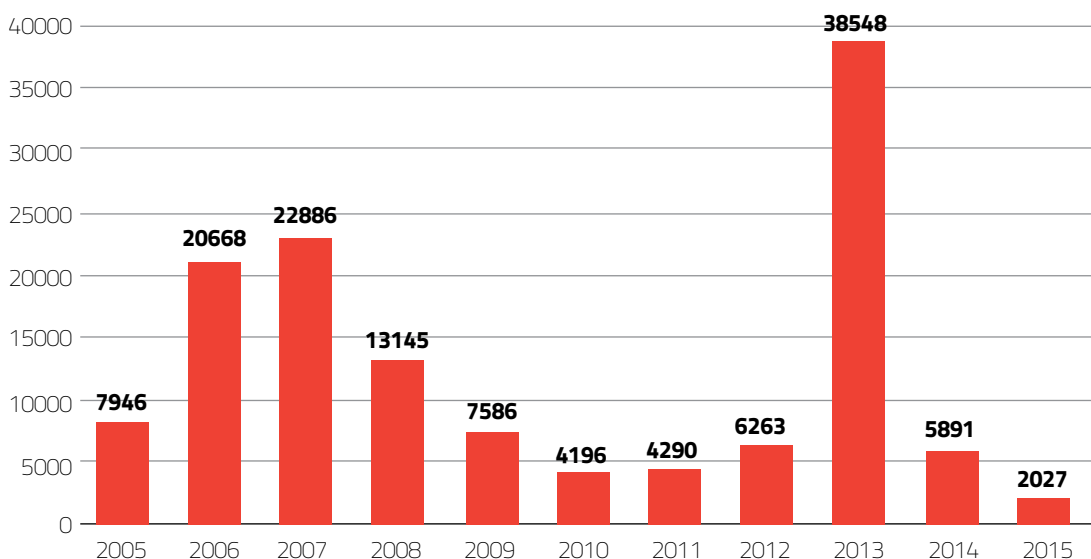
Oprócz odporności indywidualnej, występuje również zjawisko odporności zbiorowiskowej, które chroni przed zachorowaniem również osoby nieuodpornione. Odporność zbiorowiskowa polega na przerwaniu krążenia czynnika zakaźnego w populacji (zakażenia człowiek – człowiek) poprzez osiągnięcie (stosowanie szczepień) odpowiednio dużego odsetka osób odpornych. W takiej sytuacji, chorzy którzy mogą stanowić źródło zakażenia dla osób nieodpornych są od nich odizolowani dużą liczbą osób uodpornionych w wyniku szczepień. Niestety uzyskanie maksymalnego efektu odporności zbiorowiskowej, pozwalającego na eliminację choroby z użyciem dostępnych obecnie szczepionek przeciw krztuścowi jest niezwykle trudne, ze względu na opisany wyżej spadek odporności poszczepiennej po 5-7 latach od szczepienia. Dlatego też strategia zwalczania krztuśca powinna polegać na prowadzeniu powszechnych szczepień u dzieci i młodzieży, zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych oraz zaleceniu w ramach tzw. „strategii kokonu” szczepień przypominających u osób dorosłych związanych z opieką nad noworodkami lub nie w pełni zaszczepionymi niemowlętami (które nie otrzymały jeszcze pełnego cyklu szczepień), osobom z najbliższego otoczenia małych dzieci (szczepieniu rodziców, opiekunów, dziadków) oraz pracowników ochrony zdrowia. Początkowy wzrost zachorowań

jest następnie wyhamowywany poprzez zwiększenie w populacji odsetka osób odpornych w wyniku przechorowania lub zaszczepienia.

Możliwym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się krztuśca mogą być również zmiany genetyczne wśród szczepów *Bordetella pertussis*. Przeprowadzone badania szczepów izolowanych w Polsce w latach 1960-2005 wyraźnie wskazują, że po wprowadzeniu powszechnych szczepień przeciw krztuścowi genetyczna struktura populacji izolowanych szczepów zmieniła się. Doszło do zróżnicowania między izolatami szczepionkowymi i dzikimi, a także pojawiły się szczepy posiadające wcześniej nie występujące allele genów kodujących istotne czynniki warunkujące immunogenność oraz zjadliwość. Obecne doniesienia z niektórych krajów wskazują, że nowe warianty szczepów bakterii mogą posiadać zwiększony potencjał zjadliwości ze względu na wydzielanie zwiększonych ilości toksyny krztuścowej. Brak jest jednak obecnie danych, które potwierdzałyby wystąpienie tego zjawiska również w Polsce.

## 4. Różyczka

Liczba zachorowań na różyczkę cechuje się dużą zmiennością. W 2015 r. odnotowano spadek zachorowań – zgłoszono 2 027 przypadków, podczas gdy w 2014 r. było ich 5 891 (Wykres 5). Zapadalność w 2015 r. w skali Polski wyniosła 5 na 100 000 mieszkańców. Największą liczbę zachorowań zaobserwowano w województwach mazowieckim – 329, wielkopolskim – 237 oraz śląskim 232.

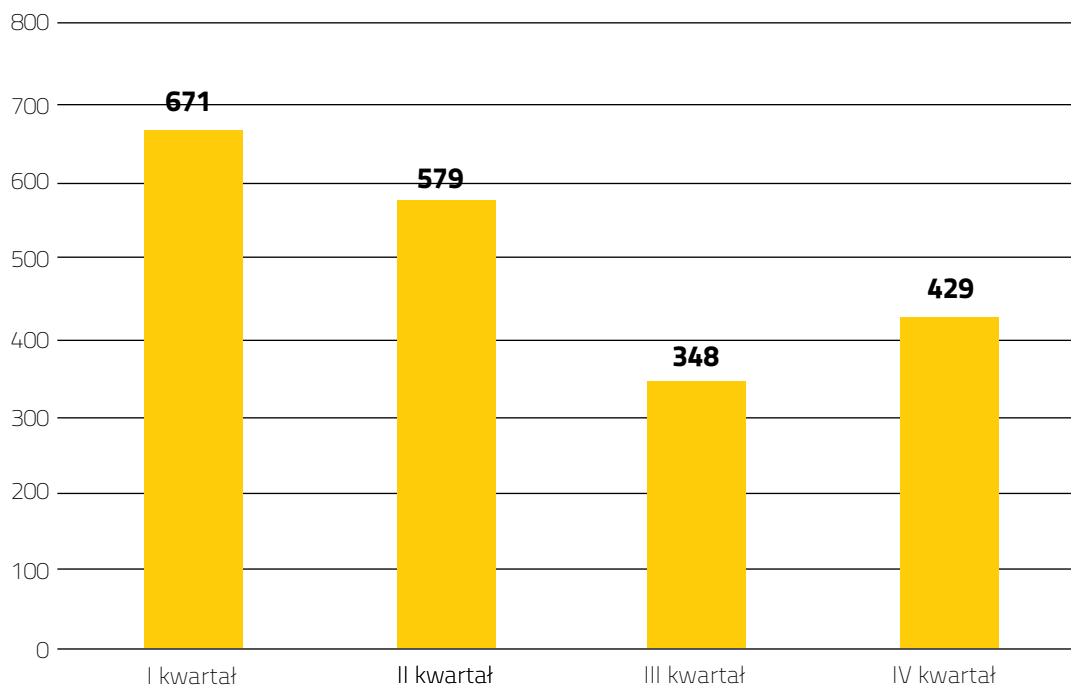


**Wykres 5.** Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2005-2014

Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))





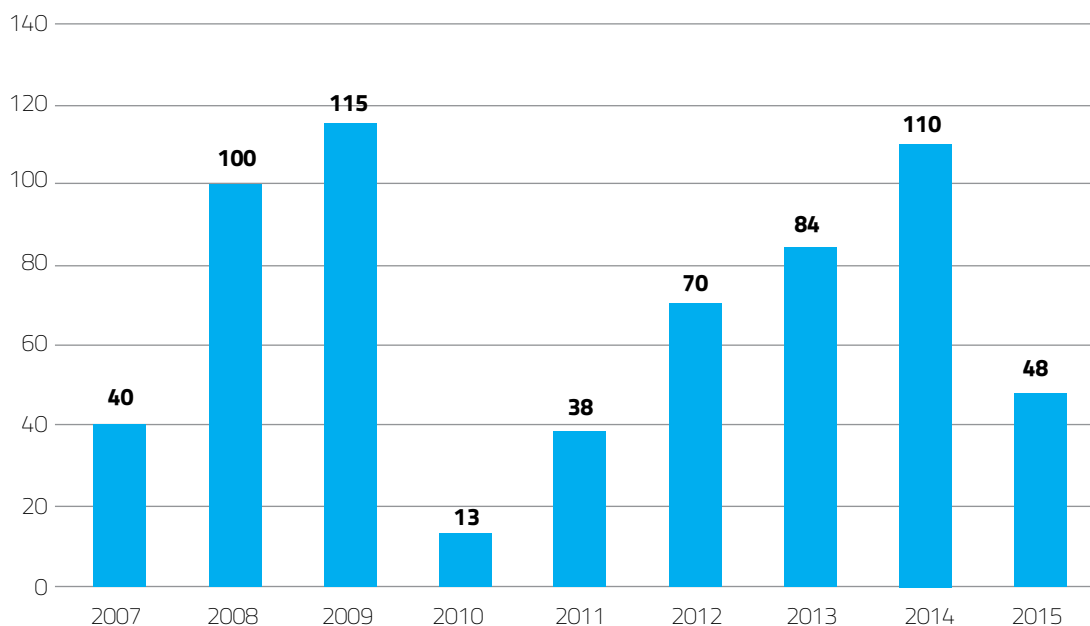


**Wykres 6.** Liczba zachorowań na różyczkę w Polsce w poszczególnych kwartałach roku 2015  
 Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

## 5. Odra

Podobnie jak różyczka, również odra została objęta przez WHO programem eliminacyjnym. W Polsce sytuacja epidemiologiczna odry w porównaniu z różyczką jest znacznie lepsza – w 2014 r. zgłoszono 110 przypadków odry, natomiast w roku 2015 liczba przypadków odry wyniosła 48, zanotowano więc znaczny spadek zachorowań (Wykres 7). Najwięcej zachorowań na odrę zgłoszono w województwach małopolskim i zachodniopomorskim – w obu po 111, a także mazowieckim - 8.

Analizując liczbę zgłoszeń przypadków odry w Polsce, należy zauważyć, że trend zapoczątkowany w 2010 r. został przełamany (liczba zachorowań spadła o ponad połowę). Zachorowania są odnotowywane w większości pośród nieszczepionych osób należących do mniejszości etnicznych. Niepokojący jest również fakt wzrostu osób odmawiających szczepień dzieci. W krajach, w których % osób nieszczepionych jest znacznie niższy niż w Polsce, obserwuje się znacznie większy odsetek przypadków odry.



**Wykres 7.** Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2007–2015

Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

## 6. Poliomyelitis

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

Mimo to, groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa do UE pozostanie realna aż do momentu całkowitej eliminacji tej choroby. W tym celu konieczne jest między innymi utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia obywateli oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażek wiotkich. Aby przerwać transmisję dzikiego wirusa poliomyelitis należy zaszczepić pełnym cyklem podstawowym co najmniej 95% dzieci w drugim roku życia. Stan uodpornienia populacji przeciwko poliomyelitis w kraju jest na bardzo wysokim poziomie. Stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia w poszczególnych województwach wynosi 99,0–99,9%. Według opinii Światowej Organizacji Zdrowia, do czasu całkowitej eradykacji poliomyelitis na świecie, osoby wyjeżdżające na terytory endemiczne poliomyelitis powinny posiadać kompletne szczepienie (uodpornienie) przeciwko tej chorobie. Szczepienie można uzupełnić podając jedną dawkę szczepionki zawierającej inaktywowany wirus IPV lub żywy wirus szczepionkowy OPV.

Obecnie w sektorze zdrowia publicznego na całym świecie prowadzone są działania zmierzające ku całkowitej eradykacji wirusa polio ze środowiska. Polio zostało sklasyfikowane w dniu 5 maja 2014 roku jako zagrożenie zdrowia publicznego o międzyna-

rodowym charakterze (Public Health Emergency of International Concern - PHEIC) w związku z jego zwiększającym się rozprzestrzenianiem.

W dniach 18 - 26 maja 2015 r. miały miejsce obrady 68. Światowego Zgromadzenia Zdrowia, podczas którego głosowano *Rezolucję w sprawie poliomyelitis* (Resolution Poliomyelitis for WHA 68). Jednym z elementów rezolucji jest wezwanie krajów członkowskich WHA do wycofania z użytku trójwartentnej szczepionki doustnej tOPV i zastąpienie jej szczepionką dwuwalentną bOPV lub szczepionką inaktywowaną IPV. Stanowi to jeden z elementów programu eradykacji poliomyelitis. Powodzenie tej akcji jest w dużej mierze uzależnione od decyzji i działań podejmowanych na szczeblu globalnym – równoczesnego wycofania szczepionki trójwartentnej we wszystkich krajach. Data wycofania OPV została zaplanowana przez WHO na kwiecień 2016 r.

## 7. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę

Nadzór epidemiologiczny nad grypą prowadzony jest w ciągu całego roku, ze szczególnym wzmocnieniem nadzoru wirusologicznego w okresie zwiększonej liczby zachorowań, która w Polsce trwa zwykle od września do kwietnia następnego roku. Zbiorcze tygodniowe raporty o zachorowaniach na grypę i zachorowaniach grypopodobnych opracowuje NIZP-PZH w Warszawie.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej grypy, według wstępnych danych z biuletynu rocznego NIZP-PZH „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w roku 2015” zarejestrowano ogółem 3 843 438 przypadków grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 9994,7/100 000), w tym 12 197 osób skierowano do szpitala. Zgłoszono 1 784 680 zachorowań na grypę i podejrzeń zachorowań na grypę u dzieci w wieku do lat 14 (zapadalność wynosiła 30995,9/100 000), w tym 7447 dzieci skierowano do szpitala. W kwestii zachorowań, które były w 2015 roku diagnozowane laboratoryjnie, w 983 przypadkach potwierdzono obecność wirusa grypy. Próbkę do badań laboratoryjnych w kierunku potwierdzenia zakażenia wirusami grypy pochodzą głównie od pacjentów, którzy są hospitalizowani z powodu ich stanu klinicznego lub współistniejącej choroby.

W Polsce, jako przypadki zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę, rejestruje się zachorowania przebiegające pod postacią zespołów objawów klinicznych takich jak: zachorowania grypopodobne (ILI) lub ostre zakażenia górnych dróg oddechowych (ARI), zgodnie z definicjami przypadku przyjętymi dla celów nadzoru epidemiologicznego.

Według meldunków epidemiologicznych NIZP-PZH liczba zarejestrowanych zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne w sezonie 2014/2015 (tj. od września 2014 do kwietnia 2015) wynosiła 3 144 036 przypadków. Zgłoszono 11 zgonów osób, u których stwierdzono obecność wirusa grypy na podstawie badań wykonanych metodą RT-PCR w laboratoriach wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w omawianym sezonie przypadł na okres od 16 do 22 stycznia 2015 roku, a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 23 do 28 lutego 2015 roku, w którym zachorowało 174 015 osób (zapadalność wynosiła 75,36/100

000). Dla porównania w sezonie 2013/2014 szczyt zachorowań przypadł na okres od 8 do 15 marca 2014 roku, w którym zachorowało 116 170 osób. Dane o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę w Polsce, zarejestrowanych od 1 stycznia do 15 marca 2015 roku oraz w porównywalnym okresie 2014 roku przedstawia Tabela 13.

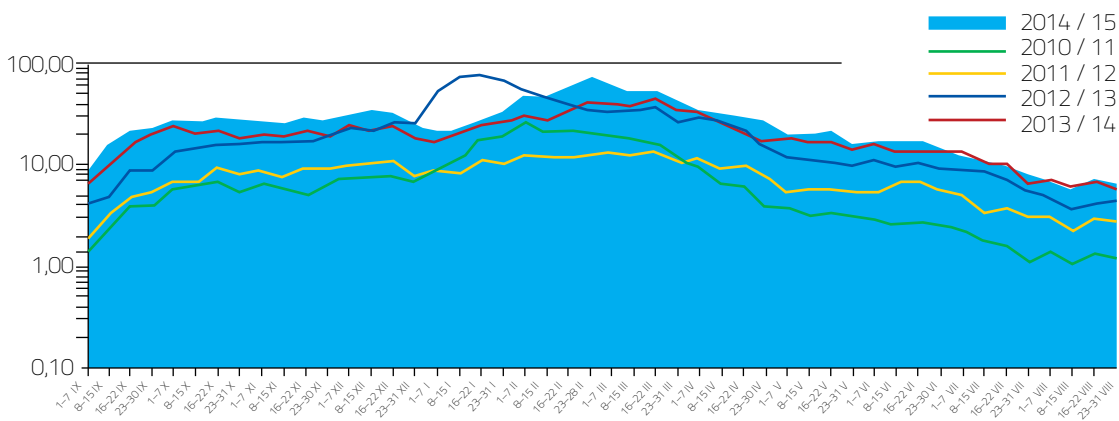
**Tabela 13.** Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce zarejestrowane w okresie od 1 stycznia do 15 marca 2015 r. oraz w porównywalnym okresie 2014 r.

Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

\* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie w trakcie weryfikacji

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01–10.03.2015 r.*		1.01–15.03.2014 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	Ogółem	1 256 328	3 264,55	862 330	2 240,75
	u dzieci w wieku 0–14 lat	548 738	9 518,44	400 232	6 942,44

Średnią dzienną zapadalność (na 100 000 ludności) na grypę i podejrzenia grypy w sezonie epidemicznym 2014/2015 w porównaniu z poprzednimi sezonami przedstawia Wykres 8.



**Wykres 8.** Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2014 / 2015 w porównaniu z poprzednimi sezonami

Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))



Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2013/2014 i 2014/2015 przedstawia Tabela 14.

**Tabela 14.** Liczba zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2013 / 2014 i 2014 / 2015

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Miesiąc/Rok	Liczba przypadków sezon 2013/2014	Liczba przypadków sezon 2014/2015
Wrzesień	144 632	198 675
Październik	246 285	331 576
Listopad	222 357	321 606
Grudzień	249 360	363 806
Styczeń	268 935	314 591
Luty	359 886	590 853
Marzec	456 638	663 571
Kwiecień	273 783	359 358
RAZEM	2 221 876	3 144 036

Stosownie do wymogów European Influenza Surveillance Network (EISN) oraz European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) prowadzono zintegrowany program nadzoru epidemiologicznego z uwzględnieniem diagnostyki wirusologicznej typu sentinel. Uczestniczyli w nim wybrani lekarze świadczący podstawową opiekę zdrowotną, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP-PZH, pełniący rolę koordynatora. W ramach nadzoru typu sentinel nad grypą lekarze biorący w nim udział, przesyłali dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne wraz z próbkami do badań wirusologicznych dla celów nadzoru.

Jednocześnie, z danych wspólnotowego nadzoru epidemiologicznego nad grypą wynika, iż szczepy wirusów grypy typu A, w tym głównie podtyp A(H1)pdm09 były dominującymi podtypami wirusa grypy występującymi w Europie, które wchodziły w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych przewidzianych do szczepień w sezonie 2014/2015.

W Polsce, w sezonie epidemicznym 2014/2015 pomimo, iż szczepienia przeciw grypie są jedyną i bezpieczną metodą profilaktyki przeciw tej chorobie oraz jej powikłaniom, a także udowodnionej skuteczności i powszechnej dostępności na rynku szcze-

pionek przeciwko grypie sezonowej oraz akcji informacyjnej skierowanej do wielu grup ludności, zaszczepiło się jedynie 3,4% populacji.

W celu budowania świadomości potrzeby profilaktyki przeciw grypowej, a co za tym idzie zwiększenia liczby zaszczepionych przeciw tej chorobie w ramach przeprowadzonych wielu akcji profilaktycznych, w tym Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy (OPZG) udało się w ramach II Ogólnopolskiego Dnia Profilaktyki Grypy zorganizować cykl bezpłatnych szczepień przeciwko grypie. Organizatorzy wraz z Placówkami Medycznymi - Partnerami OPZG przeprowadzili akcję bezpłatnych szczepień przeciwko grypie osób z grup ryzyka powikłań pogrypowych w 21 miastach w całej Polsce.

W procesie podnoszenia wyszczepialności przeciw grypie w Polsce należy pamiętać, iż grypy nie należy lekceważyć, ponieważ dla niektórych osób z przewlekłymi chorobami – np. z chorobami serca, płuc, cukrzycą, dla osób starszych, kobiet w ciąży lub małych dzieci może ona stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia bez względu na wiek. Z tego powodu corocznie zaleca się zaszczepienie przeciwko grypie dla wszystkich osób od 6. miesiąca życia, które nie mają przeciwwskazań do szczepień. Szczepienie stanowi najlepszą profilaktykę przed zachorowaniem na grypę. Szczepienie można wykonać przez cały okres zachorowań, jednak najlepiej przyjąć je na początku sezonu epidemicznego, czyli we wrześniu lub październiku.

## 8. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Ten typ wirusowego zapalenia wątroby (wzw) został poznany dopiero w 1988 r. Wcześniej był określany jako zapalenie wątroby typu „nie – A, nie – B”. Dziś, według Światowej Organizacji Zdrowia, na świecie zakażonych wirusem HCV (z ang. *Hepatitis C Virus*) jest ok. 185 mln. osób, tj. ponad pięć razy więcej niż żyjących z HIV/AIDS.

W Polsce, jak podaje NIZP-PZH, liczba osób aktywnie zakażonych HCV wynosi ok. 230 tys. Co roku rejestruje się 2-3 tys. nowych zachorowań, większość zdiagnozowanych przypadków (95%) to postaci przewlekłe wirusowego zapalenia wątroby typu C (wzw C).

Przypadki zachorowań na wzw C w Polsce są rejestrowane w oparciu o definicję przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C dla celów nadzoru epidemiologicznego. Od 2015 roku kwalifikowanie tych zgłoszeń odbywa się w oparciu o nową definicję przypadku z 2014 roku, która wprowadziła dodatkowe kryteria laboratoryjne (w odróżnieniu od lat poprzednich, w których obowiązywały definicje przypadku z 2005 r. oraz z 2009 r.). Jednocześnie, zgłaszanie dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku wzw C odbywa się przez kierowników medycznych laboratoriów diagnostycznych, zgodnie ze zaktualizowanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 25 marca 2014 r. w sprawie *biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń* (Dz. U. z 2014 r. poz. 459).

Zgodnie z wstępnymi danymi w 2015 r. zgłoszono 4284 zakażenia HCV, podczas gdy w 2014 r. odnotowano 3551 zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Dla porównania w 2013 r. odnotowano 2706 zakażeń HCV, w 2012 r. - 2360, w 2011 r. - 2338, w 2010 r. - 2111, a w 2009 - 1939 przypadków wzv C. Z obserwacji epidemiologów wynika, że w ostatnich latach nastąpił wzrost liczby wykrywanych przypadków wzv C, co jest konsekwencją poprawiającej się wykrywalności przypadków przewlekle przebiegających, ale także wzrastającej świadomości społeczeństwa w zakresie potrzeby badania się w tym kierunku. Wciąż jednak ocenia się, że przypadki rejestrowane nie odzwierciedlają rzeczywistej skali zachorowań, czego przyczyną jest fakt, że choroba najczęściej nie daje wyraźnych objawów, a przez wiele lat może pozostać niewykryta. Szacuje się, że co setna osoba miała kiedykolwiek kontakt z wirusem HCV i tylko co dziesiąty dorosły z wzv C wie o swojej chorobie.

Do zakażenia HCV dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią (wirus bytuje w krwi i tkankach nosiciela) lub kontakt z przedmiotami, które zostały nią zanieczyszczone. Do zakażenia dochodzi wyłącznie w przypadku przerwania ciągłości tkanek np. nakłucia, rozcięcia skóry lub błony śluzowej. Znaczna część obecnie wykrywanych przypadków, to zakażenia które miały miejsce w wyniku zabiegów medycznych wykonanych przed 1992 r., głównie transfuzje krwi i preparatów krwiopochodnych, dializy, zabiegi endoskopowe, hospitalizacje i zabiegi chirurgiczne, którym towarzyszyło użycie niesterylnych ostrych narzędzi. Obecnie główną drogą transmisji HCV mogą być drobne procedury medyczne takie jak iniekcje, pobrania krwi, usuwanie znamion czy zabiegi stomatologiczne, w czasie których nie są przestrzegane standardy higieniczno-sanitarne. Do grup wysokiego ryzyka należą także osoby przyjmujące środki odurzające (narkotyki) we wstrzyknięciach poprzez używanie wspólnych igieł i strzykawek (szacuje się, że grupa ta liczy ok. 100 tys. osób, z czego 60-70% jest zakażonych HCV). Zakażenie HCV może przytrafić się w warunkach domowych, gdy członkowie rodziny, najczęściej nieświadomi zakażenia, używają wspólnych przyborów higienicznych (np. maszynki do golenia, czązki do paznokci, szczoteczka do zębów). Zagrożenie ze strony HCV pojawia się także przy zabiegach medycyny estetycznej przebiegających z nakłuwaniem skóry/błon śluzowych ciała i twarzy (np. mikrodermabrazja, usuwanie zmarszczek, botoks), ale także w czasie zabiegów upiększających typu tatuaż, piercing oraz w czasie usług kosmetycznych w rodzaju manicure, pedicure, które przeprowadzone niejałowym sprzętem i niezgodnie z procedurami higienicznymi niosą istotne ryzyko zakażenia HCV, a także HBV czy HIV.

Ponadto rzadko, ale jednak zdarza się, zakażenie przez kontakty seksualne, którym towarzyszą uszkodzenia skóry i błon śluzowych okolic intymnych, odbytu, jamy ustnej, (najczęściej dotyczy to stosunku pomiędzy mężczyznami). Istnieje ryzyko przeniesienia zakażenia przez matkę na dziecko podczas ciąży i porodu, ale wynosi ono 3-5%. Do zakażenia może również dojść podczas przypadkowego kontaktu z krwią innej osoby np. w przypadku uprawiania sportów kontaktowych, czy podczas udzielenia pierwszej pomocy bez stosownego zabezpieczenia.



Z uwagi na brak metod zapobiegania zakażeniom HCV w drodze szczepień ochronnych, szerzeniu się zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C można zapobiec jedynie w drodze działań nieswoistych polegających na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz zabiegów o charakterze niemedyceznym przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek (prawne i administracyjne oddziaływanie na personel tych podmiotów), jak również poprzez działania o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym.

Od 2002 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do prowadzenia w tym zakresie własnych działań, m.in. przez tworzenie zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych, opracowywanie i wdrażanie wewnętrznych procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób minimalizujący ryzyko szerzenia się zakażeń w ich trakcie. Do czasu wydania podobnych uregulowań prawnych, których adresatami będą podmioty prowadzące działalność gospodarczą z zakresu fryzjerstwa, kosmologii, tatuażu i innych zabiegów upiększających ciało, w stosunku do właścicieli i personelu tych zakładów Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działania nadzorująco-edukacyjne.



#### Co to jest wzw C?

Wzw C to skrót od pierwszych liter pełnej nazwy choroby, która brzmii: wirusowe zapalenie wątroby C. Jest to choroba zakaźna wywołana przez wirus zapalenia wątroby C nazywany również HCV (Hepatitis C Virus). Choroba rozwija się zwykle skrycie i przez wiele lat nie daje żadnych objawów, dlatego stosunkowo dużo przypadków jest rozpoznawanych w okresie zmian przewlekłych. Zakażony stwarza tym samym zagrożenie dla innych - może nieświadomie zakażać wirusem HCV.

#### Jak może dojść do zakażenia?

Do zakażenia dochodzi najczęściej przez kontakt z krwią osób zakażonych, wyjątkowo najrzadziej poprzez kontakty płciowe z osobami zakażonymi. Główną przyczyną zakażeń noworodków jest przeniesienie wirusa z zakażonej matki na dziecko (transmisja wertykalna), w czasie ciąży lub porodu.

#### Czy wirus, to...

#### JUŻ NIEWIELKA ILOŚĆ KRWI ZAKAŻONEJ MOŻE BYĆ PRZYCZYNĄ ZAKAŻENIA!

Najczęściej do zakażeń dochodzi, tam gdzie wykonywane są zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek:

- w placówkach ochrony zdrowia (zastzyki, pobieranie krwi, zabiegi i operacje chirurgiczne, dializy, endoskopia)
- w gabinetach stomatologicznych (zabiegi stomatologiczne, wszczepianie implantów)
- w gabinetach kosmetycznych (przekłucie uszu, manicure, pedicure)
- w gabinetach akupunktury
- w zakładach fryzjerskich (spodganie maszynką, brzytwą, zranienie nożyczkami)
- w studiach tatuażu (piercing, tatuażowanie)
- przy wspólnym dożylnym lub donosowym przyjmowaniu narkotyków (korzystanie ze wspólnych akcesoriów)
- przy wspólnym korzystaniu z maszynki do golenia, czpek do manicure, a nawet szczoteczki do zębów
- przy kontakcie z krwią (zawodowo bądź przypadkowo, np. wypadek, bójkę; również sporty kontaktowe - judo, boks).



#### Jak zapobiegać zakażeniu?

Jak dotąd nie udało się wytworzyć szczepionki przeciwko wirusowi wzw C, wobec tego należy do minimum ograniczyć sytuacje, w których może dojść do zakażenia.

Podając się nawet drobnym zabiegom zwracajmy uwagę:

- czy osoba wykonująca go włożyła nowe, czyste rękawiczki jednorazowe,
- czy stosowany jest sprzęt jednorazowego użytku,
- czy sprzęt wielorazowego użytku jest sterylizowany przez autoklawowanie.

#### NIE POŻYCZAJMY NIKOMU ANI OD NIKOGO PRZYRZĄDÓW DO MANICURE, MASZYNEK DO GOLENIA, CZY SZCZOTECZKI DO ZĘBÓW!



#### WYSTRZEGAJMY SIĘ MEDYCZNIE NIEUZASADNIONYCH ZABIEGÓW NARUSZAJĄCYCH CIĄGŁOŚĆ SKÓRY PODCZAS PODRÓŻY PO EGZOTYCZNYCH ZAKĄTKACH ŚWIATA!

Państwowa Inspekcja Sanitarna w obliczu narastającego w Polsce problemu występowania wirusowych zapaleń wątroby typu C podejmuje inicjatywy zapobiegawcze. W latach 2010 – 2011, we współpracy z Polską Grupą Ekspertów HCV, zrealizowała Pilotażowy Program Profilaktyki HCV pn. „STOP!HCV”. Program objęty został honorowym patronatem Ministra Zdrowia. Działania podejmowane w ramach Pilotażowego Programu „STOP!HCV” stanowiły uzupełnienie i kontynuację inicjatywy z lat 2005-2006, również współrealizowanej przez Państwową Inspekcję Sanitarną z Polską Grupą Ekspertów HCV (Pilotażowy Program „HCV można pokonać”). Celem głównym Pilotażowego Programu Profilaktyki Zakażeń HCV „STOP!HCV” było zmniejszenie obciążenia zdrowotnego populacji Polski zagrożeniami związanymi z HCV. Grupę docelową programu stanowili: młodzież klas I lub II szkół ponadgimnazjalnych, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, kadra kierownicza i personel odpowiedzialny za bezpieczeństwo epidemiologiczne w szpitalach wielospecjalistycznych.

W maju 2012 r. rozpoczęto realizację współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia, projektu pn.: „Zapobieganie zakażeniom HCV”. Liderem projektu jest NIZP-PZH, który wraz z trzema partnerami (Głównym Inspektoratem Sanitarnym, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie oraz Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie) realizuje łącznie 5 poddziałań. Strona w całości dedykowana programowi „Zapobieganie zakażeniom HCV” jest dostępna pod adresem: <http://www.hcv.pzh.gov.pl/>

W ramach działania 5 „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”, w związku z prowadzonymi od 2013 r. pracami planistycznymi, NIZP-PZH wraz z Partnerem - Głównym Inspektoratem Sanitarnym i we współpracy z Państwowymi Wojewódzkimi Inspektorami Sanitarnymi zrealizowali na terenie 11 województw cykl szkoleń dotyczących zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym (HCV, HBV, HIV).



W okresie od 17 listopada 2014 r. do 24 listopada 2015 r., na terenie województw: zachodniopomorskiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, lubuskiego, podlaskiego, łódzkiego, dolnośląskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, lubelskiego oraz podkarpackiego, przeprowadzono łącznie 77 szkoleń, w tym 22 dla pracowników podmiotów świadczących usługi medyczne oraz 55 dla pracowników sektora usług pozamedycznych, wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek (tj. salonów kosmetycznych, tatuażu, studiów fryzjerskich). W trakcie szkoleń stacjonarnych łącznie przeszkolono 4327 osób, w tym 3436 pracowników sektora pozamedycznego. Jest to liczba większa niż początkowo zakładano. Szkolenia stacjonarne w wybranych miastach poszczególnych 11 województw prowadzone były przez zespoły specjalistów tj. wytypowanych w ramienia Państwowej Inspekcji Sanitarnej Koordynatorów Merytorycznych – posiadających wiedzę i doświadczenie w dziedzinie epidemiologii chorób zakaźnych z uwzględnieniem specyfiki województwa, a także wskazanych przez Koordynatorów lekarzy specjalistów chorób zakaźnych oraz specjalistów pielęgniarstwa epidemiologicznego, posiadających wysokie kwalifikacje potwierdzone opinią Prezesa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych. Szkolenia stacjonarne, zarówno w fazie przygotowania jak i raportowania, były koordynowane i monitorowane przez Główny Inspektorat Sanitarny oraz NIZP-PZH. Szczególnego zaangażowania wymagała kwestia rekrutacji uczestników na szkolenia. W 2016 r. planowana jest kolejna edycja szkoleń. Informacje będą dostępne pod adresem [szkoleniehcv.pzh.gov.pl](http://szkoleniehcv.pzh.gov.pl).

W ramach Projektu 5 została także uruchomiona platforma e-learningowa <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/platforma-e-learningowa-1>, na której umieszczono materiały informacyjno-edukacyjne na temat HCV w formie multimedialnej. Dzięki platformie e-learningowej można odbyć szkolenie, rozwiązać test kwalifikacyjny i uzyskać certyfikat.

Celem Programu „Zapobieganie zakażeniom HCV” jest opracowanie zmian systemowych w zakresie prewencji i profilaktyki zakażeń krwiopochodnych oraz ich implementacja w zakresie zdrowia publicznego.

## 9. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych

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

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



czych, w tym odzwierzęcych, pochodzących bezpośrednio od zwierząt jak i z produktów pochodzenia zwierzęcego.

W Polsce sytuację epidemiologiczną chorób odzwierzęcych w 2015 r. należy uznać za stabilną. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzanych przypadków zoonoz są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

Należy zwrócić uwagę, iż na niektóre zoonozy (np. borelioza, zakażenia hantawirusowe) narażone są szczególnie pewne grupy zawodowe, jak leśnicy i rolnicy. Nie można również zapominać o odzwierzęcych chorobach, które występują w innych strefach klimatycznych, ale w związku ze zmianą klimatu oraz wzmożonym ruchem turystycznym i globalizacją handlu, narażone jest na nie również społeczeństwo europejskie.

Od wielu lat większość zgłaszanych zoonoz jest związana ze spożywaniem pokarmów pochodzenia zwierzęcego, które mogą być zanieczyszczone chorobotwórczymi dla ludzi patogenami odzwierzęcymi. Zgodnie z danymi ECDC oraz EFSA najczęstszymi zoonozami, dla których od kilku lat odnotowuje się trend wzrostowy w całej UE są kamylobakterioza oraz zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *E. coli*. Istotnym wciąż problemem są także zakażenia pokarmowe wywołane przez pałeczki *Salmonella*. Ze względu na specyficzne cechy wzrostu, istotnym zagrożeniem jest obecność w żywności pałeczek *Listeria monocytogenes*, które szczególnie groźne są dla osób z obniżoną odpornością tj. kobiet w ciąży, dzieci, osób starszych czy osób z towarzyszącymi chorobami przewlekłymi. W odniesieniu do ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych, według EFSA w 2014 r., najczęstszymi przyczynami są wirusy, pałeczki *Salmonella*, toksyny bakteryjne (np. gronkowcowe) oraz pałeczki *Campylobacter*. Najczęstszym źródłem chorób przenoszonych drogą pokarmową człowieka są wciąż jaja oraz produkty zawierające jaja i gotowe potrawy. W dalszej kolejności, odpowiednio, znajdują się produkty/artykuły żywnościowe, owoce morza, warzywa i soki, ryby oraz mięso wieprzowe i drobiowe. Głównym powodem występowania chorobotwórczych drobnoustrojów w spożywanej żywności jest nieodpowiednia obróbka termiczna żywności (niewłaściwa temperatura, zbyt krótki czas obróbki), brak dbałości o higienę przygotowywania potraw, niewłaściwe warunki przechowywania żywności, w tym nieprzestrzeganie warunków chłodzenia.

W 2015 r. w Polsce zarejestrowano 650 zachorowań wywołanych przez bakterie z rodzaju *Campylobacter sp.* Dla porównania w 2014 r. odnotowano 652 przypadki tego bakteryjnego zakażenia pokarmowego, a w 2013 r. - 552. Głównym nośnikiem chorobotwórczym dla człowieka bakterii *Campylobacter* są surowy (niedogotowany/niedopieczony) drób lub inne mięso, niepasteryzowane mleko krowie i kozie oraz ich przetwory. Maleje z kolei stopniowo liczba zachorowań wywołanych odzwierzęcymi serotypami pałeczek *Salmonella*, choć ich liczba jest nadal znaczna. W 2015 r. w Polsce odnotowano 8656 przypadków salmoneloz, w tym 8425 przebiegało pod postacią zakażenia pokarmowego. Dla porównania w 2014 r. wystąpiły łącznie 8392 salmonelozy, w tym 8197 to zakażenia drogą pokarmową.

Pewnym problemem mogą być zakażenia wywołane przez bakterię *Listeria monocytogenes*. Warunki chłodnicze, krótka pasteryzacja czy mrożenie nie chronią żywności przed

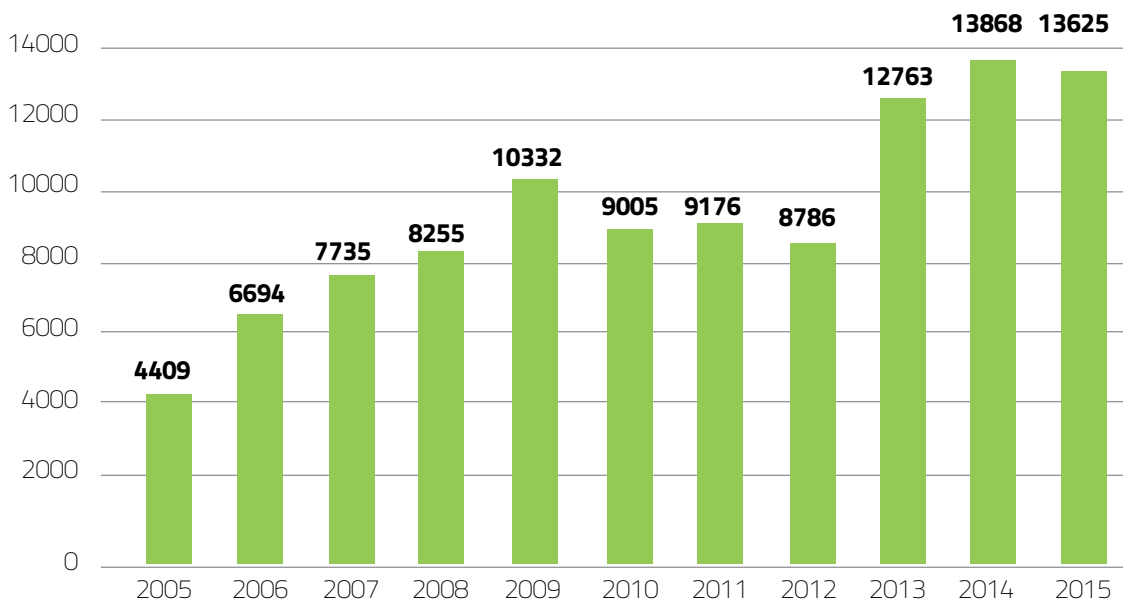
namnożeniem się tego zarazka. Do zakażenia człowieka dochodzi poprzez spożycie żywności zanieczyszczonej tym drobnoustrojem, głównie wieprzowiny, drobiu, serów, niepasteryzowanego mleka krowiego. Wysokim ryzykiem odznaczają się także produkty RTE (*Ready to Eat*) tzw. do bezpośredniego spożycia. Najbardziej narażonymi na zakażenie się pałeczkami *Listerii* są osoby z obniżoną odpornością tj. dzieci, kobiety w ciąży, chorzy przyjmujący leki immunosupresyjne. Zachorowanie kobiety w ciąży nie pozostaje obojętne dla płodu, powodując poronienie, martwe urodzenie lub zespół chorobowy u noworodka. W Polsce w 2015 r. zarejestrowano ogółem 70 przypadków listeriozy, w tym 1 przypadek listeriozy wrodzonej. W 2014 r. odnotowano 86 zakażeń pokarmowych wywołanych przez *Listeria monocytogenes*, w tym 4 przypadki listeriozy wrodzonej.

Aby zapobiegać występowaniu chorób przenoszonych drogą pokarmową zawsze należy przestrzegać tzw. 5 kroków do bezpiecznej żywności (zalecenia WHO) tj.

- utrzymywać czystość (rąk przed przygotowaniem i spożywaniem żywności, oraz miejsc, w których są przygotowywane posiłki),
- oddzielać żywność surową od ugotowanej,
- poddawać żywność właściwej obróbce termicznej (gotowanie, pieczenie itp.),
- przechowywać żywność w prawidłowych warunkach chłodniczych,
- używać bezpiecznej wody i żywności.

W ostatnich kilku latach obserwuje się w Europie, a także w Polsce, wyraźny wzrost częstości występowania przenoszonej przez kleszcze boreliozy. Zgodnie z wstępnymi danymi, w 2015 r. zanotowano w Polsce 13625 przypadków boreliozy (Wykres 9), przy zapadalności 35,4/100 tys. mieszkańców. 14% przypadków było poddanych hospitalizacji. Dla porównania, w 2014 r. zanotowano w Polsce 13868 przypadków, przy zapadalności 36/100 tys. mieszkańców. Także w 2013 r. liczba zgłoszonych zachorowań na boreliozę była wysoka (niespełna 13 tys. nowych zachorowań przy zapadalności 33,12/100 tys. mieszkańców). Dla porównania, w latach poprzednich liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 tys. rocznie. W 2015 r. największą zachorowalność odnotowano w województwach: śląskim, małopolskim, mazowieckim, podlaskim, lubelskim oraz warmińsko-mazurskim.

Ze względu na niespecyficzne i rozciągnięte w czasie objawy, wiele przypadków boreliozy może być zgłaszanych jednak ze znacznym opóźnieniem. Rośnie także liczba przypadków boreliozy, jako choroby zawodowej, podczas gdy ogólna liczba chorób zawodowych maleje. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na rozpoznawalność boreliozy i jej zgłaszalność jest diagnostyka laboratoryjna. Obecnie stosuje się metody pośrednie, czyli takie, które badają odpowiedź immunologiczną organizmu na zakażenie krętkiem *Borrelia burgdorferii* (badanie służy wykazaniu obecności przeciwciał). Metody te są obarczone większym błędem niż metody bezpośrednie, polegające na wykrywaniu antygenów patogenu w organizmie. Niestety specyfika procesu chorobotwórczego przebiegającego w związku z zakażeniem krętkiem *Borrelia burgdorferii* wymusza stosowanie, zgodnie ze standardami międzynarodowymi, pośrednich metod diagnostyki klinicznej.



**Wykres 9.** Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2015

Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

Przyczyny wzrostu zachorowalności na boreliozę należy upatrywać także w stale zmieniającym się zasięgu geograficznym bytowania kleszczy, wydłużaniu okresu ich żerowania, zmianach klimatu, zmianach ekonomicznych i społecznych w otoczeniu ludzi. Istotną rolę odgrywają też migrujące zwierzęta przenoszące zakażone kleszcze na obszary, na których krętki *Borrelia burgdorferii* dotychczas nie występowały.

Przeciwko boreliozie nie ma szczepionki, co potęguje problem i skutecznie uniemożliwia szybkie jego opanowanie. Ważne jest tym bardziej po stronie lekarskiej wczesne rozpoznawanie i skuteczne leczenie w początkowej fazie choroby. Ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej istotne jest prowadzenie rejestracji nowych przypadków boreliozy w celu określania skali problemu oraz prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do społeczeństwa, w zakresie swoistych i nieswoistych metod zapobiegania zachorowaniom na choroby przenoszone przez kleszcze.

Zakażenia wywołane przez hantawirusy (gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym – HFRS oraz nefropatia epidemiczna – NE) występują na wszystkich kontynentach i rozpoznawane są we wszystkich krajach Europy. Duże ogniska zakażeń hantawirusami występują w Skandynawii oraz w Chorwacji. Rezerwuarem drobnoustrojów są dziko żyjące gryzonie. Do zakażenia człowieka dochodzi w drodze inhalacji powietrza skażonego drobinami kurzu zawierającego wirusy pochodzące z wydzielini i wydaliny gryzoni. Za główne czynniki narażenia na zakażenie hantawirusami uważa się: pracę w ogrodzie, polu, lesie, w obejściu domu, który jest usytuowany do 100 metrów

od pól, lasu; sprzątanie piwnic, strychów, pomieszczeń gospodarczych, remonty drewnianych domów. W Polsce, na terenie województwa podkarpackiego stwierdza się endemiczne występowanie hantawirusów z grup *Puumala virus* oraz *Dobrava-Belgrade virus* oraz odnotowuje się zachorowania ludzi przez nie wywoływane. W 2013 r. potwierdzono 8 zakażeń hantawirusami, w 2014 r. – 54, zaś w 2015 – 6. Sprawdzoną i akredytowaną diagnostyką w kierunku zakażeń hantawirusami z materiału pobranego od ludzi dysponuje Laboratorium Diagnostyki Medycznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Rzeszowie. Laboratorium to przyjmuje do badań próbki ze zleceń jednostek z terenu całej Polski, które zatrudniają osoby narażone na kontakt z gryzoniami, będących głównym źródłem i wektorem hantawirusów.

Leptospiroza uznawana jest obecnie za jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób odzwierzęcych na świecie. Czynnikiem ją wywołującym są bakterie, którymi człowiek zakaża się głównie poprzez kontakt z moczem zakażonych zwierząt (głównie gryzoni) lub poprzez spożycie skażonej tym moczem wody, żywności oraz brak zachowania zasad higieny rąk. Grupami szczególnie narażonymi na zakażenie są rolnicy, osoby pracujące na plantacjach owoców sezonowych, osoby pracujące ze zwierzętami, lekarze weterynarii, pracownicy zakładów mięsnych. W Polsce liczba rejestrowanych rocznie przypadków zachorowań nie przekracza 10. i utrzymuje się od kilku lat na stałym poziomie. W 2015 r. zarejestrowano 4 przypadki leptospirozy w Polsce. Natomiast rok wcześniej odnotowano 43 przypadki tej choroby. Zgłoszenia z 2014 r. dotyczyły głównie Polaków, którzy w sezonie wakacyjnym pracowali przy zbiorach owoców sezonowych poza granicami kraju. Źródłem zakażenia były owoce (głównie truskawki), które były zanieczyszczone moczem gryzoni, bytujących na plantacjach, w wyniku braku działań zapobiegawczych ze strony właścicieli gospodarstw produkcyjnych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi także wzmożone działania w zakresie ochrony zdrowia przed pasożytami, jako czynnikami chorobotwórczymi stanowiącymi wciąż istotne oraz realne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia ludzi. Wiele z chorób pasożytniczych występuje w Polsce, a wzrost liczby zachorowań na przestrzeni lat ma charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2005, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy. Także w 2014 r. wystąpiły dwa ogniska - łącznie odnotowano 32 zachorowania. W 2015 r. zarejestrowano 27 przypadków włośnicy u ludzi (Wykres 8). Przeważająca większość zbiorowych zachorowań na włośnicę wynika ze spożycia wędlin przygotowanych na własny użytek z mięsa zwierząt zarażonych włośniem, pozyskanych przez środowiska łowieckie i domowe. Przyczyną zachorowań jest niewłaściwa obróbka termiczna mięsa oraz brak przekazania próbek mięsa do badania w kierunku pasożyta przeprowadzanego przez organy Inspekcji Weterynaryjnej, do czego jest zobligowany przepisami posiadacz takiego mięsa.

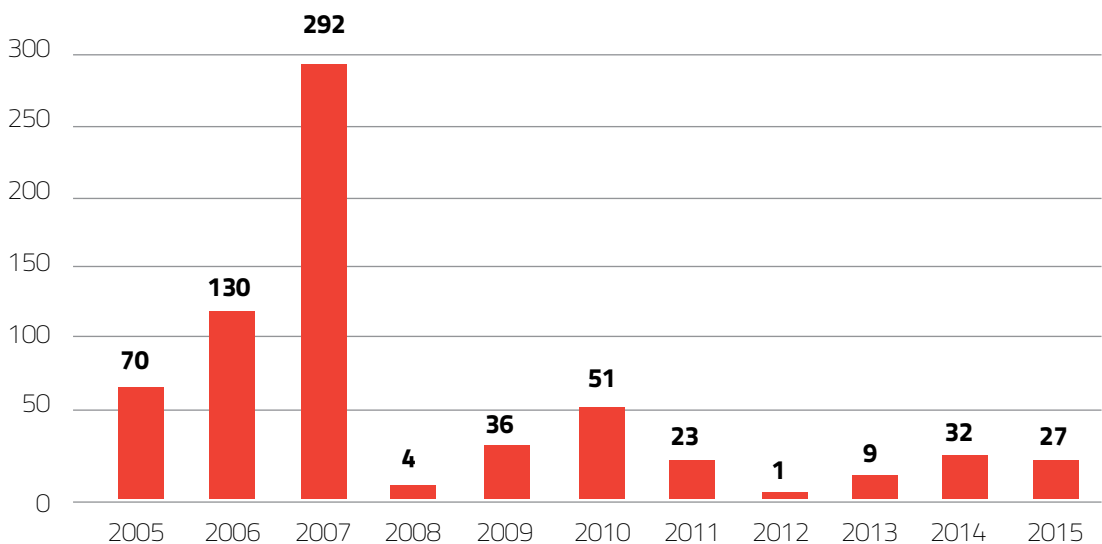
Za istotny problem należy uznać także bąblowicę. Jest to zoonoza powodowana przez larwy tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*. Liczba stwierdzanych przypadków tej choroby wydaje się być zaniżona (Wykres 11), z uwagi na trudną





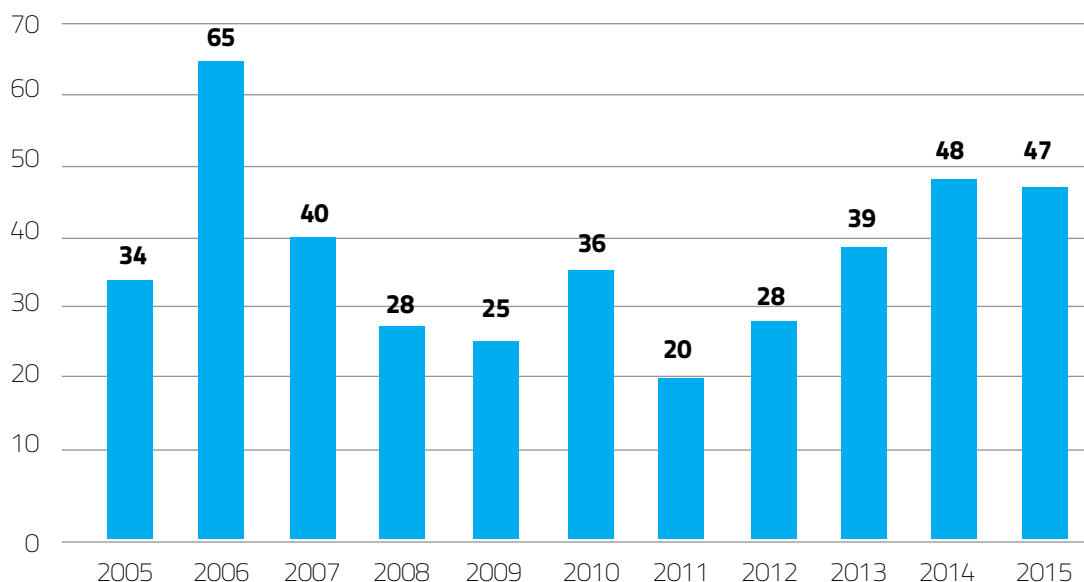
wykrywalność choroby (przewlekły rozwój 5-10 lat, brak objawów w pierwszej kilkuletniej fazie), a z drugiej strony powszechne skażenie środowiska jajami tych tasiemców, wydalanych wraz z kałem przez zakażone lisy. W warunkach polskich także pies może być rezerwuarem tasiemców bąblowcowych. Jaja tasiemców dostają się do organizmu człowieka zarówno przez bliski kontakt z tymi zwierzętami, przeniesienie jaj do ust za pomocą brudnych rąk, jak i spożycie skażonej jajami żywności lub wody. Należy zauważyć, że nabycie bąblowicy jest obecnie realne w wielu obszarach naszego kraju ze względu na pogłębiającą się urbanizację lisów i zjawisko ich coraz powszechniejszego występowania na terenach podmiejskich i miejskich. Problem dotyczy zatem zarówno mieszkańców wsi i miast jak również turystów. W zakresie zapobiegania zachorowaniu na bąblowicę najistotniejsze jest promowanie wiedzy nt. zasad higieny podczas i po pracy w polu/ogrodzie, ochrona posesji przed lisami, zabezpieczanie śmietników, które jako źródło resztek jedzenia, wabią dzikie zwierzęta, a także prowadzenie regularnych zabiegów odrobaczania zwierząt domowych preparatami działającymi także na tasiemce.

Botulizm czyli zatrucie jadem kiełbasianym występuje u ludzi oraz zwierząt i jest efektem działania toksyny wytwarzanej przez beztlenową laseczkę *Clostridium botulinum*. Do tej pory rozpoznanych jest 7 typów toksyny botulinowej (typy A-G). Typy A, B, E i rzadziej F - są przyczyną zatruc u ludzi. Natomiast typy C, D powodują zachorowania u zwierząt. Toksyna jadu kiełbasianego jest najsilniejszą ze znanych trucizn, śmiertelna dawka dla człowieka wynosi 0,12 mikrograma, efektem jej chorobotwórczego działania jest wiotkie porażenie mięśni szkieletowych ciała.



**Wykres 10.** Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2015

Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))



**Wykres 11.** Liczba zachorowań na błękitnicę w Polsce w latach 2005-2015  
 Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

Naturalnym i powszechnym miejscem bytowania *Clostridium botulinum* oraz jej przetrwalników są gleba, osady wodne oraz zwierzęta (przewód pokarmowy wielu ssaków i ryb). Wraz z odchodami zwierząt laseczki jadu kielbasianego oraz ich przetrwalniki są wydalane do środowiska, gdzie szczególnie te ostatnie mogą długo pozostawać ze względu na swoją znaczną odporność na działanie czynników zewnętrznych.

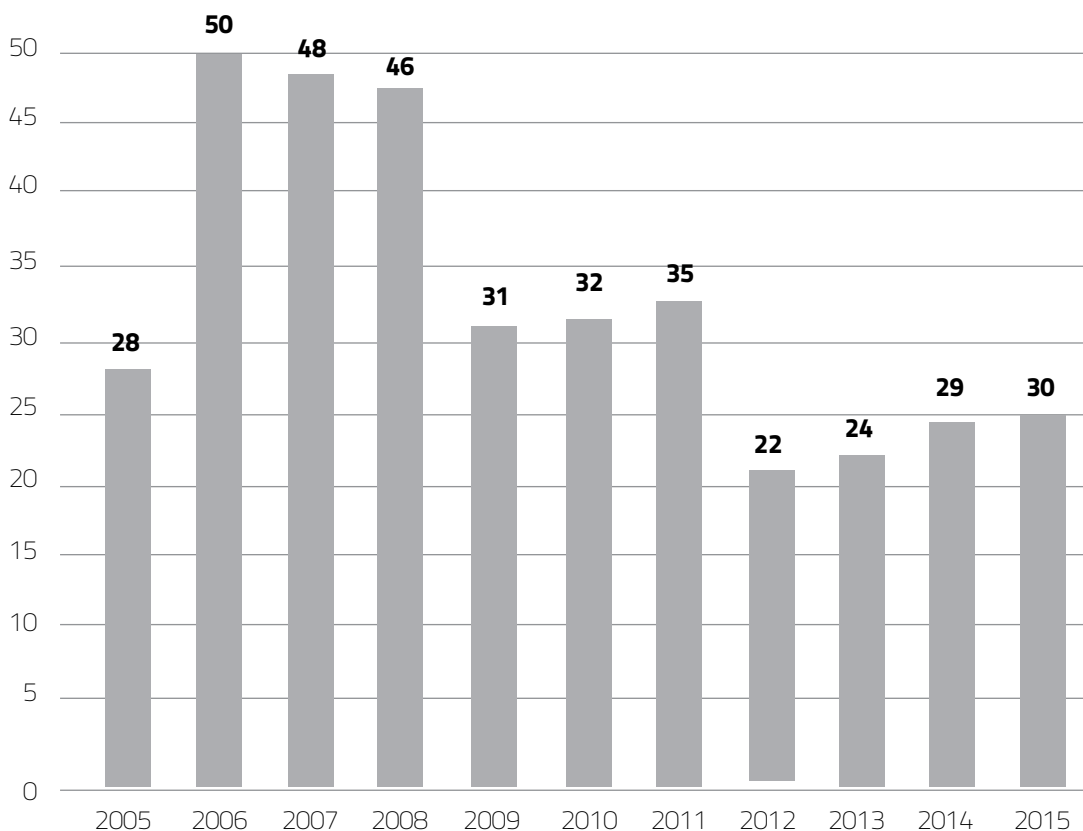
Toksyny *Clostridium botulinum* są wrażliwe na ogrzewanie i ulegają zniszczeniu w czasie gotowania, jednak zarodniki są odporne na wysoką temperaturę (np. w temp 100 stop C potrafią przetrwać godzinę) w związku z czym wymagają bardzo wysokich temperaturi odpowiedniego czasu do ich inaktywacji.

Do zatrucia jadem kielbasianym u ludzi dochodzi w wyniku spożycia zanieczyszczonych toksyną botulinową pokarmów niewłaściwie konserwowanych czy pasteryzowanych. W Polsce są to najczęściej przypadki spożycia zepsutych przetworów mięsnych (kielbasy, peklowane mięso), konserw oraz innych typów weków często przygotowywanych w warunkach domowych. Ponadto źródłem zakażenia mogą być również warzywa o małej kwasowości takie jak: zielony groszek, kukurydza, oliwki, grzyby, szpinak, buraki, a także mięso ryb np.: tuńczyk, wędzone i solone ryby, a także owoce morza oraz mięso ssaków morskich. Dla małych dzieci istotnym źródłem przetrwalników laseczki *Clostridium botulinum* jest miód pszczeleli. Dla zwierząt źródłem toksyny może być źle sporządzona kiszonka czy stęchłe siano. W przypadku botulizmu przyrannego dochodzi do zanieczyszczenia ran ziemią zawierającą bakterie *Clostridium botulinum*. Ze względu na beztlenowe warunki panujące

w brudnej ranie, jest ona doskonałym miejscem rozwoju bakterii i produkcji toksyny. Do zakażeń przyrannych dochodzi najczęściej w przypadku: głębokich urazów, ran kłutych, otwartych złamań, drogą iniekcji w przypadków osób uzależnionych od narkotyków. Zna- ne są pojedyncze przypadki zatrucia jadem kiełbasianym drogą oddechową, w wyniku wdychania aerozolu zawierającego toksynę *Clostridium botulinum*. Zdarzenia te miały miej- sce wśród pracowników laboratoriów mikrobiologicznych. Istnieją również doniesienia o szkodliwym działaniu czystej rozcieńczonej toksyny botulinowej A (tzw. botoks) sto- sowanej bezpośrednio u pacjentów w trakcie zabiegów kosmetycznych czy medycznych.

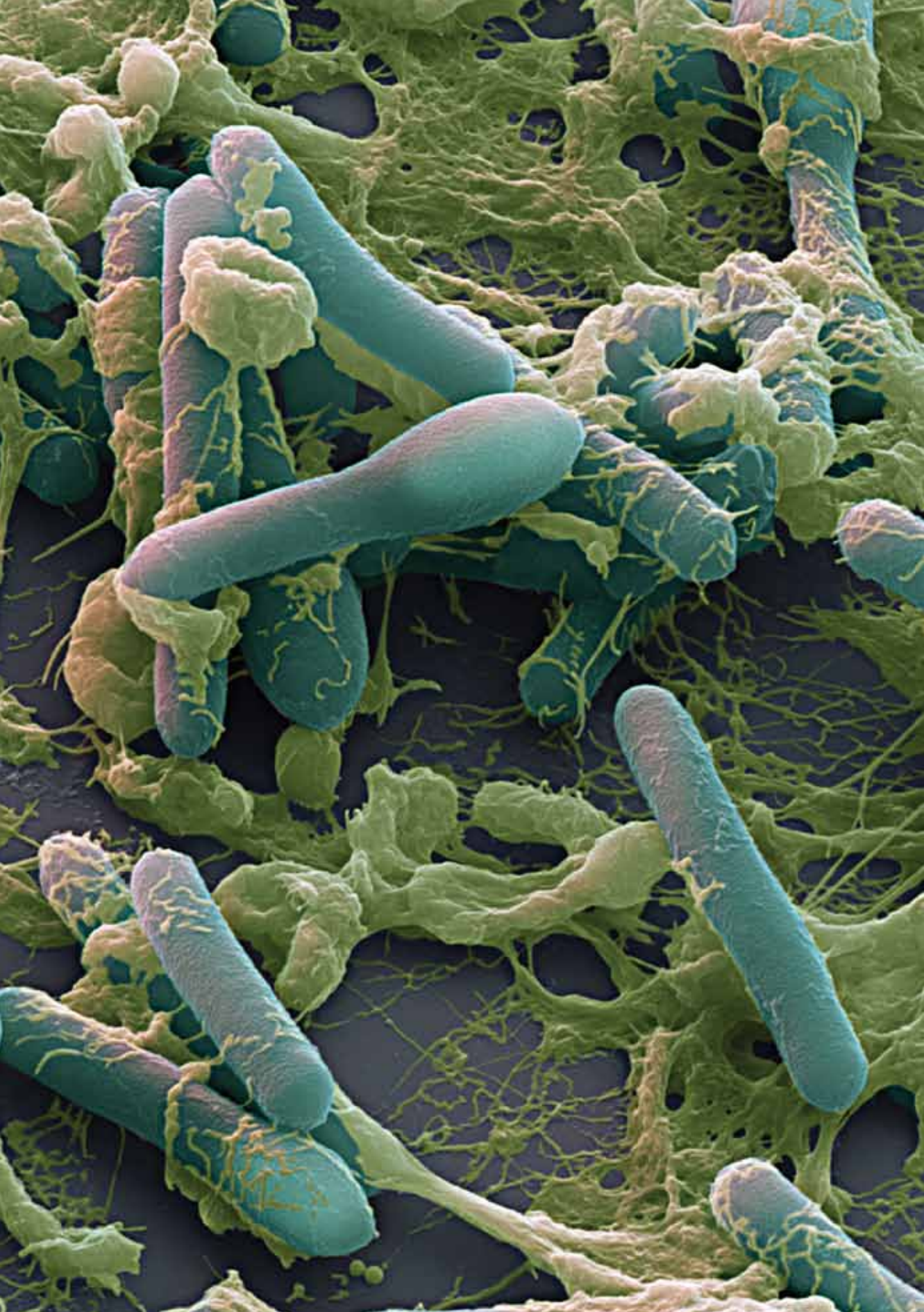
W Polsce co roku rejestruje się kilkadziesiąt przypadków zatruc jadem kiełbasianym (Wykres 12). Jednocześnie w innych państwach UE nie odnotowuje się już od dawna zatruc jadem kiełbasianym na drodze pokarmowej.

Występowanie w Polsce zachorowań na botulizm można tłumaczyć przede wszyst- kim wciąż żywą tradycją konserwowania pokarmów metodami domowymi (sporządza-



**Wykres 12.** Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005–2015

Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))



nie weków). Przeprowadzone w sposób nieprawidłowy procesy konserwowania prowadzą do produkcji toksyny przez namnażające się w tej żywności bakterie *Clostridium botulinum*. Z drugiej strony zachorowalność i zapadalność na tą jednostkę chorobową na poziomie kilkudziesięciu przypadków rocznie jest wynikiem przestrzegania przez firmy produkujące żywność systemu HACCP, zasad GHP (*Good Hygiene Practice*) oraz przepisów prawnych i wytycznych zapewniających bezpieczeństwo produkcji żywności na każdym etapie łańcucha produkcyjnego, co przyczyniło się do poprawy jakości i zdrowotności oferowanej w sklepach żywności konserwowanej.

Choć zoonozy te nie znajdują się w grupie chorób zakaźnych, które podlegają obowiązkowi zgłaszania do właściwego terenowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego przez podejrzewającego je lub rozpoznającego lekarza, to jednak nie powinny być bagatelizowane. Chodzi o takie choroby jak: tasiemczyce, toksokaroza, toksoplazmoza, świerzby, które człowiek może nabyć w drodze bezpośredniego kontaktu ze zwierzętami towarzyszącymi takimi jak psy, koty, domowe gryznie. Chorobom tym zapobiega się w drodze regularnej kontroli stanu zdrowia tych zwierząt i działania profilaktyczne (np. odrobaczanie) u lekarza weterynarii oraz dbania o ich dobrostan. Nie można również zapominać o wścieklicznie, której przypadki wśród dzikich jak i udomowionych zwierząt na terenie naszego kraju wciąż występują. W zakresie zwierząt towarzyszących człowiekowi konieczne jest pamiętanie o regularnym poddawaniu zwierząt szczepieniu przeciwko tej chorobie. Art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2004 nr 69, poz. 625, z późn. zm.) stanowi, że „posiadacze psów są obowiązani zaszczepić psy przeciwko wścieklicznie w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez psa 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia”. Obowiązek ten nie dotyczy kotów domowych, pomimo, że jest to gatunek bardziej wrażliwy na zakażenie wirusem wściekliczyny. Z uwagi jednak na odmienny behawioryzm psów i kotów domowych oraz istotniejszy niż w przypadku psów problem bezdomności kotów, niezbędne jest podejmowanie przez władze samorządowe działań ograniczających to zjawisko. Obecnie, mając na uwadze niski koszt szczepienia, a duży wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, lekarze weterynarii wolnej praktyki rekomendują właścicielom kotów zaszczepienie ich przeciwko wścieklicznie.

A zatem w trosce o zdrowie własne i swoich najbliższych, posiadacze zwierząt towarzyszących powinni pamiętać o ciążących na nich obowiązkach, jak również lekarze weterynarii powinni stale uczulać właścicieli na te zagrożenia i zachęcać ich do regularnej profilaktyki.

## 10. Choroba meningokokowa

W Polsce w 2015 roku zgłoszono 218 przypadków zachorowań na chorobę meningokokową (zapadalność 0,57/100000). Było to o 30 zachorowań więcej niż w roku

poprzednim. W roku 2014 zgłoszono 188 zachorowań (zapadalność 0,49/100 000). Zakażenia meningokokowe występują we wszystkich grupach wiekowych. Największą zapadalność obserwuje się u dzieci <1. roku życia, choć jest ona również duża w grupie <5. roku życia. Większą zapadalność niż średnia obserwuje się również u młodzieży i młodych dorosłych między 11, a 24 rokiem życia.

W Polsce najczęściej występują meningokoki grupy B i C. Ogniska epidemiczne wywołane są głównie przez szczepy z grupy C, natomiast szczepy grupy B są najczęściej związane z zachorowaniami sporadycznymi. Najwięcej zakażeń wywołanych przez meningokoki serogrupy B odnotowuje się u dzieci < 1. roku życia, natomiast u młodzieży i młodych dorosłych dominują zakażenia wywołane przez meningokoki serogrupy C.

W roku 2015, tak samo jak w 2014 r., nie występowały lokalne ogniska zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową.

Dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Neisseria meningitidis*, meningokok) są powszechnie występującymi drobnoustrojami kolonizującymi nosogardło (kolonizacji ulega ok. 5–10% populacji) i wywołującymi sporadyczne zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową. Przyjmuje się, że epidemiczne zachorowania występują przy przekroczeniu odsetka 20–25% osób skolonizowanych przez meningokoki w ogólnej populacji. Na ogólny wzrost liczby zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową i wyższą śmiertelność spowodowaną zakażeniem meningokokami wpływa w szczególności wzrost częstości występowania na danym obszarze zakażeń spowodowanych dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z gr. C. Polska jest jednym z krajów, w których w ostatniej dekadzie wzrosła liczba zakażeń wywołanych przez dwoinkę zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z gr. C, niemniej jednak za większość przypadków IChM odpowiadają wciąż meningokoki grupy B (wg danych Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń OUN).

Wpływ na obecną sytuację epidemiologiczną IChM mają, podobnie, jak w latach ubiegłych: poprawiający się nadzór epidemiologiczny i wdrażanie działań profilaktycznych zapobiegających kolonizacji dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u osób mających styczność z osobą chorą, dostępność szczepień ochronnych przeciw meningokokom (szczepienie zalecane w ramach Programu Szczepień Ochronnych), a także działania edukacyjne na temat sposobów ochrony przed zakażeniami meningokokowymi. Lekarze mają obowiązek informowania pacjenta, w tym również rodziców/opiekunów dziecka, o możliwości wykonania szczepienia przeciw meningokokom grupy B i C, czyli meningokokom najczęściej występującym w Polsce.

Ponadto dla osób podróżujących, które udają się do krajów o wysokiej zapadalności na inwazyjną chorobę meningokokową wywołaną dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z gr. A zalecane jest szczepienie szczepionką skojarzoną przeciwko meningokokom z gr. A i C.

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01–31.12.2015 r.*		1.01–31.12.2014 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Choroba meningokokowa inwazyjna	Ogółem	218	0,57	188	0,49
	zapalenie opon mózgowych i / lub mózgu	121	0,31	122	0,32
	Posocznica	137	0,36	116	0,30
	inna określona i nieokreślona	4	0,01	3	0,01

**Tabela 15.** Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. oraz w porównywalnym okresie 2014 r.

\* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

## 11. Choroba pneumokokowa

W Polsce w 2014 roku zgłoszono 988 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową (zapadalność 2,57/100000). W roku 2014 zgłoszono 701 zachorowań (zapadalność 1,82/100 000). Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w skrajnych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż. oraz u osób powyżej 65 r.ż. (Tabela 16).

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



Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01–31.12.2015 r.*		1.01–31.12.2014 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Choroba pneumokokowa inwazyjna	Ogółem	988	2,57	701	1,82
	zapalenie opon mózgowych i / lub mózgu	192	0,50	197	0,51
	Posocznica	647	1,68	463	1,20
	inna określona i nieokreślona	372	0,97	205	0,53

**Tabela 16.** Zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. oraz w porównywalnym okresie 2014 r. Wstępne dane, które mogą ulec zmianie  
Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

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

Pneumokoki są przenoszone drogą kropelkową lub przez kontakt bezpośredni.

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

Jedyną skuteczną metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym jest szczepienie ochronne. Bakteria ta występuje powszechnie i kontakt z nią jest nieunikniony. Zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych, szczepionka w Polsce jest nieodpłatna tylko dla dzieci do 5. roku życia z grup ryzyka (chorych przewlekle) oraz dla wcześniaków (ale tylko wówczas, gdy szczepienie rozpoczęto przed ukończeniem 12. mż.). Dla pozostałej części polskiego społeczeństwa szczepienia przeciw pneumokokom są płatne. Czynione są starania przez Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia, gremia eksperckie w dziedzinie pediatrii oraz chorób zakaźnych, Radę Sanitarno-Epidemiologiczną przy Głównym Inspektorze Sanitarnym, aby wprowadzić powszechne bezpłatne szczepienia przeciwko

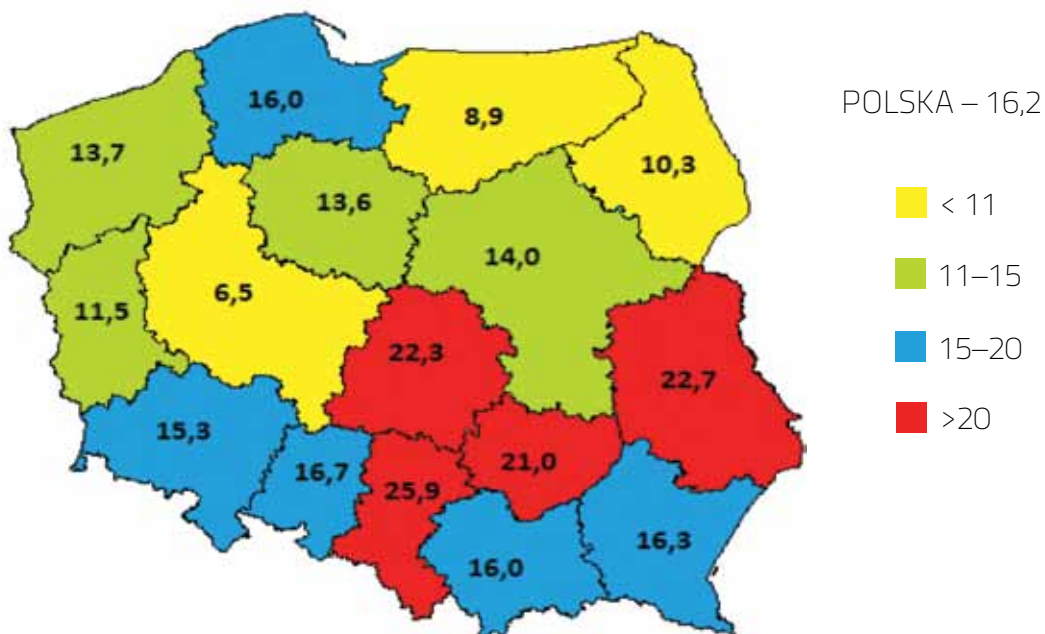
pneumokokom dla całej populacji dzieci do lat dwóch. W obecnej sytuacji lekarze mają obowiązek informowania rodziców/opiekunów dziecka o możliwości wykonania szczepienia zalecanego.

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

## 12. Gruźlica

W 2015 roku zarejestrowano 6219 zachorowań na gruźlicę tj. o 479 zachorowań mniej niż w roku poprzednim i o 2374 mniej niż przed dziesięcioma laty (dane za rok 2015 są w trakcie weryfikacji przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie i mogą ulec zmianie). Współczynnik zapadalności na gruźlicę w 2014 roku wyniósł 16,2 i był niższy o 6,9% niż w roku 2014 i niższy o 29,3% niż przed dziesięcioma laty.

Utrzymują się różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W 2015 roku najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w województwach: śląskim, lu-

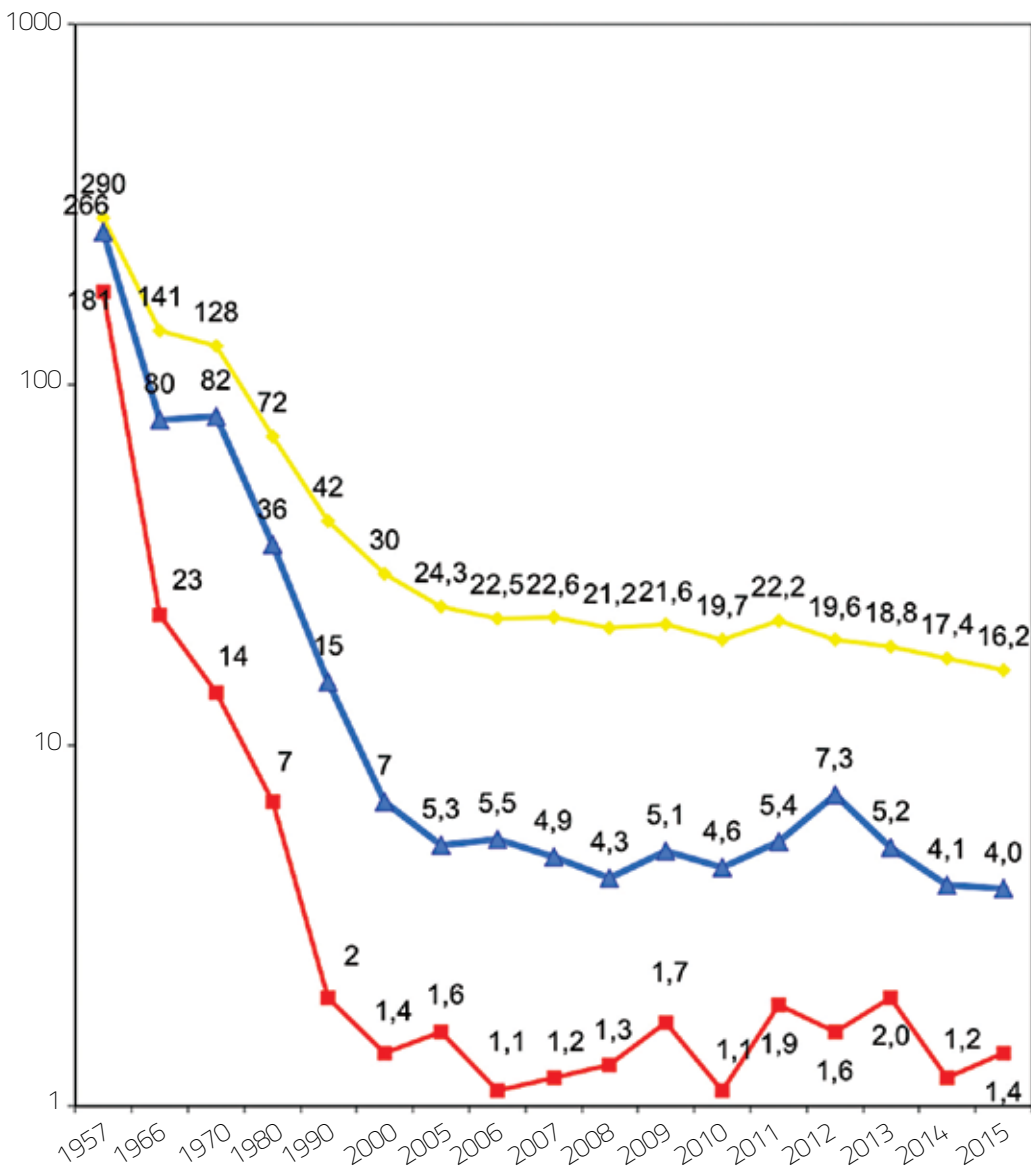


**Ilustracja 1.** Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2015 roku wg województw.

Współczynniki na 100.000 ludności.

Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2015 r.

belskim i łódzkim; najniższą w województwach: wielkopolskim, warmińsko-mazurskim i podlaskim. Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano w województwach: opolskim – wzrost o 26,5%, zachodniopomorskim – wzrost o 18,1%, pomorskim – wzrost o 11,1%, podkarpackim – wzrost o 3,2% i śląskim –



**Wykres. 13** Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2015.

Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2015 r.

wzrost o 3,2%. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2015 roku wg województw przedstawia Rys 1.

W 2015 roku wśród postaci klinicznych najczęściej występowała gruźlica płuc – 5875 zachorowań. Przypadki gruźlicy płuc stanowiły 94,5% wszystkich zachorowań. Chorzy na gruźlicę pozapłucną stanowili 5,5% ogółu zarejestrowanych w 2015 r. przypadków zachorowań.

Zarejestrowano 78 zachorowań u dzieci do 14 roku życia. Współczynnik zapadalności u dzieci wyniósł 1,4/100000. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957–2015 przedstawia Wykres 13.

W 2015 roku gruźlica została potwierdzona bakteriologicznie u 4466 chorych, w tym w 4314 przypadkach stwierdzono gruźlicę płuc. Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwprątkowy stwierdzano u 217 osób, stanowili oni 4,9% wśród chorych na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie. Gruźlicę wielolekooporną stwierdzono u 31 osób, stanowili oni 0,7% wśród chorych na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie.

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowanie od 80 lat szczepienia BCG. Szczepienia te wykonywane są zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków najpóźniej w ciągu 24 h od urodzenia.

Przepisy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nakładają na osoby chore na gruźlicę obowiązek leczenia gruźlicy oraz przewidują obowiązek leczenia szpitalnego osób chorych na gruźlicę w okresie wydalania prątków gruźliczych (prątkowania) lub z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Leczenie osób chorych na gruźlicę jest bezpłatne dla wszystkich osób przebywających w Polsce (także dla cudzoziemców, w tym uchodźców). Działania służące rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy, chociaż istotne dla zapobiegania szerzenia się gruźlicy pozostają poza obszarem zadań wykonywanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

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

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

Więcej informacji można znaleźć na stronie: <http://gis.gov.pl/zdrowie/choroby-zakazne/256-gruzlica>.

## 13. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne 2015 r.

W Polsce, w 2015 roku zgłoszono do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych 477 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, to jest o 18,9% więcej niż w 2014 roku, w którym liczba ta wynosiła 401. W ogniskach łącznie zachorowało 4416 pacjentów oraz 437 pracowników medycznych (4853), co zostało przedstawione na poniższych wykresach (Wykres 14 i 15).

Biorąc pod uwagę powyższe, należy podkreślić, iż liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym zależy m.in. od liczby osób hospitalizowanych, czynnika etiologicznego wywołującego zakażenie i liczby podmiotów leczniczych zarejestrowanych w danym województwie.

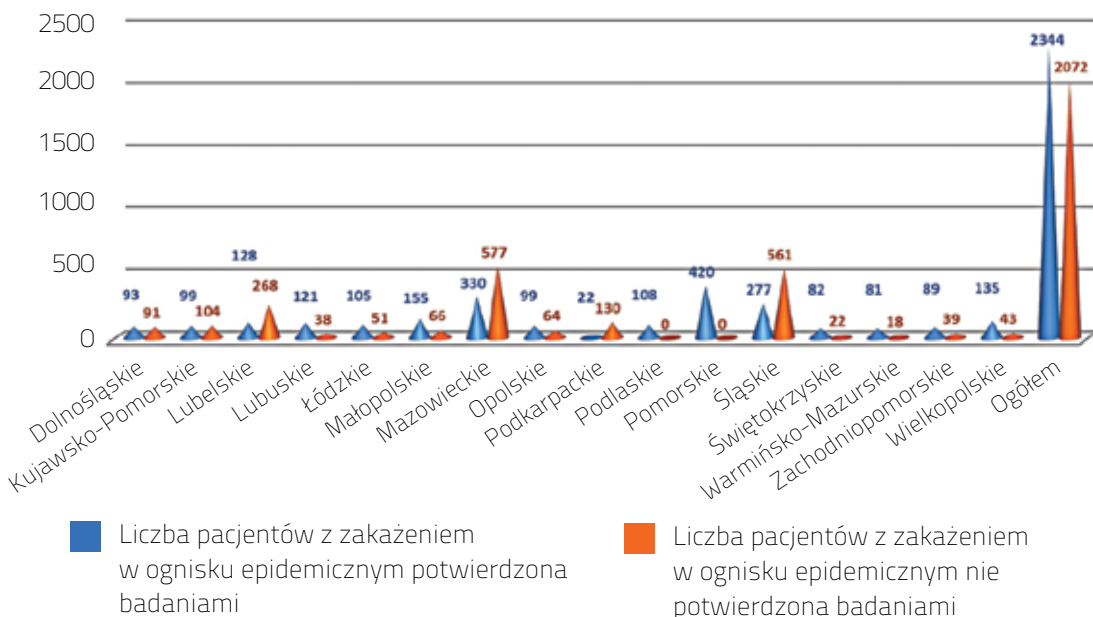
Sytuację epidemiologiczną w zakresie ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych w latach 2014- 2015 w Polsce przedstawia Ilustracja 2.



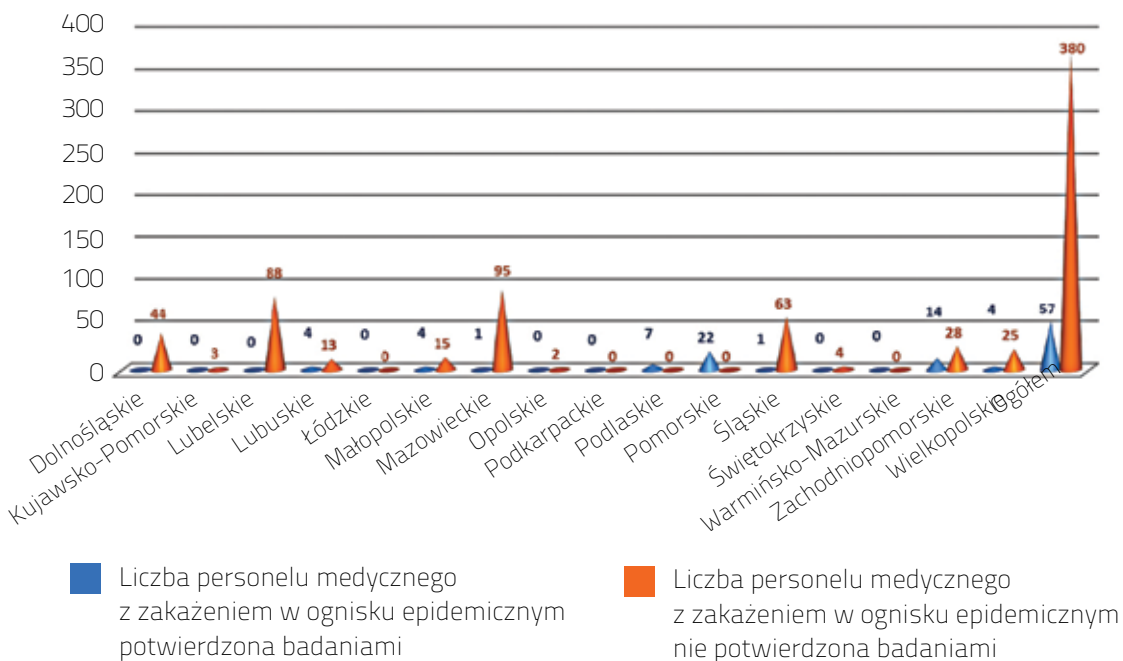
**Ilustracja 2.** Liczba ognisk epidemicznych w podmiotach leczniczych w rozbiu na poszczególne województwa

Źródło: opracowanie własne (GIS)

**Wykres 14.** Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym z uwzględnieniem poszczególnych województw Źródło: opracowanie własne (GIS)



**Wykres 15.** Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym z uwzględnieniem poszczególnych województw Źródło: opracowanie własne (GIS)



Jak wynika z przedstawionych danych liczba ognisk epidemicznych w 2015 roku kształtowała się następująco:

1. Wyraźny wzrost liczby ognisk epidemicznych odnotowano w województwach: lubuskim, wielkopolskim, pomorskim, małopolskim, zachodniopomorskim, śląskim, mazowieckim, kujawsko-pomorskim.

2. Nieznaczny wzrost odnotowano w województwach: opolskim, dolnośląskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim.

3. Zmniejszyła się natomiast liczba ognisk epidemicznych zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwach: łódzkim, podkarpackim, świętokrzyskim.

Wśród czynników etiologicznych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, podobnie jak w poprzednich latach, dominowały zakażenia żołądkowo-jelitowe, wywołane przez *Clostridium difficile*. Ich udział w łącznej liczbie zgłoszonych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zwiększył się z 31% w roku 2014 do 34,4% w roku 2015.

Zwiększył się odsetek ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych wywoływanych przez norowirusy z 4,2% w 2014 roku do 8,3% w 2015 roku, natomiast zmniejszył się odsetek zakażeń wywołanych przez rotawirusy z 24% w 2014 roku do 13,8% w 2015 roku.

Najczęstsze czynniki alarmowe, które wywoływały ogniska epidemiczne w szpitalach w 2015 roku, przedstawia Wykres 16.

W porównaniu z rokiem 2014, w roku 2015 odnotowano zmiany w zakresie występowania czynników wywołujących ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych. Nastąpił:

- wzrost liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez *Staphylococcus aureus* MRSA z 1,3% w roku 2014 do 1,5% w 2015 roku,
- *Enterococcus faecium* VRE z 1,0% w 2014 r. do 1,7% w roku 2015 ogółem zgłoszonych ognisk.

Odnotowano spadek liczby ognisk wywołanych przez:

- *Klebsiella pneumoniae* ESBL z 7,0% w roku 2014 do 5,2% w 2015 roku,
- *Acinetobacter baumannii* z 6,2% w 2014 r. do 5,4% w 2015 roku ogółem zgłoszonych ognisk.

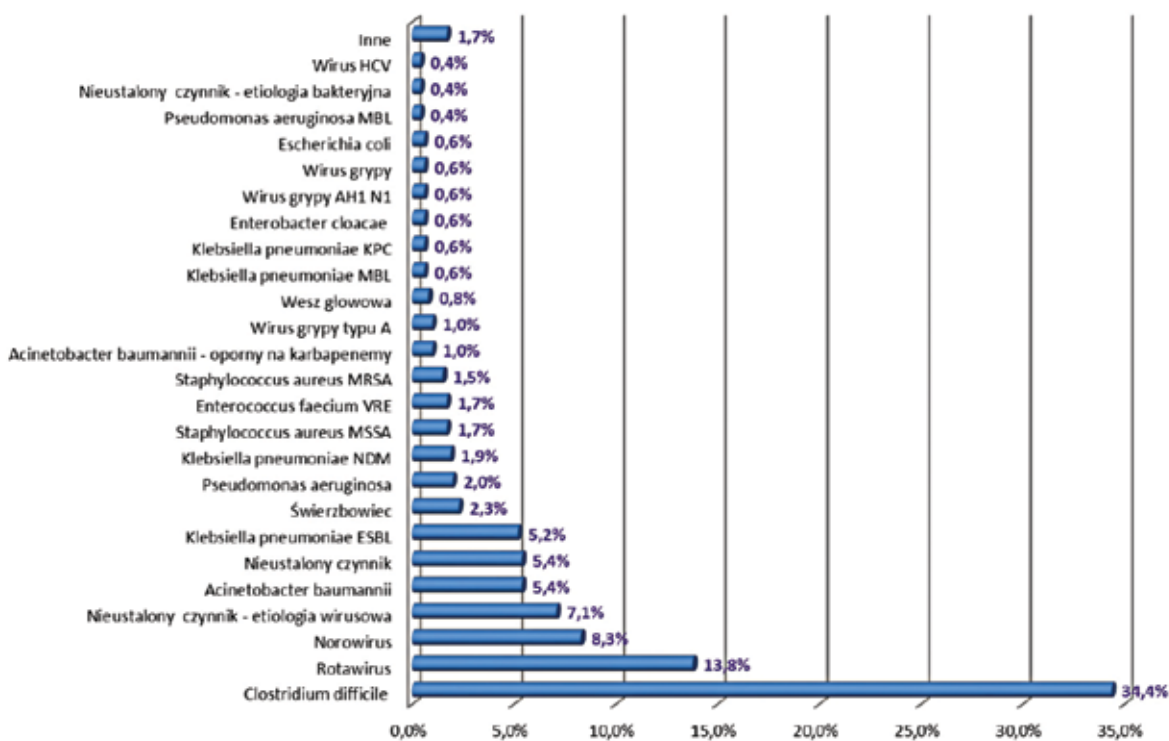
Zarówno w 2014 r. jak i 2015 r. zarejestrowano 2,5 % ognisk epidemicznych wywołanych przez *Pseudomonas aeruginosa*.

Nastąpił nieznaczny wzrost liczby ognisk wywołanych wirusem grypy A/H1N1 z 0,5% w 2014 r. do 0,6% w roku 2015.

W 2014 r. zarejestrowano 2,7% ognisk epidemicznych wywołanych wirusem grypy typu A, w roku 2015 - 1,0% ogółem zgłoszonych ognisk.

Osobną grupę stanowią ogniska epidemiczne wywołane przez:

- *Klebsiella pneumoniae* NDM-1 - w roku 2014 zgłoszono 7 ognisk epidemicznych, co stanowiło 1,7% ogółu zgłoszonych ognisk, zaś w 2015 r. zgłoszono 9 ognisk, co stanowi 1,9%. Ogniska te zarejestrowano w podmiotach leczniczych w województwie: dolnośląskim, lubuskim i mazowieckim.



**Wykres 16.** Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2015 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Z informacji pochodzących z opracowań Pani Profesor W. Hryniewicz Konsultanta Krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej wynika, iż w 2015 r. *Klebsiella pneumoniae* NDM+ stanowiła w Polsce najważniejszy problem medyczny i epidemiologiczny, dotyczący w szczególności szpitali warszawskich. Szerzenie się czynnika alarmowego rozpoczęło się pod koniec 2012 r. w jednym ze szpitali poznańskich, po czym w ciągu kilku miesięcy doszło do dwóch regionalnych ognisk epidemicznych z epicentrami w Poznaniu i Warszawie. Ognisko epidemiczne poznańskie zostało opanowane w drugiej połowie 2014 r. dzięki intensywnej akcji specjalistów ds. zakażeń szpitalnych, koordynowanych przez Inspekcję Sanitarną, natomiast w Warszawie prowadzone są obecnie działania podejmowane przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną oraz zespoły ds. zakażeń szpitalnych. Należy nadmienić, iż pałeczki *Klebsiella pneumoniae* wytwarzające karbapenemazy typu New Delhi (NDM), dysponują niezwykle niebezpiecznymi mechanizmami oporności, które prowadzą do wyeliminowania skuteczności wszystkich lub niemal wszystkich antybiotyków. Są jednym z głównych drobnoustrojów o najbardziej zaawansowanej lekooporności. Należy podkreślić, iż drobnoustrój ten posiada wybitny potencjał rozprzestrzeniania się, z łatwością wywołując szpitalne ogniska epidemiczne,



a jego nosicielstwo w przewodzie pokarmowym może utrzymywać się przez kilka lat.

Pod względem postaci klinicznych zakażeń w ogniskach epidemicznych sytuacja epidemiologiczna kształtowała się następująco:

- zakażenia przewodu pokarmowego w 2014 r. stanowiły 59,2% ogółem zgłoszonych ognisk, natomiast w 2015 r. wskaźnik ten zmniejszył się do 56,6% (w związku ze zmniejszeniem się liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez *Norowirusy* i *Rotawirusy*).

- zakażenia układu oddechowego stanowiły w 2014 roku 11,5%, a w 2015 r. 12,1% ogółu zakażeń. Głównym czynnikiem wywołującym zakażenia układu oddechowego był: *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae ESBL*, wirus grypy A/H1N1, wirus grypy typu A.

- zakażenia miejsca operowanego stanowiły w 2014 r. 4,5% zaś w 2015 r. 1,8% ogółu zakażeń. Czynniki alarmowymi najczęściej wywołującymi zakażenia miejsca operowanego w 2015 r. były: *Staphylococcus aureus MSSA*, *Enterococcus faecium VRE*, *Acinetobacter baumannii*.

- zakażenia układu moczowego w 2014 roku 3,5% w 2015 r. 3,1% (głównym czynnikiem wywołującym zakażenie to *Klebsiella pneumoniae ESBL*, *Klebsiella pneumoniae NDM-1*)

- posocznica stanowiła w 2014 roku 2,7%, zaś w 2015 roku 3,3% ogółu zgłoszonych ognisk. Głównym czynnikiem wywołującym zakażenie to: *Klebsiella pneumoniae ESBL*, *Acinetobacter baumannii*.

W 2015 roku zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej 477 ognisk epidemicznych z 233 szpitali w Polsce, co stanowi 24,7% szpitali ogółem. W grupie tej znalazły się szpitale: powiatowe (31,8%), specjalistyczne (25,3%), wojewódzkie (17,5%), kliniczne (11,2%), miejskie (4,7%), wielospecjalistyczne (1,7%), niepubliczne i ZOL (2,6%), uniwersyteckie i publiczne (1,8%) pozostałe (3,4%) m.in. instytuty, zespół sanatoryjno-szpitalny, fundacja hospicjum onkologiczne.

Na podstawie analizy danych ustalono, że 33% podmiotów leczniczych posiadało jednocześnie certyfikat systemu jakości ISO i akredytację CMJ. Łączny udział podmiotów leczniczych posiadających co najmniej jeden certyfikat wynosił 50,6%, natomiast 1,3% szpitali posiadało system jakości i akredytację na wybrane oddziały. W trakcie wdrażania systemu jakości i akredytacji w okresie sprawozdawczym pozostawał jeden szpital, co stanowi 0,4%. Brak systemu jakości i akredytacji odnotowano w 14,7% podmiotach leczniczych.

Powyższe dane zostały przedstawione na Wykresie 15.

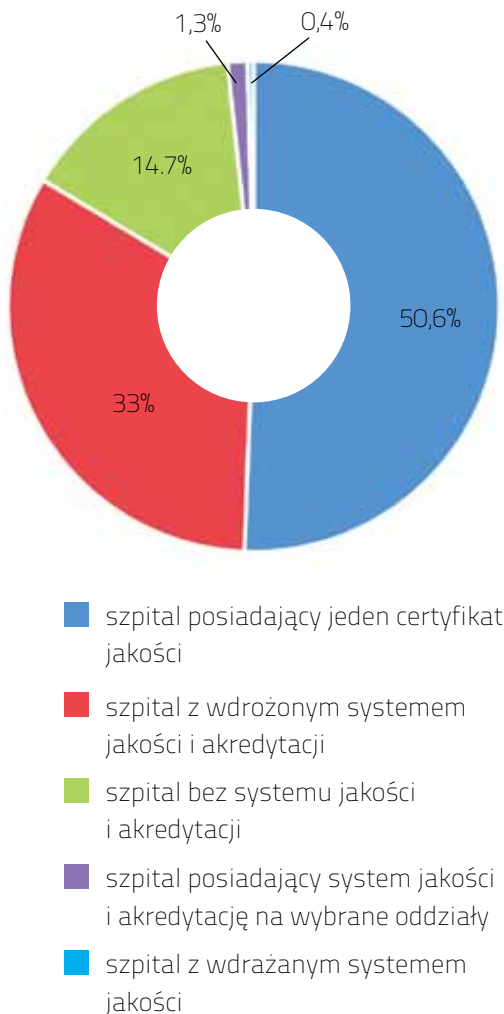
W świetle przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn.zm.) kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania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

W oparciu o przeprowadzoną analizę nadesłanych danych wynika, iż w 99,6% podmiotów leczniczych, które zgłosiły ogniska epidemiczne są powołane zespoły kontroli zakażeń szpitalnych. Brak zespołu odnotowano w Fundacji Hospicjum Onkologicznym, w którym zatrudniona jest pielęgniarka (w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa epidemiologicznego) pełniąca funkcję łączoną z pracą w hospicjum.

Należy podkreślić, iż 53,6% lekarzy posiada specjalizację zgodną z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 746). Inną specjalizację m.in. z chorób wewnętrznych, anestezjologii, chirurgii ogólnej, pediatrii, posiadało 40% lekarzy, bez specjalizacji w okresie sprawozdawczym pozostawało 3,4% lekarzy, natomiast w trakcie specjalizacji było 1,3% lekarzy. Brak lekarza jako przewodniczącego zespołu odnotowano w 1,7% podmiotów leczniczych.

Podkreślenia wymaga fakt, że 61% lekarzy ukończyło kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii szpitalnej i posiada świadectwo jego ukończenia, w trakcie odbywania kursu było 0,8% lekarzy, nie ukończyło kursu 36,5% w tym 23,6% lekarzy twierdziło, iż posiada specjalizację zgodną z ww. rozporządzeniem i nie jest zobowiązana do ukończenia kursu specjalistycznego. W okresie sprawozdawczym brak lekarza stanowił 1,7%.

W podmiotach leczniczych, które zgłosiły ogniska epidemiczne zatrudnionych jest 480 pielęgniarek/położnych. Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego ukończyło (76,9%), epidemiologii (2,9%), higieny i epidemiologii



**Wykres 17.** Odsetek szpitali posiadających system jakości, które zgłosiły ogniska epidemiczne w 2015 roku

Źródło: opracowanie własne (GIS)

(2,7%). W trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa epidemiologicznego w okresie sprawozdawczym pozostawało 4,8% pielęgniarek/położnych, innymi specjalizacjami legitymowało się 1,5% pielęgniarek/położnych. Nie posiadało specjalizacji 11,2% pielęgniarek/położnych.

Jak wynika z powyższych danych 82,5% pielęgniarek/położnych zatrudnionych w zespołach kontroli zakażeń szpitalnych posiada specjalizacje określone w rozporządzeniu w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Zatrudnienie pielęgniarek/położnych 1 na 200 łóżek, zgodnie z wymogami przepisów prawa odnotowano w 76,8% podmiotach leczniczych, więcej niż 200 łóżek przypadało na 1 pielęgniarkę/położną w 23,2% szpitalach.

Specjalizację w dziedzinie mikrobiologii, mikrobiologii medycznej lub lekarskiej ukończyło 88,8% diagnostów laboratoryjnych, w trakcie specjalizacji było 0,9%, brak specjalizacji odnotowano u 8,1% diagnostów. Brak jest jednoznacznych wskazań odnośnie 1,3% diagnostów laboratoryjnych. Umowę z firmami zewnętrznymi na świadczenie usług z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej, podpisało 0,9% podmiotów leczniczych.

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

Należy podkreślić, że w podmiotach leczniczych, które zgłosiły ogniska epidemiczne, Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła ogółem 73% działań inspekcyjnych, w tym w 49,7% przypadkach nie było podstaw do podejmowania działań interwencyjnych, w 5,5% wydano decyzje administracyjne, zaś w 17,8% zalecenia. Zalecenia pokontrolne dotyczyły m.in. wzmoczenia nadzoru nad wykonywaniem procedury postępowania w przypadku szpitalnych ognisk epidemicznych oraz izolacji pacjenta, przeprowadzenia szkolenia personelu w zakresie ww. wdrożonych procedur i ich udokumentowania. Zalecono informowanie rodzin oraz osób odwiedzających o zasadach izolacji oraz przestrzeganie reżimu sanitarnego w czasie odwiedzin w oddziale. Przestrzeganie zasad higieny rąk, stosowanie środków ochrony indywidualnej przy kontakcie z chorym, wydzielenie sprzętu do sprzątnięcia sanitariatów przeznaczonych dla osób chorych, zwiększenie intensywności dezynfekcji przedmiotów oraz powierzchni mających kontakt z chorymi, przeprowadzenie szkolenia dla personelu sprząającego w zakresie postępowania w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego. W przypadku 27% zgłoszonych ognisk epidemicznych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, nie podjęto działań kontrolnych ze względu na wcześniejsze interwencje zgłoszonych ognisk w tych podmiotach, a także dobrze działające zespoły kontroli zakażeń szpitalnych.

Szczegółowy sposób zatrudnienia lekarzy i diagnostów laboratoryjnych przedstawia poniżej zamieszczony Wykres 18.





**Wykres 18.** Forma zatrudnienia pracowników  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych na powyższym wykresie, w którym porównano zatrudnienie lekarzy i diagnostów laboratoryjnych, odnotować należy, iż w 233 szpitalach, które zgłosiły ogniska epidemiczne zatrudnionych było: 21,9% lekarzy, 36,9% mikrobiologów w pełnym wymiarze godzin pracy. Jednak w większości przypadków funkcje personelu powołanego do zespołu kontroli zakażeń były łączone z innymi obowiązkami w szpitalu, dotyczy to zarówno lekarzy jak i mikrobiologów, co jest istotnym czynnikiem zmniejszającym efektywność działania zespołu.

Liczba pielęgniarek/położnych zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin pracy w podmiotach leczniczych, które zgłosiły ogniska epidemiczne wynosiła 372 na 480 zatrudnionych pielęgniarek/położnych, zaś na pół etatu - 29 pielęgniarek. Funkcje łączone z innymi obowiązkami pełniło 31 pielęgniarek/położnych, były to m.in. pielęgniarka naczelna, oddziałowa, kierownik centralnej sterylizatorni, natomiast 48 pielęgniarek/położnych zatrudnionych było na 1/4, część na 3/4 etatu, a także na umowę zlecenie, umowę cywilno-prawną bądź na kontrakcie.

## 14. Szczepienia ochronne jako element zwalczania chorób zakaźnych

Obowiązkowe szczepienia ochronne są najskuteczniejszym sposobem w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi zagrażającymi naszemu zdrowiu i życiu. Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest bowiem wysoki odsetek zaszczepionych osób (zwykle odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu wysokiego odsetka populacji – tj. co najmniej ok. 95%), co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne nie tylko na osoby uodpornione w drodze szczepienia, ale również na osoby, które ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogą być przeciw nim szczepione lub osoby, które pomimo prawidłowo przeprowadzonego szczepienia nie wykształciły odporności immunologicznej. Obowiązkowe szczepienia ochronne prowadzą do wykorzenia w przyszłości wybranych chorób zakaźnych. Sposób regulacji obowiązkowych szczepień ochronnych w polskim prawie wynika zarówno z uczestnictwa Polski w koordynowanych przez WHO międzynarodowych programach całkowitego wykorzenia (eradykacji) takich chorób zakaźnych jak polio, odra i różyczka, jak również z krajowych programów zwalczania chorób zakaźnych, a także konieczności zapewnienia ochrony indywidualnej dzieciom przed chorobami zakaźnymi o szczególnie ciężkim przebiegu i wysokiej śmiertelności.

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

Obowiązkiem szczepień ochronnych objętych jest 13 chorób zakaźnych, są to: błonica, gruźlica, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenie *Streptococcus pneumoniae*, krztusiec, nagminne zakażenie przyusznicy (świnka), odra,

ospa wietrzna, ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*), różyczka, tężec, wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz wścieklizna. W odniesieniu do każdej z tych chorób, określono osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym oraz wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby. Uzupełnieniem ww. regulacji prawnych jest ogłaszany corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego w drodze komunikatu Program Szczepień Ochronnych.

## 15. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz promocji szczepień ochronnych

W ramach promocji szczepień ochronnych od jesieni 2013 roku Główny Inspektorat Sanitarny realizuje akcję informacyjną pod hasłem „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”. Celem tej inicjatywy jest zwiększenie zaufania społeczeństwa do działań na rzecz profilaktyki chorób zakaźnych, podniesienie poziomu wiedzy w zakresie umiejętności zapobiegania chorobom zakaźnym, którym można przeciwdziałać na drodze szczepień ochronnych oraz wzrost poziomu wiedzy dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień. Adresatami informacji są rodzice i opiekunowie dzieci oraz pracownicy ochrony zdrowia, w tym: lekarze rodzinni, pediatrzy, położne, pielęgniarki środowiskowe. Akcja informacyjna jest realizowana poprzez uruchomienie strony internetowej (adres: [www.szczepienia.gis.gov.pl](http://www.szczepienia.gis.gov.pl)). Na portalu zamieszczane są informacje na temat szczepień ochronnych wsparte opiniami ekspertów z dziedziny wakcynologii.

Na przestrzeni lat 2013-2016 stroną akcji „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” odwiedziło prawie 90 000 osób.

Zakłada się, że efektem prowadzonych działań powinno być zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa w zakresie szczepień ochronnych oraz poprawa dostępu do informacji na temat Programu Szczepień Ochronnych. Akcja informacyjna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” stanowi długofalowy projekt Państwowej Inspekcji Sanitarnej nacełowany na promocję szczepień ochronnych.

## 16. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych

Ewolucja w zakresie szczepień ochronnych pozwala dostrzec i docenić rolę szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych. Spojrzenie w przeszłość ilustruje, co osiągnęliśmy dzięki szczepieniom - jakie sukcesy i korzyści przyniosły szczepienia w aspekcie populacyjnym, w obliczu wyzwań wobec pojawiających się chorób oraz oczekiwań, co do zapobiegania ich występowaniu. Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych na przestrzeni lat uległa diametralnej zmianie. Zastosowanie oficjalnych, ramowych programów szczepień ochronnych pozwoliło na osiągnięcie wysokiego odsetka uodpor-

nienia wśród populacji nimi objętych. Początkowo programy szczepień obejmowały wyłącznie szczepienia obowiązkowe, z upływem lat, celem uzupełnienia, wprowadzono do nich szczepienia zalecane. Dało to możliwość pełnej ochrony przed chorobami, którym można zapobiec drogą szczepień ochronnych.

Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na dany rok wykonuje upoważnienie ustawowe dla Głównego Inspektora Sanitarnego zawarte w art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Program jest dokumentem o charakterze technicznym, przeznaczonym dla lekarzy oraz pielęgniarek będących realizatorami obowiązkowych szczepień ochronnych i zawiera informacje, a także zgodne z aktualną wiedzą medyczną wytyczne nt. sposobu realizacji obowiązku szczepień ochronnych, w tym wskazuje wiek, przesłanki wynikające ze stanu zdrowia i przesłanki epidemiologiczne, zgodnie z którymi dane szczepienie powinno zostać przeprowadzane.

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

W opracowanym na rok 2016 Programie Szczepień Ochronnych wprowadzono i doprecyzowano zapisy wynikające z decyzji dotyczącej wprowadzenia szczepienia przypominającego przeciw krztuścowi w 14 roku życia – szczepionką dTap w miejsce szczepienia szczepionką Td oraz zastąpienia szczepionki atenuowanej poliwalentnej tOPV (1,2,3 typ wirusa) szczepionką inaktywowaną IPV (typ 1, 2, 3 wirusa polio), poprzez m. in. wskazanie, że trójwalentną szczepionkę tOPV należy stosować do wyczerpania zapasów lecz nie później, niż do dnia 31 marca 2016. Ponadto zamieszczono alternatywny schemat szczepień w 2. roku życia z uwzględnieniem szczepionek wysokoskojarzonych przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi (DTP), inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b (HiB), poliomyelitis (IPV) – DTPa-IPV-HiB (5w1) oraz uzupełniono wskazania do szczepień zalecanych o wskazania służące realizacji strategii kokonowej:

- przeciw krztuścowi – u osób z otoczenia noworodków i małych niemowląt, a także u kobiet w ciąży lub planujących ciążę,
- przeciw pneumokokom – u osób mających bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku poniżej 5. roku życia oraz z osobami w wieku podeszłym lub przewlekłe chorymi.



Ujednolicono również zapisy odnoszące się do czasu 15 dniowej obserwacji weterynaryjnej zwierząt podejrzanych o wściekliznę, upoważniającej do wstrzymania się od przeprowadzenia szczepienia osoby narażonej – jako odnoszącej się wyłącznie do psów i kotów.

Corocznie w Polsce opracowywana jest szczegółowa analiza przeprowadzonych szczepień ochronnych. Dokonuje się jej na podstawie danych uzyskanych ze sprawozdania rocznego ze szczepień ochronnych (MZ-54), którego wzór i terminy sporządzania określają przepisy o statystyce publicznej. Analiza uwzględnia m.in.:

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

Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego wyniki analizy są corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH) w biuletynie pt. „Szczepienia Ochronne w Polsce”, który stanowi główne źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce. Dane dotyczące zaszczepienia populacji w 2015 roku będą dostępne w II połowie 2016 roku, w tym również na stronie internetowej NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)).

## 17. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej związane z dystrybucją szczepionek w Polsce

Dystrybucja szczepionek w Polsce prowadzona jest w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne oraz sposobu przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju (Dz. U. Nr 237, poz. 1524). Koordynatorem przekazywania na obszarze kraju szczepionek zakupionych przez ministra właściwego do spraw zdrowia do realizacji Programu Szczepień Ochronnych jest Główny Inspektor Sanitarny. Centralny Dystrybutor (Centralna Baza Rezerw Sanitarno- Przeciwepidemicznych w Porębach) przechowuje i zapewnia transport szczepionek na terenie kraju. Każdego roku, w terminie do dnia 20 stycznia, Centralny Dystrybutor przedkłada Ministrowi Zdrowia i Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu raport z realizacji harmonogramów dostaw szczepionek do magazynów wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych w kraju. Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne przechowują szczepionki i przekazują je powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym, a także koordynują przekazywanie szczepionek na obszarze województwa. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazują szczepionki świadczeniodawcom

przeprowadzającym obowiązkowe szczepienia ochronne, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy o udzielanie tych świadczeń i koordynują przekazywanie szczepionek na obszarze powiatu.

Proces tworzenia rocznego zapotrzebowania na szczepionki do realizacji Programu Szczepień Ochronnych w kraju określa procedura wewnętrzna GIS pn.: „Opracowanie zapotrzebowania na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych wraz z szacunkową oceną wielkości środków finansowych potrzebnych na ten cel”. Podstawą do rozpoczęcia realizacji procesu jest określenie przez Radę Sanitarno-Epidemiologiczną przy GIS kształtu PSO na kolejny rok oraz priorytetów zmian PSO.

Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych na kolejny rok dla powiatu określa państwowy powiatowy inspektor sanitarny zgodnie z wykazem chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych, określonym na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, z uwzględnieniem w szczególności:

- aktualnej sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych na terenie powiatu;
- danych demograficznych i struktury wiekowej mieszkańców powiatu;
- liczby osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, objętych podstawową opieką zdrowotną oraz uczęszczających do szkół na terenie powiatu;
- stanu zaszczepienia grup osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w latach wcześniejszych;
- stanu realizacji zapotrzebowania na szczepionki na dany rok;
- wytycznych państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, dotyczących sposobu ustalenia rocznego zapotrzebowania na szczepionki na rok kolejny.

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny przedkłada państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu zapotrzebowanie wraz z uzasadnieniem, w terminie do dnia 20 maja każdego roku.

Zapotrzebowanie dla województwa określa państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, z uwzględnieniem w szczególności:

- zapotrzebowań przekazanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych;
- stanu realizacji zapotrzebowania na szczepionki na dany rok;
- wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczących sposobu ustalenia rocznego zapotrzebowania na szczepionki na rok kolejny.

Zapotrzebowanie wraz z uzasadnieniem państwowy wojewódzki inspektor sanitarny przedkłada Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu, w terminie do dnia 10 czerwca każdego roku.

Główny Inspektor Sanitarny określa zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych na kolejny rok dla całego kraju, z uwzględnieniem w szczególności:



- zapotrzebowań zgłoszonych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych;
- prognozowanych zmian sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w kraju i na świecie;
- planowanych zmian w wykazie chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- składu i wielkości planowanej rezerwy przeciwepidemicznej;
- wielkości rezerw magazynowych.

Zapotrzebowanie, w terminie do dnia 30 czerwca każdego roku, Główny Inspektor Sanitarny przekazuje wraz z uzasadnieniem i szacunkową oceną wielkości środków finansowych potrzebnych do jego realizacji, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Główny Inspektor Sanitarny określa:

- wielkość rezerw magazynowych służących utrzymaniu płynnej realizacji szczepień ochronnych, przechowywanych przez Centralnego Dystrybutora;
- skład i wielkość rezerwy przeciwepidemicznej po uwzględnieniu prognozowanych zmian sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w kraju i na świecie;
- skład i wielkość rezerwy przeciwepidemicznej w przypadku wystąpienia istotnych zmian sytuacji epidemiologicznej w kraju i na świecie.

W celu zapewnienia płynności dostaw szczepionek do realizacji PSO w Polsce, Główny Inspektor Sanitarny corocznie opracowuje i przekazuje do Ministerstwa Zdrowia harmonogram dostaw szczepionek do realizacji PSO. Harmonogram zawiera asortyment szczepionek, ilość dawek i terminy dostaw poszczególnych szczepionek do magazynów Centralnego Dystrybutora.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobligowane są do prowadzenia racjonalnej gospodarki szczepionkami zakupionymi przez Ministra Zdrowia.

Jednym z ważniejszych elementów skutecznego nadzoru nad dystrybucją szczepionek jest funkcjonujący w Polsce, na wszystkich poziomach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Elektroniczny System Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek (ESNDS). ESNDS zapewnia nadzór nad zasobami szczepionek zgromadzonymi w magazynach, ich dystrybucją i efektywnym wykorzystaniem do realizacji szczepień ochronnych. Ponadto zapewnia jednolity obieg dokumentacji oraz umożliwia uzyskanie bieżących danych o dostępności i rozmieszczeniu szczepionek w kraju.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku wystąpienia obawy, że szczepionki zgromadzone w magazynach Centralnego Dystrybutora mogą, z uwagi na krótki termin ważności, nie zostać wykorzystane do realizacji PSO podejmują stosowne działania minimalizujące straty szczepionek i zapobiegające ich utylizacji.

W 2015 r. kontynuowano działania na rzecz zapewnienia płynności dostaw szczepionek do podmiotów leczniczych. W związku z wystąpieniem w 2014 roku w Europie problemu z produkcją i dystrybucją szczepionek Tripacel (szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi bezkomórkowa, złożona, adsorbowana - producent Sanofi Pasteur S.A.) oraz Infanrix - DTPa (szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi bezkomórkowa,

złożona, adsorbowana - producent GlaxoSmithKline Biologicals S.A), znacząco zostały ograniczone możliwości stosowania powyższych szczepionek w realizacji PSO, również w Polsce. W kraju, w zastępstwie szczepionek Infanrix-DTPa oraz Tripacel do realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci do 2. roku życia wprowadzono szczepionki wysokoskojarzone przeciw: błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), *poliomyelitis* (inaktywowana) i *Haemophilus influenzae* typ b. W zastępstwie szczepionek Tripacel oraz Infanrix DTaP u dzieci podlegającym szczepieniom ochronnym w 6. roku życia wprowadzono następujące szczepionki: Quadracel (DTaP/IPV - szczepionka zawierająca toksoid błonicy, toksoid tężcowy i bezkomórkowy komponent przeciw krztuścowi, adsorbowana, skojarzona z inaktywowaną szczepionką przeciw polio, (producent Sanofi Pasteur Limited) oraz szczepionkę Boostrix (przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa złożona), adsorbowana o zmniejszonej zawartości antygenów – (producent GlaxoSmithKline Biologicals S.A) i szczepionkę Tdap - Szczepionka SSI (szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana o zmniejszonej zawartości antygeny - producent Statens Serum Institut).

Wobec powstałej sytuacji w całym kraju została wdrożona instrukcja postępowania dotycząca stosowania szczepionek zastępczych, skierowana do podmiotów leczniczych i organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wskazująca jednolite zasady postępowania dotyczące realizacji PSO szczepionkami zastępczymi. W ubiegłym roku zanotowano opóźnienia w dostawach szczepionek co miało przełożenie na przesunięcia terminów realizacji szczepień przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi u dzieci w 6 roku życia.

W związku z zaistniałą sytuacją, Główny Inspektor Sanitarny na bieżąco monitorował stan zasobów szczepionek w magazynach na terenie kraju i podejmował działania na rzecz utrzymania ciągłości szczepień ochronnych w Polsce. Jednocześnie w grudniu 2015 roku dokonano analizy zabezpieczenia kraju w szczepionki na przełomie roku 2015-2016, której celem była ocena zużycia poszczególnych szczepionek zakupionych do realizacji PSO i stanów magazynowych szczepionek w Polsce. Wskazano przewidywane terminy wyczerpania stanów magazynowych szczepionek zarówno na poziomie Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno - Przeciwepidemicznych w Porębach (CBR) jak i stacji sanitarno-epidemiologicznych. Opracowany dokument przekazano do Ministerstwa Zdrowia.

Warto podkreślić, że w magazynach Centralnego Dystrybutora utrzymywana jest odnawialna rezerwa szczepionek na wypadek wystąpienia nieprzewidzianych sytuacji o charakterze ogniska epidemicznego, zwana rezerwą przeciwepidemiczną. Rezerwa jest uruchamiana w miarę potrzeb w celu niezwłocznego podjęcia szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym w przypadku wystąpienia ww. sytuacji. Główny Inspektor Sanitarny, biorąc pod uwagę zmienność sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w kraju i na świecie określa zgodnie z rekomendacjami Rady Sanitarno-Epidemiologicznej wielkość rezerwy przeciwepidemicznej, co jest uwzględniane w corocznie składanym zapotrzebowaniu na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych.

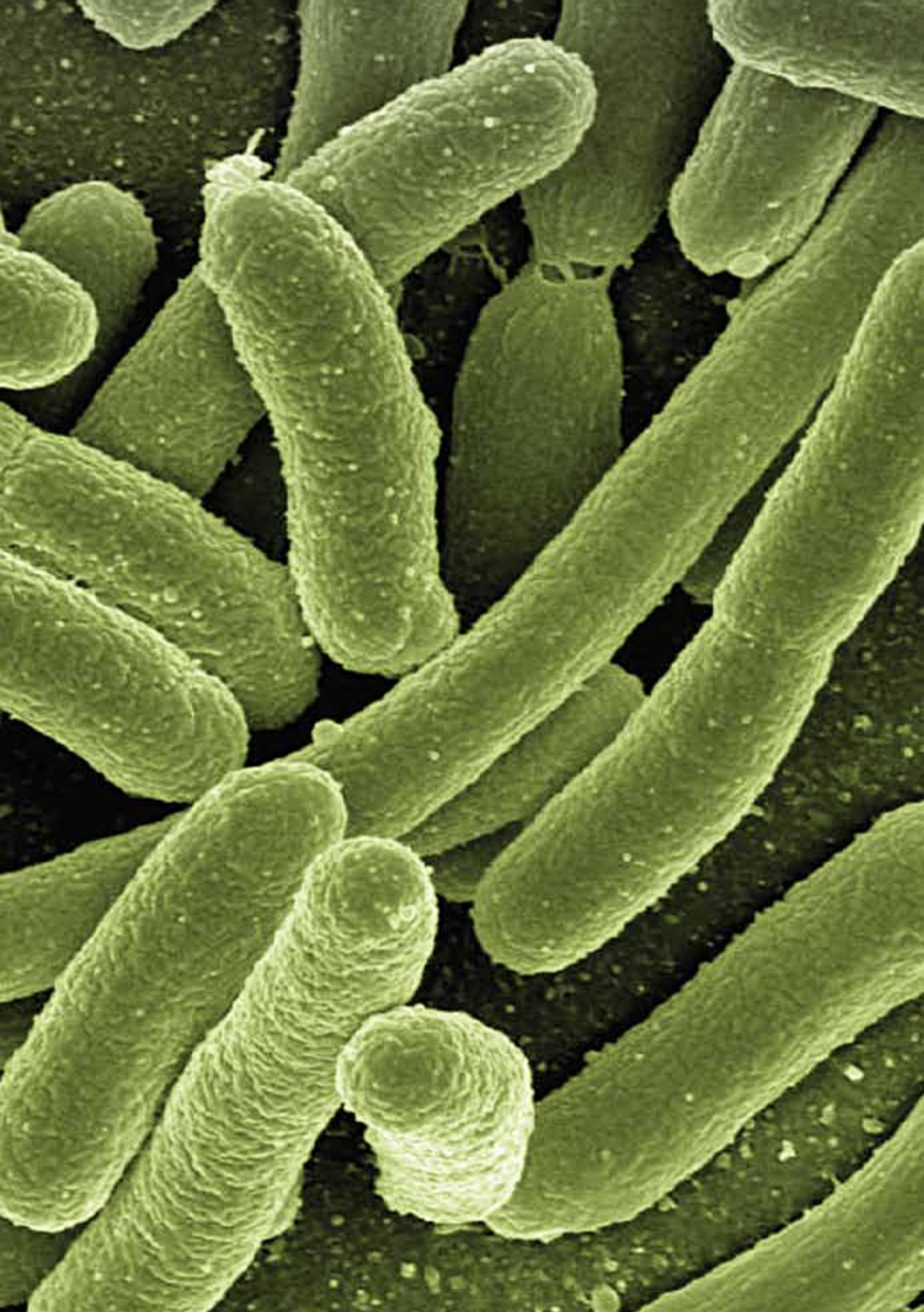
## 18. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane, jako czynnik determinujący możliwy spadek stanu zaszczepienia populacji przeciw chorobom zakaźnym – działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień

Realizacja Programu Szczepień Ochronnych odgrywa istotną rolę w kształtowaniu zdrowia publicznego w Polsce w obszarze zapobiegania występowaniu chorób zakaźnych i zapobiegania następstwom tych chorób. Jest ona uzależniona od poziomu społecznej akceptacji prawnego obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym, rzetelności działań lekarzy, pielęgniarek, położnych realizujących szczepienia obowiązkowe oraz działań organów administracji w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby do tego prawnie zobowiązane.

Obowiązkowe szczepienia ochronne są skuteczną i generalnie powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest bowiem wysoki odsetek zaszczepionych osób (zwykle odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu wysokiego odsetka populacji – tj. co najmniej ok. 95%), co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne nie tylko na osoby uodpornione w drodze szczepienia, ale poprzez przerwanie w drodze uodpornienia łańcucha epidemiologicznego szerzenia się zakażenia, również u tych osób, które ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogą być przeciw tym chorobom zakaźnym szczepione lub osób, które pomimo prawidłowego przeprowadzonego szczepienia nie wykształciły odporności immunologicznej.

Nałożenie przez ustawodawcę powszechnego obowiązku poddawania szczepieniom ochronnym przeciw wybranym chorobom zakaźnym, w szczególności dzieci i młodzieży, zapewnia odpowiednio wysoki odsetek osób uodpornionych przeciw tym chorobom i skutecznie zmniejsza ryzyko epidemicznego szerzenia się tych chorób zakaźnych w populacji. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw wybranym chorobom zakaźnym zmniejsza również społeczne skutki związane z ciężkimi zdrowotnymi następstwami chorób zakaźnych, w tym związane z obciążeniem sektora finansów publicznych kosztami leczenia tych chorób i kosztów leczenia ich powikłań.

Zapewnienie wysokiego odsetka osób uodpornionych w populacji jest wspierane działaniami oświatowo-zdrowotnymi propagującymi wiedzę o roli szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym lecz jednocześnie zostało zabezpieczone przewidziany-



<b>wg województw</b>	<b>liczba osób uchyłających się na koniec roku 2015</b>	<b>Liczba osób w wieku 0-19 lat wg GUS (stan na 31.12.2014) [w tysiącach]</b>	<b>Wskaźnik osób uchyłających się [liczba osób uchyłających się/ 100 000 osób w wieku 0-19]</b>
1	2	3	4
01 dolnośląskie	965	549,0	176
02 kujawsko-pomorskie	617	432,5	143
03 lubelskie	1083	439,9	246
04 lubuskie	451	209,5	215
05 łódzkie	886	475,7	186
06 małopolskie	1138	720,0	158
07 mazowieckie	4214	1099,1	383
08 opolskie	573	183,3	313
09 podkarpackie	303	453,7	67
10 podlaskie	618	239,0	259
11 pomorskie	2633	500,3	526
12 śląskie	3881	865,0	449
13 świętokrzyskie	196	244,5	80
14 warmińsko-mazurskie	776	306,3	253
15 wielkopolskie	3503	746,2	469
16 zachodniopomorskie	555	338,5	164
RAZEM wg przyczyn	22392	7802,6	287

**Tabela 17.** Wskaźnik uchylania się od obowiązku szczepień.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)



mi prawem środkami egzekucji administracyjnej wykonania tego obowiązku szczepień przez osoby do tego zobowiązane.

Podstawą prawną do nałożenia obowiązku szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym jest art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, który zobowiązuje osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym na zasadach określonych w ustawie, przy czym w odniesieniu do osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (m.in. dzieci) odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczę albo jej opiekun faktyczny (zwykle są to rodzice).

W przypadku stwierdzenia uchylania się rodziców dzieci od wypełnienia ustawowego obowiązku szczepień dzieci konieczne jest podejmowanie działań w celu przymuszenia osób zobowiązanych (zwykle rodziców dzieci) do wypełnienia tego obowiązku. Kwestie sposobu egzekwowania ww. obowiązku szczepień, jako obowiązku o charakterze niepieniężnym, są regulowane w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. *o postępowaniu egzekucyjnym w administracji* (Dz.U. z 2014 r. poz. 1619, z późn.zm.). Obowiązki niepieniężne wynikające bezpośrednio z przepisu prawa (takie jak m.in. obowiązek szczepień) pozostają w obszarze nadzoru we właściwości organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które w związku z tym są uprawnione do żądania wykonania obowiązku szczepień przez osoby do tego zobowiązane, tj. są wierzycielami tego obowiązku. Jednocześnie na organach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jako wierzycielach obowiązku szczepień ochronnych, spoczywa prawny obowiązek podejmowania wszelkich czynności zmierzających do zastosowania przewidzianych prawem środków egzekucyjnych w celu skłonienia osoby uchylającej się do wykonania obowiązku. Podejmowane działania polegają na kierowaniu do osób uchylających się, upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej, a następnie, w przypadku braku reakcji na wezwanie, kierowaniu wniosków do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień.

W Głównym Inspektoracie Sanitarnym przeprowadzono szczegółową analizę zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane, z uwzględnieniem występowania geograficznego i jego przyczyn. Do celów analizy uściślono i zawężono kryteria, które pozwalają uznać osoby zobowiązane do poddania się szczepieniom (lub do poddania dzieci szczepieniom) za osoby uchylające się od obowiązku szczepień. W sprawozdaniach o osobach uchylających się od obowiązku szczepień, sporządzanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych i w sprawozdaniach zbiorczych sporządzanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, uwzględniono wyłącznie te osoby, które będąc zobowiązane do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym (w związku z wiekiem lub przesłankami wynikającymi ze stanu zdrowia albo przesłankami epidemiologicznymi określonymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia

2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi), zostały zgłoszone przez lekarzy odpowiedniemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, jako osoby uchylające się. Osobami zobowiązanymi do spełnienia obowiązku poddania się szczepieniu w odniesieniu w osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (np. osób małoletnich lub bezradnych) są osoby sprawujące prawną pieczę nad tymi osobami lub albo ich opiekunowie faktyczni (zazwyczaj rodzice). Osoby

**Tabela 18.** Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2015 roku - wg województw i przyczyn uchylania się.  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

wg województw	liczba osób uchylających się na koniec 2013	liczba osób uchylających się na koniec 2014	liczba osób uchylających się, które wykonały obowiązek szczepień w 2015	liczba nowych uchylających się osób w roku 2015	liczba osób uchylających się na koniec roku 2015	całkowita liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w roku 2015 (kolumna 4+6)	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 11-31 XII 2014	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 11-31 XII 2015
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01 dolnośląskie	437	556	210	564	965	1175	27,2	73,6
02 kujawsko-pomorskie	305	432	106	336	617	723	41,6	42,8
03 lubelskie	539	717	209	614	1083	1292	33,0	51,0
04 lubuskie	255	358	465	260	451	916	40,4	26,0
05 łódzkie	533	722	78	284	886	964	35,5	22,7
06 małopolskie	562	769	505	874	1138	1643	36,8	47,0
07 mazowieckie	1348	2005	1324	2161	4214	5538	48,7	110,2
08 opolskie	265	360	197	423	573	770	35,8	59,2
09 podkarpackie	320	321	77	59	303	380	0,3	- 5,6
10 podlaskie	257	404	100	314	618	718	57,2	53,0
11 pomorskie	1359	1848	703	1394	2633	3336	36,0	42,5
12 śląskie	1693	2989	1346	2237	3881	5227	76,6	29,8

13 świętokrzyskie	126	135	106	121	196	302	7,1	45,2
14 warmińsko-mazurskie	207	510	52	335	776	828	146,4	52,2
15 wielkopolskie	1730	2894	766	1452	3503	4269	67,3	21,0
16 zachodnio-pomorskie	186	460	138	330	555	693	147,3	20,7
<b>RAZEM wg przyczyn</b>	<b>10122</b>	<b>15480</b>	<b>6382</b>	<b>11758</b>	<b>22392</b>	<b>28774</b>	<b>52,9</b>	<b>44,7</b>
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	213	276	119	130	294	413	29,6	6,6
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	406	560	335	339	639	974	37,9	14,1
wpływ ruchów antyszczepionkowych	2723	4665	1552	3483	7135	8687	71,3	52,9
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	241	245	85	262	476	561	0,2	94,3
inna przyczyna	6539	9734	4291	7544	13848	18139	48,9	42,3

uchylające się od obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym musiały spełniać jednocześnie 4 kryteria – tj. były to wyłącznie osoby:

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

Szczegółowe dane Głównego Inspektoratu Sanitarnego o osobach uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych w 2015 roku, wg województw i przyczyn uchylania się, zawiera Tabela 18.

Należy zwrócić uwagę, że w przedmiotowej analizie, na koniec 2015 roku wykazano liczbę 22 392 osoby uchylające się, w porównaniu do 15480 osób uchylających się na koniec 2014 roku, i 10122 osób uchylających się na koniec 2013 roku. W trakcie 2015 roku liczba osób uchylających się wzrosła zatem o 44,7 % w stosunku do danych z końca 2014 roku i aż o 121,2% w stosunku do danych z końca 2013 roku. Wzrost liczby osób uchylających się od obowiązku szczepień był jednak nieznacznie niższy niż w trakcie 2014 roku, w którym wyniósł 52,9%.

Uwzględniając dodatkowo te osoby, które w trakcie 2015 roku uchylały się od obowiązku szczepień i które następnie w trakcie trwania roku spełniły ten obowiązek (m.in. w wyniku nasilonych działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz Wojewodów podejmowanych w celu wyegzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się) wykazano, że zjawisko uchylania się od szczepień ochronnych w trakcie całego 2015 roku dotyczyło 28774 osób, w porównaniu do 19569 osób w trakcie całego 2014 roku (tj. wzrost o 47%).

Analiza geograficzna rozpowszechnienia zjawiska uchylania się od szczepień wskazuje, że ulegało ono nasileniu we wszystkich województwach z wyjątkiem województwa podkarpackiego, w którym na koniec 2015 roku stwierdzono spadek liczby osób uchylających o 5,6% w stosunku do końca 2014 roku

W oparciu o dane GUS nt. liczebności populacji osób w wieku 0-19 lat w poszczególnych województwach wyliczono dla tych województw wskaźnik osób uchylających się, wyliczony jako iloraz liczby osób uchylających się na koniec 2015 roku na 100 000 osób, w wieku 0-19 lat - wprowadzony w celu uwzględnienia liczebności populacji poszczególnych województw. Należy zauważyć, że zjawisko uchylania się od szczepień w największym stopniu dotyczyło województw: pomorskiego, wielkopolskiego, śląskiego i mazowieckiego, zaś w najmniejszym stopniu dotyczyło województw podkarpackiego, świętokrzyskiego, kujawsko-pomorskiego i małopolskiego – patrz Tabela 17.

**Tabela 19.** Dane o działaniach Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2015 roku - wg województw i przyczyn uchylania się  
Źródło: opracowanie własne (GIS)

	liczba upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej		liczba wystawionych tytułów wykonawczych		liczba wniosków do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień		liczba postępowań dot. zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej		liczba postępowań w sprawach o wykroczenia zakończonych wystawieniem mandatu lub wnioskiem do sądu	
	wg województw	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01 dolnośląskie	142	165	67	75	65	23	65	2	4	0
02 kujawsko-pomorskie	313	336	148	187	112	176	51	79	0	0
03 lubelskie	298	241	124	92	99	100	22	62	2	2
04 lubuskie	52	55	18	7	17	7	2	11	0	0
05 łódzkie	138	77	104	70	96	56	8	10	2	0
06 małopolskie	167	77	35	4	29	4	0	3	0	0
07 mazowieckie	321	463	3	6	3	4	0	2	0	0
08 opolskie	12	36	4	20	4	14	0	14	0	0
09 podkarpackie	150	246	0	110	0	120	0	104	0	0
10 podlaskie	171	153	87	42	89	42	6	20	0	0
11 pomorskie	566	1159	1	416	0	416	0	33	0	0
12 śląskie	820	324	0	18	0	47	0	0	0	0
13 świętokrzyskie	31	62	2	16	5	12	1	4	0	0
14 warmińsko-mazurskie	245	184	83	147	83	128	3	22	0	4
15 wielkopolskie	1028	548	313	246	237	223	43	20	4	2
16 zachodnio-pomorskie	141	285	101	205	62	232	35	159	0	0
RAZEM wg przyczyn	4081	4411	1090	1661	901	1604	236	545	12	8

odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	45	18	8	8	7	9	2	2	0	0
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	141	299	27	61	20	61	4	4	0	0
wpływ ruchów antyszczepionkowych	1321	1773	518	808	409	749	139	379	8	6
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	55	34	23	20	18	26	0	6	0	0
inna przyczyna	2519	2287	514	764	447	759	91	154	4	2

Analizując przyczyny nasilania się zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień wykazano, że najszybszy wzrost liczby osób uchylających się w 2015 roku dotyczył:

- osób wyrażających obawy związane z wystąpieniem w przeszłości u nich lub u ich dzieci niepożądanego odczynu poszczepiennego (94,3%).
- osób pozostających pod wpływem ruchów antyszczepionkowych (wzrost o 52,9%).

W mniejszym stopniu wzrost ten dotyczył osób motywowanych względami odrębności kulturowej, etnicznej lub religijnej (wzrost o 6,6%), bądź wpływami środowisk propagujących tzw. medycynę alternatywną (14,1%).

Przeprowadzono również analizę działań podejmowanych w 2015 roku przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby zobowiązane. Państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organ administracji publicznej sprawujący nadzór nad realizacją szczepień ochronnych jest bowiem uprawniony w trybie przewidzianym w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji do żądania w drodze egzekucji administracyjnej wykonania obowiązku szczepień, tj. jest wierzycielem tego obowiązku. Przepisy ww. ustawy jednocześnie nakładają na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jako wierzycieli obowiązku szczepień ochronnych, prawny obowiązek podejmowania wszelkich czynności zmierzających do zastosowania przewidzianych prawem środków egzekucyjnych w celu nakłonienia osoby uchylającej się od wykonania

obowiązku szczepień ochronnych. Organem egzekucyjnym właściwym w sprawie prowadzenia egzekucji obowiązku szczepień jest wojewoda, do którego kierowane są wnioski i jej przeprowadzenie przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych. Skierowanie wniosku do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień jest poprzedzone wystosowaniem do osoby uchylającej się upomnienia, zawierającego wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej, następnie sporządzeniem tzw. tytułu wykonawczego. W Tabeli 19 przedstawione zostały zbiorcze dane o działaniach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2015 roku – wg województw i przyczyn uchylania się. W 2015 roku państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wystosowali do osób uchylających się 4411 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej (w 2014 roku – 4081), 1661 tytułów wykonawczych (w 2014 roku - 1090) i skierowali 1604 wnioski do wojewodów o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień (w 2014 roku - 901). Jednocześnie w kolumnie 14-tej tabeli 8. przedstawiono dane o postępowaniach prowadzonych w sprawach o wykroczenia wobec tych osób, które pomimo wcześniejszego zastosowania środków egzekucji administracyjnej nadal odmawiały poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym (lub odmawiały poddania tym szczepieniom dzieci). W 2015 roku, 8 osób ukarano grzywnami w wysokości do 1500 złotych w drodze mandatu karnego lub skierowano wobec nich odpowiednie wnioski do sądów o ukaranie (w 2014 roku - 12).





Jakość wody  
przeznaczonej  
do spożycia



## 1. Wstęp

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

- ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2015 r. poz. 139 z późn. zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1989) – poprzedzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417 z późn. zm.)

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

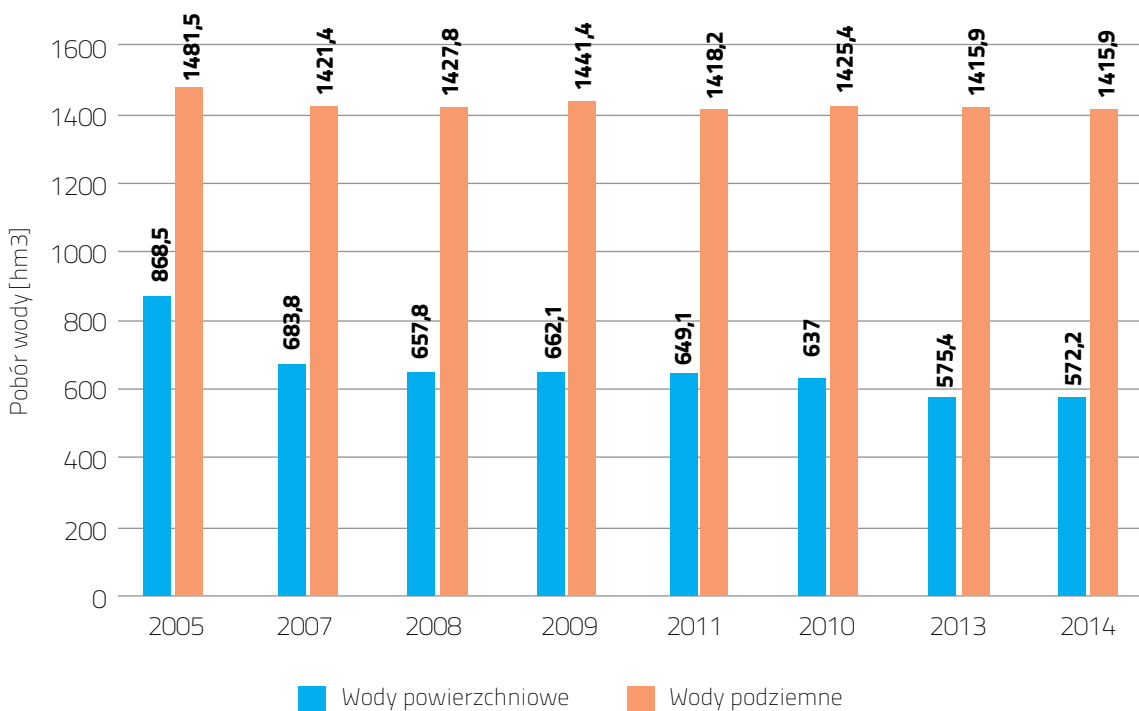
## 2. Zaopatrzenie ludności w wodę

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 2014 r. w 71,2% pochodziła z ujęć podziemnych i w 28,8% z ujęć powierzchniowych. W 2009 r. powyższe proporcje kształtowały się odpowiednio: 68,5% i 31,5%, w 2010 r. – 69,1% i 30,9%, 2011 r. – 69,9% i 30,1%, w 2012 r. 70,4% i 29,6%, a w 2013 71,1% i 28,9%. Obserwuje się więc nieznaczną, lecz stałą tendencję wzrostową do wykorzystywania wody z ujęć podziemnych. Z ujęć powierzchniowych najczęściej pobierają wodę duże wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Należy w tym miejscu zauważyć, że ogólny pobór wody na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce w kolejnych latach stopniowo malał: w 2008 r. wynosił 2103,5 hm<sup>3</sup>, w 2009 r. – 2067,3 hm<sup>3</sup>, w 2010 r. – 2062,4 hm<sup>3</sup>, w 2011 r. spadł do 2033,0 hm<sup>3</sup>, a w 2012 r. wynosił 2036,1 hm<sup>3</sup>, w 2013 r. wynosił 1991,3 hm<sup>3</sup>, a w 2014 r. pobór wody na cele zaopatrzenia w Polsce zmalał do poziomu 1988,1 hm<sup>3</sup>. Od roku 2000 pobór wody na cele zbiorowego zaopatrzenia ludności w Polsce zmniejszył się o 361,9 hm<sup>3</sup>, co stanowi spadek o ok. 15% w rozpatrywanym okresie<sup>1</sup>. Wprowadzenie wodomierzy oraz podwyżki cen wody, jak również wzrost wiedzy społeczeństwa w obszarze codziennego oszczędzania wody są przyczyną stałego zmniejszania poboru wody do celów zbiorowego zaopatrzenia.

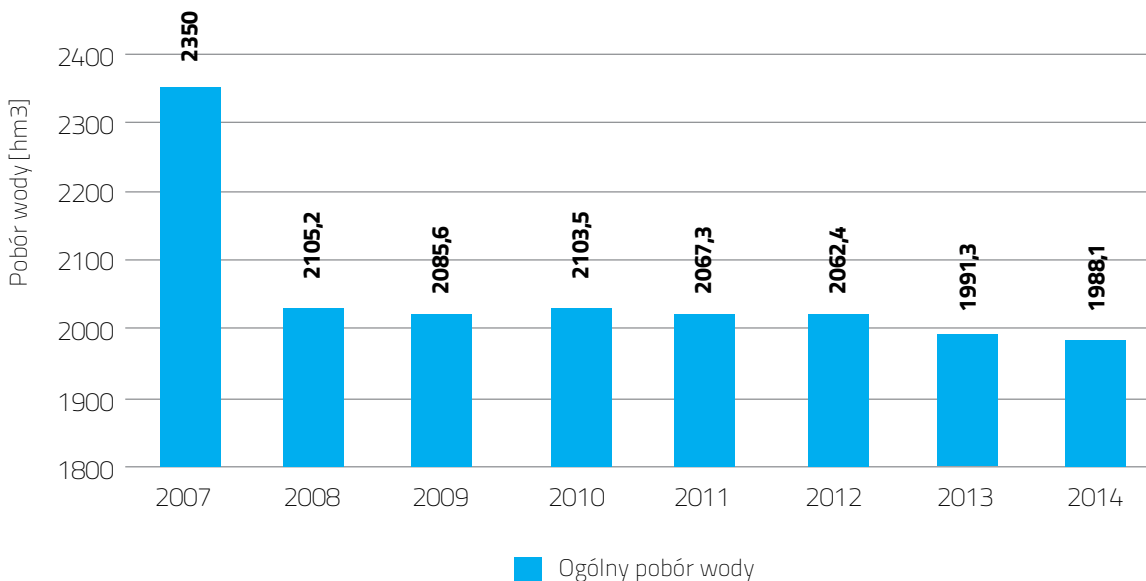
<sup>1</sup> Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015;  
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/srodowisko-energia/srodowisko/ochrona-srodowiska-2015,1,16.html>

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

**Tabela 20.** Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w hektometrach sześciennych (hm<sup>3</sup>)



**Wykres 17.** Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2014



**Wykres 18.** Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2014

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

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków, zaopatrzenie w wodę jest zadaniem własnym gminy. Zadanie to zostało również wskazane w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446), zgodnie z którym zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy, doprecyzowując jednocześnie, iż zadania własne gminy obejmują w szczególności sprawy wodociągów i zaopatrzenia w wodę. Przepisy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków regulują również zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność.

Struktura wodociągów w 2015 r. została przedstawiona w tabeli nr 21.

W roku sprawozdawczym, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8480 wodociągów zbiorowego zapatrzenia co stanowi 99,7% wszystkich. W roku 2015 funkcjonowało 8502 wodociągów zaopatrujących w wodę około 36 mln ludności. Liczba wodociągów zmniejszyła się nieznacznie, w 2014 r. w ewidencji znajdowało się 8 619 wo-

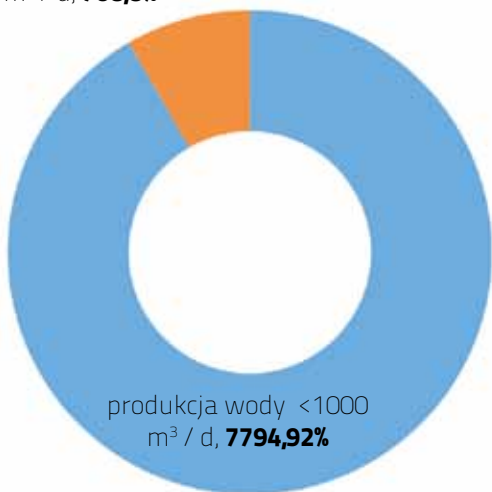
Wodociągi o produkcji [m <sup>3</sup> /d]		Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę (w tys.)	
		łącznie	odpowiadającą wymaganiom	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	1	3637	3530	1687,109	1660,859
101-1000	2	4157	4098	9891,203	9759,044
1001-10000	3	642	637	11748,25	11633,955
10001-100000	4	61	60	8854,348	8714,362
>100000	5	5	5	3745,137	3745,137
SUMA	6	8502	8330	35926,04	35513,357

**Tabela 21.** Struktura wodociągów w 2015 r.

dociągów. W porównaniu do roku sprawozdawczego 2014, wodociągów o najmniejszej dobowej produkcji poniżej 100 m<sup>3</sup> zmalało o 158 obiekty, na rzecz wodociągów o produkcji powyżej 101 m<sup>3</sup>. Liczba wodociągów o produkcji 101-1000 m<sup>3</sup> zwiększyła się o 31 obiektów, o produkcji 1001-10000 m<sup>3</sup> wzrosła o 12 wodociągów, natomiast o produkcji 10001-100000 m<sup>3</sup> zmniejszyła się o 3 wodociągi. Ponadto w kategorii wodociągów o produkcji powyżej 100001 m<sup>3</sup> zewidencjonowano jeden obiekt więcej. Pomimo, iż liczba małych wodociągów maleje to poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadal nadmierne rozproszenie przedsiębiorstw. Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1000 m<sup>3</sup> wody na dobę stanowią 92% wszystkich przedsiębiorstw (w stosunku do roku ubiegłego pozostaje na tym samym poziomie) i zaopatrują około 11,6 mln ludności (w stosunku do roku ubiegłego pozostaje na tym samym poziomie), co stanowi 32% całej zaopatrywanej w wodę ludności. Zależności te przedstawiono na wykresie nr 19.

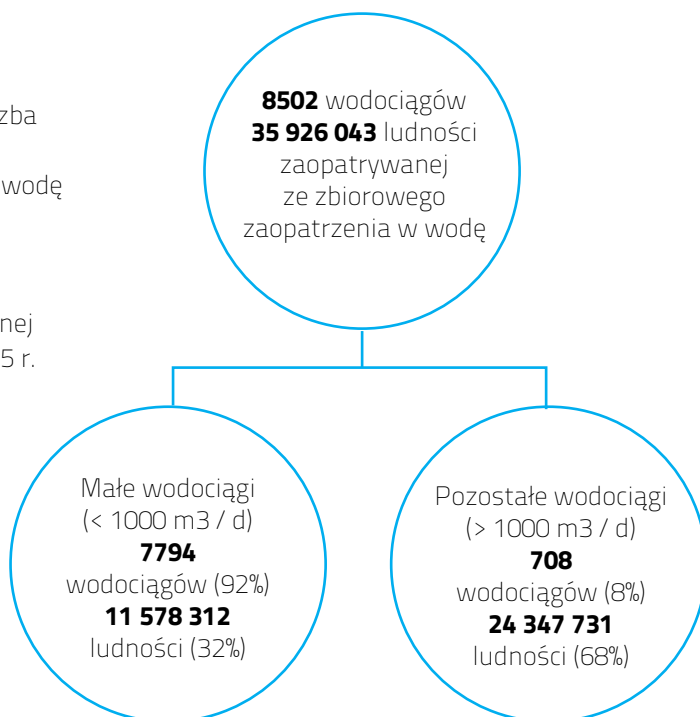
Jak wynika z powyżej przedstawionych danych, w kraju jest duża liczba „małych wodociągów”. Istnieje wprawdzie tendencja do zmniejszania ich liczby, niemniej jednak spadek ten przebiega bardzo powoli. Centralizacja podmiotów produkujących wodę w niewielkich ilościach jest kluczowa z uwagi na częsty brak możliwości wprowadzania specyficznych kosztownych technologii a także renowacji i wymiany sieci wodociągowych dla podmiotów o małej wydajności.

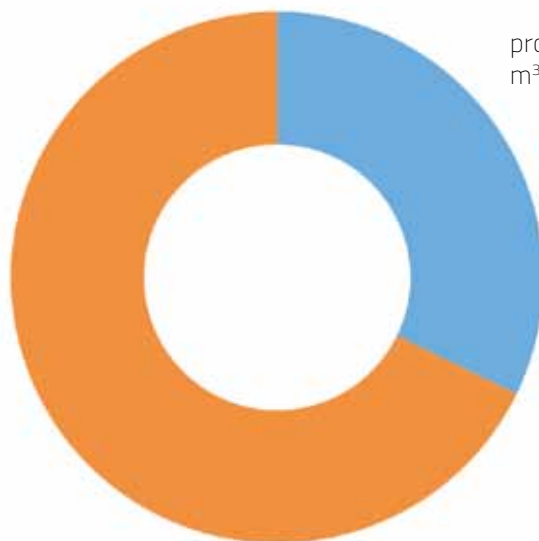
produkcja wody >1000  
m<sup>3</sup> / d, **708,8%**



**Wykres 19.** Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia w zależności od produkcji wody w 2015 r. dla wodociągów

**Wykres 20.** Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2015 r.

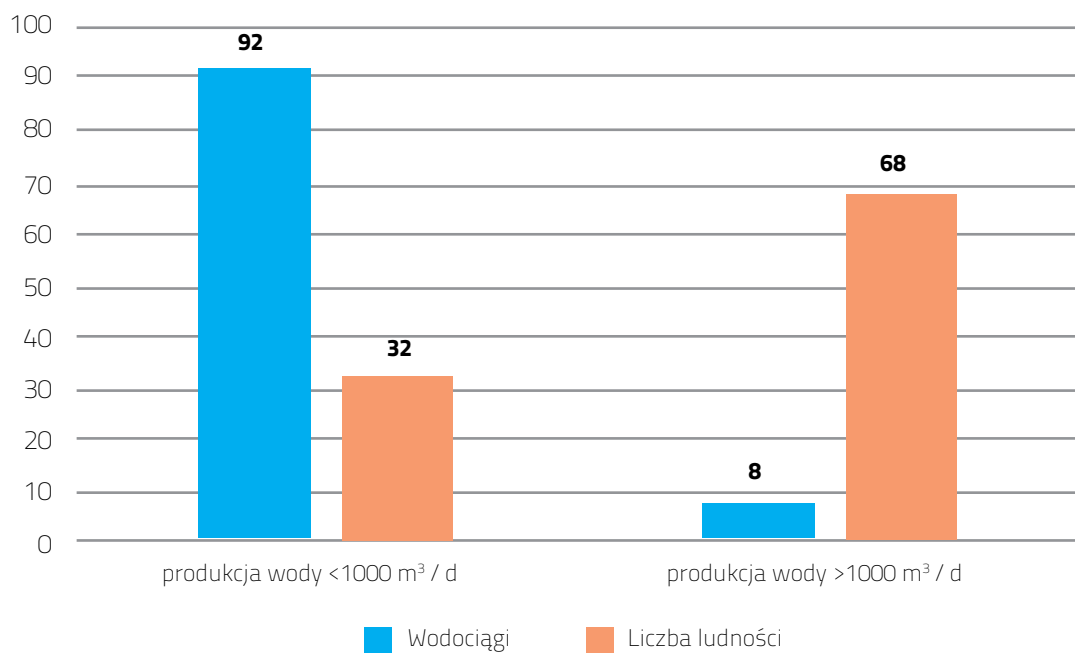




produkcja wody <1000  
m<sup>3</sup> / d, **11578312, 32%**

produkcja wody >1000  
m<sup>3</sup> / d, **24347731, 68%**

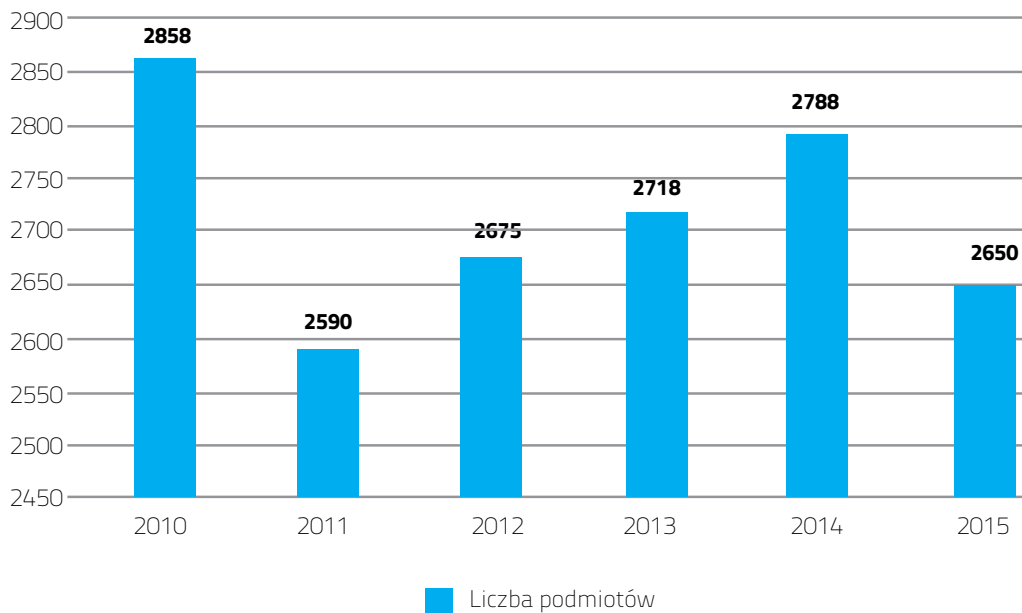
**Wykres 21.** Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2015 r.



**Wykres 22.** Struktura podziału zbiorowego zaopatrzenia i zaopatrywanej ludności w wodę w zależności od produkcji wody w 2015 r.



Oprócz przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, czyli podmiotów obejmujących zakresem swojej działalności zbiorowe zaopatrzenie w wodę, istnieją również inne podmioty, jak np. szpitale, szkoły i domy pomocy społecznej posiadające własne ujęcia, które produkują wodę na potrzeby własne. W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2015 znajdowało się 2650 tego typu podmiotów. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. skontrolowały 2225, co stanowi około 84%. Dla porównania w 2014 r. było 2788 takich obiektów, w 2013 r. - 2718, w 2012 r. - 2675, w 2011 r. - 2 590, a w 2010 r. - 2 858 podmiotów.

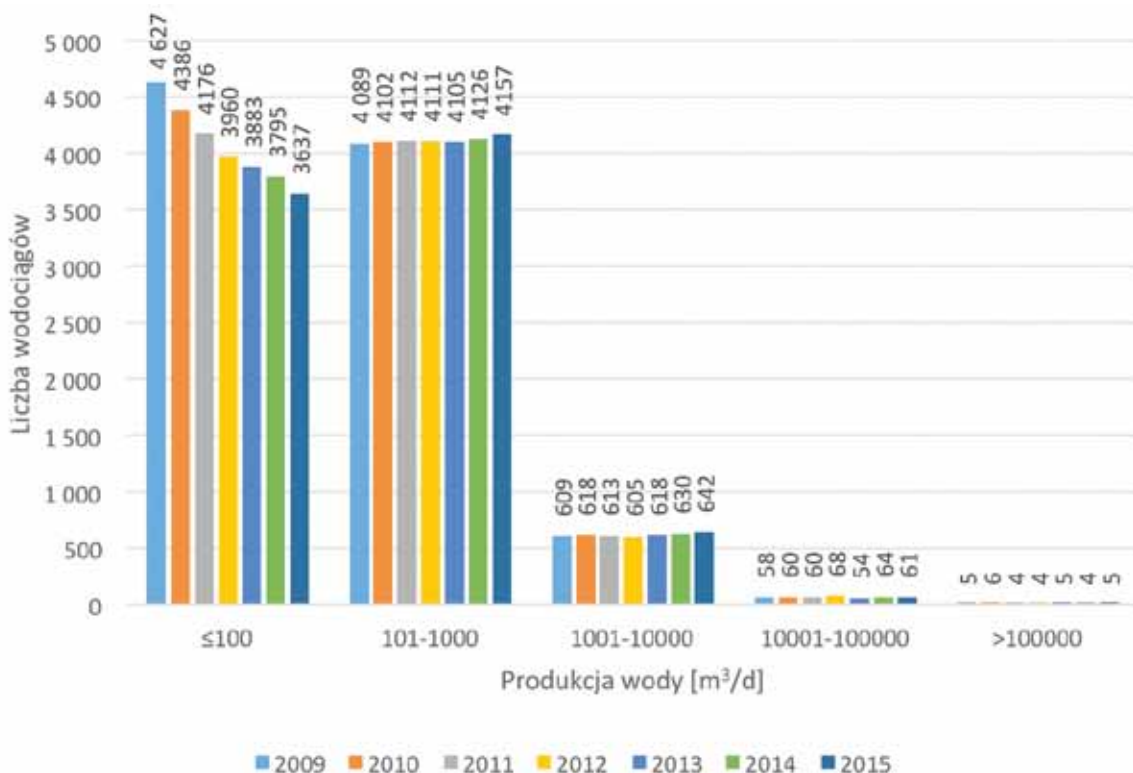


**Wykres 23.** Liczba podmiotów posiadających własne ujęcia w latach 2010-2015

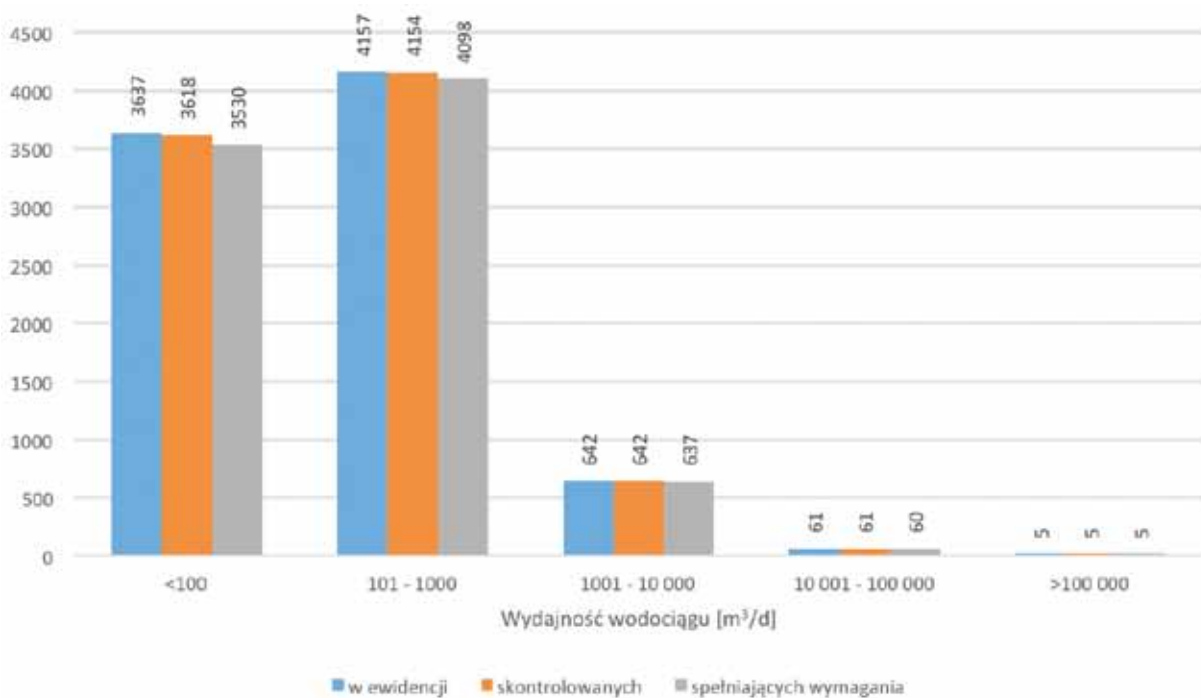
Najczęstsze przekroczenia wartości parametrów jakości wody do spożycia dostarczanej w ramach zbiorowego zaopatrzenia występują dla parametrów tj.: mętność, barwa, żelazo, mangan i amoniak. Przekroczenia te stwierdzane są najczęściej w przypadku wodociągów o małej dobowej produkcji wody, które zaopatrują stosunkowo duży odsetek ludności w Polsce oraz w ww. innych podmiotach. Są to jednak parametry z grupy tzw. parametrów wskaźnikowych, które nie mają bezpośredniego wpływu na zdrowie konsumenta, są jednak ważnym wskaźnikiem potencjalnej obecności zanieczyszczeń, które mogłyby mieć wpływ na zdrowie i mogą sygnalizować zmiany w jakości wody ujmowanej, nieprawidłowości w procesie uzdatniania lub wskazują na tendencję do tworzenia się ubocznych produktów w procesach dezynfekcji w związku z czym powinny być zbadane.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku wystąpienia przekroczeń parametrów wskaźnikowych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego podejmowały działania w zakresie przestrzegania przez podmioty zbiorowego zaopatrzenia w wodę przepisów określających wymagania wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Woda, której jakość stanowi realne zagrożenie dla konsumentów nie jest dopuszczana do spożycia. Pomimo tego, iż ustanowione dopuszczalne wartości parametrów gwarantują bezpieczeństwo wody dla konsumentów, to mogą być jednak nie akceptowalne przez konsumentów ze względu na niekorzystne zmiany cech organoleptycznych wody tj.: barwa, smak, zapach. Dopuszczenia warunkowe są udzielane na określony czas, niezbędny do doprowadzenia jakości wody do wymagań normatywów.

W związku z koniecznością wypełnienia zaleceń Komisji Europejskiej dotyczących zwrócenia szczególnej uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne wody w małych wodociągach, istotnym jest rozważenie zasadności podążania w kierunku ich konsolidacji, tak aby mogły one podołać wymaganiom europejskim w zakresie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Wzmocnienie działań w kierunku zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym wody przez odpowiednio wykształconych specjalistów, wpro-



**Wykres 24.** Liczba urządzeń produkujących wodę w latach 2009–2015



**Wykres 25.** Struktura wodociągów w 2015 r. z podziałem na wodociągi w ewidencji, skontrolowane przez organy PIS i spełniające wymagania dotyczące jakości wody do spożycia

wadzenie kontroli wewnętrznej, jak również stworzenie możliwości zastosowania, o ile to konieczne, nowych (drogich) technologii uzdatniania, a także stworzenie możliwości wymiany lub renowacji sieci wpłynęłyby znacznie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody w małych wodociągach.

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

W 2015 r. około 99% ludności miało dostęp do wody ze zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Pozostałe 1% miało dostęp do wody warunkowo dopuszczanej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na podstawie danych gromadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odnotowano, w porównaniu z rokiem 2014, poprawę jakości dostarczanej konsumentom wody przeznaczonej do spożycia (z 98% wzrost do 99% ludności).

Według ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, małych wodociągów (produkujących poniżej 100 m<sup>3</sup> wody/dobę) w rozpatrywanym okresie było 3637 (w tym skontrolowanych – 3618, co stanowi 99,5%). Wśród nich 3530 dostarczało

wodę zgodną z wymaganiami, co stanowi 97,6% wszystkich skontrolowanych. Wodociągów produkujących od 101 do 1 000 m<sup>3</sup> wody/dobę zarejestrowano 4 157 (w tym skontrolowanych – 4154; 99,9%). Wśród tej grupy 4098 (98,7%) dostarczało wodę spełniającą wymagania określone w ww. rozporządzeniu. Wodociągów produkujących wodę od 1 001 do 10 000 m<sup>3</sup>/dobę było 642 (skontrolowanych 100%). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 99,2% (637 wodociągów). Wodociągów produkujących od 10 001 do 100 000 m<sup>3</sup> wody/dobę było 61 (skontrolowanych 100%). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 98,4%. Natomiast pięć największych wodociągów, produkujących powyżej 100 000 m<sup>3</sup>/dobę dostarczało wodę do spożycia w 100% zgodną z wymaganiami. Dane dotyczące ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom przedstawiono w tabeli 21 i na wykresie 25.

### 3. Laboratoria organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

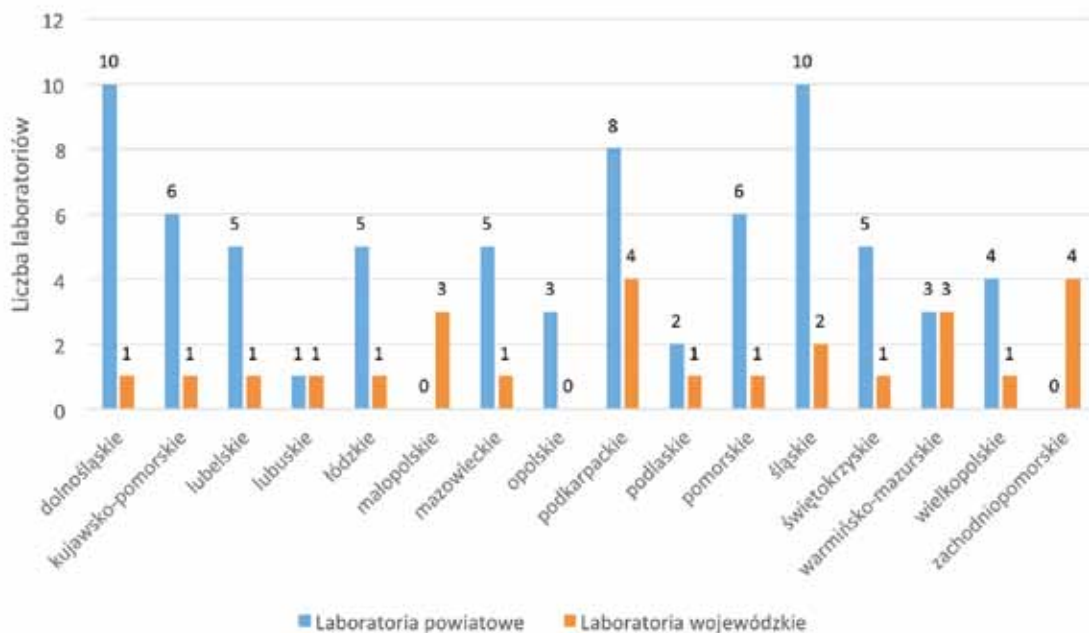
Zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków badania pobranych próbek wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi mogą wykonywać laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości prowadzonych badań wody, zatwierdzonym przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody muszą posiadać aktualne zatwierdzenie do badania wody dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w minimalnym zakresie określonym w § 7 ust. 1 rozporządzenia z dnia 13 listopada 2015 r. Ministra Zdrowia w sprawie wymagań jakim odpowiadać woda przeznaczona do spożycia przez ludzi. Przepis stanowi, iż zatwierdzenie systemu jakości prowadzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego powiatowego lub właściwego granicznego inspektora sanitarnego w ramach prowadzenia nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody, na podstawie wniosku zawierającego:

- zaświadczenia potwierdzające przeszkolenie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej osób pobierających próbki wody do badań albo certyfikat laboratorium w zakresie pobierania próbek wody;
- wykaz badań prowadzonych przez laboratorium oraz charakterystyki metod badawczych;
- dokumenty potwierdzające udział laboratorium w badaniach biegłości;
- zestawienia wyników i ocen badań biegłości, wykonywanych nie wcześniej niż 4 lata przed dniem złożenia wniosku o zatwierdzenie systemu jakości prowadzonych badań.

Województwo	Liczba laboratoriów		Suma
	powiatowych	wojewódzkich	
dolnośląskie	10	1	11
kujawsko-pomorskie	6	1	7
lubelskie	5	1	6
lubuskie	1	1	2
łódzkie	5	1	6
małopolskie	0	3	3
mazowieckie	5	1	6
opolskie	3	0	3
podkarpackie	8	4	12
podlaskie	2	1	3
pomorskie	6	1	7
śląskie	10	2	12
świętokrzyskie	5	1	6
warmińsko-mazurskie	3	3	6
wielkopolskie	4	1	5
zachodniopomorskie	0	4	4
POLSKA	73	26	99

**Tabela 22.** Liczba laboratoriów powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych przeprowadzających badania wody w roku 2015.



**Wykres 26.** Liczba laboratoriów powiatowych i wojewódzkich stacji stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania wody do spożycia w 2015 r.



**Ilustracja 3.** Lokalizacja laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

**Tabela 23.** Liczba badań wody przeznaczonej do spożycia wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r.

Województwo	Liczba badań
dolnośląskie	3270
kujawsko-pomorskie	2600
lubelskie	3880
lubuskie	1975
łódzkie	4127
małopolskie	2804
mazowieckie	6386
opolskie	1552
podkarpackie	1844
podlaskie	1733
pomorskie	2134
śląskie	4996
świętokrzyskie	1750
warmińsko-mazurskie	1889
wielkopolskie	4623
zachodniopomorskie	3694
<b>POLSKA</b>	<b>49257</b>

W ramach kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2015 wykonano ponad 49 000 badań wody.

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

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

nie może być żadnych odstępstw. W roku 2015 Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru sanitarnego nad zaopatrzeniem zbiorowym w wodę, wykonywała badania zarówno w kierunku obecności *Escherichia coli* jak i w kierunku enterokoków. Przypadki przekroczeń dotyczących występowania *Escherichia coli* oraz występowania enterokoków miały miejsce głównie w małych wodociągach. W takich przypadkach organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały decyzje stwierdzające brak przydatności wody do spożycia i obligujące zarządzających wodociągiem do podjęcia natychmiastowych działań naprawczych, zmierzających do doprowadzenia jakości wody do wymaganych norm parametrów czystości mikrobiologicznej, przewidzianych dla wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

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

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

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

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

Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi szczegółowo określa dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W przypadku stwierdzenia w badaniach monitoringowych przekroczeń dopuszczalnych wartości określonych w załączniku nr 2 (łącznie 26 parametrów), organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnione są do udzielania odstępstw od wymagań dla danego parametru chemicznego na wniosek właściwego wodociągu. Udzielenie zgody jest dopuszczalne, jeżeli nie będzie stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Wniosek o zgodę na odstępstwo składany do właściwego państwowego inspektora sanitarnego zawiera szereg niezbędnych do oceny zasadności wydania zgody danych, tj. wskazanie przyczyn występowania w wodzie dopuszczal-



nych przekroczeń parametrów, określenie działań podejmowanych przez przedsiębiorstwo wodociągowo-kanalizacyjne w celu uzyskania poprawy jakości wody, określenie obszaru zaopatrzenia w wodę i liczby ludności zaopatrywanej w wodę, określenie harmonogramu działań naprawczych oraz działań sprawdzających efektywność procesów naprawczych. Wszystko to ma to na celu umożliwienie podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Naczelnym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed potencjalnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, które mogłyby wystąpić wskutek spożywania wody o nieodpowiedniej jakości. Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku i zależy od:

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

W roku 2015 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, na podstawie § 21 i § 25 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, udzieliły 12 odstępstw dla wodociągów na 9 parametrów z załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Największa liczba przekroczeń dopuszczalnych stężeń parametrów dotyczyła azotanów – 3 udzielone odstępstwa. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów, odnotowano 9 odstępstw, na parametry takie jak: arsen, azotyny, benzo(a)piren, bor, fluorki, nikiel, ołów, i  $\Sigma$  WWA, co zostało przedstawione w tabeli nr 24.

Zarówno w latach 2011-2015 największa liczba udzielonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgód na odstępstwo była przyznana w zakresie azotanów. Skażenie wody azotanami zachodzi poprzez przenikanie tych związków z pól uprawnych oraz ze ścieków komunalnych do wód powierzchniowych i gruntowych.

Jednocześnie, zgodnie z interpretacją Komisji Europejskiej art. 9 ww. Dyrektywy Rady 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. Urz. UE L 330 z 05.12.1998), Państwa Członkowskie mogły wydać odstępstwa od wartości parametrycznych przedstawionych w załączniku nr I część B dla danej strefy zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi, na okres maksymalnie dziewięciu lat (maksymalnie 3 lata na pierwsze, maksymalnie 3 lata na drugie i maksymalnie 3 lata na trzecie odstępstwo). Terminy liczenia tych odstępstw rozpoczynały się z chwilą przystąpienia danego kraju do Unii Europejskiej (zatem dla Polski od roku 2004). Komisja Europejska poinformowała, iż w przypadku Państw Członkowskich, które przystąpiły do Unii Europejskiej w dniu 1 maja 2004 r., okres możliwych do wydawania odstępstw został zakończony oraz że Komisja Europejska nie wyda pozytywnej opinii w sprawie uzyskania trzeciej zgody na odstępstwo zgodnie z art.

Parametr	Dla wodociągów o produkcji wody w ilości poniżej 1000 [m3/d] lub przeznaczonej dla mniejszej niż 5000 osób			Dla wodociągów o produkcji wody w ilości powyżej 1000 [m3/d] lub przeznaczonej dla więcej niż 5000 osób			dla innych podmiotów dostarczających wodę		
	odstępstwo			odstępstwo			odstępstwo		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Arsen	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Azotany	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Azotyny	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Benzo(a)piren	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Bor	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Fluorki	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nikiel	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ołów	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Σ WWA	1	0	0	0	0	0	0	0	0

**Tabela 24.** Liczba udzielonych odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r.

9 ust. 2 (regulacja implementowana do prawodawstwa polskiego § 28 ust. 3-4 uchylonego w dniu 28.11.2015 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi). Zatem standardowo czas, w którym możliwe było zgłoszenie wniosku o zgodę na odstępstwo dla Państw Członkowskich, które weszły do Unii Europejskiej w maju 2004 r. dla pierwszego odstępstwa upłynął w maju 2007 r., dla drugiego odstępstwa upłynął w maju 2010 r. a dla trzeciego odstępstwa upłynął w maju 2013 r.

Równocześnie, zgodnie z interpretacją Komisji możliwe jest, w wyjątkowych okolicznościach, aby Państwo Członkowskie zwróciło się do Komisji o przyznanie odstępstwa na okres nie przekraczający trzech lat, w przypadku Polski po roku 2013. Jednakże wskazane okoliczności dotyczą:

1) przypadku utworzenia nowej strefy zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia,

2) stref zaopatrzenia, które na dzień przystąpienia do Unii Europejskiej wykazywały zgodność parametrów jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi;

3) przypadku ustanowienia wartości dla nowych parametrów lub nowych wartości dla parametrów obowiązujących

- co zostało ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

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

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

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

O walorach smakowych i jakościowych wody decyduje jej skład. Konsument przede wszystkim ocenia jakość wody po jej smaku, barwie i zapachu, czyli wskaźnikach organoleptycznych pozwalających na sklasyfikowanie wody przez konsumenta jako bezpiecznej i zdrowej. Przekroczenie parametrów z załącznika 3 bardzo często nie jest natomiast akceptowalne przez konsumentów w związku z ich zdolnością do wywoływania niekorzystnych cech organoleptycznych wody. Fakt, że woda jest mętna, zabarwiona

bądź posiada wyczuwalny zapach, nie daje podstawy do stwierdzenia, że jest ona niezdrowa. Właściwie wszystkie zanieczyszczenia mające bezpośredni i istotny wpływ na zdrowie (obecność mikroorganizmów chorobotwórczych, toksyczne związki metali i substancje rakotwórcze) są niewidoczne gołym okiem, a woda lejąc z kranu może być wizualnie kryształowo czysta. Dlatego z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego wody nie jest istotne jak woda wygląda, ale czy nie zawiera substancji szkodliwych dla zdrowia i stwierdzenie tego faktu jest podstawowym i elementarnym działaniem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolujących jakość wody, a w przypadku przekroczeń wartości parametrycznych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą ocenę ryzyka i szacują skutki zdrowotne dla konsumentów wody.

Najczęściej stwierdzone przekroczenia parametrów z załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi odnotowano dla następujących parametrów: mangan, żelazo, mętność, pH oraz jon amonowy. W roku 2015 największą ilość przekroczeń wykazano dla manganu. Najliczniejsze przekroczenia parametrów tj. mętność, żelazo i mangan stwierdzono w wodzie pochodzącej z przedsiębiorstw wodociągowych o najmniejszej dobowej produkcji wody, zaś najmniejszą ich liczbę w wodociągach o dobowej produkcji wody powyżej 100 000 m<sup>3</sup>/d.

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

Pomimo, że stężenia manganu w ilości 0,5 mg/litr są zazwyczaj akceptowane przez konsumentów (zależy to od warunków lokalnych), może się zdarzyć, że przy przekroczeniu tego stężenia, mangan wywołuje niepożądany smak napojów. Obecność manganu w wodzie do spożycia, tak jak i żelaza, może powodować w sieci dystrybucyjnej powstawanie osadów. Już nawet stężenie manganu równe 0,02 mg/litr może powodować tworzenie się osadów odrywających się w postaci czarnej zawiesiny. Również mikroorganizmy powodują odkładanie manganu w komórkach, co stwarza problemy ze smakiem, zapachem i mętnością wody dostarczanej siecią wodociągową do konsumenta. Podwyższona mętność może świadczyć o obecności zanieczyszczeń mikrobiologicznych, dlatego w celu wyeliminowania zagrożeń zdrowotnych z tym związanych należy dążyć do zachowania niskiej mętności wody przeznaczonej do spożycia, tj. nieprzekraczającej wartości

1 NTU zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Podwyższona mętność może wskazywać zarówno na zmiany jakości wody ujmowanej, jak i na nieprawidłowości w procesie uzdatniania. Dlatego też, ważne jest ustalanie niskiej wartości dopuszczalnej mętności w celu zapewnienia skuteczności procesów dezynfekcji.

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

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

W związku z zagrożeniami, jakie niesie za sobą występowanie bakterii z rodzaju *Legionella* w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi, obowiązujące do dnia 28 listopada 2015 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w załączniku nr 1D, wprowadzało obowiązek badania „ciepłej” wody w kierunku występowania bakterii z rodzaju *Legionella* sp. w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. W uwadze zawartej w ww. załączniku wskazana były szczególne wymagania dla wytypowanych oddziałów podmiotów leczniczych zamkniętych, w których przebywają pacjenci o obniżonej odporności, w tym objęci leczeniem immunosupresyjnym, dla których wprowadzono przepis, iż pałeczki *Legionella* sp. powinny być nieobecne w próbce wody o objętości 1000 ml. Uwaga sugeruje podział oddziałów w podmiotach leczniczych m.in. na oddziały, w których przebywają pacjenci o obniżonej odporności (np. pacjenci zarażeni wirusem HIV). Natomiast szczególną ostrożnością winni być objęci pacjenci, u których stosuje się leczenie immunosupresyjne. Podkreślenia wymaga również fakt, iż wśród osób wysokiego ryzyka zakażeń wg. Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC, Atlanta) są m.in. osoby z osłabionym układem odpornościowym w wyniku chorób tj. rak, cukrzyca oraz osoby przyjmujące leki upośledzające układ odpornościowy (po zabiegu transplantacji lub chemioterapii).

Wraz z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi doprecyzowano, iż badania mikrobiologiczne w kierunku wykrywania *Legionelli* w ciepłej wodzie należy wykonywać w budynkach zamieszkania zbiorowego i przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

W 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały ponad 8 000 badań ciepłej wody na obecność bakterii z rodzaju *Legionella* sp. dla 2841 skontrolowanych obiektów.

tów. Badania wykonywane były zarówno we wszystkich przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne jak również obiektach tj. np.: domy pomocy społecznej, obiekty hotelarskie oraz całodobowe placówki oświatowo-wychowawcze.

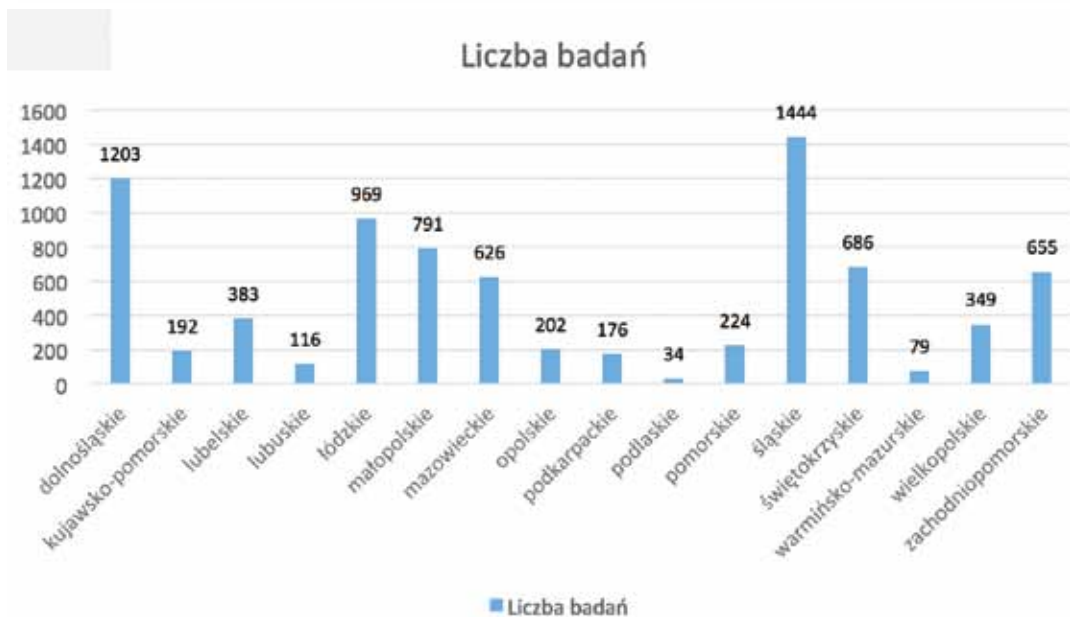
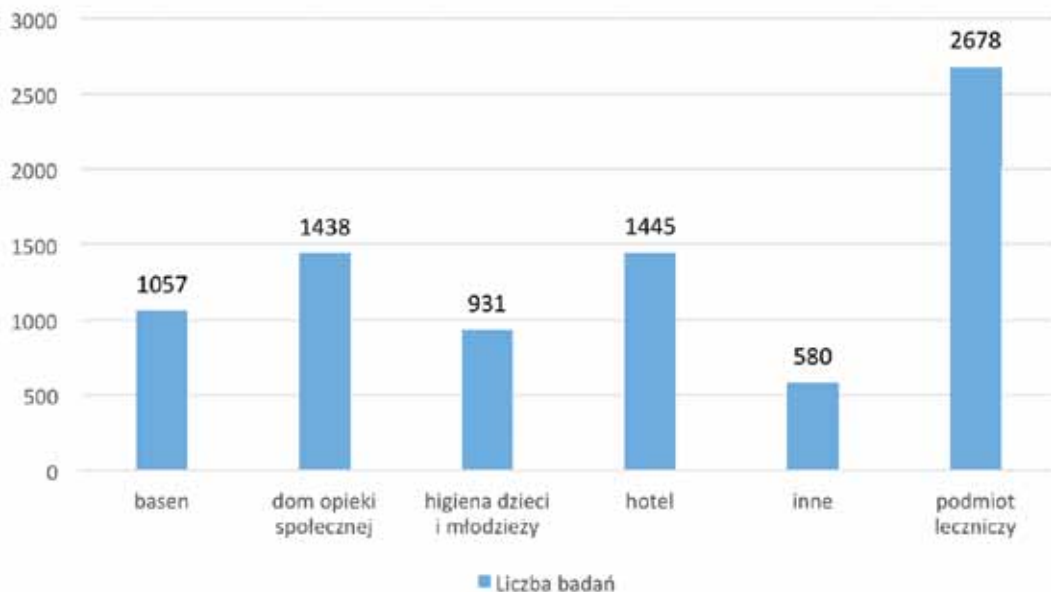
Biorąc pod uwagę powszechne zasiedlanie instalacji wodnych pałeczkami *Legionella* i realne zagrożenie zakażenia ludzi oraz inhalacyjny charakter zakażeń tymi bakteriami, bardzo istotne jest podejmowanie działań w celu ograniczenia ich występowania i na-

<b>Typ kontrolowanego obiektu</b>							
<b>województwo</b>	<b>basen</b>	<b>dom opieki społecznej</b>	<b>higiena dzieci i młodzieży</b>	<b>hotel</b>	<b>inne</b>	<b>podmiot leczniczy</b>	<b>suma</b>
dolnośląskie	88	85	223	391	111	305	<b>1203</b>
kujawsko-pomorskie	51	9	19	9	15	89	<b>192</b>
lubelskie	114	24	0	51	8	186	<b>383</b>
lubuskie	22	0	0	0	0	94	<b>116</b>
łódzkie	348	179	67	102	34	239	<b>969</b>
małopolskie	14	298	6	161	17	295	<b>791</b>
mazowieckie	8	107	259	3	29	220	<b>626</b>
opolskie	10	51	10	60	9	62	<b>202</b>
podkarpackie	36	24	13	2	13	88	<b>176</b>
podlaskie	5	3	7	0	1	18	<b>34</b>
pomorskie	0	82	7	0	0	135	<b>224</b>
śląskie	9	262	158	423	111	481	<b>1444</b>
świętokrzyskie	258	63	45	181	25	114	<b>686</b>
warmińsko-mazurskie	25	29	3	2	2	18	<b>79</b>
wielkopolskie	61	128	47	4	12	97	<b>349</b>
zachodniopomorskie	8	94	67	56	193	237	<b>655</b>
<b>POLSKA</b>	<b>1057</b>	<b>1438</b>	<b>931</b>	<b>1445</b>	<b>580</b>	<b>2678</b>	<b>8129</b>

**Tabela 25.** Liczba wykonanych badań w zakresie *Legionella* sp. z podziałem na typ kontrolowanego obiektu

mnażania. Działania te obejmują zarówno rozwiązania techniczne, kontrolę czynników sprzyjających rozwojowi bakterii jak i zwalczanie skażenia poprzez prowadzenie procesów dezynfekcji i czyszczenia.

**Wykres 27.** Liczba badań w 2015 r. w zakresie *Legionella sp.* z podziałem na typ kontrolowanego obiektu

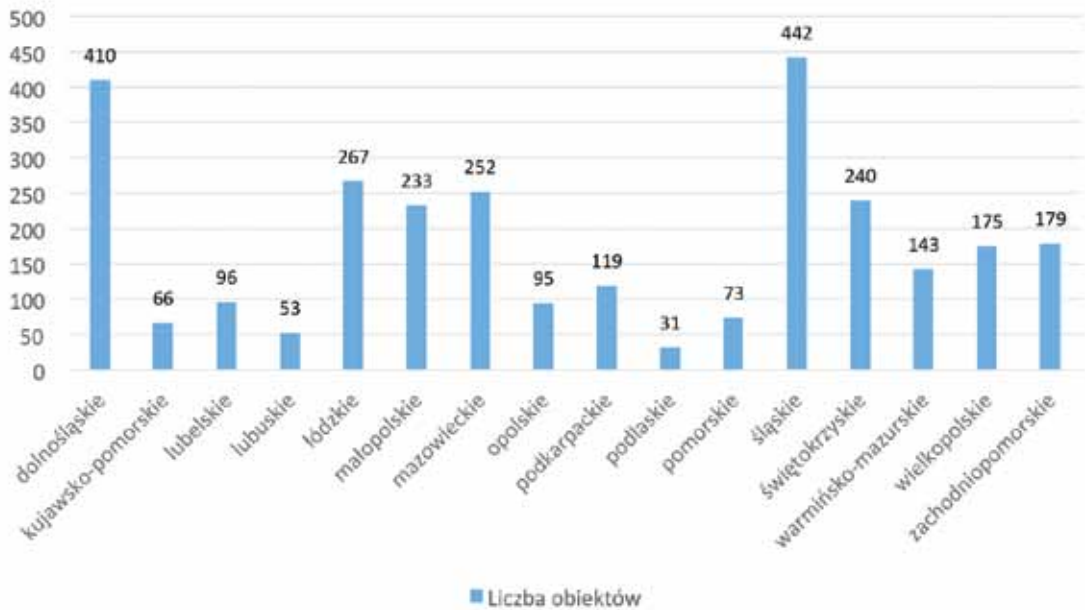


**Wykres 28.** Liczba badań w 2015 r. w zakresie *Legionella sp.* dla województwo

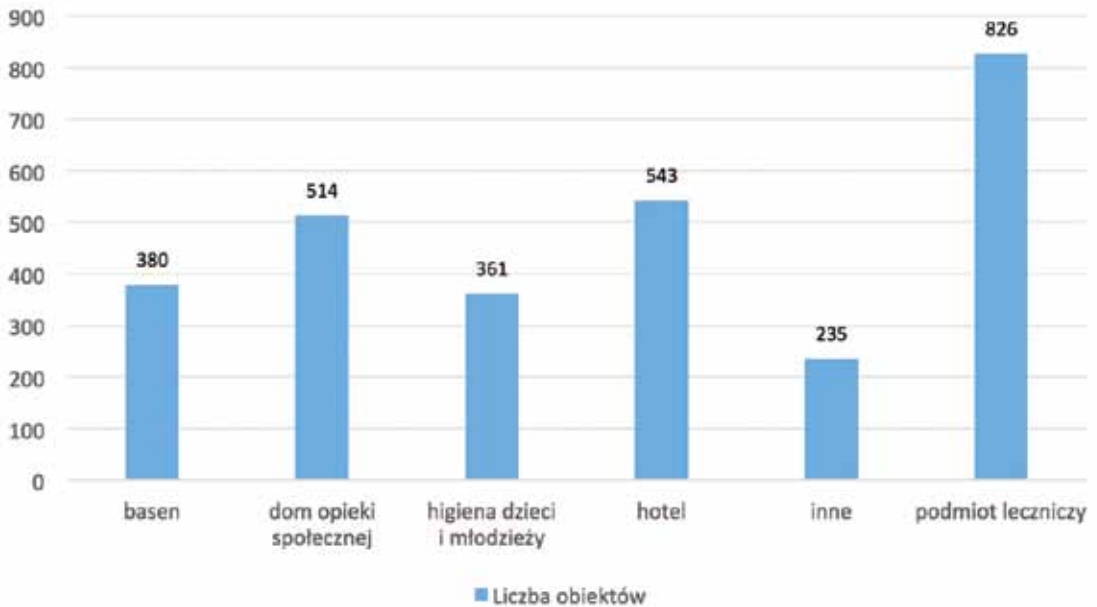
Typ kontrolowanego obiektu							
województwo	basen	dom opieki społecznej	higiena dzieci i młodzieży	hotel	inne	podmiot leczniczy	suma
dolnośląskie	18	28	84	135	35	112	<b>410</b>
kujawsko-pomorskie	24	2	7	3	7	24	<b>66</b>
lubelskie	27	9	0	16	2	43	<b>96</b>
lubuskie	27	0	0	0	0	26	<b>53</b>
łódzkie	75	57	21	44	13	61	<b>267</b>
małopolskie	5	93	2	60	4	69	<b>233</b>
mazowieckie	4	38	109	1	13	88	<b>252</b>
opolskie	12	23	6	23	4	29	<b>95</b>
podkarpackie	34	19	11	2	11	43	<b>119</b>
podlaskie	5	4	7	0	1	14	<b>31</b>
pomorskie	0	30	3	0	0	40	<b>73</b>
śląskie	7	78	47	145	55	111	<b>442</b>
świętokrzyskie	36	32	31	90	15	36	<b>240</b>
warmińsko-mazurskie	42	46	2	4	4	45	<b>143</b>
wielkopolskie	71	40	18	2	5	41	<b>175</b>
zachodniopomorskie	2	24	15	18	66	54	<b>179</b>
<b>POLSKA</b>	<b>380</b>	<b>514</b>	<b>361</b>	<b>543</b>	<b>235</b>	<b>826</b>	<b>2841</b>

**Tabela 26.** Liczba kontrolowanych obiektów w zakresie *Legionella* sp.





**Wykres 29.** Liczba kontrolowanych obiektów w zakresie Legionella z podziałem na województwa



**Wykres 30.** Liczba kontrolowanych obiektów w zakresie Legionella z podziałem na typ obiektu

## 8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

W dniu 2015 r. w Dzienniku Ustaw zostało ogłoszone nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. poz. 1989).

Najważniejsze regulacje i zagadnienia w związku z wejściem w życie ww. rozporządzenia:

1. w odniesieniu do przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych - zakres nadzoru sprawowanego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie uległ zmianie.

2. wprowadzenie do przepisów ww. rozporządzenia obowiązku przekazywania przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne sprawozdań z wyników badań do właściwych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W zależności od tego, jakiego rodzaju wyników badań dotyczy albo czy występują przekroczenia określonych parametrów – sprawozdania z badań przekazywane są w terminach: w dniu sporządzenia sprawozdania z badań (przekroczenie parametrów mikrobiologicznych) albo w okresie nie dłuższym niż siedem dni od dnia sporządzenia tego sprawozdania (§ 5 rozporządzenia).

3. dookreślono miejsca pobierania próbek wody do badań wskazując, iż ocena przydatności wody przeprowadzana przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne w ramach wewnętrznej kontroli jakości wody obejmuje prowadzenie badań jakości wody w urządzeniach wodociągowych - ujęciach wody, miejscach, w których woda jest wprowadzana do sieci, sieci wodociągowej, punktach czerpalnych, znajdujących się w urządzeniach wodociągowych, zainstalowanych na stałe, używanych do pobierania wody przez odbiorcę usług - zlokalizowanych najbliżej przed wodomierzem głównym lub przyłączem wodociągowym (§ 5 w zw. z § 9 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia).

4. w odniesieniu do podmiotów prowadzących działalność handlową lub podmiotów użyteczności publicznej samodzielnie zaopatrujących się w wodę (z własnego ujęcia) - objęcie ww. podmiotów nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (§ 6 rozporządzenia).

5. w odniesieniu do podmiotów korzystających z wody w budynkach użyteczności publicznej, w zakładach prowadzących działalność związaną z produkcją lub obrotem żywnością, w budynkach mieszkalnych – nie wprowadzono zmian w tym zakresie, gdyż zgodnie z art. 61 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. z 2013 r. poz. 1409, z późn. zm.), właściciel lub zarządca obiektu budowlanego jest obowiązany utrzymywać i użytkować obiekt w sposób zgodny z jego przeznaczeniem i wymaganiami ochrony środowiska oraz utrzymywać w należytym stanie technicznym i estetycznym, nie dopuszczając do nadmiernego pogorszenia jego właściwości użytkowych i sprawności technicznej, w szczególności w zakresie m. in. spełnienia wymagań dotyczących



odpowiednich warunków higienicznych i zdrowotnych, czy też zaopatrzenia w wodę. W powyższym zakresie dookreślono jedynie miejsca pobierania próbek wody do badań (§ 9 rozporządzenia).

6. w odniesieniu do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na zasadach określonych w przepisach ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zatem organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z regulacjami ww. ustawy oraz § 16 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, w ramach prowadzonego monitoringu jakości wody nadzorują prawidłowość wykonywania działań przez podmioty wykonujące zadania z zakresu zbiorowego zaopatrzenia w wodę, jak również same wykonują badania wg. ustalonego przez siebie planu działania (§ 16 rozporządzenia).

7. w odniesieniu do badania ciepłej wody w kierunku bakterii z rodzaju *Legionella sp.* – § 16 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia odnoszący się do wykonywania badania ciepłej wody (w ramach nadzoru Inspekcji) w celu wykrywania bakterii *Legionella sp.* w przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne; przy czym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie mają wykonywać badań „za podmioty”, ale objąć je nadzorem i wykonywać tam badania w ramach prowadzonego nadzoru.

## 9. Podsumowanie

W roku 2015, podobnie jak rok wcześniej, około 99% konsumentom dostarczano wodę w ramach zbiorowego zaopatrzenia zgodną z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, natomiast około 1% mieszkańcom dostarczano wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły 12 odstępstw dla wodociągów na 9 parametrów, określonych w załączniku nr 2 ww. rozporządzenia. W 2015 r. nie zostało udzielone trzecie odstępstwo od najwyższego dopuszczanego stężenia parametru z załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

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

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

1. sprawowanie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzoru nad wszelkiego rodzaju wodami w zakresie objętym dyrektywą 98/83/WE;

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

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

Działania Inspekcji Sanitarnej w zakresie kompetencji pionu higieny komunalnej i oddziałów bezpieczeństwa wody stopniowo przyczyniają się do wzrostu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.





Pływalnie





## 1. Wstęp

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

- ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412);
- ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208, poz. 1240 z późn. zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. poz. 2016).

Pływalnia zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, to „obiekt kryty lub odkryty, z wodą przepływową, przeznaczony do pływania lub kąpieli, posiadający co najmniej jedną nieckę basenową, z trwałym brzegiem i dnem, wyposażony w urządzenia sanitarne, szatnie i natryski”. Szczegółowe uregulowania dla pływalni zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. poz. 2016). Za zapewnienie bezpieczeństwa kąpiących się osób jest odpowiedzialny podmiot prowadzący działalność, zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 roku o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych. W przypadku pływalni jest to osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która prowadzi działalność w tym zakresie oraz właściwy miejscowo wójt (burmistrz, prezydent miasta), zwani „zarządzającym obszarem wodnym”.

Pływalnie mogą być zaopatrywane wodę z sieci wodociągowej lub wykorzystują wodę z własnych ujęć.

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

W roku 2015 do nadzoru nad pływalniami stosowano Wytyczne Głównego Inspektoratu Sanitarnego w sprawie wymagań jakości wody oraz warunków sanitarno-higienicznych na pływalniach.

## 2. Nadzór na jakością wody oraz stan sanitarny pływalni

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Ponieważ woda na pływalniach i w wodnych urządzeniach rekreacyjnych może stanowić zagrożenie dla zdrowia, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały w 2015 r. prewencyjny nadzór zgodnie z art. 4 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ponadto, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w miejscach, gdzie następuje wytworzenie aerozolu wodno-powietrznego, zarządzający

pływalnią lub organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonywały badania kontrolne na obecność bakterii z rodzaju *Legionella* sp.

Nadzór nad jakością wody sprawowany jest przede wszystkim przez właścicieli obiektów, którzy na własny koszt prowadzili badania wody na pływalniach. Natomiast organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach podejmowanych działań profilaktyczno-prewencyjnych zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa osób kąpiących się, w 2015 roku prowadziły nadzór nad jakością wody w pływalniach krytych, odkrytych i parkach wodnych. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadanie statutowe, w tym m.in. zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni wykonywały badania wody z częstotliwością i zakresem ustalonym w harmonogramach pobierania próbek wody. Ilość badań dla każdego obiektu była ustalana indywidualnie przez terenowo właściwego inspektora sanitarnego w zależności od stanu obiektu i wyników badań kontrolnych.

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

## 2.1 Badania mikrobiologiczne i fizyko-chemiczne

W 2015 r. w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się łącznie 1931 pływalni. Skontrolowano stan sanitarny 1769 obiektów. W porównaniu do roku 2014 liczba wszystkich pływalni w Polsce zwiększyła się o 73 obiekty<sup>1</sup>. Najliczniejszą grupę obiektów basenowych stanowiły pływalnie kryte (w tym parki wodne), których ogółem jest 1429, co stanowi 74% wszystkich obiektów. Pływalnie odkrytych zewidencjonowano 447 (23%), zaś pływalnie mieszane (kryto-odkryte) stanowiły najmniej liczną grupę - 55 (ok. 3%).

W 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały łącznie 22 811 badań jakości wody na pływalniach w Polsce (o 1848 więcej niż w 2014 r.) w tym wydano 21 546 ocen o przydatności wody do kąpieli oraz 1 265 o nieprzydatności. Każdorazowo przy wydawaniu oceny o nieprzydatności wody do kąpieli organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobowiązywały zarządzającego pływalnią do podjęcia działań naprawczych

---

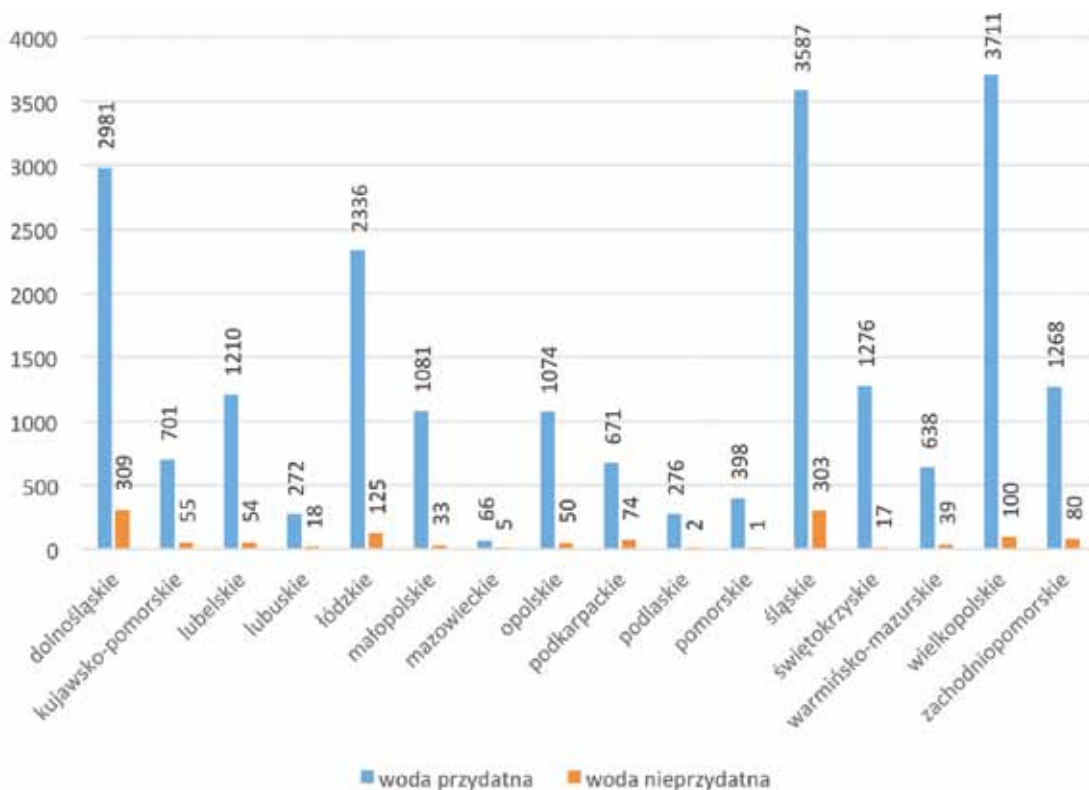
<sup>1</sup> Źródło – Program Badań Statystycznych Statystyki Publicznej – formularz sprawozdawczy MZ-46 sprawozdanie z działalności w zakresie higieny komunalnej.

województwo	liczba badań w sumie	ocena wody	
		przydatna	nieprzydatna
dolnośląskie	3290	2981	309
kujawsko-pomorskie	756	701	55
lubelskie	1264	1210	54
lubuskie	290	272	18
łódzkie	2461	2336	125
małopolskie	1114	1081	33
mazowieckie	71	66	5
opolskie	1124	1074	50
podkarpackie	745	671	74
podlaskie	278	276	2
pomorskie	399	398	1
śląskie	3890	3587	303
świętokrzyskie	1293	1276	17
warmińsko-mazurskie	677	638	39
wielkopolskie	3811	3711	100
zachodniopomorskie	1348	1268	80
<b>POLSKA</b>	<b>22811</b>	<b>21546</b>	<b>1265</b>

**Tabela 27.** Liczba badań wykonanych przez organy PIS na pływalniach z podziałem na wodę przydatną i nieprzydatną w 2015 r.

mających na celu poprawę jakości wody i zabezpieczenia użytkowników pływalni przed narażeniem na zanieczyszczenie.

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



**Wykres 31.** Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2015 r.

Zakres badań wody basenowej najczęściej obejmował następujące parametry:

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

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

Badania wykonywane na pływalniach odbywały się również w zakresie parametrów fizykochemicznych, istotnych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się. Pozwalają one na stwierdzenie czy technologiczne procesy uzdatniania i dezyn-

fekcji wody prowadzone są na właściwym poziomie i czy są skuteczne. Zagrożenia wynikające z przekroczenia któregoś z parametrów fizykochemicznych, obserwuje się dopiero po dłuższym czasie ekspozycji na dany czynnik.

Nowoczesne obiekty basenowe są często wyposażone w obiekty tj. w gorące wiry wodne, fale, fontanny, wulkany, dysze masujące, duże zjeżdżalnie ślizgowe, mgły wodne, jacuzzi czy kaskady. Miejsca te, z punktu widzenia specyfiki warunków sprzyjających tworzeniu się aerozoli wodno-powietrznych mogą być miejscem narażenia na kontakt z bakteriami z rodzaju *Legionella*. W 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 1369 badań na obecność *Legionella* sp. w nadzorowanych pływalniach.

## 2.2 Stan sanitarny pływalni

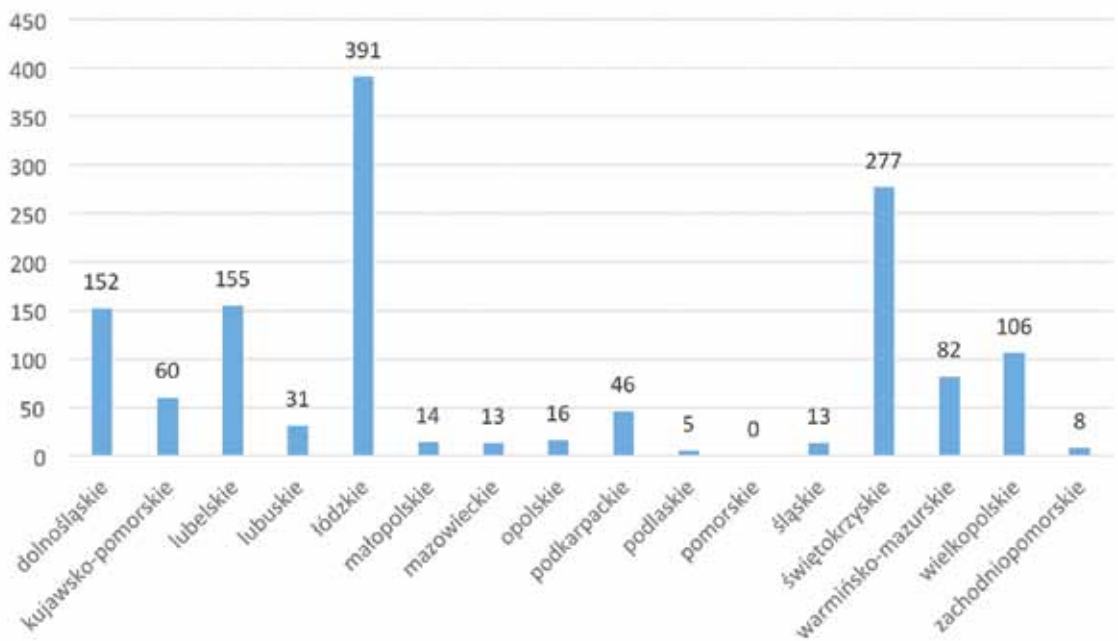
Liczbę obiektów znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz liczbę pływalni skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. przedstawiono w tabeli 29.

Odsetek skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pływalni w roku 2015 r. wyniósł 92%. W wyniku kontroli sanitarnych wykazano, iż 1769 pływalni spełniała wymagania jakości wody, co stanowi 95% wszystkich pływalni. Stan sanitarny pływalni nie odpowiadał wymaganiom w przypadku 8% pływalni w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów. Z czego 3 % negatywnych ocen pływalni spowodowanych było złym stanem technicznym obiektu (tj. brak wydzielonej i prawidłowo urządzo-

Województwo	Liczba badań
dolnośląskie	152
kujawsko-pomorskie	60
lubelskie	155
lubuskie	31
łódzkie	391
małopolskie	14
mazowieckie	13
opolskie	16
podkarpackie	46
podlaskie	5
pomorskie	0
śląskie	13
świętokrzyskie	277
warmińsko-mazurskie	82
wielkopolskie	106
zachodniopomorskie	8
<b>POLSKA</b>	<b>1369</b>

**Tabela 28.** Liczba badań na pływalniach w zakresie *Legionella* sp. w 2015 r.

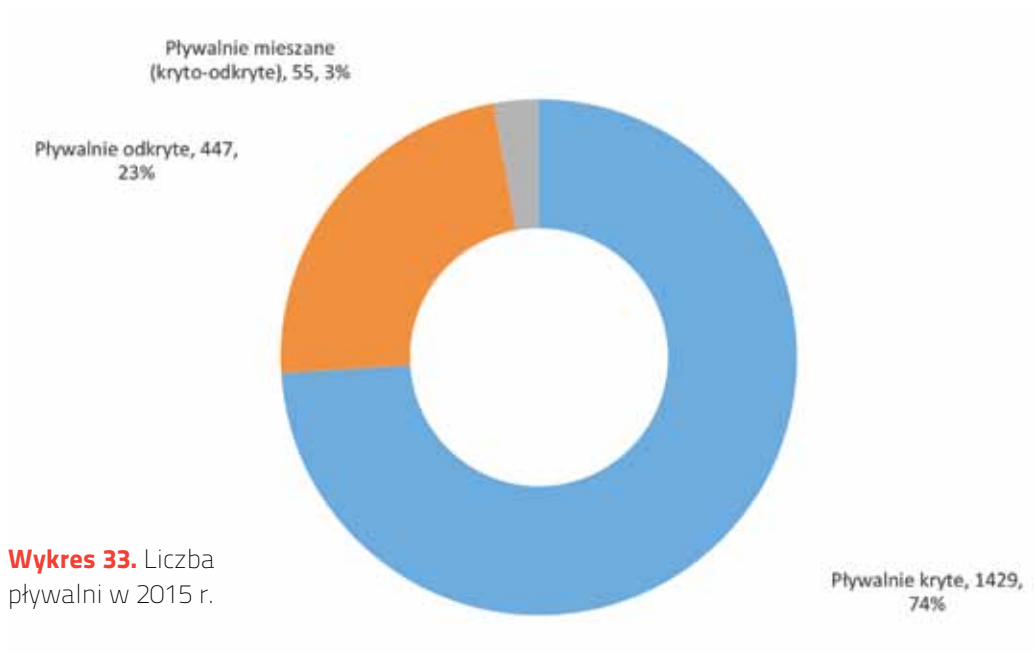
nej szatni, brak opracowanego regulaminu korzystania z pływalni, zły stan techniczny pomieszczeń, ubytki w płytkach podłogowych w szatni, prysznicach, w nieckach basenowych i w jej otoczeniu, brak wentylacji mechanicznej lub grawitacyjnej w kontrolowanych pomieszczeniach, niewłaściwy stan brzegów niecek i dna niecki). 0,5% pływalni to obiekty ze złym sta-



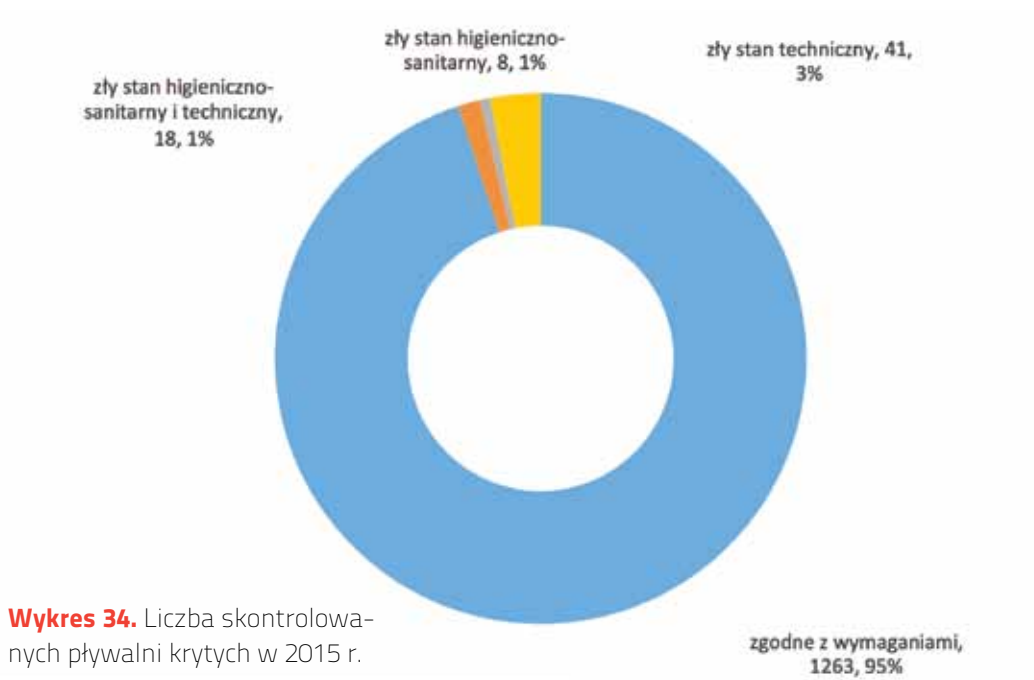
**Wykres 32.** Liczba badań w zakresie *Legionella* sp. w 2015 r.

Wyszczególnienie	według ewidencji na 31 XII	Liczba urządzeń i obiektów			
		skontrolowanych ze stwierdzonym złym stanem			
		ogółem	higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Pływalnie kryte - ogółem	1429	1332	18	8	41
w tym parki wodne	81	81	1	1	7
Pływalnie odkryte	447	388	2	0	10
Pływalnie mieszane (kryto odkryte)	55	49	0	0	3
<b>Suma</b>	<b>1931</b>	<b>1769</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>54</b>

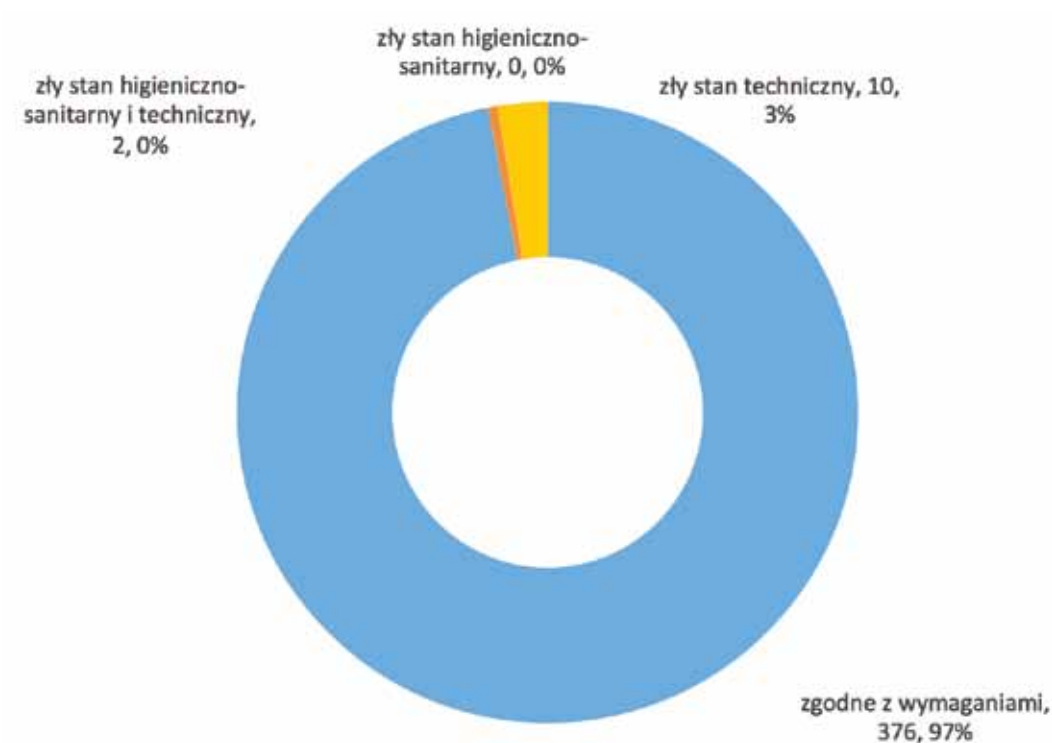
**Tabela 29.** Stan sanitarny pływalni w 2015 r.



**Wykres 33.** Liczba pływalni w 2015 r.



**Wykres 34.** Liczba skontrolowanych pływalni krytych w 2015 r.



**Wykres 35.** Liczba skontrolowanych pływalni odkrytych w 2015 r.

nem higieniczno-sanitarnym (tj. zły stan sanitarny pomieszczeń, brak urządzenia do dezynfekcji stóp i brak ciepłej wody w umywalkach, nieprawidłowości w utrzymaniu czystości bieżącej tj. brudne niecki basenowe, zabrudzone rynny przelewowe wokół niecki basenowej, zabrudzone kratki rynien przelewowych). Natomiast 1 % pływalni oceniono jako złe pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym. W porównaniu do roku 2014 odnotowano niewielkie pogorszenie stanu sanitarnego pływalni. Pływalnie, które organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceniły w 2015 r. jako złe pod względem sanitarno-technicznym pozostały na tym samym poziomie w porównaniu z 2014 r. (około 5%).

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



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

### 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 w sprawie wymagań, jakimi powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. Us. poz. 2016)

W przypadku braku starannej kontroli jakości wody na pływalni może dojść do rozprzestrzeniania się zakażeń, których nosicielami są czasem nieświadomi użytkownicy pływalni (osoby zakażone lub nosiciele). Dlatego też konieczne jest utrzymywanie takiej jakości wody na pływalni, aby nie stanowiła ona zagrożenia dla zdrowia użytkowników. Z drugiej jednak strony należy zwracać uwagę, iż nadmiar środków dezynfekcyjnych może powodować niepożądane reakcje u korzystających z kąpielii. Podstawowym wyzwaniem technologicznym jest więc uzyskanie stanu, w którym woda na pływalniach spełnia wymagania mikrobiologiczne, a jednocześnie zawartość środka dezynfekcyjnego i produktów jego działania są na odpowiednio niskim poziomie. Ważne jest z punktu bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się zapewnienie równowagi między ilością środka dezynfekcyjnego a potencjalną liczbą mikroorganizmów chorobotwórczych występujących w wodzie.

W 2015 r. w Dzienniku Ustaw zostało opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. poz. 2016).

Powyższe rozporządzenie określa:

1. wymagania, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach;
2. częstotliwość pobierania próbek wody na pływalniach;
3. metodyki referencyjne analiz i sposób oceny, czy woda na pływalniach odpowiada wymaganym warunkom;
4. sposób informowania ludności o jakości wody na pływalniach.

Zagadnienia dotyczące wymagań jakości wody na pływalniach nie są uregulowane na poziomie prawodawstwa Unii Europejskiej. Tym niemniej przed rozpoczęciem prac legislacyjnych w przedmiotowym zakresie dokonano analizy badanych wskaźników w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej. Wynika z niej, że Polska w tym względzie nie odbiega od innych krajów. Zakres badania wskaźników mikrobiologicznych i fizykochemicznych jakości wody na pływalniach, w świetle dostępnych danych z innych krajów europejskich, pokrywa się z zaproponowanymi wymaganiami w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

Mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób i ochronę zdrowia osób korzystających z pływalni zwrócono się do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w celu konsultacji zakresu niezbędnych

do badania w wodzie na pływalni parametrów mikrobiologicznych i fizykochemicznych oraz częstotliwości ich badania. Określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zakres badania i częstotliwość stanowi minimum badań koniecznych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się oraz kontroli prawidłowości prowadzenia procesów uzdatniania i dezynfekcji wody. Należy podkreślić, iż zakres tych badań jest podstawowy i pozwala w bezpiecznym stopniu zapewnić dobrą jakość wody na pływalni. Stanowi również podstawę zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni dokonywanej przez właściwego państwowego wojewódzkiego, państwowego powiatowego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego.

Ze względu na fakt, że najmłodsi użytkownicy pływalni stanowią grupę bardziej podatną na wszelkiego rodzaju infekcje, z uwagi na niedojrzały jeszcze układ odpornościowy organizmu, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w odniesieniu do niecek basenowych udostępnianych do nauki pływania dla niemowląt i małych dzieci do lat 3 w porównaniu z pozostałymi nieckami dopuszczano niższą wartość stężenia wolnego chloru (aby nie powodować negatywnych reakcji zdrowotnych) na rzecz zwiększenia częstotliwości wykonywanych badań *Escherichia coli* oraz włączono konieczność wykonywania badań w kierunku gronkowców koagulazo-dodatnich.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. określa również metodyki referencyjne analiz dla parametrów mikrobiologicznych i fizykochemicznych.

Laboratoria uprawnione do wykonywania analizy wody na pływalniach winny posiadać akredytację Polskiego Centrum Akredytacji na wykonywanie badań odpowiadającym metodykom referencyjnym analiz wody na pływalniach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. z wyłączeniem badań wody na pływalni wykonywanych przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego w ramach prowadzonego nadzoru. W sytuacji braku metody akredytowanej stosowanej dla danego parametru metody analiz muszą co najmniej umożliwić określenie wartości dopuszczalnej z podaną w ww. rozporządzeniu poprawnością, precyzją i granicą wykrywalności.

Ocena jakości wody na pływalni dokonywana jest przez zarządzającego pływalnią w zakresie badania jakości wody zgodnie z harmonogramem ustalonym z właściwym państwowym inspektorem sanitarnym oraz bieżącej obserwacji wody, odnotowywaniu i informowaniu właściwego państwowego inspektora sanitarnego o przypadku stwierdzenia wystąpienia incydentów kałowych i/lub incydentów wymiotnych w wodzie na pływalni oraz na stałym nadzorze pracy urządzeń wraz z rejestrowaniem wyników pomiaru.

Właściwy państwowy inspektor sanitarny dokonuje zbiorczej rocznej oceny jakości wody poprzez analizę parametrów jakości wody na pływalni, wyników badań wody wykonanych przez zarządzającego pływalnią, zakresu i częstotliwości wykonywania badań wody przez zarządzającego pływalnią oraz zastosowanych metodyk referencyjnych analiz, wyników badań wody na każdej nadzorowanej pływalni przynajmniej raz w roku wykonywanych przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego przed wydaniem oceny.

Przedmiotowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. precyzuje sposób i zakres informowania społeczeństwa korzystającego z pływalni, wskazując jednocześnie, że to zarządzający pływalnią zobowiązany jest informować ludność o jakości wody na pływalni w swoim obiekcie, za którą odpowiada w ramach prowadzenia działalności. Komunikat powinien być zamieszczony na tablicy informacyjnej w obiekcie oraz stronie internetowej, jeśli zarządzający taką prowadzi.





# Kąpieliska



## 1. Wstęp

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

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

Inne przepisy prawne dotyczące kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli:

- ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208, poz. 1240 z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 23 stycznia 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących liczby ratowników wodnych zapewniających stałą kontrolę wyznaczonego obszaru wodnego (Dz. U. poz. 261),
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 27 lutego 2012 r. w sprawie wymagań dotyczących wyposażenia wyznaczonych obszarów wodnych w sprzęt ratunkowy i pomocniczy, urządzenia sygnalizacyjne i ostrzegawcze oraz sprzęt medyczny, leki i artykuły sanitarne (Dz. U. poz. 108),
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6 marca 2012 r. w sprawie sposobu oznakowania i zabezpieczania obszarów wodnych oraz wzorów znaków zakazu, nakazu oraz znaków informacyjnych i flag (Dz. U. poz. 286),
- rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2002 r. Nr 208, poz. 1240, z późn. zm.).

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

Najważniejszym działaniem w dążeniu do ciągłej poprawy jakości wody w kąpieliskach jest prowadzone przez podmioty, zaangażowane w nadzór i organizację kąpielisk, zarządzanie jakością wody w kąpieliskach polegające na podejmowaniu wszelkich działań mających na celu lepsze rozpoznawanie ryzyka, co w szczególności wpływa na

poprawę jakości wody. Zgodnie przepisami prawa krajowego środkami zarządzania są następujące działania tj.:

- określenie i regularna aktualizacja profilu wody w kąpielisku,
- określenie harmonogramu kontroli,
- kontrola wody w kąpielisku,
- ocena jakości wody w kąpielisku,
- klasyfikowanie jakości wody w kąpielisku,
- określenie oraz ocena przyczyn zanieczyszczenia, które mogłyby mieć wpływ na wodę w kąpielisku oraz niekorzystnie wpływać na zdrowie kąpiących się,
- informowanie społeczeństwa, w tym aktywne rozpowszechnianie i niezwłoczne udostępnianie informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku i zakazie kąpieli przez oznakowanie kąpieliska,
- podejmowanie działań mających na celu zapobieganie narażeniu kąpiących się na kontakt z zanieczyszczeniami,
- podejmowanie działań w celu obniżenia ryzyka zanieczyszczenia.

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

Natomiast zgodnie z definicją zawartą w art. 9 ust. 1 pkt 5c ustawy Prawo wodne przez miejsce wykorzystywane do kąpieli rozumie się wydzielony i oznakowany fragment wód powierzchniowych, niebędący kąpieliskiem i wykorzystywany do kąpieli.



## 2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie kąpielisk

Kluczowe podmioty współodpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne funkcjonowania kąpielisk to:

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

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

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

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

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

- zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty<sup>1</sup>. W szczególności zadania własne obejmują sprawy: (...) 5) ochrony zdrowia, (...) 10) kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych;
- zatwierdza projekt uchwały wyznaczającej kąpieliska.

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

- zorganizowanie kąpieliska i utrzymanie infrastruktury przy nim zlokalizowanej;

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2015 r. poz. 1515 z późn. zm.)

- wnioskuję o wyznaczenie kąpieliska uchwałą wójta, burmistrza, prezydenta miasta i umieszczenie w ewidencji kąpielisk na terenie gminy;
- aktualizuje dane, które zgodnie z ustawą zobowiązany jest dostarczyć właściwemu wójtowi, burmistrzowi, prezydentowi miasta;
- oznakowuje kąpielisko;
- sporządza profil wody w kąpielisku;
- prowadzi kontrolę wewnętrzną zgodnie z art. 163 ustawy Prawo wodne;
- ustala wspólnie z inspektorem sanitarnym harmonogram poboru próbek wody do badań laboratoryjnych;
- systematyczne wizualne nadzorowanie kąpieliska;
- zleca badanie jakości wody laboratoriom upoważnionym ustawowo (laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria zatwierdzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej);
- niezwłocznie przekazuje wyniki badania wody właściwemu inspektorowi sanitarnemu celem dokonania oceny jej jakości;
- informuje właściwego inspektora sanitarnego o wystąpieniu zmian mogących mieć wpływ na jakość wody w kąpielisku oraz o zawieszeniu harmonogramu badań wody w kąpielisku;
- informuje kąpiące się osoby o jakości wody w kąpielisku i o zaleceniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- ustala przyczynę ewentualnego zanieczyszczenia wody i podejmuje działania dla ochrony zdrowia ludzkiego i poprawy jakości wody.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

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

- sporządzają po sezonie kąpielowym sprawozdania o jakości wody;
- prowadzą i aktualizują internetowy serwis kąpieliskowy;
- udostępniają dane do profili wody w kąpieliskach.

### 3. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów w zakresie miejsc wykorzystywanych do kąpeli

Podmioty współodpowiedzialne za funkcjonowanie miejsc wykorzystywanych do kąpeli to:

- organizator miejsca wykorzystywanego do kąpeli;
- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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

Organizator

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

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

### 4. Stan sanitarny kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w 2015 r.

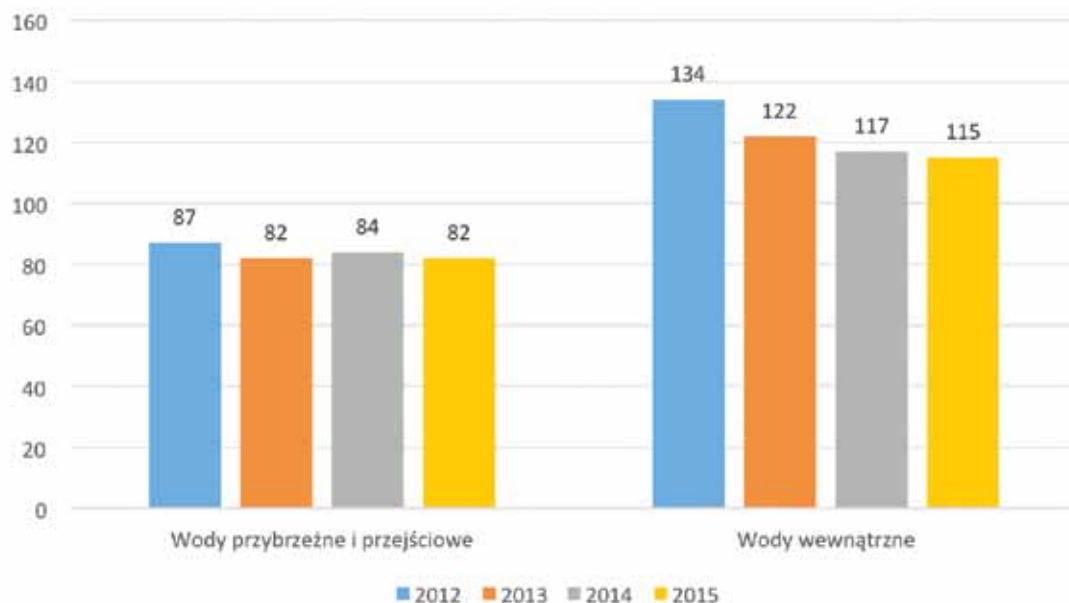
Zgodnie z art. 163c ust.2 ustawy Prawo wodne, Główny Inspektor Sanitarny sporządza po sezonie kąpielowym sprawozdanie o jakości wody w kąpieliskach i przekazuje je corocznie do dnia 31 grudnia Komisji Europejskiej wraz z informacją o podjętych środkach zarządzania oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek w ramach kontroli wewnętrznej. W roku 2012 Polska ra-

portowała 221 kąpielisk, w 2013 r. odnotowała ich 204, w roku 2014 201 kąpielisk, natomiast w 2015 - 197. W porównaniu do roku 2014 liczba wszystkich kąpielisk w Polsce zmniejszyła się o 4 kąpieliska.

Nadzorem sanitarnym w 2015 r. objęto 197 kąpielisk (100 % obiektów ujętych w ewidencji).

	<b>Liczba kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej</b>			
<b>Rodzaj wody</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Wody przybrzeżne i przejściowe	87	82	84	82
Wody wewnętrzne	134	122	117	115
<b>Razem</b>	<b>221</b>	<b>204</b>	<b>201</b>	<b>197</b>

**Tabela 30.** Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2012-2015



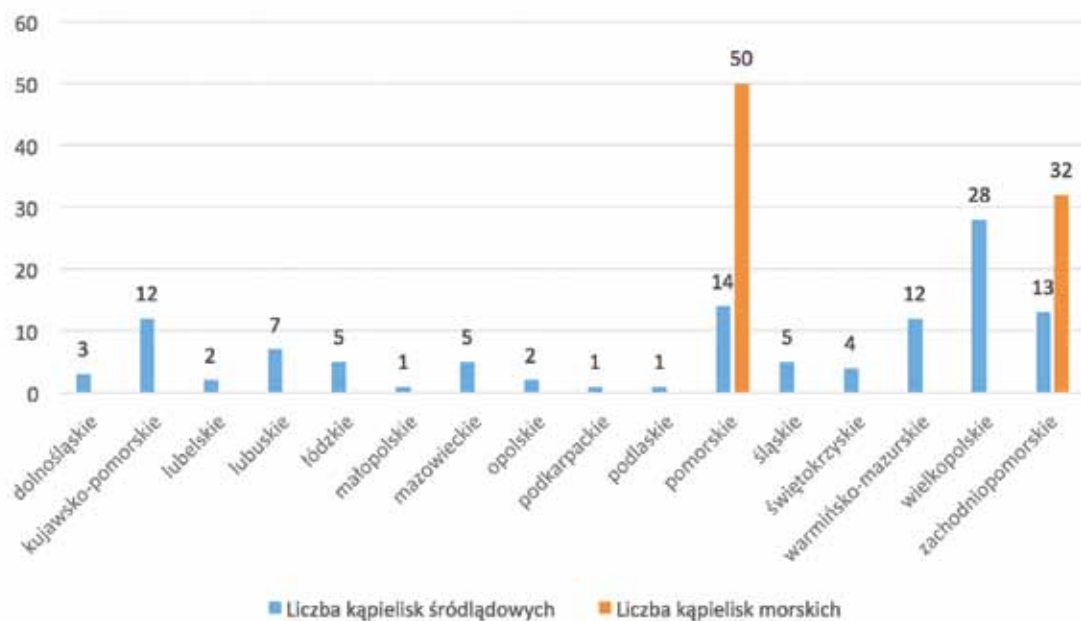
**Wykres 36.** Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2012-2015

województwa	kąpieliska			miejsca wykorzystywane do kąpeli
	ogółem	śródlądowe	morskie	
dolnośląskie	3	3	0	25
kujawsko-pomorskie	12	12	0	76
lubelskie	2	2	0	51
lubuskie	7	7	0	60
łódzkie	5	5	0	21
małopolskie	1	1	0	18
mazowieckie	5	5	0	48
opolskie	2	2	0	19
podkarpackie	1	1	0	21
podlaskie	1	1	0	33
pomorskie	64	14	50	145
śląskie	5	5	0	25
świętokrzyskie	4	4	0	31
warmińsko-mazurskie	12	12	0	139
wielkopolskie	28	28	0	97
zachodniopomorskie	45	13	32	77
<b>POLSKA</b>	<b>197</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>886</b>

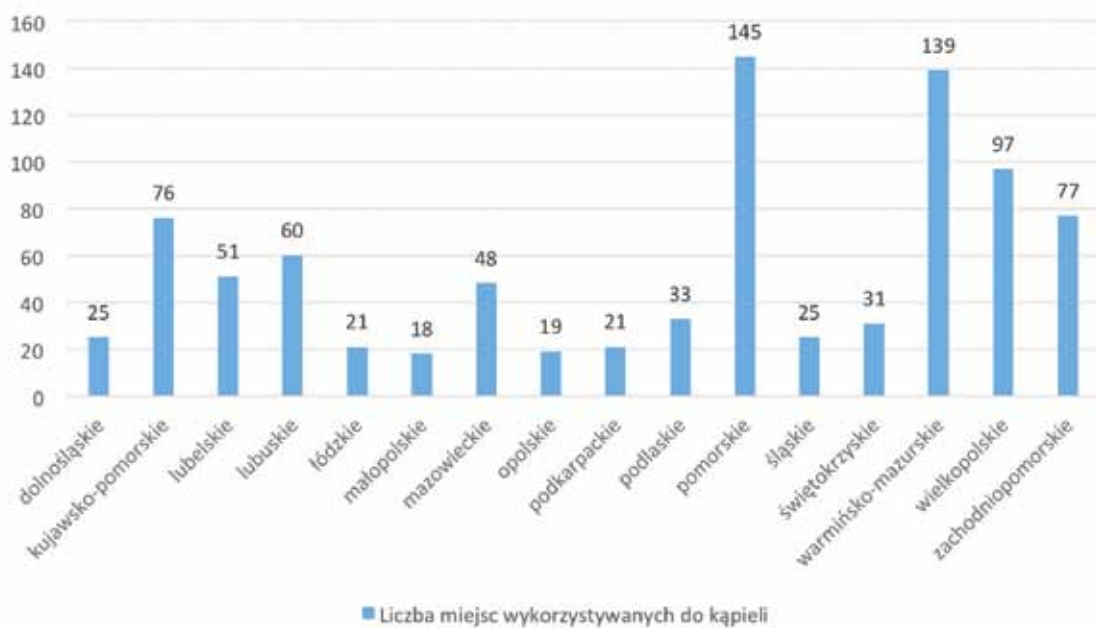
**Tabela 31.** Liczba kąpielisk z podziałem na śródlądowe i morskie oraz miejsca wykorzystywane do kąpeli w 2015 r.

Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województw: pomorskiego (64) i zachodniopomorskiego (45). Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: małopolskim (1), podlaskim (1) oraz podkarpackim (1).

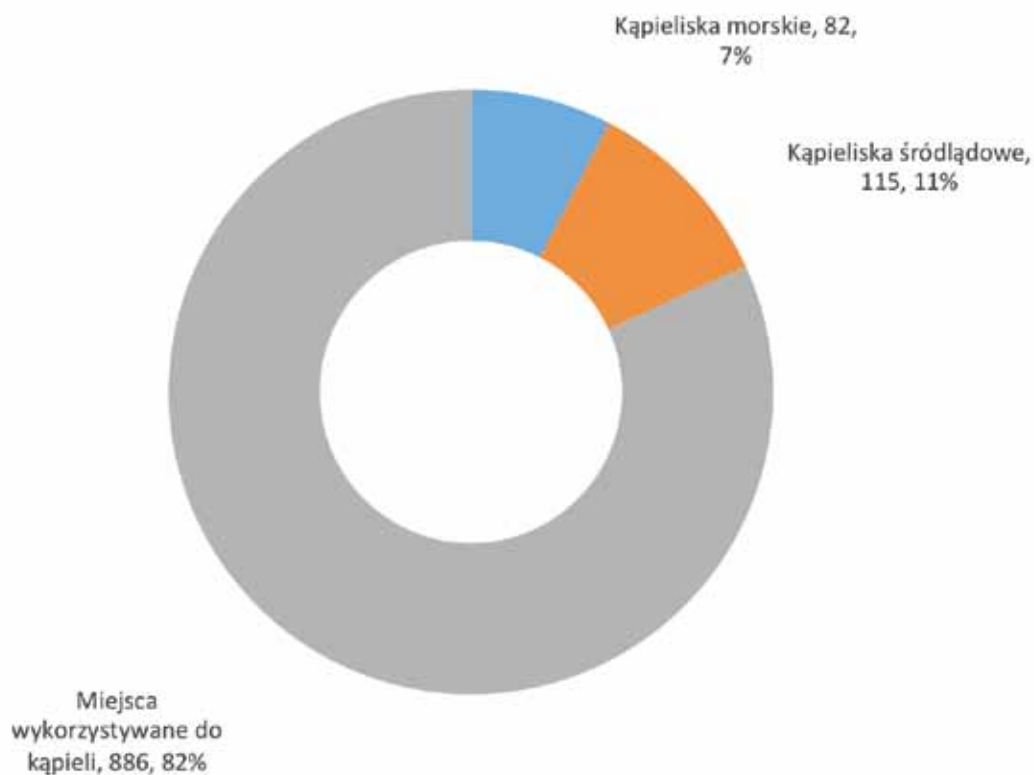
Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2015 r. liczyła 82 obiekty (stanowi to odpowiednio około 42% ogółem i 100 % skontrolowanych kąpielisk w grupie). Kąpieliska morskie znajdują się w województwie pomorskim i zachodniopomorskim. Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim. Na terenie województwa pomorskiego znajdo-



**Wykres 37.** Liczba kąpielisk z podziałem na województwa w 2015 r.



**Wykres 38.** Liczba miejsc wykorzystywanych do kąpeli z podziałem na województwa w 2015 r.

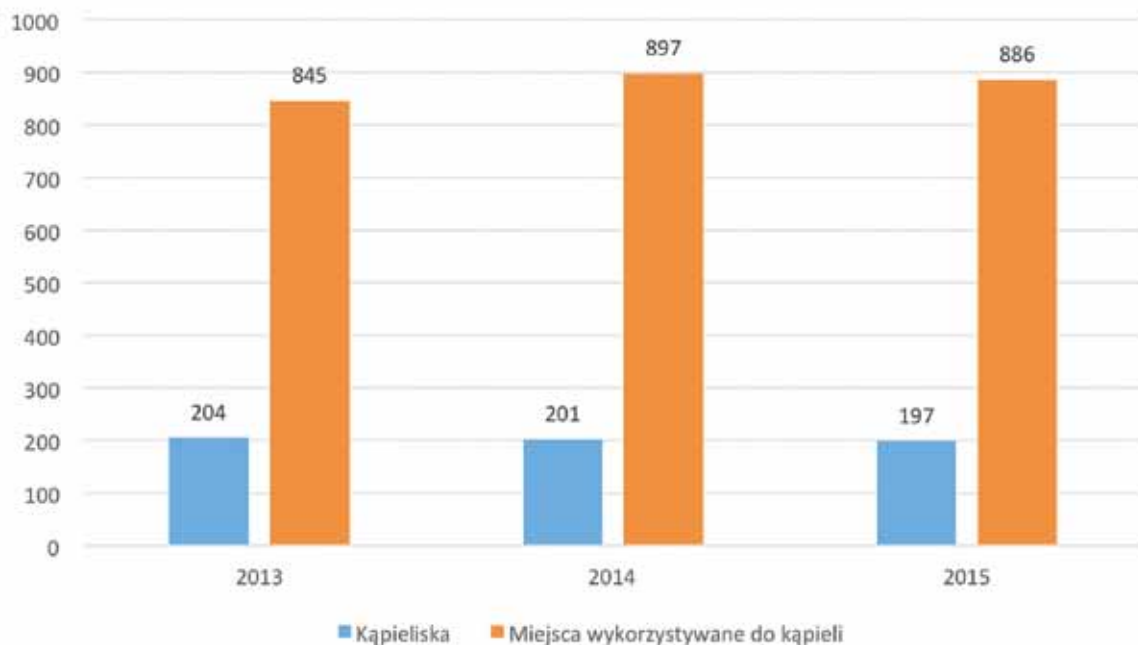


**Wykres 39.** Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpielii w sezonie kąpielowym 2015 r.

wało się 50 kąpielisk morskich, (o 1 kąpielisko mniej niż w roku 2014) oraz na terenie województwa zachodniopomorskiego otwartych było 32 kąpieliska morskie (o jedno kąpielisko mniej niż w 2014 roku).

Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2015 r. w województwach: wielkopolskim (28), zachodniopomorskim (13), pomorskim (14) i kujawsko-pomorskim (12) oraz warmińsko-mazurskim (12).

Biorąc pod uwagę fakt zmian przepisów w zakresie funkcjonowania kąpielisk oraz wprowadzenie nowego pojęcia miejsca wykorzystywanego do kąpielii, które zostało wprowadzone zapisami ustawy z dnia 4 marca 2010 r. o zmianie ustawy Prawo wodne (Dz. U. Nr 44, poz. 253) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą również nadzór nad miejscami wykorzystywanymi do kąpielii. Ich liczba w 2013 r. wynosiła 845, w 2014 r. wzrosła do 897, a w 2015 r. spadła do wartości 886 (poniżej podsumowujące zestawienia).



**Wykres 40.** Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w latach 2013-2015

Lokalizację poszczególnych kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2015 r. przedstawiono na poniższej mapie (mapa 1).

W 2015 r. spośród 197 czynnych kąpielisk większość z była zorganizowana na jeziorach. Systematyka podziału akwenów jest zgodna z wymaganiami Komisji Europejskiej i dzieli się na trzy kategorie. Pierwszą z nich są jeziora, czyli części wód śródlądowych powierzchniowych stojących. Kolejną są rzeki, czyli części wód śródlądowych płynących w przeważającej części po powierzchni łądu, ale mogących na pewnych odcinkach swego biegu płynąć pod ziemią. Ostatnią kategorią są wody przejściowe i przybrzeżne. Wody przejściowe oznaczają części wód powierzchniowych w obszarach ujść rzek, które są częściowo zasolone na skutek bliskości wód przybrzeżnych, ale które są pod znacznym wpływem dopływów wód słodkich. Wody przybrzeżne to wody powierzchniowe po stronie w kierunku łądu od linii, której najbliższy punkt linii brzegowej jest na odległości jednej mili morskiej po stronie w kierunku morza, od najbliższego punktu linii bazowej, od której mierzona jest szerokość wód terytorialnych, rozszerzając się tam gdzie to stosowane, aż do zewnętrznej granicy wód przejściowych<sup>2</sup>.

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



## 5. Nadzór nad kąpieliskami

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

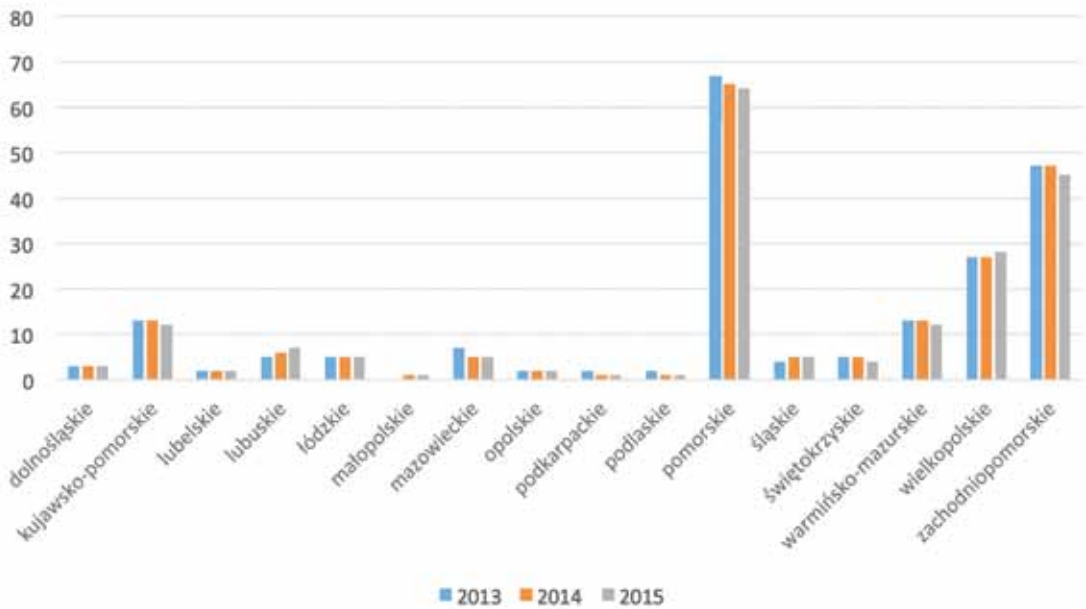
W 2015 r. liczba kąpielisk, która spełniała wymagania jakości wody wynosiła 167, co stanowi 85 % wszystkich kąpielisk. Dla 30 kąpielisk wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań jakości wody, co stanowi 15 % wszystkich skontrolowanych kąpielisk. Oceny o nieprzydatności wody do kąpeli były wydawane ze względu na przekroczenie parametrów mikrobiologicznych jak również na zakwity sinic w kąpieliskach.

Jednocześnie, w każdym przypadku okresowych zanieczyszczeń mikrobiologicznych lub nadmiernego zakwitu sinic, organizator i organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały natychmiastowe środki zarządzania jakością wody. Polegają one na określeniu i ocenie przyczyn zanieczyszczenia, skutecznym informowaniu osób kąpiących się oraz podejmowaniu

Województwo	2013	2014	2015
dolnośląskie	3	3	3
kujawsko-pomorskie	13	13	12
lubelskie	2	2	2
lubuskie	5	6	7
łódzkie	5	5	5
małopolskie	0	1	1
mazowieckie	7	5	5
opolskie	2	2	2
podkarpackie	2	1	1
podlaskie	2	1	1
pomorskie	67	65	64
śląskie	4	5	5
świętokrzyskie	5	5	4
warmińsko-mazurskie	13	13	12
wielkopolskie	27	27	28
zachodnio-pomorskie	47	47	45
<b>POLSKA</b>	<b>204</b>	<b>201</b>	<b>197</b>

**Tabela 32.**

Liczba kąpielisk w latach 2013–2015



**Wykres 41.** Liczba kąpielisk z podziałem na województwa w latach 2013-2015

czynności mających na celu zapobieganie narażeniu osób kąpiących się na działanie zanieczyszczeń oraz obniżeniu ryzyka zanieczyszczenia. Stwierdzone braki spełnienia wymagań nie obrazują stanu z całego sezonu, a wskazują na sytuacje zaistnienia okresowych zanieczyszczeń mikrobiologicznych lub zakwitu sinic.

W ramach nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach, zarówno organizatorzy kąpielisk jak i organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczególną uwagę zwracały na zakwity sinic<sup>3</sup>. Kontrola występowania sinic odbywa się na podstawie wizualnego nadzorowania wody, jej koloru, występowania zawiesiny, mętności wody. Monitorowanie nadmiernego zakwitu sinic pozwala na szybką reakcję w chwili powstania generowanego przez nie zagrożenia neurologicznego i hepatoksycznego. Przy dużym nasłonecznieniu, stojącej wodzie i wysokiej temperaturze w wodach zbiorników wodnych dochodzi do tworzących się w zatokach kożuchów wydzielających nieprzyjemny zapach i masowego rozwoju sinic. Kwitnienie powstaje w około 2 dni i utrzymuje się przez około 5 do 7 dni. Kąpiel w wodzie, w której występują sinice może być przyczyną podrażnień skóry oraz dolegliwości ze strony układu pokarmowego i/lub zaburzeń neurologicznych. Gdy sinice obumierają, rozkładające je bakterie zaczynają zużywać tlen, co zabija ryby oraz zwie-

<sup>3</sup> Sinice, inaczej cyanobakterie występują we wszystkich zbiornikach wodnych, jednak problemem stają się, gdy wzrasta ich ilość. Pojawiają się w wodzie okresowo, szczególnie w okresie wysokich temperatur towarzyszących sezonowi letniemu. Stężenie toksyn sinicowych (w tym mikrocytyn) i związane z tym ryzyko zdrowotne w wodach zbiorników wykorzystywanych do kąpieli, uzależnione jest takich czynników, jak stabilność warunków pogodowych, głębokość zbiornika, siła i kierunek wiatru.



**Ilustracja 3.** Lokalizacja kąpielisk uchwalonych i raportowanych do Komisji Europejskiej w 2015 r.

rzęta i rośliny wodne. Należy podkreślić, że do tej pory nie odnotowano śmiertelnego zatrucia ludzi toksynami sinic.

Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas kontroli kąpielisk dokonywały kontroli wizualnej w zakresie nie tylko obecności zakwitów sinic, ale również obecności innych zanieczyszczeń i odpadów jak: materiały smoliste, szkło, tworzywa sztuczne, przedmioty pływające, jak również zwracały uwagę na wyposażenie kąpielisk. W sezonie kąpielowym 2015 nie odnotowano zanieczyszczeń w postaci substancji smolistych stanowiących zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi oraz fauny i flory wody w kąpieliskach.

## 6. Terminy otwarcia kąpielisk

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

## 7. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

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

Klasyfikacja realizowana jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli. Wodę w kąpielisku można klasyfikować jako:

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

Dla wód przybrzeżnych oraz przejściowych i dla wód powierzchniowych (wewnętrznych) normy najwyższych dopuszczalnych stężeń dla parametrów mikrobiologicznych są inne. Wody przybrzeżne oznaczają wody powierzchniowe od linii lądu, od której każdy punkt oddalony jest na odległość jednej mili morskiej w kierunku morza, od najbliższego punktu linii bazowej, od której mierzona jest szerokość wód terytorialnych, rozszerzając się, gdzie stosowne, aż do zewnętrznej granicy wód przejściowych. Wody przejściowe to części wód powierzchniowych w obszarach ujść rzek, które są częściowo zasolone na skutek bliskości wód przybrzeżnych, ale które są pod znacznym wpływem dopływów wód słodkich.

Klasyfikacja w kąpielisku przeprowadzana jest na podstawie zestawu danych o jakości wody w kąpielisku, opracowanego w odniesieniu do danego sezonu kąpielowego oraz trzech poprzedzających sezonów kąpielowych, zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. Wymagania przedstawiono w tabeli 33.

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

Wyniki klasyfikacji jakości wody w kąpieliskach dla raportu do Komisji Europejskiej w 2015 r. w tabeli 34.

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

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

\*oparte na ocenie 95-percentyla

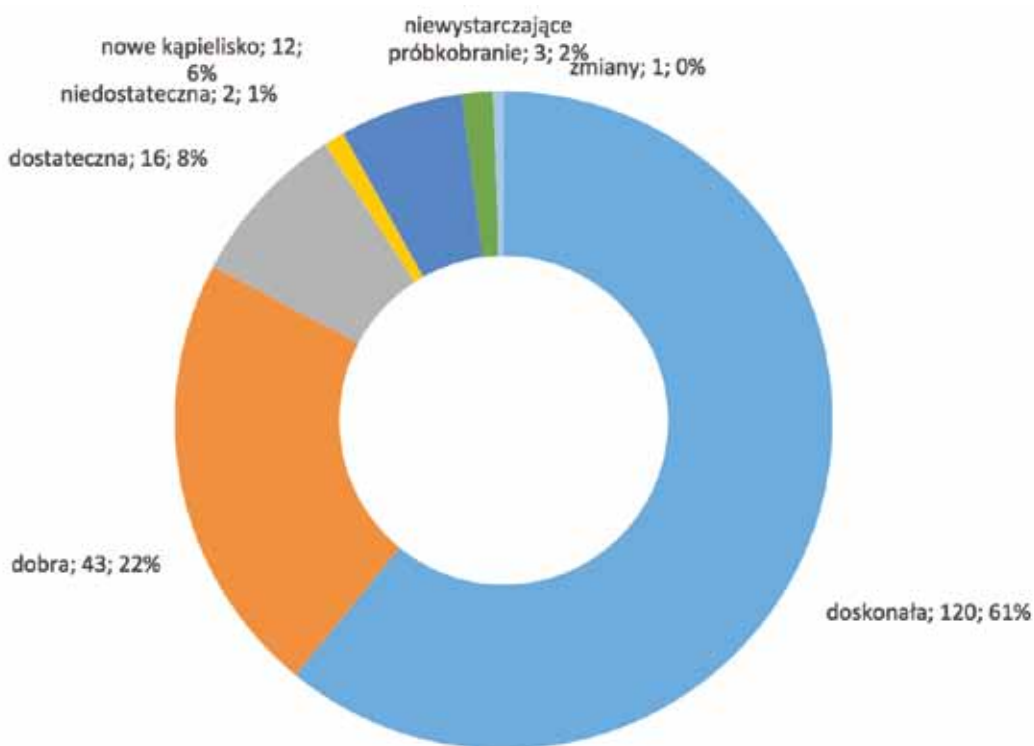
**Tabela 33.** Klasyfikacja wody w kąpielisku – wymagania

Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym w 2015 r.	Klasyfikacja kąpielisk w 2015 r. oraz kąpieliska niepodlegające klasyfikacji						
	<i>doskonała</i>	<i>dobra</i>	<i>dostateczna</i>	<i>niedostateczna</i>	<i>nowe kąpielisko<sup>1</sup></i>	<i>niewystarczające próbkobranie<sup>2</sup></i>	<i>Zmiany<sup>3</sup></i>
<b>197</b>	<b>120</b>	<b>43</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

**Tabela 34.** Klasyfikacja wody w kąpielisku – wyniki (stan na dzień 18.04.2016)

Klasyfikacja jakości wody mogła zostać wykonana dla 181 kąpielisk z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody niezbędnych do przeprowadzenia przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. W 2015 r. 120 kąpieliska sklasyfikowano jako doskonałe, 43 otrzymało status jakości dobrej, 16 dostatecznej i 2 kąpieliska otrzymały wynik niedostatecznej jakości. Po zakończeniu sezonu

kąpielowego w 2015 r. 12 kąpielisk nie podlegało jeszcze klasyfikacji z uwagi, iż zostały wyznaczone po 2012 r. lub w kolejnych latach i w związku z czym nie posiadają wystarczającego zestawu danych o jakości wody. 3 kąpieliska nie spełniały kryteriów częstotliwości oraz liczby próbek wchodzących do zestawu danych do oceny jakości wody (pierwsza próbka nie pobrana na krótko przed początkiem sezonu, niezachowanie częstotliwości próbkobrania w trakcie sezonu kąpielowego – maksymalny odstęp między badaniami powinien być nie dłuższy niż jeden miesiąc).



**Wykres 42.** Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

## 8. Serwis kąpieliskowy

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

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



Ilustracja 4. Strona główna Serwisu kąpieliskowego

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

W 2013 r. Serwis kąpieliskowy został zmodyfikowany i zaprezentowany w postaci aplikacji, która zwiększyła możliwość szybkiej i wielostronnej wymiany informacji o jakości wody w sezonie kąpielowym. Zawarte są w nim również informacje dotyczące danych podstawowych kąpieliska tj. adres kąpieliska, wskazanie stacji sanitarno-epidemiologicznej prowadzącej nadzór nad poszczególnym kąpieliskiem oraz danych dotyczących organizatora jak i infrastruktury kąpieliska w postaci ikonografii. Ponadto w roku 2015 r. do Serwisu kąpieliskowego wprowadzono kolejne zmiany w zakresie jego funkcjonalności, które polegały m.in. na wprowadzeniu okna wyszukiwarki – opcje wyszukiwania w zakresie danych zamieszczanych w Serwisie (wyszukiwanie po kąpielisku, akwencie, województwie, powiecie, gminie, miejscowości itd.) oraz graficznej korekty i usprawnieniu widoku Serwisu w zakresie panelu publicznego (Ilustracja 4)

Serwis kąpieliskowy w sezonie kąpieliskowym 2015 był na bieżąco aktualizowany w terminie 15 czerwca - 30 września, zgodnie z okresem trwania sezonu kąpielowego i był prowadzony na podstawie danych uzyskiwanych od właściwych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych oraz państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

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

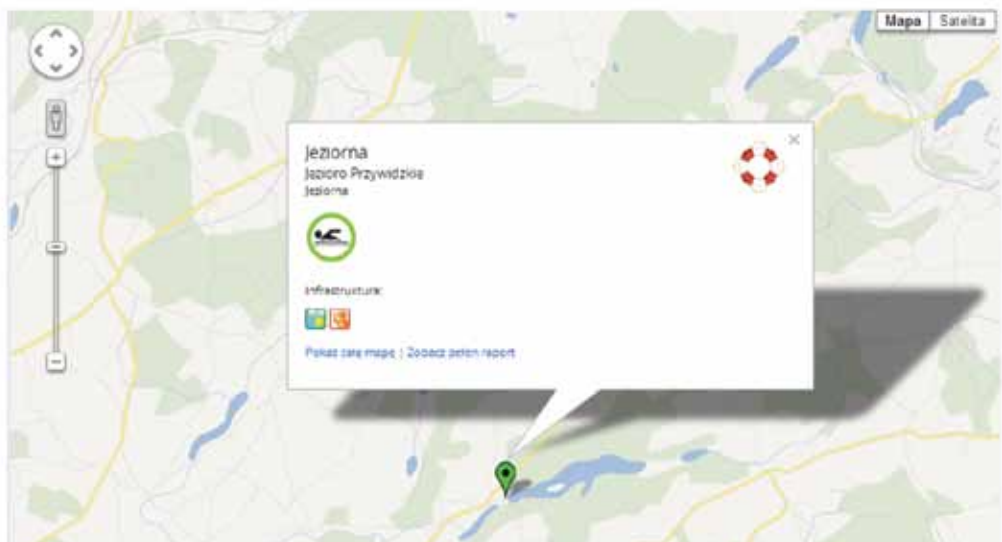
Serwis kąpieliskowy zawiera informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

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

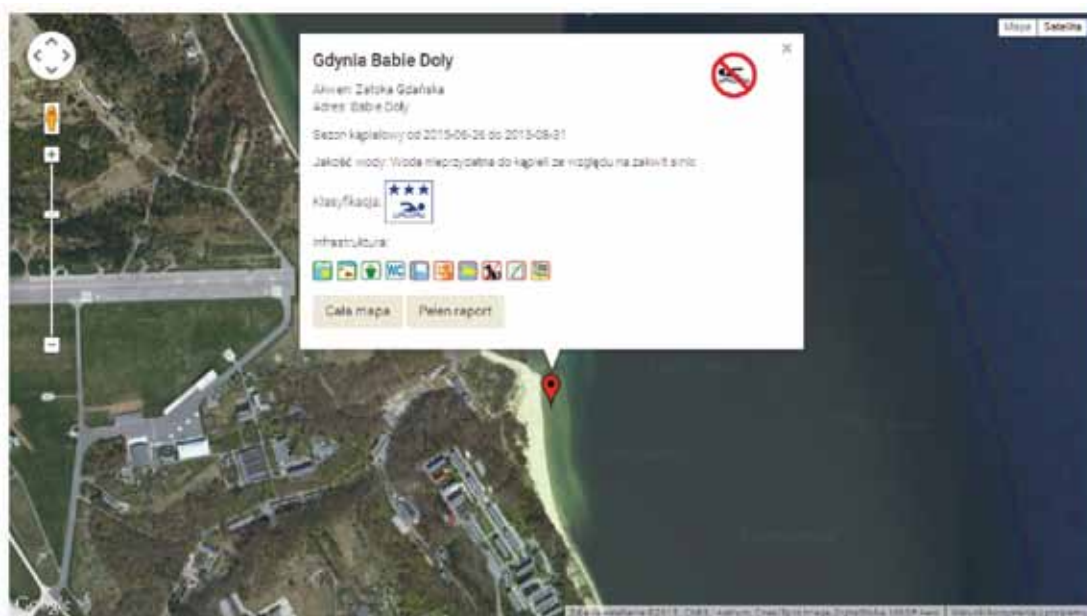




**Ilustracja 5.** Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce



**Ilustracja 6.** Informacja z Sezonu kąpieliskowego o przydatności wody do kąpeli



**Ilustracja 7.** Informacja z Sezonu kąpieliskowego o nieprzydatności wody do kąpeli ze względu na parametry mikrobiologiczne i inne wymagania

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

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

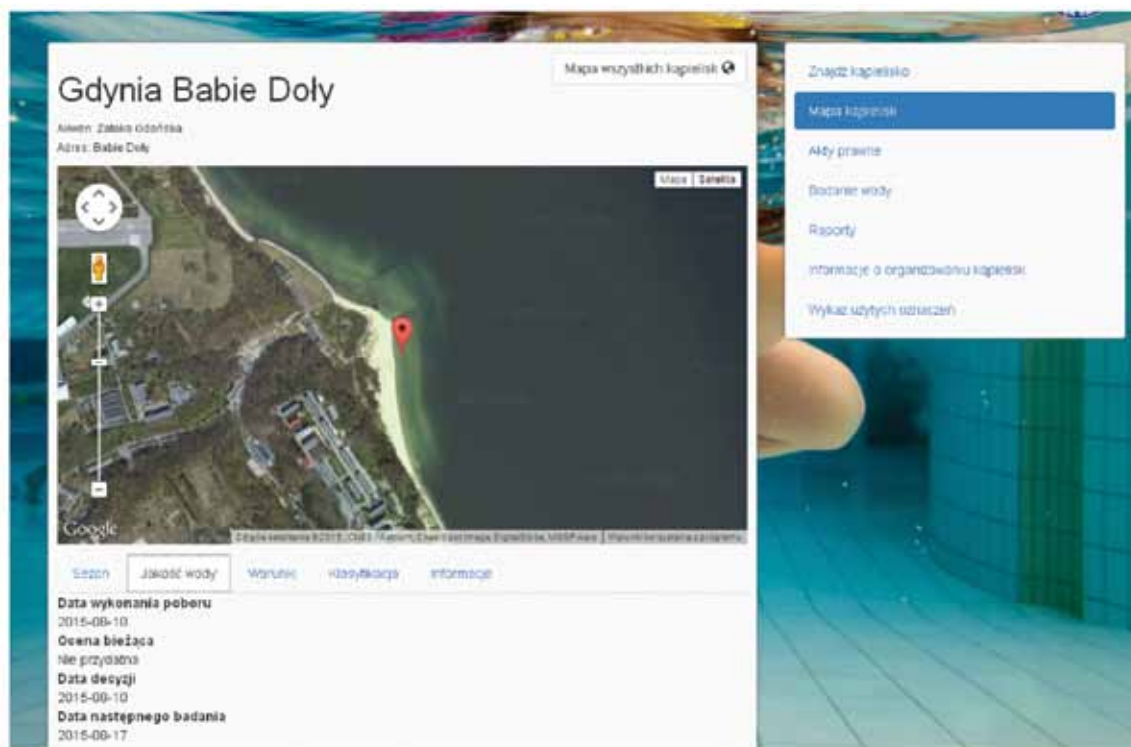
Druga kategoria to „Infrastruktura”, w skład której wchodzi informacje czy na terenie kąpieliska znajduje się:

- ogrodzenie,
- wyznaczona strefa do pływania,
- wyznaczona strefa na plaży do rekreacji i sportu,
- pomost, moło itp.,
- możliwość cumowania sprzętu wodnego,

- wydzielone miejsce do grillowania lub zorganizowania ogniska,
- dostęp do punktu czerpania wody z odprowadzaniem ścieków,
- przystosowanie dla osób niepełnosprawnych,
- kosz na śmieci,
- toaleta,
- natrysk,
- przebieralnia.

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

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



**Ilustracja 8.** Informacje szczegółowe o kąpielisku

## 9. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

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

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

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

W 2015 r. zjawisko spadkowej tendencji liczby kąpielisk nadal się utrzymywało (spadek z 201 na 197). Ponadto odnotowano również spadek liczby miejsc wykorzystywanych (spadek z 897 na 886) jednak nadal utrzymuje się na wysokim poziomie. Powyższe wynika z faktu, iż w przepisach określono wyższe wymagania dla kąpielisk, które mają zapewnić kompleksowy nadzór nad jakością wody, prowadzony nie tylko przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ale przede wszystkim przez organizatora. Początkowo miejsca wykorzystywane do kąpieli miały za sprawą woli i możliwości organizatorów podnosić swój status i zostać przekształcone w kąpieliska, jednak w praktyce okazało się, że organizatorzy kąpielisk zamykają je na rzecz miejsc wykorzystywanych do kąpieli, które nie spełniają wysokich kryteriów, by mogły funkcjonować. Przed implementacją dyrektywy 2006/7/WE było zewidencjonowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej blisko 1480 kąpielisk, w tym 1160 niezorganizowanych tradycyjnie wykorzystywanych

przez ludność do kąpeli, zaś obecnie jest ich 197 i ich liczba systematycznie maleje. Widać zatem, że podjęcie intensywnych działań mających na celu poprawę jakości wody i ochronę zdrowia w takich miejscach, w rzeczywistości nie ma realnego odzwierciedlenia, co było pierwotnym zamysłem ustawodawcy. Miejsca wykorzystywane do kąpeli zostały przez ustawodawcę przewidziane mając na względzie zapewnienie również bezpieczeństwa osobom kąpiącym się podczas zorganizowanego krótkotrwałego wypoczynku letniego (obozy harcerskie, sezonowe ośrodki wypoczynkowe lub gospodarstwa agroturystyczne).

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

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

## 10. Terminarz organizacji kąpielisk

- do 31 grudnia każdego roku poprzedzającego sezon kąpielowy, w którym kąpielisko ma być otwarte organizator kąpieliska składa wniosek do właściwego terenowo wójta, burmistrza lub prezydenta miasta o wpisanie kąpieliska do wykazu kąpielisk danej gminy (art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* Dz. U. z 2012 r. poz. 145, z późn. zm.);
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta, w przypadku przekazania przez organizatora kąpieliska niepełnej dokumentacji niezbędnej do jego umieszczenia w wykazie kąpielisk, zwraca do jej uzupełnienia w terminie do 7 dni (art. 34a ust. 5 ustawy *Prawo wodne*);
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta przygotowuje projekt uchwały o wykazie kąpielisk i podaje projekt uchwały do publicznej wiadomości, w sposób zwyczajowo przyjęty, określając formę, miejsce i termin składania uwag oraz propozycji zmian do wykazu, nie krótszy niż 21 dni od jego ogłoszenia (art. 34a ust. 7 ustawy *Prawo wodne*);
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta rozpatruje uwagi oraz propozycje do projektu uchwały w terminie nie dłuższym niż 14 dni (art. 34a ust. 8 ustawy *Prawo wodne*);
- do 15 kwietnia każdego roku wójt, burmistrz lub prezydent miasta przekazuje projekt uchwały o wykazie kąpielisk do zaopiniowania właściwemu: dyrektorowi regionalnego zarządu gospodarki wodnej, wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska

i państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, a w przypadku kąpielisk położonych na polskich obszarach morskich, również właściwemu terytorialnie dyrektorowi urzędu morskiego, którzy w ciągu 14 dni wydają opinię do przekazanego projektu (art. 34a ust. 9 ustawy *Prawo wodne*);

- do 31 maja każdego roku rada gminy określa, w drodze uchwały, wykaz kąpielisk na terenie gminy lub na polskich obszarach morskich przyległych do danej gminy (art. 34a ust. 1 ustawy *Prawo wodne*);
- po podjęciu uchwały o wykazie kąpielisk, wójt, burmistrz lub prezydent miast przedstawia właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu informację o liczbie kąpielisk i podaje przyczynę zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego;
- Główny Inspektor Sanitarny przed rozpoczęciem sezonu kąpielowego przedstawia Komisji Europejskiej informację o liczbie kąpielisk i podaje przyczynę zmian w liczbie kąpielisk w porównaniu do poprzedniego sezonu kąpielowego;
- zgodnie z przyjętą przez Komisję Europejską praktyką pobierania pierwszej próbki wody do badań w kąpielisku, próbka wody przed otwarciem sezonu kąpielowego, powinna zostać pobrana nie wcześniej niż na 10 dni przed rozpoczęciem sezonu.

## 11. Zmiany przepisów w zakresie kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli w 2015 r.

W dniu 2015 r. w Dzienniku Ustaw zostały ogłoszone dwie zmiany w zakresie przepisów dotyczących kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli. Zmiany dotyczyły rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpieli (Dz. U. poz. 1510) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli. Zmiany przepisów miały na celu wdrożenie decyzji wykonawczej Komisji z dnia 27 maja 2011 r. ustanawiającej, na mocy dyrektywy 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, symbol w celu informowania ludności o klasyfikacji wody w kąpielisku i zakazie kąpieli lub zaleceniu niekąpania się (Dz. Urz. UE L 143 z 31.05.2011, str. 38). Decyzja wykonawcza odnosi się do art. 12 ust. 1 lit. a dyrektywy 2006/7/WE. Mając na uwadze przepisy dyrektywy 2006/7/WE dotyczące obowiązku informowania ludności o bieżącej klasyfikacji jakości wody w kąpielisku oraz zakazie kąpieli lub zaleceniu niekąpania się za pomocą jasnego i prostego znaku lub symbolu, decyzja wykonawcza ustanawia wzory symboli w celu aktywnego rozpowszechniania i niezwłocznego udostępniania informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku, zakazie kąpieli lub zaleceniu niekąpania się. Ponieważ decyzja wykonawcza odnosi się do kąpielisk, zmiany przepisów wprowadzają obowiązek stosowania znaków wyłącznie przez organizatorów kąpielisk.

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2015 r. wprowadziła w załączniku nr 2 do rozporządzenia symbole informujące o zakazie kąpielii i klasyfikacji wody w kąpielisku umieszczane przez organizatora kąpieliska. Jak również uszczegółowiła kolorystykę symboli oraz rozmiar i obszar ochronny znaków informujących o zakazie kąpielii i klasyfikacji wody w kąpielisku w celu ich ujednolicenia. Właściwy znak informujący o klasyfikacji wody w kąpielisku, odpowiedni z dokonaną przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach kontroli urzędowej klasyfikacją kąpieliska, będzie, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 6 znowelizowanego rozporządzenia, umieszczany lub wyświetlany (w przypadku posiadania tablicy elektronicznej) przez organizatora kąpieliska na tablicy informacyjnej widocznej i czytelnej, umieszczonej w łatwo dostępnym miejscu, w bliskim sąsiedztwie każdego kąpieliska. Znak informujący o zakazie kąpielii w kąpielisku, ze względu na jego wymiary, będzie zamieszczany w bezpośrednim sąsiedztwie tablicy informacyjnej. Zamieszczenie znaku o zakazie kąpielii na kąpielisku odbywa się po wydaniu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceny bieżącej o nieprzydatności wody do kąpielii.

Zmiana przepisów rozporządzenia wprowadza wyłącznie znak informujący o zakazie kąpielii. Znak zakazu kąpielii znajduje zastosowanie w przypadku występowania zanieczyszczeń wody w kąpieliskach, które nie pozwalają na dopuszczenie wody do kąpielii ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne osób kąpiących się.

Nowelizacja rozporządzenia z dnia 25 września 2015 r. wdrożyła obowiązek aktywnego rozpowszechniania i niezwłocznego udostępniania informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku i zakazie kąpielii poprzez oznakowanie kąpieliska, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34g ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. – Prawo wodne jako element informowania społeczeństwa, zgodnie z art. 1 decyzji wykonawczej. Rozpowszechnianie odpowiednich informacji również za pomocą symboli, wpisuje się w konieczność podejmowania odpowiednich środków zarządzania mających na celu zapewnienie kąpielisk o najwyższym standardzie. Społeczeństwo powinno otrzymywać należyte i aktualne informacje dotyczące wyników kontroli jakości wody w kąpieliskach, zgodnie z zapisami dyrektywy 2006/7/WE.

W ww. rozporządzeniu wprowadzono również do oceny kontroli wewnętrznej wykonywanej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach urzędowej kontroli jakości wody w kąpielisku, ocenę prawidłowości oznakowania kąpieliska przez organizatora.

Ponadto rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2015 r. zmienia § 4 oraz ust. 1 załącznika nr 2 w zakresie punktów pobierania próbek wody do badań. Pobieranie próbek do badań odbywać się powinno z jednego stałego punktu na kąpielisku lub miejscu wykorzystywanym do kąpielii. Kryterium lokalizacji punktu pobierania próbki wody do badania jakości wody powinien być punkt w obrębie kąpieliska, gdzie spodziewana jest większość osób kąpiących się lub spodziewane jest największe ryzyko zanieczyszczenia, zgodnie z informacjami zawartymi w profilu wody w kąpielisku.







# Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny



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

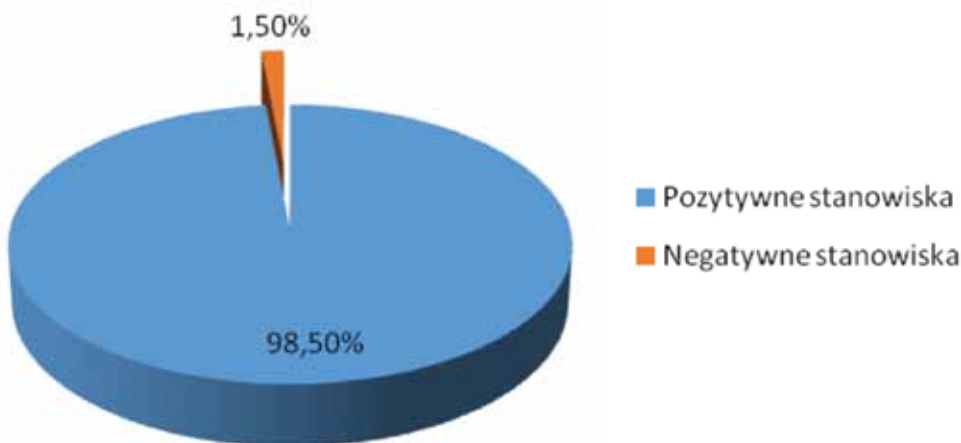
Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ma na celu zapewnienie, na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz projektowania i realizacji inwestycji, właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w obiektach w taki sposób, aby w trakcie eksploatacji obiektów nie powstawały zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi powodowane przyjętymi w tym zakresie rozwiązaniami. Analiza projektowanych rozwiązań w szczególności przeprowadzana jest w aspekcie oceny ryzyka narażenia ludności na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe dla zdrowia człowieka.

W ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych m. in. w sprawie:

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

Ocena dokonywana pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczyła takich przedsięwzięć inwestycyjnych, jak na przykład:

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



**Wykres 43.** Procentowy udział uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów

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

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

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

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

Pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych uzgadniane były również projekty planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierun-

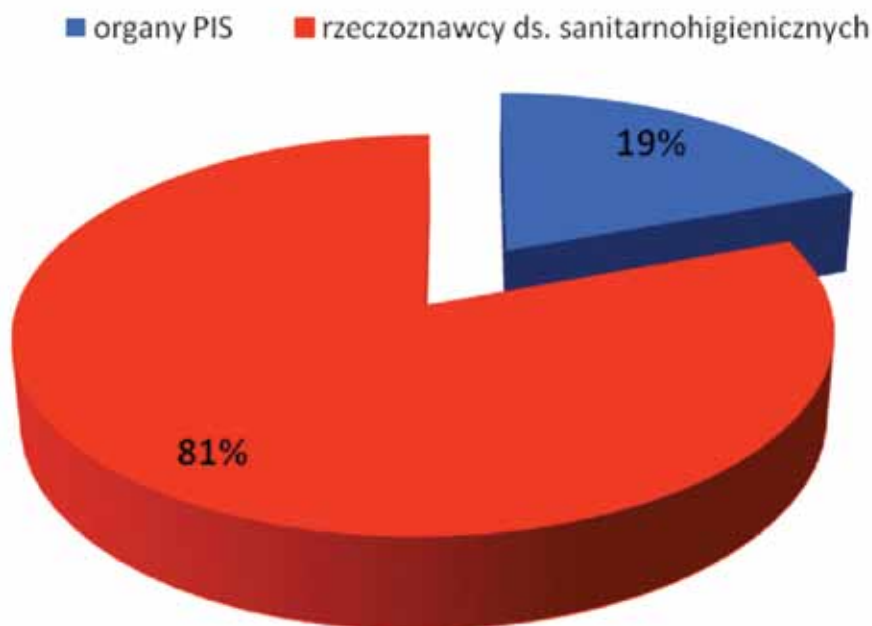
ków zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko.

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

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

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

- spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- opiniowania projektów osłon stałych i wentylacji w gabinetach wyposażonych w aparaty rentgenowskie,
- uzgodnienia ekspertyz technicznych w zakresie przyjętych rozwiązań zamiennych w związku z niespełnieniem wymagań w przepisach dotyczących warunków technicznych obiektów budowlanych,
- odstępstw od przepisów prawa m.in. w zakresie warunków technicznych, bezpieczeństwa i higieny pracy w pomieszczeniach, usytuowania urządzeń w budynkach



**Wykres 44.** Struktura uzgodnień dokumentacji projektowej w 2015 r.

i na terenie działki budowlanej,

- dopuszczenia funkcjonowania instalacji lub urządzenia do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych.

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

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

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

- zapewnienie pracownikom odpowiednich higienicznych i zdrowotnych warunków pracy, biorąc pod uwagę m.in. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń chemicznych i fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi oraz szkodliwe czynniki biologiczne.

W 2015 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajęła ok. 137,4 tysięcy stanowisk (w 2014 r. ok. 134,7 tysięcy, w 2013 r. około 145 tysięcy stanowisk), w tym:

- ponad 9,9 tysiąca uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2014 r. ok. 7,9 tysiąca, w 2013 r. - około 7,7 tysiąca),
- ponad 4,9 tysiąca opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko (w 2014 r. ponad 4,8 tysiąca, w 2013 r. – ponad 4,5 tysiąca),
- około 15,8 tysiąca opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (w 2014 r. około 14,4 tysiąca, w 2013 r. - około 17,4 tysiąca),
- około 47 tysięcy zgód, opinii, uzgodnień wymaganych przepisami prawa materialnego m.in. dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych (w 2014 r. ponad 46 tysięcy, w 2013 r. ok. 37 tysięcy zgód, opinii, uzgodnień ogółem),
- ok. 7,6 tysiąca opinii dotyczących spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (w 2014 r. około 9,6 tysiąca, w 2013 r. – około 10,3 tysiąca),
- ok. 20,4 tysięcy stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego (w 2014 r. ok. 20,4 tysięcy, w 2013 r. około 20 tysięcy stanowisk ogółem),
- 90 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2014 r. 36 sprzeciwów, w 2013 r. 48 sprzeciwów)

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały powyżej 8,2 tysięcy uzgodnień dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2014 r. ponad 9,1 tysięcy, w 2013 r. powyżej 9,8 tysięcy).

Liczba uzgodnień dokumentacji projektowej dokonanych w 2015 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych wyniosła około 34,3 tysiąca (w 2014 r. około 32,7 tysiąca, w 2013 r. około 38,5 tysiąca).

W 2015 ogółem dokonano około 42,6 tysięcy uzgodnień projektów dokumentacji projektowej inwestycji (w 2014 r. około 41,8 tysięcy, w 2013 r. ok. 48,4 tysięcy).

Odsetek wszystkich stanowisk negatywnych zajętych przez Państwową Inspekcję Sanitarną wyniósł ok. 1% (w roku 2014 ok. 1%, w 2013 r. ok. 1,6%).

Liczba kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów objętych zapobiegawczym nadzorem sanitarnym w 2015 r., przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, to około 31 tysięcy ( w 2014 r. około 32 tysiące, w 2013 r. około 32 tysiące).

## Podsumowanie

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego realizuje ustawowe obowiązki i zadania w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w szczególności poprzez:

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

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

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

W 2015 r. ogólna liczba stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez Państwową Inspekcję Sanitarną wzrosła nieznacznie, tj. o ponad 2,7 tysięcy, w odniesieniu do 2014 r., przy zachowaniu bardzo niskiego odsetka stanowisk negatywnych ok. 1 %, na co miało wpływ m.in. polepszenie jakości informacji przekazywanej na stronach internetowych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.



Stan sanitarny  
obiektów  
użyteczności  
publicznej



## 1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje bieżący nadzór sanitarny nad obiektami użyteczności publicznej, pod kątem wymagań higienicznych i zdrowotnych. Działania podejmowane w ramach prowadzenia nadzoru mają na celu przeciwdziałanie najważniejszym czynnikom ryzyka zdrowotnego determinującym zdrowie ludzi, a w konsekwencji dążenie do zmniejszenia obciążenia chorobami.

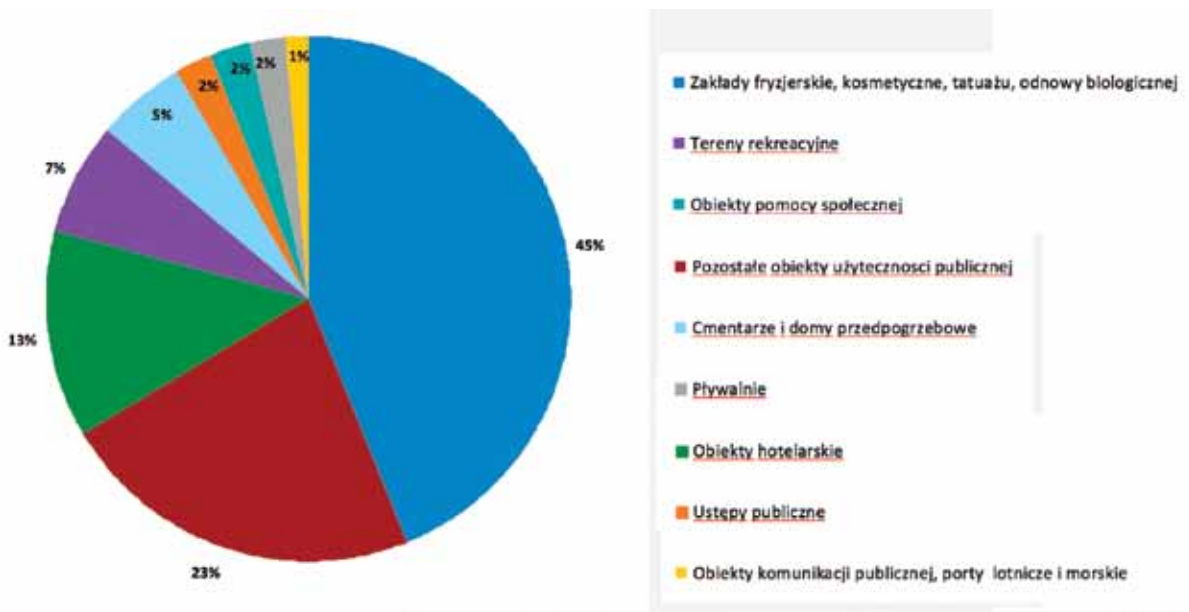
Wśród obiektów użyteczności publicznej, w których stan sanitarny lokalu, wyposażenia, jak i sposób prowadzenia usług ma zdecydowany wpływ na jakość zdrowia ludzkiego należy wymienić obiekty:

- związane z prowadzeniem zabiegów upiększania ciała oraz odnowy biologicznej;
- wykorzystywane do czasowego przebywania ludności, związanego z podróżowaniem, wypoczynkiem i turystyką;
- obsługi podróży różnymi środkami komunikacji zbiorowej;
- pobytu stałego osób starszych i niepełnosprawnych, jak również wykluczonych społecznie.

Ponadto, Państwowa Inspekcja Sanitarna kontroluje przestrzenie publiczne związane z wypoczynkiem, turystyką i rekreacją, a także cmentarze i urządzenia użyteczności publicznej, takie jak ustępy publiczne i inne, służące utrzymaniu higieny i czystości człowieka.

Kontrolę stanu sanitarnego w 2015 roku przeprowadzono w 82.786 obiektach użyteczności publicznej spośród 136.940 ujętych w ewidencji, dla porównania w roku 2014, na 128.154 obiekty ujęte w ewidencji kontrolą objęto 81.576, co dowodzi wzrostu ilości obiektów, a tym samym przeprowadzanych w nich kontroli. Kontrolą zostały objęte:

- zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – skontrolowano 36.406 spośród 54.518 ujętych w ewidencji, co stanowi 66,8 %,
- obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 10.591 spośród 20.108 ujętych w ewidencji, co stanowi 52,7 %,
- ustępy publiczne ogółem – skontrolowano 2.030 spośród 2.283 ujętych w ewidencji, co stanowi 88,9 %,
- ustępy ogólnodostępne – skontrolowano 925 spośród 1.179 pozostających w ewidencji, co stanowi 78,4 %,
- domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 2.000 spośród 2.513 ujętych w ewidencji, co stanowi 79,6 %,
- dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze, przystanie morskie i żegluga śródlądowej, stacje metra – skontrolowano 1.150 spośród 1.554 ujętych w ewidencji, co stanowi 74,0 %,



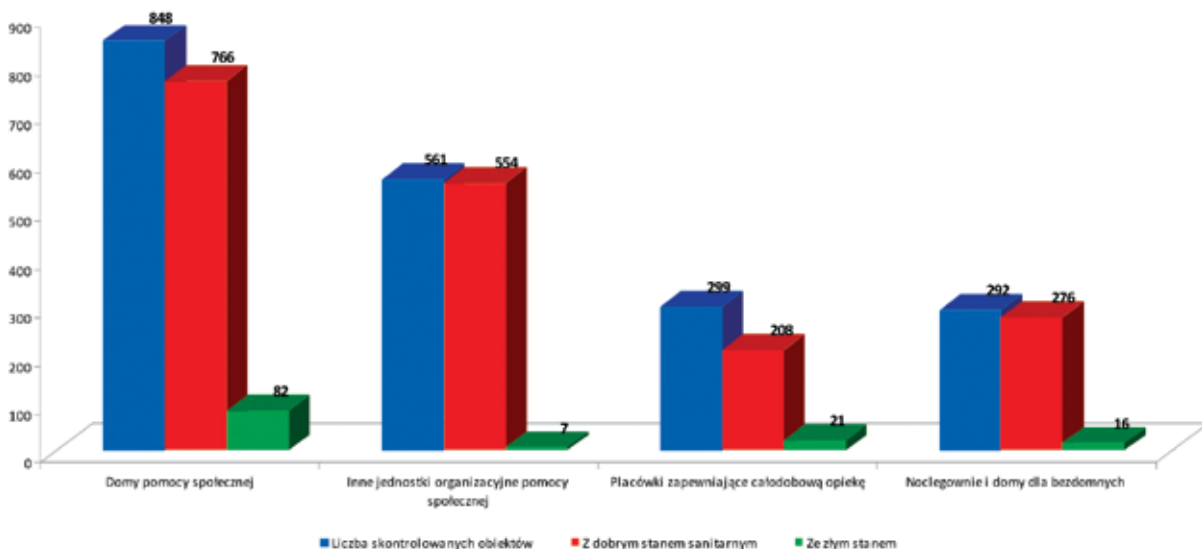
**Wykres 45.** Rozkład procentowy kontroli obiektów użyteczności publicznej w 2015 r.

- przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 50 spośród 52 ujętych w ewidencji, co stanowi 96,0 %,
- tereny rekreacyjne – skontrolowano 5.688, spośród 9.261, co stanowi 61,4 %,
- cmentarze i domy pogrzebowe – skontrolowano 4.585, spośród 10.064, co stanowi 45,6 %,
- inne obiekty użyteczności publicznej – skontrolowano 17.655 spośród 33.568, co stanowi 52,6 %.

## 2. Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów

### 2.1 Ustępy publiczne

W 2015 r. skontrolowano 2.030 obiektów, na 2.283 obiekty pozostające w ewidencji, co stanowi 88,9 %. Mając na względzie potrzeby ludności w tym zakresie nadal tego typu obiektów jest za mało, co roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazują na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych, zwłaszcza w miejscowościach wypoczynkowych, przy szlakach turystycznych oraz przy cmentarzach.



**Wykres 46.** Stan sanitarny obiektów pomocy społecznej

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

W 2015 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 2.513 tego typu obiektów, skontrolowano 2.000, co stanowi 79,6 %. Dla porównania w roku 2014 skontrolowano 1.877 obiektów spośród 2.356 znajdujących się w ewidencji. W 58 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, 24 – niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym, zaś w 44 – niezadawalający stan pod względem higieniczno - sanitarnym i technicznym.

Najczęstszym powodem klasyfikowania tych obiektów negatywnie był niezadawalający stan higieniczno - sanitarny i techniczny, nieprzestrzeganie ustawy o paleniu tytoniu, nieprawidłowe postępowanie z bielizną i odpadami.

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

- domy pomocy społecznej – placówki zapewniające całodobową opiekę z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,
- inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – placówki w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej takie jak: ośrodki dla cudzoziemców, domy dziennego pobytu, ośrodki wsparcia, w tym ośrodki wsparcia tworzone na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, środowiskowe domy samopomocy, domy

- dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży itp.,
- placówki zapewniające całodobową opiekę – placówki które zapewniają opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, prowadzone w ramach działalności gospodarczej,
  - noclegownie i domy dla bezdomnych.

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

W 2015 r. skontrolowano 10.591 spośród 20.108 tego typu obiektów, co stanowi 52,7%. W 127 przypadkach stwierdzono niezadowolający stan sanitarny pod względem technicznym, w 52 przypadkach – niezadowolający stan pod względem higieniczno-sanitarnym, oraz w 84 przypadkach – niezadowolający stan higieniczno - sanitarny i techniczny. Państwowa Inspekcja Sanitarna w tego typu obiektach kontrolowała:

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

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

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

Obiekty objęte w 2015 r. nadzorem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej charakteryzowały się dużym zróżnicowaniem – od niewielkich obiektów obsługiwanych przez jedną osobę, poprzez zakłady średniej wielkości, aż po firmowe salony wyposażone w najnowszy i najnowocześniejszy sprzęt. Wymagania dla zakładów, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne i tatuażu regulują między innymi przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 poz. 947, z późn. zm.). Jedną z ważniejszych regulacji jest art. 16 ww. ustawy, który nakłada na osoby podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, obowiązek wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi.

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

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

Narzędzia wielokrotnego użytku lub ich części, których stosowanie:

1) nie powoduje naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, należy po każdym użyciu dokładnie oczyścić, umyć i zdezynfekować;

2) powoduje lub może spowodować naruszenie ciągłości tkanek ludzkich, należy po każdym użyciu poddać dezynfekcji, a następnie umyć i poddać sterylizacji.

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

Niedopuszczalne jest ponowne użycie narzędzi, wyrobów i materiałów przeznaczonych do jednorazowego użytku.

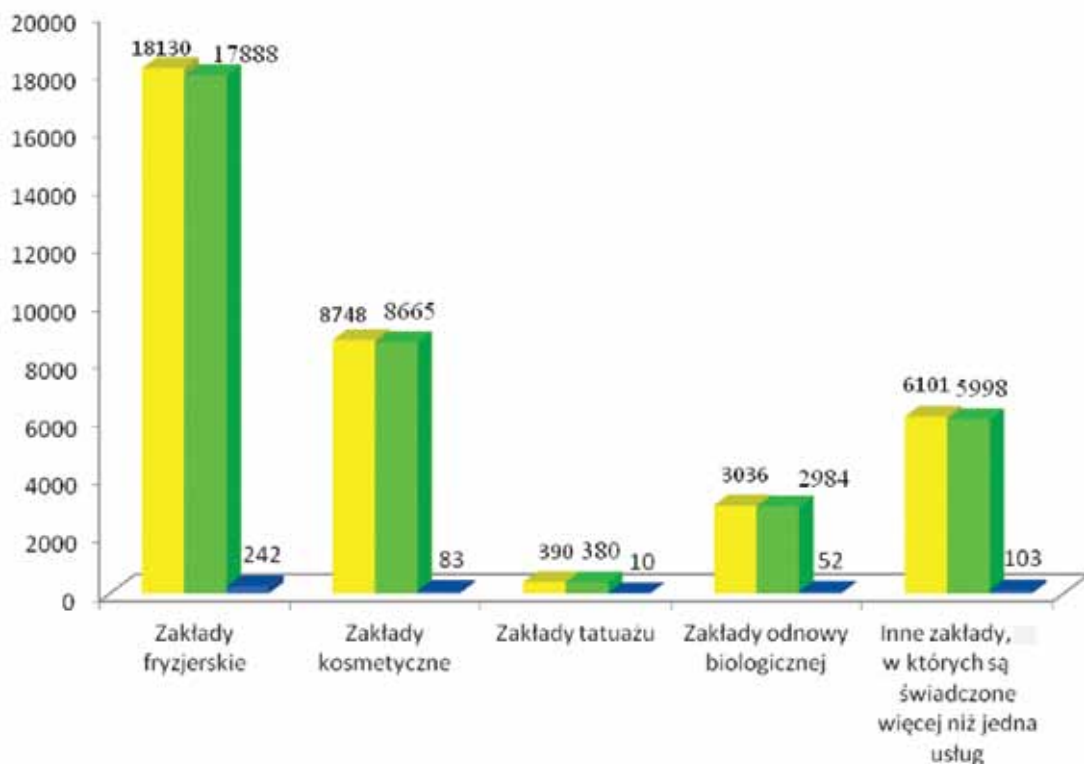
Narzędzia jednorazowego użytku używane przy świadczeniu usług, bezpośrednio po użyciu usuwa się do zamykanych, szczelnych, odpornych na uszkodzenia mechaniczne pojemników o nienasiąkliwych ścianach.

Narzędzia przechowuje się w warunkach zabezpieczających je przed zanieczyszczeniem lub uszkodzeniem.

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

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w trakcie świadczenia usług dotyczyły:

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



**Wykres 47.** Stan sanitarny obiektów świadczących usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej w 2015 r.

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

Spśród 352 dworców autobusowych znajdujących się w ewidencji skontrolowano 308, czyli 87,5 %. W 2 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, czyli w 0,57 % oraz w 7 przypadkach niezadawalający stan techniczny – 1,99 %.

Skontrolowano 662 dworce i stacje kolejowe na 988 znajdujących się w ewidencji, w 6 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno – sanitarny i techniczny, stanowi to 0,60 %, w 19 - pod względem technicznym, co stanowi 1,92 %.

Skontrolowano 8.501 obiektów zaliczanych do środków transportu:

- autobusy komunikacji publicznej – 2.895
- autobusy turystyczne – 341,
- tramwaje, metro, szybka kolej miejska – 421,
- statki i promy – 507,
- samoloty pasażerskie – 35,
- samochody do przewozu chorych – 588,
- samochody do przewozu zwłok i szczątków ludzkich – 2.452,



- samochody do przewozu bielizny – 188
- inne - 225.

W 63 przypadkach na 8.501 stwierdzono niezadowolający stan sanitarno-higieniczny, co stanowi 0,74%, w 29 (0,34%) - niezadowolający stan techniczny.

## 2.6 Porty lotnicze

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. znajdowało się 18 portów lotniczych, skontrolowano 15 - nie stwierdzono nieprawidłowości. Obiekty te spełniają standardy europejskie, nie wydano żadnych decyzji administracyjnych, ani nie nałożono mandatów karnych w 2015 roku.

## 2.7 Przystanie morskie i śródlądowe

Skontrolowano 19 przystani żeglugi morskiej, 14 żeglugi śródlądowej i 79 przystani jednostek pływających: rekreacyjnych i sportowych. Te ostatnie najczęściej działają sezonowo, w dwóch przypadkach stwierdzono niezadowolający stan techniczny i w jednym przypadku zły stan higieniczno - sanitarny i techniczny.

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

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. znajdowało się 52 przejścia granicznych, skontrolowano 50. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

## 2.9 Tereny rekreacyjne

Na 9.261 obiektów znajdujących się w ewidencji skontrolowano 5.688, co stanowi 61,40 %. W 6 przypadkach stwierdzono niezadowolający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, to zaledwie 0,08 %, w 20 – niezadowolający stan techniczny (0,22 %).

Przeprowadzone kontrole sanitarne wykazały znaczną poprawę na terenach przeznaczonych do zabaw dla dzieci, a w szczególności stan piaskownic, które były w dobrym stanie sanitarno – technicznym. Przed rozpoczęciem i w trakcie trwania sezonu letniego dokonano wymiany piasku, place zabaw w wielu przypadkach zostały ogrodzone, aby uniemożliwić zanieczyszczenie przez zwierzęta. W 2015 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 1333 pływalnie kryte, 81 parków wodnych, 388 pływalni odkrytych i 49 mieszanych, gdzie dla porównania w roku 2014 skontrolowano 1186 pływalni krytych, 74 parki wodne, 359 pływalni odkrytych i tyle samo 49 mieszanych. W 64 przypadkach stwierdzono niezadowolający stan pod względem technicznym i w 9 przypadkach higieniczno – sanitarnym.

wyszczególnienie		wg ewidencji na 31 XII	skontrolowanych	ze stwierdzonym niezadawalającym stanem	
				higieniczno sanitarnym i technicznym	pod względem technicznym
0	2	1	2	3	4
2011	obiekty ogółem	117.994	81.238 69%	2.850 3.5%	2.095 2.6%
2012	obiekty ogółem	129.792	84.405 65%	2.607 3%	1.905 2.3%
2013	obiekty ogółem	118.683	76.794 65%	560 0.7%	1.049 1.4%
2014	obiekty ogółem	128.154	81.576 63%	511 0.4%	890 0.7%
2015	obiekty ogółem	136.940	346 0.25%	346 0.25%	763 0.6%

**Tabela 35.** Dane porównawcze wyników kontroli obiektów w latach 2011 – 2015 r.

## 2.10 Cmentarze, domy pogrzebowe

Na 10.064 obiekty znajdujące się w ewidencji skontrolowano 4.585, co stanowi 45,60%. W 9 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno - higieniczny i techniczny, w 10 przypadkach – tylko sanitarno – higieniczny, zaś w 58 powodem był niezadawalający stan techniczny.

## 2.11 Inne obiekty użyteczności publicznej

Skontrolowano 17.655 obiektów na 33.568 znajdujących się w ewidencji (52,6 %), w 89 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny i techniczny - to zaledwie (0,27 %), 42 z powodu niezadawalającego stanu higieniczno – sanitarnego (0,13 %) i 212 z powodu niezadawalającego stanu technicznego (0,63 %).

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

## 2.12 Podsumowanie

Kontrolę stanu sanitarnego w 2015 roku przeprowadzono w 82.786 obiektach użyteczności publicznej spośród 136.940 ujętych w ewidencji, co daje 60,45 %, gdzie odpowiednio w roku 2014 na 128.154 obiekty znajdujące się w ewidencji skontrolowano 81.576 (co stanowi 63,65%). Zauważalny jest wzrost nowo powstających obiektów użyteczności publicznej. Należy zauważyć, że w roku 2015 nastąpiła poprawa w porównaniu z poprzednimi latami, zaobserwowano spadek liczby obiektów w niezadowolającym stanie pod względem technicznym oraz utrzymanie się na tym samym poziomie liczby obiektów w niezadowolającym stanie sanitarnym pod względem technicznym.

## 3. Odpady medyczne

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. sprawowały nadzór sanitarny nad postępowaniem z odpadami medycznymi w ramach realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym kontroli warunków higieniczno-sanitarnych, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

W stanie prawnym obowiązującym w 2015 r. przy sprawowaniu nadzoru sanitarnego nad gospodarką odpadami medycznymi sprawdzeniu podlegało spełnienie warunków określonych w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w:

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

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

- postępowanie z odpadami medycznymi powstałymi w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania;
- zasady zbierania i czasowego magazynowania odpadów medycznych przed poddaniem odpadów procesowi unieszkodliwiania, a w przypadku braku takich możliwości - przed ich przetransportowaniem do miejsca unieszkodliwiania;
- warunki transportu wewnętrznego odpadów medycznych w obiektach, w których

udziela się świadczeń zdrowotnych lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, zwanego dalej „transportem wewnętrznym odpadów medycznych”.

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

Wszystkie skontrolowane obiekty miały opracowane i wdrożone procedury postępowania z odpadami medycznymi, uwzględniające wymogi ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Nieprawidłowości w gospodarce odpadami dotyczą niewłaściwych warunków magazynowania odpadów medycznych w przeznaczonych do tego celu pomieszczeniach lub urządzeniach, warunków transportu wewnętrznego odpadów medycznych oraz niewłaściwego przechowywania odpadów w miejscu ich wytwarzania.

Nadzór  
nad warunkami  
sanitarno-  
higienicznymi  
środowiska pracy  
i chemikaliami

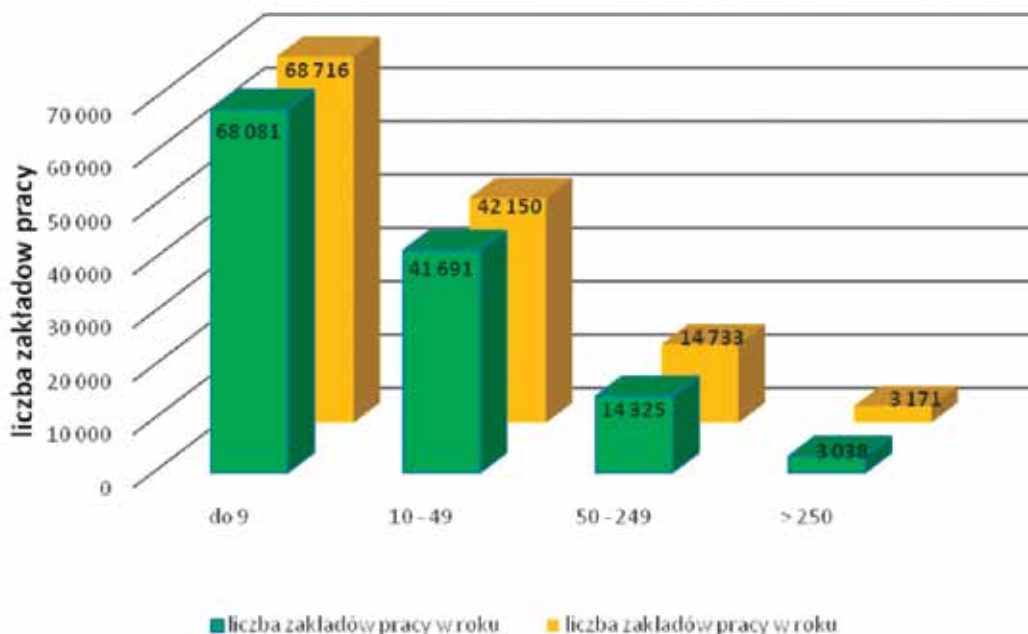


## 1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Kluczowe kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy określone były w *Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r.* Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2015 r. kontrolę przestrzegania przepisów m.in. z zakresu: bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich, występowania substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, a także oceny ryzyka zawodowego. Plan pracy obejmował zarówno programy wieloletnie, tj. ocenę przygotowania pracodawców pod kątem przestrzegania przepisów i zasad bhp podczas usuwania bądź zabezpieczania wyrobów zawierających azbest w ramach rządowego „Programu Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032”, kontynuację programu dotyczącego sporządzenia oceny warunków pracy pracowników zatrudnionych w zakładach produkujących artykuły spożywcze. Szczególną uwagę zwrócono również na pracowników narażonych na rtęć i jej związki.

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. obejmował ewidencją 128 625 zakładów pracy (127 135 w roku 2014), zatrudniających ogółem 4 518 983 pracowników (w 2013 r. – 4 525 404), z czego największa liczba zatrudnionych to pracownicy wg. następującej klasyfikacji działalności:

- PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 447 650 zatrudnionych,
- PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – 353 417 zatrudnionych,
- PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 233 981 zatrudnionych,
- PKD 46 Handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi – 194 472 zatrudnionych,
- PKD 85 Edukacja – 187 893 zatrudnionych.



**Wykres 48.** Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2014 – 2015 / wg liczby zatrudnionych pracowników /

Pracownicy pionu nadzoru higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2015 r. 58 250 kontrole u 45 315 pracodawców (w 2014 r. – 60 835 kontrole u 46 686 pracodawców), zatrudniających łącznie 2 242 847 pracowników. Nadzorem objętych zostało 35,2 % zewidencjonowanych podmiotów (w 2014 r. – 36,7 %).

Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – 26 702 kontrole w 5 256 obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w 19 574 obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami kategorii 2 i 3 – 1 924 kontrole, w tym m.in. w 695 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – 6 063 kontrole, w tym m.in. w 2 486 obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze,
- nadzór w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 3 254 kontrole w 2 880 obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – 12 454 kontrole w 10 991 obiektach.



Łącznie w 4 647 skontrolowanych badaniach zakładach pracy stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia. Przekroczenia NDS i NDN odnotowane w 2015 r. dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

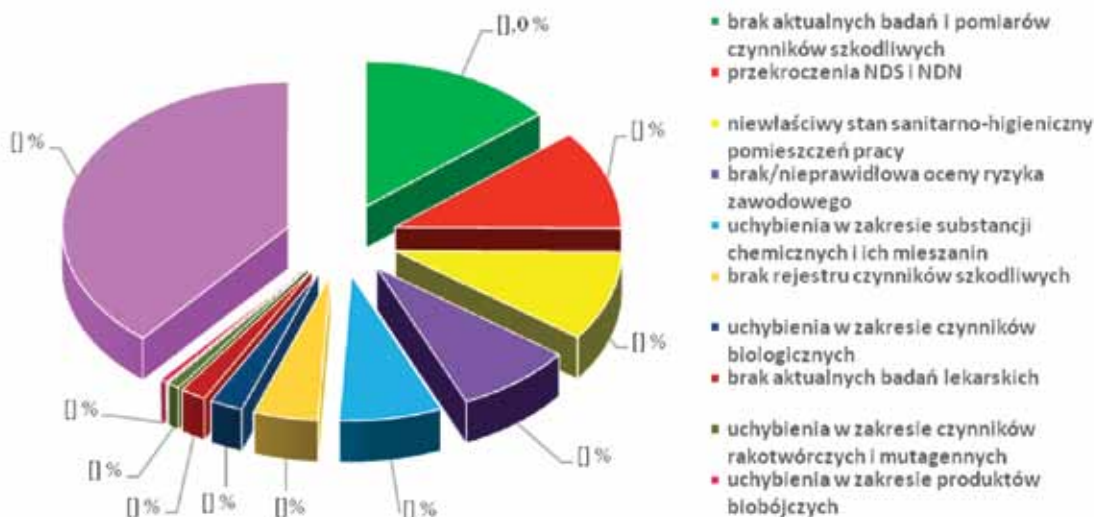
- produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania (PKD 16) – w 716 zakładach,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) – w 642 zakładach,
- przetwórstwo przemysłowe (PKD 10) – w 413 zakładach,
- produkcja mebli (PKD 31) – w 315 zakładach.

Specyfika procesów produkcyjnych zakładów, w których stwierdzono największą liczbę przekroczeń, sprawiła, że pracownicy ekspozowani byli na więcej niż jeden czynnik szkodliwy. Osoby zatrudnione przy produkcji metalowych wyrobów gotowych oraz produkcji wyrobów z drewna oraz korka, narażone były zarówno na pyły, jak i hałas. Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2015 r. zatrudnionych było 515 334 pracowników (w 2014 r. – 557 524), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – 95 710 pracowników,
- w opiece zdrowotnej – 92 017 pracowników,
- przy produkcji artykułów spożywczych – 52 029 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – 22 695 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 21 931 pracowników,
- przy produkcji metali – 12 651 pracowników,
- przy badaniach naukowych i pracach rozwojowych – 11 460 pracowników,
- przy produkcji mebli – 11 387 pracowników.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, podobnie jak w latach ubiegłych, był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w 5 692 zakładach. Łączna liczba osób narażonych na jego oddziaływanie stanowiła 8,2 % ogółu zatrudnionych w różnych gałęziach gospodarki.

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



**Wykres 49.** Najistotniejsze uchybienia w skontrolowanych zakładach w 2015 r.

Prowadzono postępowania administracyjno-egzekucyjne w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, w wyniku których wydanych zostało 14 303 decyzji administracyjnych, zawierających 43 912 nakazów m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – 9 634 nakazy,
- oceny ryzyka zawodowego – 5 266 nakazów,
- substancji chemicznych i ich mieszanin – 4 288 nakazów,
- produktów biobójczych – 243 nakazy,
- obniżenia normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 1 902 nakazy,
- czynników biologicznych w środowisku pracy – 1 595 nakazów,
- substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 656 nakazów,
- detergentów – 124 nakazy,
- prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 – 5 nakazów,
- unieruchomienia stanowisk pracy – 13 nakazów,
- unieruchomienia zakładu – 1 nakaz.

W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w postępowaniu egzekucyjnym w 2015 r. wydanych zostało 224 postanowień o nałożeniu grzywny celem przymuszenia do wykonania decyzji na łączną kwotę 267 196 PLN. Nałożono grzywny w drodze mandatu karnego – 122 na łączną kwotę 26 200 PLN.

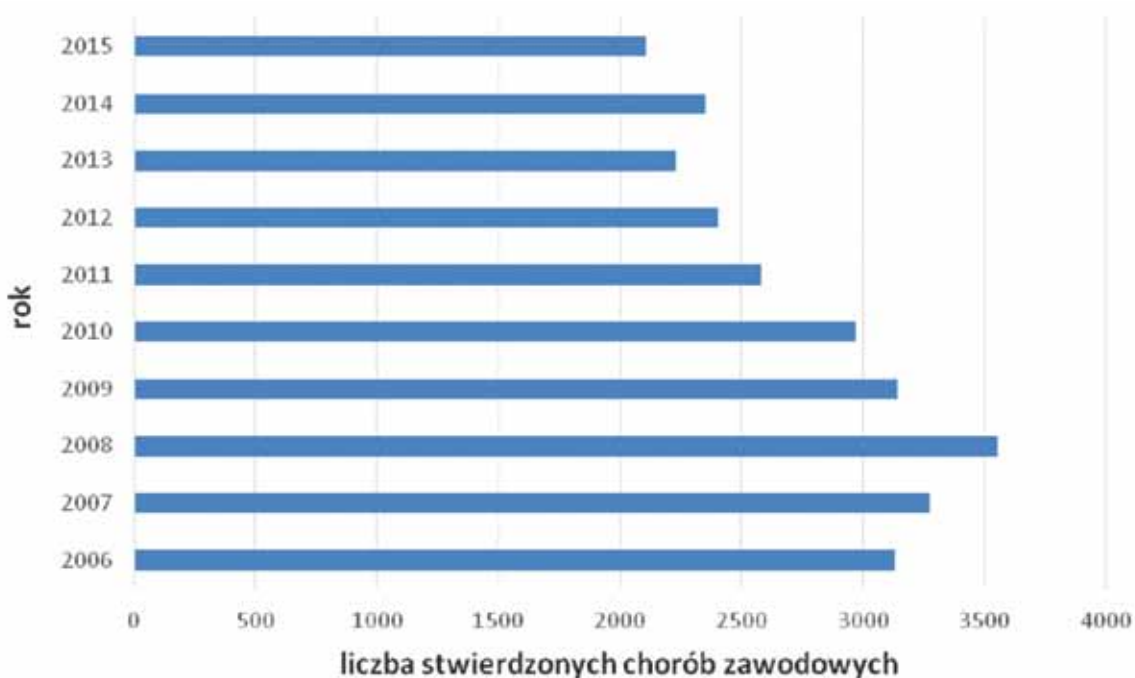
### 3. Choroby zawodowe

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

Postępowanie w sprawie chorób zawodowych w 2015 r. prowadzone było w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r., poz.1367) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2013 r., poz. 1379).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. wpłynęło łącznie 5 039 podejrzeń o chorobę zawodową (w 2014 r. – 5 115). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 2 176 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 2 355 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Łącznie w 2015 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono 2 106 chorób zawodowych, z czego w województwach: śląskim – 427, małopolskim – 248 oraz mazowieckim – 195. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: lubuskim – 30 przypadków i opolskim –15 przypadków.



**Wykres 50.** Występowanie chorób zawodowych w latach 2006–2015.

Od decyzji wydanych przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych w przedmiocie chorób zawodowych do organu II instancji wpłynęło 553 odwołania. Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydali 530 decyzji, z czego 255 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Do Naczelnego Sądu Administracyjnego wniesiono 55 skarg kasacyjnych. Główny Inspektor Sanitarny w ramach postępowania odwoławczego wydał w 2015 roku 30 decyzji administracyjnych oraz 10 postanowień w przedmiocie chorób zawodowych, z czego 11 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

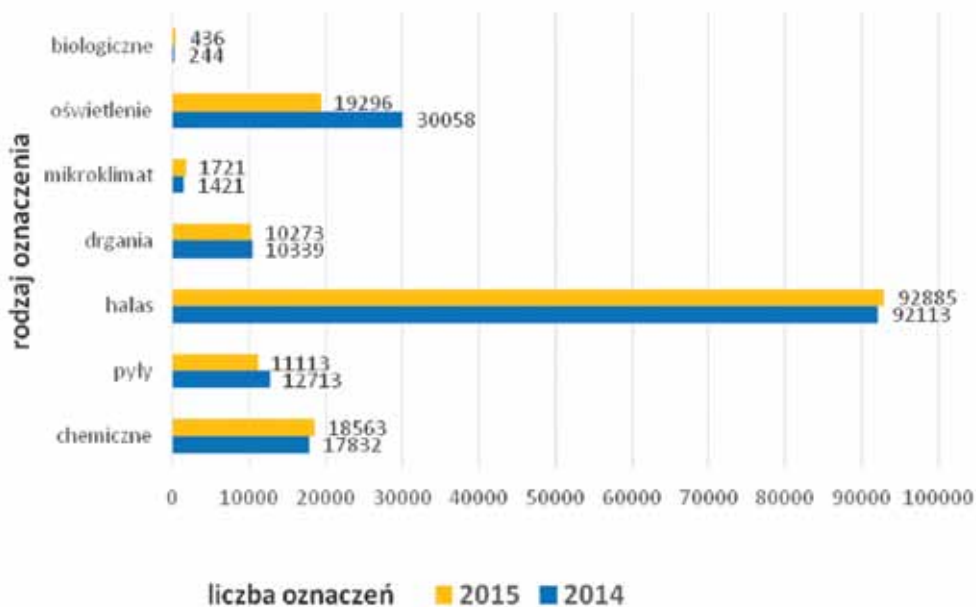
W 2015 r. dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze (655 przypadków) następnie pylica płuc (388 przypadków). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym rozpoznano schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (215 przypadków). Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie 169 przypadków klasyfikują się na miejscu czwartym. Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszącym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1,2 i 3 kHz znalazł się na piątym miejscu i wystąpił w liczbie 130 przypadków.

Szczegółowe dane dotyczące stwierdzonych chorób zawodowych opracowywane są przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w ramach Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych i opracowywanie analiz kształtowania się zapadalności na te choroby. Rejestr jest tworzony na podstawie kart stwierdzenia chorób zawodowych przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2015 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 154 883 – oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na 50 266 stanowiskach pracy, w 2014 r. – 133 949 oznaczeń odpowiednio na 34 117 stanowiskach pracy.

Laboratoria środowiska pracy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych mają wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadają certyfikaty akredytacji na określone badania i pomiary czynników szkodliwych. W 2015 r. bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzenie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy, oprócz laboratoriów funkcjonujących w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych, dysponowało także 45 jednostek PIS szczebla podstawowego.



**Wykres 51.** Oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych w latach 2014 - 2015.

## 5. Podsumowanie

W wyniku działalności kontrolnej pionu higieny pracy w 2015 roku przeprowadzono 58 250 kontroli w zakładach pracy zatrudniających 2 242 847 pracowników. Konsekwencją przeprowadzonych działań kontrolnych było wydanie 14 303 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych.

Największy odsetek uchybień w skontrolowanych zakładach stanowił brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 13,0 % (w 2014 r. - 14,3 %). Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono w 4 647 skontrolowanych zakładach pracy.

W 2015 r. w zakresie nadzoru nad chemikaliami stwierdzono w porównaniu z rokiem poprzednim objętym sprawozdawczością spadek liczby kontroli, szczególnie w obszarze substancji chemicznych i ich mieszanin (o 517 kontroli), natomiast w zakresie produktów biobójczych nastąpił spadek o 737 kontroli.

W porównaniu z rokiem 2014 odnotowano zmniejszenie liczby stwierdzonych chorób zawodowych – o 252 przypadków.

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



Body part:  
View position: AP  
Date: 04.08.2015  
Time: 155219.453

Georg Heike  
\* 27.02.1973  
PatID: 269851

Body part:  
View position: SCHRAEG AP  
Img Date: 04.08.2015  
Img Time: 155306.671



Image # 1.0

Image # 1.0

C1: 2048  
W1: 4096

C1: 2048  
W1: 4096



# Higiena radiacyjna

## 1. Informacje ogólne

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

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

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

Zadania pionu higieny radiacyjnej:

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



## 2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2015 roku zewidencjonowano 14 913 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w których było zatrudnionych ponad 41000 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

Według danych z 2015 roku, wśród osób objętych kontrolą dawek indywidualnych zanotowano 1 przypadek przekroczenia limitu dawki granicznej. Odczyt błony dozymetrycznej przypisanej do pracownika pracowni tomografii komputerowej wykazał dawkę skuteczną 33,7 mSv. Dawka graniczna dla pracownika wynosi 20 mSv w ciągu roku kalendarzowego. Przepisy jednakże dopuszczają przekroczenie tej dawki w danym roku kalendarzowym do wartości 50 mSv, pod warunkiem że w ciągu kolejnych pięciu lat kalendarzowych jej sumaryczna wartość nie przekroczy 100 mSv. W wyniku przeprowadzonej kontroli tematycznej nie udało się stwierdzić w jakich okolicznościach błona dozymetryczna została naświetlona wspomnianą wyżej dawką. Wykonane dodatkowe badania lekarskie u wymienionego wyżej pracownika nie wykazały przeciwwskazań do pracy w promieniowaniu rtg i w związku z tym nie został on odsunięty od pracy. Pracownik ten został pouczony o prawidłowym noszeniu błony dozymetrycznej i został objęty szczególnym nadzorem podczas wykonywania obowiązków służbowych, aby suma dawek otrzymanych przez niego w ciągu kolejnych 5 lat kalendarzowych nie przekroczyła 100 mSv.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej przeprowadzono 4 645 kontroli pracowni i zakładów oraz wydano 311 decyzji administracyjnych i zaleceń pokontrolnych dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

Ponadto, przed wydaniem zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz na uruchomienie pracowni RTG (w roku 2015 wydano 2 533 zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz 1 380 zezwoleń na uruchomienie pracowni) ocenie w zakresie ochrony radiologicznej poddawane są projekty osłon stałych, w których uwzględnia się planowane stanowiska pracy. Przy ocenie bierze się pod uwagę wartości dawek granicznych. Takie postępowanie przyczynia się do minimalizowania narażenia pracowników na kontakt z promieniowaniem jonizującym.

Zgodnie z ustawą Prawo atomowe oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. poz. 1534), w roku 2015 Główny Inspektor Sanitarny powołał 59 komisji egzaminacyjnych; w wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano 1050 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

### 3. Ochrona radiologiczna pacjenta

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

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez:

- wykonanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury RTG – w roku ubiegłym inspekcja sanitarna wykonała 716 testów jakości aparatów rentgenowskich,
- sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury RTG.

Kontynuowano wydawanie zgód, o których mowa w art. 33d i 33e ustawy Prawo atomowe, tj. zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, których wydano 146 w tym: 104 z zakresu rentgenodiagnostyki, 13 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych, 3 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radiofarmaceutycznych, 26 z zakresu radiologii zabiegowej oraz 12 z zakresu radioterapii onkologicznej.

### 4. Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

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

- w roku 2015 skontrolowano 733 zakłady pracy na 6 013 będących w ewidencji;
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 35 917.

Skontrolowano 597 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na 2 533 będących w ewidencji, w energetyce 2 na 23, w przemyśle 112 na 585, w radiokomunikacji i łączności 16 na 2 820. Łącznie skontrolowano 3 865 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach wynosiła 57 448 z czego:

- w ochronie zdrowia 44 020 osób,
- w energetyce 323,
- w przemyśle 8 787,
- w radiokomunikacji i łączności 3 611,

Na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2014 r. (Dz. U. poz. 817) w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czyn-

ników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy ocenę wielkości ekspozycji na pole elektromagnetyczne oddaje wskaźnik ekspozycji  $W$  ( $W$  – wskaźnik ekspozycji przedstawia stosunek wielkości ekspozycji rzeczywistej do dopuszczalnej, stąd jego znacząca rola w ocenie ekspozycji).

Wskaźnik ekspozycji  $W > 1$  dotyczył 44 osób, co oznacza, że osoby te podlegały ekspozycji niedopuszczalnej.

Dotyczyło to osób zatrudnionych w ochronie zdrowia – 24 osoby (z czego 23 pracujących przy urządzeniach MRI) oraz w przemyśle – 24 osoby. W takich sytuacjach nakazano dostosowanie warunków pracy, aby były one zgodne z obowiązującymi przepisami, poprzez:

- dopasowanie rzeczywistego czasu pracy pracowników do czasu dopuszczalnego,
- stosowanie rotacji pracowników,
- rozwiązania organizacyjne polegające na odsunięciu stanowisk pracy od źródeł pól elektromagnetycznych. Dla 8 184 osób wskaźnik ekspozycji  $W$  zawierał się w przedziale 0,5–1, w tym dla pracowników działalności leczniczej - 6 534 osób. Dla pozostałych wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.

## 5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych

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

W roku 2015 w placówkach tych wykonano łącznie 1 030 oznaczeń Cs – 137, 37 oznaczeń Sr – 90 oraz 198 innych oznaczeń, m.in. aktywności K – 40, aktywności globalnej beta w opadzie atmosferycznym, pomiaru mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu.

Ponadto w ramach Systemu Bezpieczeństwa Żywności prowadzony był monitoring produktów żywnościowych, w ramach którego wykonano 51 oznaczeń Cs – 137 metodą radiochemiczną oraz 208 oznaczeń Cs – 137 metodą spektrometryczną. Otrzymane wyniki były wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

## 6. Podsumowanie

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



# Oświata zdrowotna i promocja zdrowia



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

## 1. Profilaktyka nadwagi i otyłości

### **Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”.**

Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności i Żywnienia Związek Pracodawców wychodząc naprzeciw zaleceniom strategii Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia, a także zaleceniom „Białej Księgi Komisji Europejskiej Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z żywnością, nadwagą i otyłością” oraz w odpowiedzi na Zieloną Księgę pt. Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym” od 9 lat realizują Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”. Program promuje zasady zbilansowanej diety i aktywność fizyczną wśród młodzieży szkolnej. Program został zatwierdzony do realizacji przez Głównego Inspektora Sanitarnego w dniu 9 listopada 2006 roku.

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

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

W roku szkolnym 2014/2015 Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywnienia Związek Pracodawców realizowała IX edycję Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego pt. „Trzymaj Formę!”.

Patronat honorowy nad IX edycją objął: Minister Zdrowia, Minister Sportu i Turystyki, Minister Edukacji Narodowej, Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Ponadto patronami programu byli również: Instytut Żywności i Żywnienia, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Federacja Konsumentów, Wydział Nauki o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie. Partnerami programu są: Instytut Medycyny Wsi w Lublinie i Agencja Rynku Rolnego.

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

Działania programowe pod hasłem „Rodzino Trzymaj Formę!” wykonywane były z myślą o niezwykle ważnym aspekcie, jakim jest rola rodzica w procesie kształtowania prozdro-

wotnych zachowań u dziecka. Realizacja Programu metodą projektu sprzyjała zwiększeniu zaangażowania rodziców, których właściwa postawa i odpowiednie wzorce zachowań stanowiły wzmocnienie oddziaływań programu w procesie edukacji młodzieży szkolnej.

Działaniami programowymi zostali objęci uczniowie V i VI klas szkół podstawowych oraz I-III klas gimnazjalnych na terenie całego kraju. Program w IX edycji był realizowany na podstawie założeń programowych i zaproponowanej metodyki w 8 805 szkołach (42,2% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce z wyłączeniem szkół dla dorosłych). Odbiorcami IX edycji programu było 802 948 uczniów gimnazjów oraz V-VI klas szkół podstawowych. Ponadto, 94 569 uczniów klas nierealizujących całości programu sporadycznie uczestniczyło w działaniach.

Ogółem, w trakcie dziewięciu edycji, działaniami programowymi objętych zostało ponad 6 816 223 uczniów klas V-VI szkół podstawowych i gimnazjów.

W ramach IX edycji Programu zorganizowana została czwarta edycja Konkursu wiedzy o zdrowym stylu życia „Trzymaj Formę!”. W konkursie wzięły udział dzieci i młodzież z osiemnastu powiatów z sześciu województw: dolnośląskiego, lubelskiego, łódzkiego, mazowieckiego, pomorskiego i świętokrzyskiego. Konkurs skierowany był do szkół, które uczestniczą w Ogólnopolskim Programie Edukacyjnym „Trzymaj Formę!”, ale mogli wziąć w nim również udział uczniowie szkół nie uczestniczących w programie.

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

Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!” od dziewięciu lat cieszy się nie słabnącym zainteresowaniem szkół oraz środowisk lokalnych.

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

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

Od 1 lipca 2012 roku Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie realizuje Projekt KIK/68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”. Projekt jest współfinansowany w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Głównym celem pięcioletniego Projektu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. Ww. cel ma być osiągnięty dzięki



edukacji społeczeństwa w zakresie negatywnych skutków używania alkoholu, papierosów, narkotyków i innych środków psychoaktywnych oraz promowania zachowań prozdrowotnych.

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

W czerwcu 2015 r. zakończyła się II edycja ww. programu, realizowana w roku szkolnym 2014/2015. Oferta programowa została przedstawiona dyrektorom 5 352 szkół ponadgimnazjalnych, co stanowiło ok. 80% wszystkich szkół ponadgimnazjalnych w kraju (wg danych z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych).

Dzięki dużemu zaangażowaniu wojewódzkich, powiatowych i szkolnych koordynatorów programu, II edycja została zrealizowana w 2 600 szkołach ponadgimnazjalnych (ok. 39%), z czego znaczący udział stanowiły następujące typy szkół: zasadnicze szkoły zawodowe (19,23%), licea ogólnokształcące, profilowane i uzupełniające (41,35%), technika i technika uzupełniająca (39,04%) oraz inne szkoły ponadgimnazjalne (0,39%). Spośród szkół, które wzięły udział w II edycji, 29% stanowiły szkoły, które realizowały program po raz pierwszy. Zdecydowana większość szkół ponadgimnazjalnych realizująca program (ponad 77%) zadeklarowała udział w kolejnej jego edycji, w roku szkolnym 2015/2016.

Działaniami programowymi w II edycji objęto ogółem 134 711 uczniów klas I-IV szkół ponadgimnazjalnych, co stanowiło ok. 27% uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce (w stosunku do zaplanowanego wskaźnika 500 000 uczniów). W sumie, podczas dwóch edycji programu, udział w nim wzięło 213 358 uczniów.

W II edycji programu uczestniczyli także rodzice uczniów (42 850 osób). W ponad 40% placówek w trakcie zebrań rodzice otrzymywali materiały programowe, a koordynatorzy szkolni przedstawiali założenia i cele programu, wyświetlali filmy dotyczące konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, prezentowali stronę internetową projektu lub też zapraszali zewnętrznych ekspertów, którzy prowadzili wykłady, pogadanki nt. profilaktyki uzależnień.

Program edukacyjny pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?” został wysoko oceniony zarówno przez młodzież, jak i szkolnych koordynatorów. Zaangażowanie uczniów podczas realizacji programu, jest bardzo dobre, jak ocenia blisko 49% szkolnych koordynatorów (dobre prawie 25%, a świetne 18,6% koordynatorów). Ponad 50% nauczycieli bardzo dobrze oceniała treści merytoryczne programu, (13% jako dobre, 30,5% jako doskonałe). Materiały pomocnicze również zostały pozytywnie ocenione (doskonale oceniło 35% szkolnych koordynatorów, bardzo dobrze 44%).

Po realizacji II edycji programu, przeprowadzono ankietę ewaluacyjną wśród uczniów, na którą odpowiedziało 70 883 osób. Z pozyskanych danych wynika, że blisko 88%

uczniów chętnie uczestniczyło w zajęciach. Prawie dla wszystkich ankietowanych treści były zrozumiałe – 93,5 %. Uczniowie stwierdzili również, że dobrze (24%), bardzo dobrze (36%) lub celująco (20,6%) opanowali treści programowe i pogłębili swoją wiedzę (65%). Dla około 87% badanych, formy prowadzenia zajęć były ciekawe i mogli w nich aktywnie brać udział (86%). Większość uczestników programu uważa, że jest on ważny i należy go proponować młodzieży szkół ponadgimnazjalnych (prawie 90%). Młodzież chciałaby, aby w przyszłości ich dzieci uczestniczyły w podobnych zajęciach (80%).

### **Ogólnopolska kampania społeczna „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!”**

W 2015 r., w ramach Projektu KIK/68 realizowana była ogólnopolska kampania społeczna pt. „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!”. Celem kampanii jest edukacja społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet będących w ciąży lub planujących ciążę, w zakresie konsekwencji zdrowotnych, zarówno dla matki jak i dla dziecka, używania substancji psychoaktywnych. W prasie ogólnopolskiej i regionalnej pojawiły się artykuły prasowe informujące o celach Projektu, w ogólnopolskich rozgłośniach telewizyjnych i radiowych emitowane były spoty kampanijne, informujące o negatywnym wpływie substancji psychoaktywnych na zdrowie. W całej Polsce, na tablicach zlokalizowanych w centrach miast ukazały się billboardy z hasłem kampanii oraz stroną internetową projektu, na której dostępne są informacje i materiały merytoryczne. Nagrane zostały 2 filmy edukacyjne dla młodzieży na temat wpływu na zdrowie używek. Filmy emitowane są podczas zajęć profilaktycznych w szkołach ponadgimnazjalnych. Ponadto, w programie Dzień Dobry TVN zostały nagrane i wyemitowane rozmowy z ekspertami zdrowia publicznego, dotyczące konsekwencji używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety będące w ciąży.

Działania kampanijne realizowane są również lokalnie przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w całym kraju. Prowadzona jest edukacja młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. W tym celu, podczas lokalnych wydarzeń, organizowane są stoiska edukacyjno-informacyjne, na których można zbadać zawartość tlenku węgla w wydychanym powietrzu przy pomocy smokerlyzera i uzyskać informacje nt. zdrowego stylu życia. W okresie zimowym organizowane były akcje «Bezpieczne ferie», podczas których pracownicy stacji sanitarno - epidemiologicznych edukowali uczestników wypoczynku zimowego nt. zasad zdrowego stylu życia oraz konsekwencji używania substancji psychoaktywnych. Edukacja taka również miała miejsce podczas wypoczynku letniego, w ramach akcji «Bezpieczne wakacje». Ponadto, organizowane są liczne konferencje i szkolenia dla nauczycieli, personelu medycznego, przedstawicieli władz miast i powiatów nt. profilaktyki uzależnień. Szeroka współpraca środowisk lokalnych sprzyja realizacji działań mających na celu edukację społeczeństwa w zakresie negatywnych skutków używania środków psychoaktywnych.

### 3. Profilaktyka chorób zakaźnych

#### **Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS**

Realizacją Programu kieruje Minister Zdrowia, a koordynacja działań została powierzona Krajowemu Centrum do Spraw AIDS.

Podmiotami realizującymi Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, jednostki samorządu terytorialnego, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki. W Programie uczestniczą także wszystkie podmioty, które na podstawie właściwych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS zakłada działania w pięciu obszarach:

- zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa;
- zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
- wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
- współpraca międzynarodowa,
- monitoring.

Celem profilaktyki pierwszorzędowej podczas realizacji programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV wśród ogółu społeczeństwa poprzez zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usługi w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.

Cele szczegółowe to:

- wzrost poziomu wiedzy na nt. HIV i AIDS wśród ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkół ponadgimnazjalnych i gimnazjów,
- poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy, ze szczególnym uwzględnieniem osób aktywnych seksualnie,
- usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży,
- zapewnienie odpowiedniego dostępu do usług diagnostycznych w zakresie profilaktyki HIV/AIDS oraz leczenia ARV – zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV.

Grupę docelową odbiorców programu stanowił ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem ludzi młodych w wieku prokreacyjnym, osób aktywnych seksualnie, uczniów różnych typów szkół oraz pracowników ochrony zdrowia, psychologów, terapeutów, pracowników oświaty.

W działaniach podjętych w 2015 roku przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzięło udział szacunkowo 1 731 821 osób.

Wzmocnieniem realizacji zadań programowych były coroczne obchody Światowego Dnia Walki z AIDS, wraz z XXII Konferencją „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społec-

czeństwie” mającej na celu podsumowania efektów pracy i omówienia nowych wyzwań w obszarze zapobiegania zakażeniom HIV/AIDS. W ramach realizacji zadań Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS promowano inicjatywę Krajowego Centrum ds. AIDS, którymi były:

- ogólnopolska akcja informacyjno-edukacyjna „*Mój Walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test*” ogłoszona z okazji święta zakochanych, w ramach której zachęcano młode, ale pełnoletnie osoby do wykonania testu w kierunku HIV,
- ogólnopolska kampania społeczna „*Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka*” skierowanej do kobiet planujących macierzyństwo i będących w ciąży oraz do lekarzy ginekologów,
- kampania społeczna Fundacji Studio Psychologii Zdrowia pn. „*HIVokryzja. Wyleczmy się*”, realizowana pod honorowym patronatem Krajowego Centrum ds. AIDS zmierzająca do „leczenia” ludzi z hipokryzji wobec osób zakażonych HIV,
- kampania edukacyjna „*Coś Was łączy? Zrób test na HIV*” zachęcająca do poznania własnego statusu serologicznego oraz upowszechniania informacji na temat HIV/AIDS i sposobów zmniejszenia ryzyka zakażenia.

Ponadto jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały działania podjęte w ramach ogólnopolskiej kampanii informacyjnej „Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV” skierowanej do środowisk medycznych, w szczególności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek i położnych, a poprzez te grupy zawodowe, do ogółu społeczeństwa. Celem ww. kampanii było upowszechnienie wczesnej diagnostyki zakażenia HIV, która ogranicza liczbę nowych zakażeń i pozwala w odpowiednim czasie rozpocząć terapię antyretrowirusową.

## 4. Profilaktyka palenia tytoniu

**Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i Zadania na lata 2014-2018.**

**Rolę koordynatora wśród podmiotów realizujących program pełni Minister Zdrowia, który powierzył zarządzanie programem Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.**

Rok 2015 był drugim rokiem realizacji edycji „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu. Cele i zadania na lata 2014-2018” (POZNPT) przyjętego przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 8 lipca 2014 r. Program określa priorytetowe cele i zadania na lata 2014-2018 na jakich powinny opierać się działania związane z redukcją zagrożeń wynikających z palenia tytoniu w Polsce. Celem tej edycji POZNPT jest ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy (w odniesieniu do czynnego i biernego palenia tytoniu) w społeczeństwie polskim. Realizacji powyższego zadania służą następujące cele szczegółowe:

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

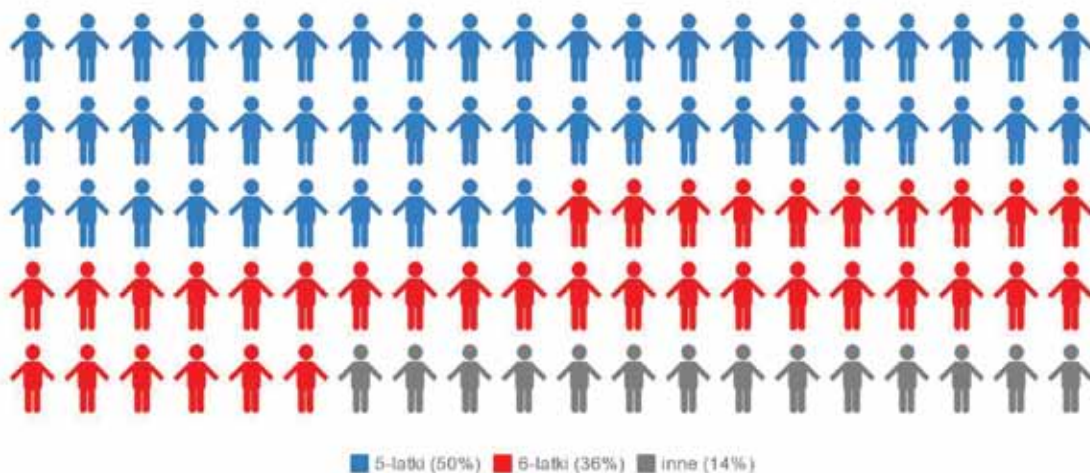
## 5. Informowanie i ostrzeżenie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu.

Ważnym zadaniem Programu realizowanym przez Państwową Inspekcję Sanitarną jest podejmowanie odpowiednich działań umożliwiających przekazywanie rzetelnych informacji, dostosowanych do różnych grup docelowych (kampanie społeczne i medialne, programy edukacyjne dla dzieci i młodzieży, programy interwencyjne dla osób palących i inne działania edukacyjne w środowiskach lokalnych) o ryzyku zdrowotnym, związanym z używaniem tytoniu.

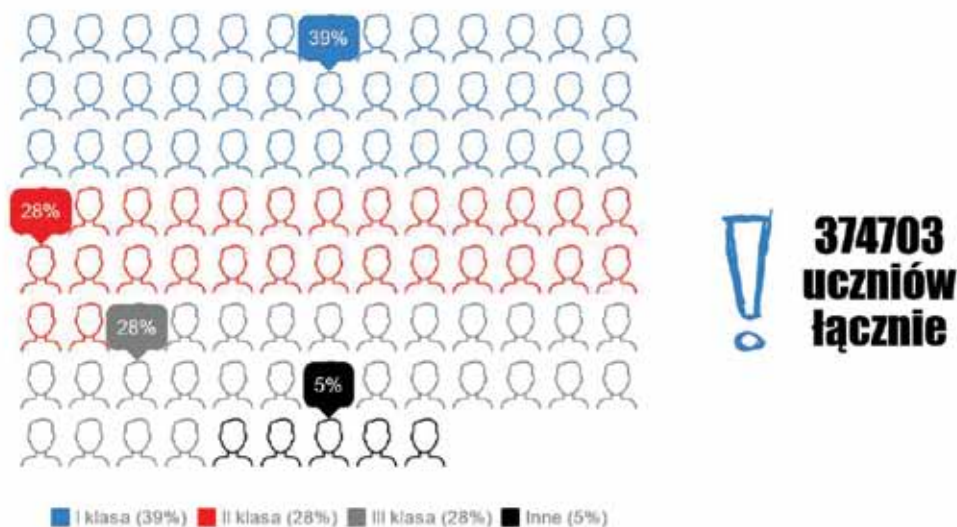
### Program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów „Czyste Powietrze Wokół Nas”.

Program przedszkolnej edukacji antytytoniowej pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas” jest adresowany do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (5-6 lat) oraz ich

Struktura wieku dzieci biorących udział w programie



## Struktura klas uczniów biorących udział w programie



rodziców i opiekunów. Realizowany jest w ramach działań profilaktycznych na terenie przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach. Głównym jego celem jest zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie świadomych, asertywnych postaw w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi.

W roku szkolnym 2014/2015 (VII edycja) programem edukacyjnym objęto 4228 przedszkoli, co stanowi 40,51% tych placówek w całym kraju. Ponadto w realizacji programu wzięło udział 3441 oddziałów przedszkolnych, co stanowi 38,53% tych placówek w Polsce, oraz 109 innych form wychowania przedszkolnego (5,11%). Łącznie do programu przystąpiło 7778 placówek wychowania przedszkolnego.

Liczba rodziców uczestniczących w programie wyniosła 188 847 osób. Łączna liczba dzieci uczestniczących w VII edycji programu to 281 656. Liczba dzieci w przedziale wiekowym 5-6 lat biorących udział w programie wynosi 241 554.

### **Program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I-III szkół podstawowych „Nie pal przy mnie, proszę”.**

Program „Nie pal przy mnie, proszę” skierowany jest do uczniów klas I-III szkół podstawowych. Jego celem jest kształtowanie u najmłodszych postawy odpowiedzialności za własne zdrowie i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, gdy inni w ich obecności palą. W ramach realizacji programu przekazywana jest informacja, że nie tylko czynne, ale i bierne palenie jest szkodliwe dla zdrowia. Przyjęte w programie założenia, cele, treści kształcenia i metody ich realizacji, sprzyjały wzmocnieniu w uczniach pozytywnych zachowań oraz umiejętności asertywnego radzenia sobie w sytuacjach zagrażających

zdrowiu. Tematykę spotkań realizowano zgodnie ze scenariuszami, stosując metody aktywizujące np. „burza mózgów”, „narysuj i napisz”, wierszyki-rymowanki, krzyżówki, układanki.

Program w wielu szkołach był rozszerzany o dodatkowe działania m.in.: konkursy, wystawy, inscenizacje, prelekcje, pogadanki, happeningi. Do V edycji programu (rok szkolny 2014/2015) przystąpiło 6 133 szkół podstawowych, co stanowi 48,4% wszystkich szkół podstawowych w Polsce. Łącznie, w roku szkolnym 2014/2015 w programie udział wzięło 374 703 uczniów. Odsetek szkół realizujących program w porównaniu z poprzednią edycją zwiększył się o 2,7 punktów procentowych (z 45,7% do 48,4%).

### **Program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów „Znajdź właściwe rozwiązanie”.**

Program „Znajdź właściwe rozwiązanie” jest adresowany do uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów. Celem programu jest kształtowanie postaw sprzyjających wspieraniu osób, które pragną zerwać z nałogiem oraz zwiększanie odpowiedzialności za własne zdrowie wśród uczniów. Konstrukcja programu uwzględnia zajęcia, podczas których młodzież uczy się asertywności. Do realizacji V edycji programu przystąpiło 3807 szkół podstawowych (28,3%) oraz 2997 gimnazjów (45,6%). Łącznie w programie udział wzięło 6804 szkół i 366 050 uczniów. Ponad 80% uczniów realizujących program wskazało, że poszerzyło wiedzę na temat negatywnego wpływu palenia na zdrowie i skutków zdrowotnych palenia tytoniu. Dzięki ciekawym zajęciom warsztatowym młodzież kształtuje postawy asertywne wobec osób palących, podejmuje zobowiązanie do

#### **Szkoły podstawowe:**

W roku szkolnym 2014/2015 do programu przystąpiło 3807 szkół podstawowych

#### **Gimnazja:**

Liczba gimnazjów, które wzięły udział w V edycji programu wyniosła 2878



niepalenia i czyni starania, aby przekonać innych do niepalenia lub zerwania z nałogiem. Ponad 70% uczniów przyznało, że zajęcia korzystnie wpłynęły na umiejętność radzenia sobie z presją otoczenia.

### Światowy Dzień Bez Tytoniu

Światowy Dzień bez Tytoniu, obchodzony 31 maja, został ustanowiony na konferencji Światowej Organizacji Zdrowia w 1988 r. w Madrycie. Każdego roku skupia się on na innym aspekcie wpływu tytoniu na zdrowie ludzi. W 2015 roku hasłem obchodów było: „Stop nielegalnemu obrotowi wyrobami tytoniowymi (Stop illicit trade of tobacco products)”. WHO pragnęło zwrócić uwagę na zagrożenie, jakie niesie nielegalny handel papierosami. Państwowa Inspekcja Sanitarna włączając się w obchody organizowała liczne imprezy środowiskowe, które miały na celu zwiększenie w społeczności lokalnej wiedzy na temat zdrowotnych skutków palenia tytoniu oraz zagrożeń, jakie niesie nielegalny handel wyrobami tytoniowymi. Główny Inspektorat Sanitarny rozdystrybuował ulotki pt. „Nie jest ważne, którego wybierzesz...” do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

### Światowy Dzień Rzucania Palenia

Światowy Dzień Rzucania Palenia pt. „Rzuć palenie razem z nami” przypada w trzeci czwartek listopada i jest obchodzony w Polsce od 1991 r. Celem obchodów jest zachęcenie jak najszerszej grupy odbiorców do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. W 2015 roku z inicjatywy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych zorganizowano wiele





przedsięwzięć, które stanowią zwieńczenie całorocznej działalności programowej w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

W dniu 19 listopada 2015 roku Główny Inspektorat Sanitarny rozpoczął ogólnopolską kampanię społeczną, w oryginalny sposób ukazującą skutki narażenia na dym tytoniowy. Motywem przewodnim kampanii były zniszczone płuca, które zostały „uwiędzone” dymem tytoniowym i nie nadają się już do zdrowego i długiego życia. Hasło kampanii brzmiało: „Nie zawsze wędzone trzyma dłużej”. Kampania miała nie tylko zachęcić społeczeństwo do nierozpoczynania palenia lub do zerwania z nałogiem, ale przede wszystkim miała na celu zwrócenie uwagi na problem osób palących, którzy palą zarówno przy dorosłych, jak i przy dzieciach. Kampanię można było obserwować w dniach 16-30 listopada 2015 roku w wybranych miastach w Polsce, na nośnikach cietylight, na ekranach LCD w komunikacji miejskiej oraz w Internecie. Spot towarzyszący kampanii pokazuje drogę człowieka, który jako dziecko jest narażony na bierne palenie, a ze względu na ciągły kontakt z papierosami w rezultacie sam staje się palaczem. Historia kończy się w momencie, w którym płuca dorosłego człowieka stają się „niezdadne do życia” w wyniku wieloletniego działania substancji toksycznych pochodzących z papierosów. Spot wspierały ulotki.

## 6. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

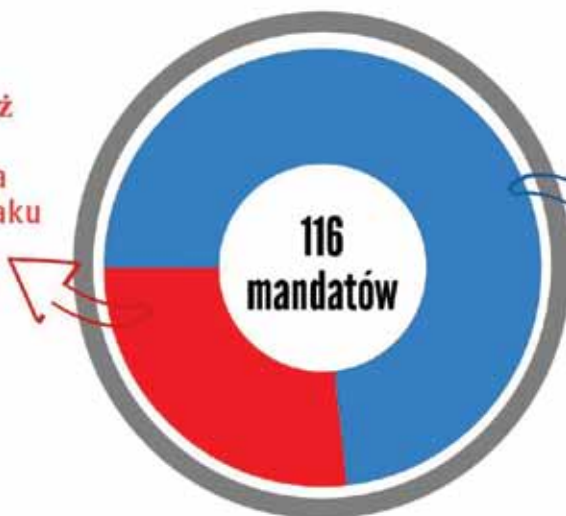
Dostępne badania wskazują jednoznacznie, że nie ma bezpiecznego poziomu narażenia na dym tytoniowy. Każdy obywatel ma konstytucyjne prawo do ochrony swojego zdrowia, a narażenie na bierne palenie, szczególnie w przestrzeni publicznej, zdecydowanie to prawo narusza. Dlatego istotne jest, aby w obiektach objętych przepisami ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych przeprowadzać cykliczne kontrole sprawdzające przestrzeganie tych zapisów oraz, w razie wykrycia nieprawidłowości, skutecznie egzekwować prawo.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych prowadzi systematyczne kontrole przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej.

Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego.

W 2015 r. przeprowadzono łącznie 281 105 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu. Z wykonanych kontroli wynika, że ustawa jest

Wystawiono również 31 mandatów na kwotę 6200,00 zł za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem



W 2015 roku wystawionych zostało 85 mandatów za łamanie zakazu palenia na łączną kwotę 17350,00 zł

stosowana w 99,93% (n=280 919 zakładów) obiektów użyteczności publicznej. Natomiast w 0,07% skontrolowanych zakładów (n=186 zakładów) stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów ustawy.

## 7. Prowadzenie badań w zakresie zachowań i postaw wobec palenia tytoniu

Monitoring jest niezbędnym elementem Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu, gdyż umożliwia ocenę jego skuteczności oraz wprowadzenie koniecznych modyfikacji. Pozwala zweryfikować, czy działania zostały zrealizowane prawidłowo i przyniosły oczekiwane rezultaty. W ramach monitoringu programu pozyskiwane są ogólne i szczegółowe informacje na temat rozpowszechnienia palenia tytoniu w Polsce. Na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego w dniach 10-15 lipca 2015 r. firma TNS przeprowadziła badanie na temat postaw i zachowań w stosunku do osób palących. W wyniku badań ustalono, że liczba osób palących codziennie papierosa w Polsce spada – obecnie jest to 24%. Odsetek osób palących okazjonalnie to 1%, a odsetek byłych palaczy to 16% - wartości te są również niższe z porównaniem do badań z lat ubiegłych. Wzrasta za to odsetek osób, które nigdy nie paliły tytoniu – 58%. Bardzo istotne są również wyniki dotyczące narażenia na bierne palenie: u 61% Polaków w domu nie pali się papierosów, 4% ogółu społeczeństwa jest narażona na bierne palenie w miejscu pracy, 16% w pubach, 7% w obiektach sportowych. Warto również podkreślić, iż w 2015 roku 7% Polaków używało e-papierosów przynajmniej raz w życiu, na-

tomia 5,5% obecnie je pali – głównie w celu rzucenia palenia papierosów tradycyjnych (36,5%). Za najskuteczniejsze sposoby porzucenia nałogu Polacy uważają wzrost cen papierosów (80% wszystkich ludzi), następnie wprowadzenie zakazów palenia w miejscach publicznych (62%) i prowadzenie kampanii społecznych/ medialnych czy też programów prozdrowotnych (53,5%).

Planowana jest kontynuacja bieżących działań jak również inicjowanie nowych zadań z zakresu edukacji antytytoniowej (nowy program antytytoniowej edukacji zdrowotnej dla dzieci z IV klas szkół podstawowych, który zastąpi obecnie istniejące szkolne programy) i promocji zdrowia zgodne z aktualną sytuacją epidemiologiczną oraz potrzebami społeczeństwa.

### Od 2011 roku zauważalna jest tendencja spadkowa odsetka regularnych palaczy

■ 2011 (31%) ■ 2013 (27%) ■ 2015 (24%)





Ocena stanu  
sanitarnego  
placówek dla dzieci  
i młodzieży



## 1. Informacje ogólne

W roku 2015 Państwowa Inspekcja Sanitarna nadzorowała 43 779 placówek przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, w tym m.in. placówki edukacyjne (przedszkola i szkoły), opiekuńczo-wychowawcze (m. in. żłobki i domy dziecka) i inne, np. bursy i internaty, domy studenckie oraz ośrodki specjalne. W liczbie tej mieściło się 19 747 szkół wszystkich typów, w tym 8 305 szkół podstawowych, 2 636 gimnazjów, 870 liceów ogólnokształcących, 531 szkół policealnych, 228 szkół zawodowych ponadgimnazjalnych, 84 szkoły specjalne oraz 7 093 zespoły szkół, w ramach których funkcjonowały placówki różnych typów. Ponadto, nadzorowanych było 2 441 żłobków i klubów dziecięcych oraz 12 907 przedszkoli. Nadzorowano także placówki pracy pozaszkolnej, opiekuńcze, wychowawcze, rekreacyjne, wypoczynku itp.

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

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach realizacji zadań związanych z nadzorem nad warunkami sanitarno-higienicznymi placówek dla dzieci i młodzieży w 2015 roku przeprowadzili 46 616 kontroli w 32 187 placówkach (73,5%), z których korzystało łącznie 5 956 498 osób, w tym 3 740 779 uczniów szkół wszystkich typów (szkoły podstawowe, gimnazja, licea, szkoły ponadgimnazjalne zawodowe, szkoły specjalne).

Większość kontroli przeprowadzonych została w sposób planowy, jedynie nieznaczny odsetek stanowiły kontrole o charakterze interwencyjnym, tj. podjęte w rezultacie (dokonanego np. przez rodziców uczniów) zgłoszenia dotyczącego podejrzenia, iż w placówce nie zapewniono dzieciom i młodzieży bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu.

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

W wyniku kontroli prowadzonych w 2015 r. stwierdzono, iż ogółem nieprawidłowości dotyczyły 1 580 skontrolowanych placówek (4,9% skontrolowanych). Uchybienia dotyczące zarówno stanu sanitarno-higienicznego, jak i sanitarno-technicznego obiektu, w którym mieści się placówka dla dzieci i młodzieży stwierdzono w 421 obiektach, podczas gdy 262 skontrolowane placówki były w niewłaściwym stanie sanitarno-higienicznym, natomiast 897 w złym stanie technicznym.

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

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w trakcie kontroli placówek dla dzieci i młodzieży odnotowali, iż 97% placówek posiadało podłączenie do sieci wodociągowej, z własnego ujęcia wody korzystały 899 (2,6%) placówek, natomiast 5 037 odprowadzało nieczystości do zbiornika bezodpływowego, a 889 placówek posiadało własne oczyszczalnie ścieków.

W 693 (2%) obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie).

Niewłaściwe warunki do utrzymania higieny osobistej stwierdzono w 1 158 placówkach (3,4%) w tym w 103 placówkach stwierdzono zaniedbania w zakresie stanu czystości i porządku sanitariatów, natomiast w 848 przypadkach urządzenia sanitarne okazały się niesprawne technicznie. W 9 placówkach dostępne były jedynie ustępy zewnętrzne.

Skontrolowano również szkoły pod względem realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach. Pomimo znacznej poprawy, w ostatnich latach w 133 obiektach nie wywiązano się ww. obowiązku.

W 161 szkołach nie zapewniono należytych warunków do utrzymania higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, ręczników papierowych do suszenia rąk lub suszarki elektrycznej do suszenia rąk oraz mydła w płynie w dozownikach).

## 5. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży

Podczas kontroli w placówkach przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poddają ocenie dostosowanie mebli do wysokości ciała dzieci i młodzieży. W 93,8% skontrolowanych placówek zapewniono uczniom możliwość korzystania z mebli dostosowanych do wysokości ciała uczniów. Uchybienia stwierdzono na 11 984 stanowiskach w 1 394 oddziałach w 548 placówkach (przedszkola i szkoły).

## 6. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne

W trosce o stan zdrowia uczniów (codzienne noszenie ciężkich plecaków i tornistrów może prowadzić do m. in. trwałego skrzywienia kręgosłupa) wprowadzony został prawny obowiązek zapewnienia uczniom miejsca na pozostawienie w placówce podręczników i przyborów szkolnych. Z obowiązku tego w pełni wywiązało się 96% szkół (zapewniając możliwość zostawienia podręczników i przyborów szkolnych uczniom wszystkich klas).



## 7. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

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

Z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego (w skład którego wchodzi sala gimnastyczna, sala rekreacyjna oraz pomieszczenia pomocnicze, np. szatnia) z boiskiem korzystać mogli uczniowie 42,4% szkół, a 5,1% szkół posiadało tzw. zespół sportowy bez boiska. Stwierdzono ponadto, iż 8,1% szkół posiadało wyłącznie salę gimnastyczną, natomiast 6,7% placówek wyłącznie boisko. Odnotowano, że niezależnie od posiadanej infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego na korytarzach odbywały się w 7,7% szkołach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku 8,1% placówek.

Tylko w 325 szkołach (2,8%) uczniowie korzystali z natrysków po każdych zajęciach sportowych, natomiast w 9,3% sporadycznie a 23,1% umożliwiono korzystanie z natrysków po dodatkowych zajęciach sportowych, 1,1% szkół posiadało natryski nieczynne, z kolei w 12,3 % szkół mimo posiadania natrysków, nie były one używane.

## 8. Rozkład zajęć oraz organizacja czasu pobytu w szkole

W ramach nadzoru nad higieną procesu nauczania skontrolowano rozkłady zajęć w szkołach wszystkich typów. Higieniczny plan zajęć powinien przewidywać rozpoczęcie i zakończenie zajęć o tej samej lub zbliżonej porze we wszystkie dni tygodnia, jak również niełączenie w bloki przedmiotów trudnych (np. matematyka, fizyka i chemia). Skontrolowano w tym zakresie 6 171 szkół podstawowych, nieprawidłowości odnotowano w 268 z nich. Ponadto skontrolowano 1 779 gimnazjów, spośród których w 59 nie zapewniono higienicznego rozkładu zajęć; 237 liceów ogólnokształcących, z czego w 19 stwierdzono uchybienia w przedmiotowym zakresie, jak również 66 ponadgimnazjalnych szkół zawodowych, gdzie uchybienia odnotowano w przypadku 2 szkół.

## 9. Warunki pobytu dzieci 5-6 letnich w szkole i przedszkolu

W ramach nadzoru nad higieną procesu nauczania oceniono warunki pobytu dzieci w wieku 5-6 lat podczas pierwszego roku nauczania. Ogółem oceniono 61% placówek, w których zorganizowano nauczanie dla dzieci 5 i 6-letnich w tzw. zerówce. Niewystarczająca infrastruktura posiadały 3 262 placówki (25%), w tym najczęściej dyrektorzy placówek zgłaszali brak wydzielonego placu rekreacyjnego (28%), zbyt małą powierzchnię sal dla dzieci (20%), niedostosowanie urządzeń sanitarnych do wysokości dzieci (18%), posiadanie mebli i sprzętu bez certyfikatów zgodności z Polską Normą (14%) i brak możliwości dożywiania dzieci podczas pobytu w placówce (10%).

## 10. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W roku 2015, w elektronicznej bazie Kuratorium Oświaty, zarejestrowano 24 700 turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w całym kraju skontrolowały warunki sanitarno-higieniczne podczas 11 413 turnusów (z których skorzystało łącznie 536 659 osób), z czego 121 kontroli miało charakter interwencyjny, tj. zostały przeprowadzone na skutek zgłoszenia podejrzenia, iż uczestnikom nie zapewniono należytych warunków sanitarnych (52 interwencje okazały się uzasadnione). Kontrole wykazały 171 przypadków uchybień w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku. W przypadku 81 turnusów stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu. W 9 przypadkach wydano decyzje administracyjne o zamknięciu całości lub części obiektu, w którym odbywał się wypoczynek dzieci i młodzieży.

## 11. Żłobki

Zgodnie z treścią danych uzyskanych w związku z nadzorem nad żłobkami i klubami dziecięcymi, w ewidencji prowadzonej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej figurowało 2 609 placówek, w tym 2 128 żłobków, z których 1 587 utworzono po wejściu w życie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 z dnia 4 lutego 2011 r. (Dz. U. 2011 r. Nr 45 poz. 235 ze zm.) oraz 481 klubów dziecięcych. W roku 2015 złożono łącznie 566 wniosków o wydanie opinii sanitarnej, z czego 522 placówki otrzymały pozytywną opinię w zakresie spełnienia wymogów sanitarnych, a 5 placówkom odmówiono wydania pozytywnej opinii sanitarnej z powodu stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień. W 36 placówkach postępowanie o wydanie opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest w toku. W 2015 r. 106 placówek objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej zawiesiło lub zakończyło działalność.

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

- nie zapewniono wymaganej powierzchni pomieszczeń;
- wyposażenie nie posiadało atestów lub certyfikatów;
- wysokość pomieszczeń przeznaczonych na pobyt dzieci wynosiła mniej niż wymagane przepisami 2,5 m;
- poziom podłogi w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi był niższy niż określony przepisami, tj. 30 cm powyżej terenu urządzonego przy budynku;
- meble nie były dostosowane do wymagań ergonomii;
- pomieszczenia nie były utrzymane w odpowiednim stanie czystości i porządku;
- nie zapewniono bieżącej ciepłej wody;
- zespoły sanitarne nie były wyposażone w środki higieny osobistej;

- nie zapewniono dostępu do miski ustępowej oraz urządzeń sanitarnych z ciepłą bieżącą wodą, takich jak: umywalka, brodzik z natryskiem lub inne urządzenia do utrzymania higieny osobistej dzieci.

## 12. Postępowanie administracyjne

Państwowa Inspekcja Sanitarna, sprawując nadzór nad warunkami higieny dzieci i młodzieży egzekwuje realizację prawnych nakazów dotyczących zapewnienia odpowiednich standardów higieny w licznych obszarach (stan sanitarno-techniczny budynków, w których działają placówki dla dzieci i młodzieży, higiena procesu nauczania, warunki sanitarno-higieniczne wypoczynku itp.) poprzez wydawanie zaleceń oraz prowadzenie postępowań administracyjnych. W roku 2015 wydano łącznie 9 166 decyzji administracyjnych nakazujących zapewnienie właściwych warunków higieniczno-sanitarnych (6 356 decyzji wydanych zostało przez pion higieny dzieci i młodzieży, 1 833 przez pion bezpieczeństwa żywności i żywienia, natomiast 938 przez pion higieny komunalnej), z czego wyegzekwowano 5 041. Ponadto na winnych uchybień nałożono 813 mandatów karnych na łączną kwotę 152 750 PLN.

## 13. Podsumowanie i porównanie z rokiem 2014

Zdecydowana większość nadzorowanych placówek zapewniła bezpieczne i higieniczne warunki dzieciom i młodzieży.

W roku 2015 nieprawidłowości w zakresie stanu higienicznego oraz technicznego obiektu odnotowano w 305 skontrolowanych placówkach, podczas gdy w 2013 r. stwierdzono je w przypadku 138 placówek.

Zgodnie z wynikami kontroli przeprowadzonych w 2015 r. w 1 126 szkołach nie zapewniono należytych warunków do utrzymania higieny osobistej, natomiast w 2013 roku stwierdzono 1 004 przypadki przedmiotowych uchybień.

Sukcesywnie zmniejsza się liczba placówek, w których brak jest dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich sanitariatach dla uczniów. W 2015 r. takich placówek było 164 w porównaniu z 206 placówkami w roku 2013.

Zmniejszyła się liczba placówek dysponujących ustępami zewnętrznymi i są to placówki, które oczekują na nowe budynki lub rozbudowę.



Nadzór organów  
Państwowej  
Inspekcji Sanitarnej  
nad bezpieczeństwem  
suplementów diety  
i środków spożywczych  
specjalnego  
przeznaczenia  
żywnościowego



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

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

## I. Suplementy diety

### 1. Zakres nadzoru

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje co najmniej 155 wytwórni oraz 585 hurtowni suplementów diety. Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) miało 144 wytwórni suplementów diety oraz 367 hurtowni. System HACCP wdrożono w 136 zakładach produkcyjnych oraz 214 hurtowniach suplementów diety.

W 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- 125 obiektów, tj. 80,64 % wytwórców funkcjonujących na terenie kraju,
- 249 obiektów obrotu hurtowego, tj. 42,56 % ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

Kontrolowane obiekty oceniono również na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego.

Wśród wytwórców dokonano oceny w 92 obiektach kontrolowanych – 59,35 % obiektów ogółem, natomiast w przypadku hurtowni ocenie kompleksowej poddano

93 obiekty – tj 15,90% obiektów hurtowych ogółem. Wyniki oceny przeprowadzonej z wykorzystaniem arkusza oceny nie wykazały obiektów niezgodnych z ustalonymi wymaganiami. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w 2015 r. we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety sięgnęła liczby 851, z czego 143 kontrole były kontrolami interwencyjnymi.

W następstwie przeprowadzonych kontroli, właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 149 decyzji administracyjnych, w tym 48 decyzji skierowano do wytwórców suplementów diety, a 95 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 30 decyzji zakazujących wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

## 2. Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2015 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 3156 suplementów diety, w tym 222 produktów z importu spoza UE, 422 z krajów członkowskich UE oraz 2512 produkcji

Lp.	Kierunek badania próbek	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import	EU	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	599	30	51	518
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	311	41	38	232
3	Mikotoksyny	5	0	0	5
4	Substancje dodatkowe dozwolone	431	0	50	381
5	Znakowanie	2328	160	316	1852
6	Organoleptycznie	1685	110	208	1367
7	Zanieczyszczenia biologiczne	7	0	0	7
8	Zanieczyszczenia fizyczne	7	0	0	7
9	Inne parametry	1318	133	207	978

**Tabela 36.** Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2015 r.



krajowej. Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia tabela 36.

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania. Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 134 przypadkach badanych próbek (28 spoza UE, 25 z krajów UE, 81 produktów krajowych). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 37.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza ustawowym obowiązkiem sprawowania nadzoru bieżącego nad przedsiębiorcami uczestniczącymi na rynku produktów spożywczych współpracują z innymi Państwami Członkowskimi w Systemie RASFF. W 2015 r. powiadomieniami alarmowymi stanowiącymi potencjalne zagrożenie dla zdrowia konsumentów objęto przypadki: zastosowanie niedeklarowanej substancji – aegalina, przekroczenie zanieczyszczeń metalami ciężkimi (wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne), wykrycie bakterii Salmonella derby.

Rok	Suplementy diety		w tym:					
			krajowe		importowane (spoza EU)		EU	
	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane
2015	3156	4,66%	2512	3,42%	222	14,86%	224	6,63%

**Tabela 37.** Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zakwestionowane.

## II. Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego

### 1. Zakres nadzoru

W roku 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 21 wytwórni środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Liczba tego rodzaju obiektów objętych rejestrem przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. to 23 obiekty. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego zostało ocenionych 18 spośród skontrolowanych wytwórni, w żadnej z nich nie wykazano niezgodności.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej oraz wdrożony system HACCP stwierdzono w 23 wytwórniach środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 110, w tym 20 kontroli interwencyjnych.

W roku 2015 w odniesieniu do wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wydano 7 decyzji administracyjnych, w tym 2 zakazujące wprowadzania produktu do obrotu.

Ponadto z ww. wytwórni pobrano 225 próbek środków spożywczych, z czego żadna nie została zdyskwalifikowana.

Stan sanitarny nadzorowanych obiektów oceniany był przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z jednolitymi procedurami urzędowej kontroli żywności oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością, uwzględniając przepisy w zakresie wymagań higieniczno – sanitarnych.

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

## 2. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

W 2015 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 6518 próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. W porównaniu z rokiem 2014 liczba zbadanych próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego zwiększyła się o 12%. Kierunki badań oraz liczba próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego zostały przedstawione w tabeli 39.

Spośród wszystkich 6518 przebadanych próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, największy odsetek (79,6 %) stanowiły próbki produktów krajowych – 5190 próbek. Zbadano 1267 próbek produktów z Unii Europejskiej (UE) (co stanowiło 19,4 % wszystkich badanych próbek) oraz 61 próbek produktów z importu spoza UE (0,9 % wszystkich zbadanych prób).

Ogółem zdyskwalifikowano 134 próbki produktów, co stanowi 2 % wszystkich badanych próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Rok	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego razem		w tym:					
			krajowe		importowane (spoza EU)		EU	
	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane	próbki zbadane	próbki zakwestionowane
2015	6518	2,00%	5190	2,20%	61	8,20%	1267	1,10%

**Tabela 38.** Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – próbki zakwestionowane.

Lp.	Kierunek badania próbek	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import	EU	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3277	1	699	2577
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	783	17	161	605
3	Mikotoksyny	604	16	84	504
4	Pozostałości pestycydów	102	0	10	92
5	Znakowanie	4378	52	1014	3312
6	Obecność GMO	29	0	11	18
7	Zanieczyszczenia azotanami	353	3	37	313
8	Substancje dodatkowe dozwolone	190	0	51	139
9	Organoleptycznie	3773	42	814	2917
10	Zanieczyszczenia biologiczne	16	0	2	14
11	Zanieczyszczenia fizyczne	15	0	2	13
12	Inne parametry	577	6	84	487

**Tabela 39.** Zakres badań próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego przeprowadzonych w 2015 r.

Wśród zdyskwalifikowanych próbek 5 pochodziło z importu, 115 było próbkami produktów krajowych, natomiast 14 pochodziło z krajów UE. Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 38.

Najwięcej – 130 próbek produktów – co stanowi 97 % wszystkich zdyskwalifikowanych próbek, zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie; 4 próbki zdyskwalifikowano ze względu na „inne parametry” i 2 próbki ze względu na substancje dodatkowe dozwolone.



**MOCARZ**

Działania Państwowej  
Inspekcji Sanitarnej  
w zakresie  
zmniejszania zagrożeń  
zdrowia publicznego  
stwarzanych przez  
środki zastępcze



## 1. Wprowadzenie

Rzeczpospolita Polska jako jeden z pierwszych krajów EU prowadzi systemowo zwalczanie tzw. „dopalaczy”.

Wskutek decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 2 października w 2010 r. udowodniono, że w skład „dopalaczy” wchodzi niebezpieczne dla życia lub zdrowia substancje psychoaktywne oraz zmieniono powszechne przekonanie o braku ich szkodliwości.

Z dniem 27 listopada 2010 r. wprowadzono ustawowy zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych, a od 1 lipca 2015 r. nowych substancji psychoaktywnych.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 9a ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412) należy kontrola przestrzegania przepisów 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.

Egzekwowanie zakazu wytwarzania lub wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej «środka zastępczego lub nowej substancji psychoaktywnej» jest określone ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii.

Nieprzestrzeganie tego prawa jest karane w trybie administracyjnym i należy do właściwości państwowego inspektora sanitarnego.

Tzw. „dopalacze” są produktami o nieznanym składzie chemicznym. Skład chemiczny zakwestionowanego produktu, a zatem identyfikacja środka zastępczego, następuje w wyniku działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Narodowy Instytut Leków na stronie [www.inl.gov.pl](http://www.inl.gov.pl) informuje: *„dopalacze” zawierają mieszanki różnych substancji, które mogą potęgować swoje działanie. Ich łączny efekt farmakologiczny i toksykologiczny może poważnie zagrażać zdrowiu i życiu użytkowników, a nietypowe objawy zatrucia dodatkowo utrudniają leczenie. Osoby kupujące takie produkty nigdy nie mogą mieć pewności jaki jest ich skład oraz zawartość – stąd dawka, intensywność wywołanych efektów, a także toksyczność jest trudna do oceny przed zastosowaniem.*

Tzw. „dopalacze” wywierają toksyczne działania nie tylko na ośrodkowy układ nerwowy ale również na układ sercowo -naczyniowy, przewód pokarmowy, nerki i mięśnie szkieletowe, mogą wywołać ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne.

## 2. Nowe przepisy

W 2015 r. zostały opracowane i wprowadzone w życie następujące nowe przepisy prawne dotyczące tzw. „dopalaczy” :

1) ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz.875, 1830 ), w której od 1 lipca 2015 r.

listy środków odurzających i substancji psychotropowych zostały zwiększone o 114 związków chemicznych, w tym o substancje zidentyfikowane w „dopalaczach” w wyniku działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

2) rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U.poz.2017);

3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu podmiotów uprawnionych do przeprowadzenia badań umożliwiających ustalenie czy badany produkt jest środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną (Dz.U.poz.2018);

4) zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. MZ z dnia 14 października 2015 r., poz. 58).

Nowa regulacja od 1 lipca 2015 r. również w sposób jednoznaczny postanawia, że tzw. „dopalaczy” nie można wprowadzać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, co przyczynia się do eliminowania „dopalaczy” już na etapie granic państwa.

Zidentyfikowane w badaniach środki zastępcze są wskazywane do rozpatrzenia przez utworzony przy Ministrze Zdrowia - Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, któremu przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny. Zespół został powołany na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i pracuje w oparciu o zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. MZ z dnia 14 października 2015 r., poz. 58).

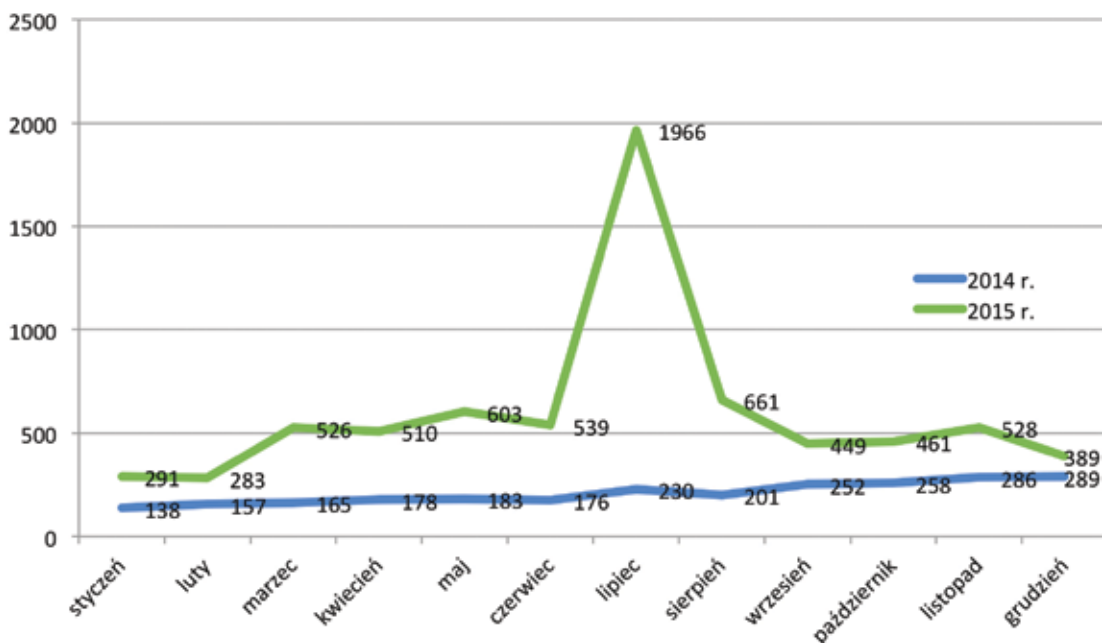
W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu podmiotów uprawnionych do przeprowadzenia badań umożliwiających ustalenie czy badany produkt jest środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną zostały m.in. wskazane: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Radomiu oraz Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy.

### 3. Sytuacja epidemiologiczna

Z danych przekazanych przez Krajowego Konsultanta ds. Toksykologii Klinicznej wynika, że w 2015 r. stwierdzono 7 281 podejrzeń zatruc środkówami zastępczymi, w tym prawdopodobnie 24 zgony spowodowane ich użyciem. Jest to znaczny wzrost w stosunku do 2014 r. Najwięcej przypadków zatruc wystąpiło na terenie województw śląskiego (1850), łódzkiego (1493), wielkopolskiego (698), kujawsko-pomorskiego (470), mazowieckiego (431) oraz lubuskiego (412).

Poniższy wykres wyraźnie wskazuje na wzrost występowania podejrzeń zatruc w lipcu 2015 r. Sytuacja ta miała pośredni związek z reakcją rynku tzw. „dopalaczowego”





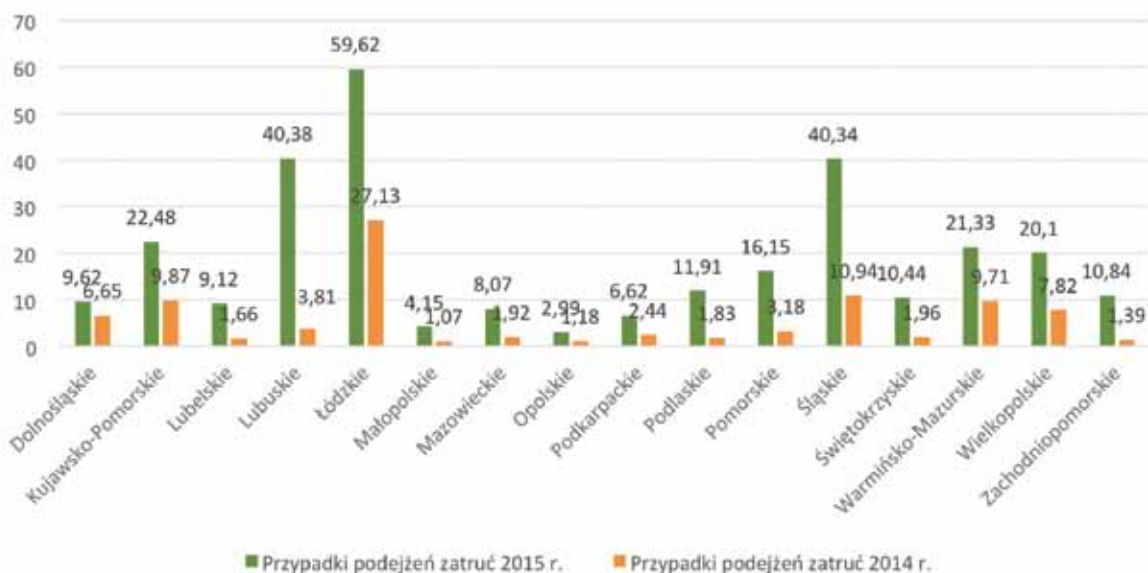
**Wykres 52.** Liczba podejrzeń zatrucień środkami zastępczymi w latach 2014 – 2015.

na zmianę prawa, przede wszystkim doszło do masowego pozbywania się zalegających w magazynach substancji, które w lipcu zostały objęte prawem karnym. W lipcu 728 przypadków zatrucień odnotowano w województwie śląskim, co stanowiło prawie 50% łącznej liczby przypadków zanotowanych w tym województwie w 2015 r.

W 2015 r. liczba zatrucień wynosiła 18,92 na 100 tys. mieszkańców Polski. Szczególną uwagę zwraca sytuacja epidemiologiczna w województwie łódzkim, gdzie ten współczynnik został przekroczony 3. oraz 2. dwukrotnie w województwach lubuskim i śląskim. Zauważa się także 10. krotny wzrost podejrzeń zatrucień w województwie lubuskim, co można w części tłumaczyć poprawą „czułości” systemu zgłaszania, jak również pojawieniem się większej liczby nowych i wyjątkowo toksycznych substancji. Wysoki współczynnik zatrucień wystąpił również w województwach: kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim oraz wielkopolskim.

Podjęta w 2010 r. przez służby państwa interwencja była bardzo skuteczna. Sklepy zamknięto, liczba zatrucień gwałtownie spadła. Można tylko prognozować, że gdyby nie było interwencji, sytuacja mogła się równie dynamicznie pogarszać i wyglądałaby gorzej niż np. Irlandii (*Flash Eurobarometr 330/2011 oraz 401/2014*).

Relatywnie dobra sytuacja utrzymywała się przez dwa lata (2011–2012), później (od lutego 2013 r.) następuje stopniowy, stały wzrost liczby zatrucień. Przy czym, nie wzrasta liczba stacjonarnych punktów sprzedaży. Świadczy to o zmianie kanałów dystrybucji tzw. „dopalaczy”, na różne formy sprzedaży bezpośredniej i sprzedaż przez Internet.



**Wykres 53.** Przypadki podejrzeń zatruc środkami zastępczymi w latach 2014 -2015 w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.

Wzrost liczby zgłoszonych przypadków może być spowodowany faktem zwiększenia „używalności” tych substancji w związku ze zwiększającą się każdego roku obecnością na rynku nowych, zidentyfikowanych i jeszcze nie zidentyfikowanych środków psychoaktywnych. W okresie ostatnich dwóch lat odnotowano dynamiczną zmianę na rynkach europejskich, dotyczącą nowych substancji psychoaktywnych (NPS) – tygodniowo pojawiały się 2 substancje. W 2014 r. do systemu wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej zgłoszono 101 NPS; w sumie w systemie znajdowało się wówczas 430 substancji (aktualnie w systemie jest 560 NPS).

Zwiększenie podaży wynika z rosnącego prawdopodobieństwa dużych zysków przy relatywnie mniejszym ryzyku i rosnącym popycie na nowe substancje psychoaktywne. Grupy przestępcze analizują rosnący potencjał sprzedaży i dostosowują metody dostarczania coraz to nowych produktów do „starych” i „nowych” użytkowników w różnych grupach wiekowych.

Jest wysoce prawdopodobne, że nowe substancje wykazują znacznie silniejsze działanie na organizm (działanie psychotyczne i somatyczne), co może być również przyczyną zwiększania się liczby interwencji medycznych, a także liczby zgonów „w miejscu zdarzenia”, mogących mieć związek z użyciem środka zastępczego.

Odrębnym zagadnieniem jest rozpoznanie przez podmioty lecznicze zatrucia (podejrzania zatrucia) i jego kwalifikacja jako stan po użyciu środka zastępczego. Wskutek braku możliwości diagnostyki analitycznej w płynach biologicznych, rozpoznanie może jedynie opierać się na objawach i ewentualnie na uzyskanej podczas wywiadu z pacjen-

tem informacji o nazwie produktu tzw. „dopalaczowego” lub nazwie substancji psychoaktywnej.

W związku z koniecznością ograniczenia wzrostu liczby zatruc Państwowa Inspekcja Sanitarna wzmocniła współpracę z Policją i prokuraturą oraz ze Służbą Celną. Wzmocniono kontrole i wywieranie presji społecznej oraz medialnej na uparcie ponawianą sprzedaż stacjonarną. Zwrócono się także do Prokuratora Generalnego o możliwość pozyskania informacji z prokuratur o wynikach badań toksykologiczno-sądowych w przypadku zgonów mogących mieć związek z użyciem środków zastępczych, niezależnie od miejsca zgonu. W dniu 16 czerwca 2015 r., Prokurator Generalny wyraził na to zgodę oraz wyznaczył osobę do roboczych kontaktów. W dniach 1 lipca i 16 lipca 2015 r. zorganizowano i koordynowano kontrole Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Policji skierowane przeciwko 192 punktom sprzedaży stacjonarnej w całym kraju, w których wzięło udział w każdym przypadku około 300. pracowników inspekcji i 350–400 policjantów. Zatrzymano 170 osób i zabezpieczono 80 kg różnych substancji psychoaktywnych. Należy podkreślić, że w listopadzie 2015 r. dokonano przełomu – Centralne Biuro Śledcze Policji, przy udziale Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ujawniło jedną z najbardziej aktywnych grup przestępczych, która m.in. prowadziła e-handel tzw. „dopalaczami”. Ujawniono wówczas na terenie kraju 77 obiektów sprzedaży „dopalaczy”, oraz zabezpieczono 9.000 opakowań tych produktów.

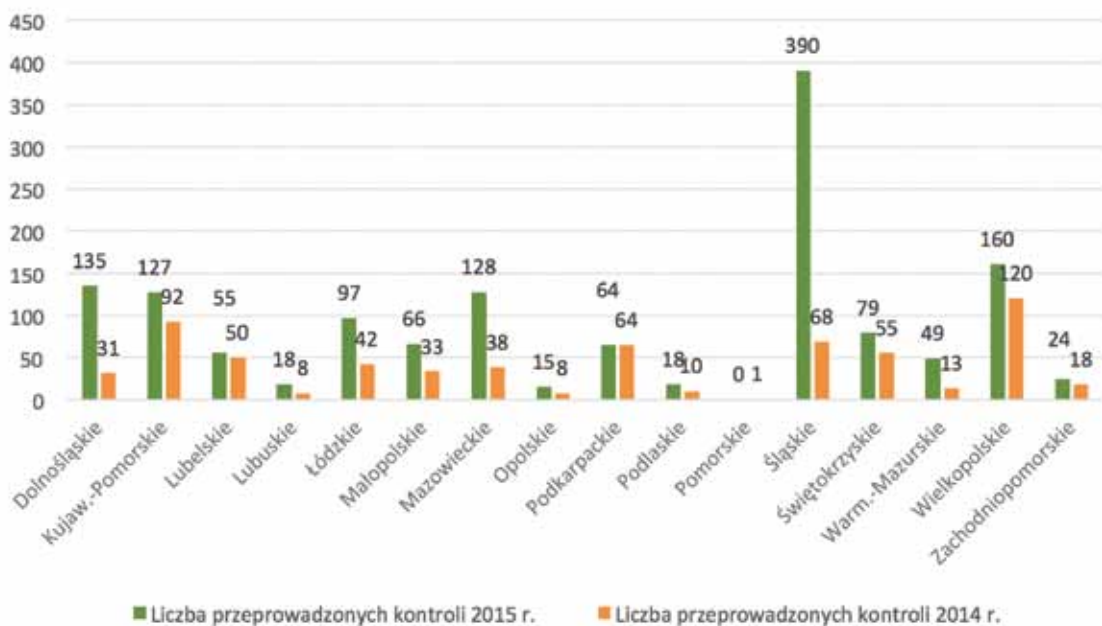
W 2015 r., w związku ze wzrostem liczby zatruc i potrzebą ciągłego analizowania sytuacji oraz monitorowania zatruc w trybie codziennym, stacje sanitarno-epidemiologiczne zostały zobowiązane do przysyłania do Głównego Inspektoratu Sanitarnego codziennych meldunków o przypadkach zatruc i podejrzeń zatruc dopalaczami.

Z monitoringu wynika, że działania podjęte przez Państwową Inspekcję Sanitarną we współpracy z innymi podmiotami, a szczególnie z Policją, doprowadziły w 2015 r. do ponad 5. krotnego spadku liczby zatruc z ok. 2000 w lipcu do ok. 400 w grudniu 2015 r.

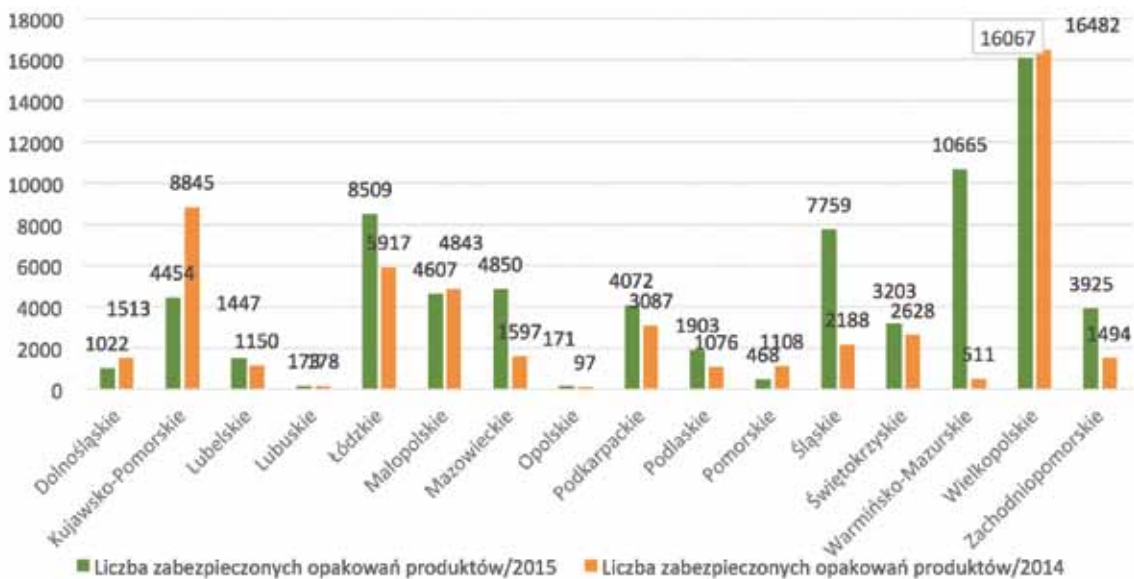
#### 4. Egzekwowanie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych

W 2015 r. przeprowadzono ogółem 1425 kontroli, wydano 586 decyzji dotyczących 73 295 sztuk zakwestionowanych produktów, pobierając jednocześnie 2 590 próbek do badań laboratoryjnych. W ramach prowadzonych postępowań nałożono łącznie 25 128 000 zł kar pieniężnych, złożono łącznie 135 zawiadomień do organów ścigania.

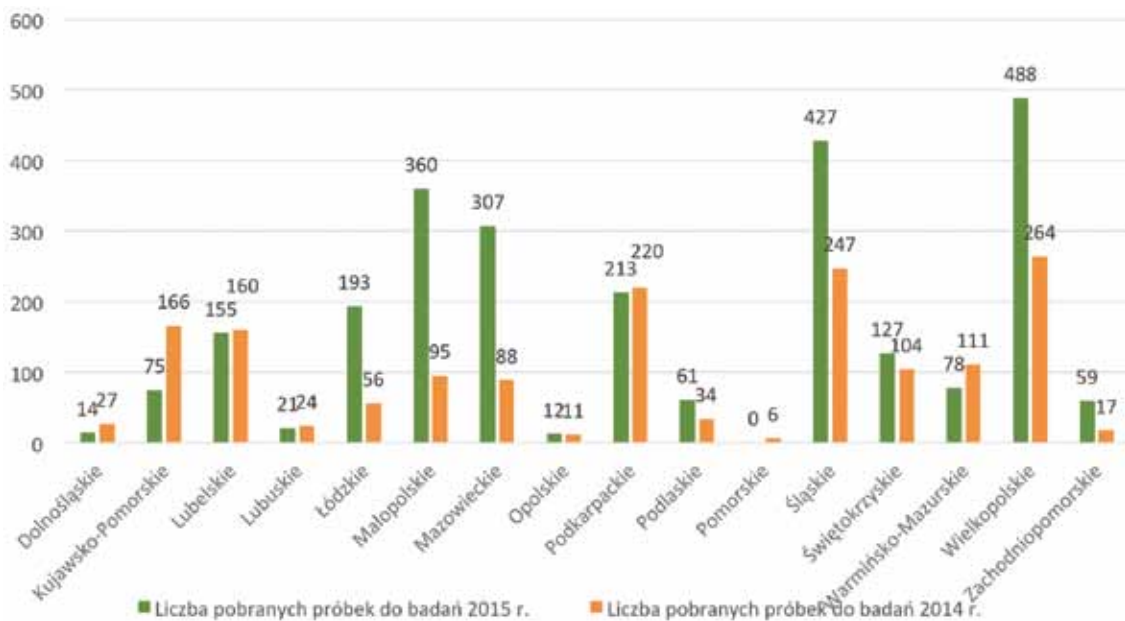
Podkreśla się, że zgodnie z wykładnią organów ścigania, wytwarzanie lub wprowadzenie do obrotu „dopalaczy” jest kwalifikowane z art. 165 par. 1 pkt 2 kodeksu karnego (mówiący o karze od 6 miesięcy do 8 lat więzienia dla tego, kto sprowadza niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach (...) wyrabiając lub wprowadzając do obrotu szkodliwe dla zdrowia substancje, środki



**Wykres 54.** Liczba przeprowadzonych kontroli w 2014 r. oraz 2015 r.



**Wykres 55.** Liczba zabezpieczonych opakowań produktów w 2014 r. oraz 2015 r.



**Wykres 56.** Liczba pobranych próbek do badań laboratoryjnych w 2014 r. oraz 2015 r.

spożywcze lub inne artykuły powszechnego użytku lub też środki farmaceutyczne nie odpowiadające obowiązującym warunkom jakości.

Warunkiem odpowiedzialności za to przestępstwo jest wykazanie nie tylko tego, że dana substancja jest szkodliwa dla zdrowia ale również, że jej wytwarzanie lub wprowadzenie do obrotu stwarzało realne i konkretne niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia wielu osób.

W 2015 r. w stosunku do 2014 r. wystąpił wzrost wskaźników mierzących zjawisko obrotu środkami zastępczymi, tj. przede wszystkim częstotliwość przeprowadzanych kontroli, zabezpieczanych produktów i wydawanych decyzji.

Zauważalny wzrost częstotliwości kontroli wystąpił w 14. województwach, natomiast w województwie pomorskim od 2014 r. nie ujawniają się punkty stacjonarnej sprzedaży „dopalaczy”. W województwie podkarpackim liczba kontroli nie uległa zwiększeniu. Największy wzrost kontroli w województwie śląskim wyjaśnia intensyfikacja działań związanych z nasilającymi się w lipcu przypadkami zatruc środkami zastępczymi.

## 5. Działania profilaktyczne

Działania kontrolne, nadzorcze są jedynie częścią polityki antynarkotykowej. Drugim ważnym jej aspektem jest promocja zdrowia oraz profilaktyka. Państwowa Inspekcja Sanitarna w skali całego kraju prowadzi setki działań w obszarze zdrowia publicznego, w tym profilaktyki narkomanii. Na poziomie centralnym, Główny Inspektorat Sanitarny

również realizuje część polityki „anty-dopalaczowej” poprzez np. opracowywanie materiałów szkoleniowych i edukacyjnych, organizowanie szkoleń dla pracowników na poziomie wojewódzkim, jak również przeprowadzanie szkoleń dla innych służb (np. służby więziennej). Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi, jak również stacje sanitarno-epidemiologiczne opracowały, przygotowały i dystrybuowały materiały związane z profilaktyką, m.in. ulotki, plakaty, jak również przeprowadzono szereg kampanii w mediach oraz podczas różnego typu zgromadzeń publicznych. Na poziomie lokalnym były to wszelkiego rodzaju inicjatywy prowadzone wspólnie z samorządami i innymi służbami, skierowane głównie do młodzieży (kolportaż materiałów edukacyjnych, organizacja szkoleń i konferencji, uczestnictwo w imprezach masowych). W ramach tych działań odbyły się m.in. prelekcje w szkołach, w których nie tylko uczestniczyli uczniowie, ale również nauczyciele i rodzice, w sumie kilkaset tysięcy osób. Wśród działań należy wymienić np. kampanię „Stop dopalaczom” z użyciem mobilnych punktów edukacyjnych, m.in. na Przystanku Woodstock, informacje o charakterze edukacyjno-informacyjnym umieszczane na stronach internetowych, wywiady tematyczne dla lokalnych mediów, konferencje, szkolenia, narady, warsztaty, festyny, spektakle i inne działania organizowane we współpracy z Policją, strażą miejską, Służbą Celną, Strażą Graniczną, kuratoriami oświaty, starostwami powiatowymi, organizacjami pozarządowymi. Prowadzone były także kampanie m.in. podczas dożynek, konferencji naukowych, festiwali muzycznych. Główny Inspektorat Sanitarny uczestniczył m.in. w konferencji „Razem bezpieczniej – dopalacze nowe wyzwanie dla bezpieczeństwa dzieci w szkołach”, zorganizowanej w dniu 27 sierpnia 2015 r. w Sejmie przez Akademię Liderów Samorządowych, podczas której przedstawiono „Aktualną sytuację w zakresie zagrożeń jakie powoduje wprowadzanie do obrotu i używanie tzw. „dopalaczy”.

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

## 6. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2015 r. w produktach zabezpieczonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ich charakterystyka

W 2015 r. pobrano 2 590 próbek do badań laboratoryjnych to oznacza 58% wzrost w stosunku do 2014 r. w którym pobrano 1 630 próbek.

Substancje psychoaktywne, które w 2015 r. były identyfikowane w próbkach produktów zatrzymanych i wycofanych z obrotu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej należały do następujących grup związków: syntetycznych kannabinoidów, katynonów, tryptamin i innych. Środki zastępcze występowały w różnej postaci, np. suszu roślinnego, proszku oraz kapsułek.

<b>Lista TOP 5 - najczęściej wykrywane substancje psychoaktywne w zabezpieczanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, tzw. „dopalaczach” (01.01. - 30.06.2015 r.)</b>		
Lp	Nazwa substancji psychoaktywnej	Częstotliwość występowania substancji
SYNTETYCZNE KANNABINOIDY		
1	UR-144	622
2	AB-CHMINACA	39
POCHODNE KATYNONU		
3	PENTEDRON	166
4	3-MMC	138
5	$\alpha$ -PVP	47

<b>Lista TOP 5 - najczęściej wykrywane substancje psychoaktywne w zabezpieczanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, tzw. „dopalaczach” (01.07. - 31.12.2015 r.)</b>		
Lp	Nazwa substancji psychoaktywnej	Częstotliwość występowania substancji
SYNTETYCZNE KANNABINOIDY		
1	AB-CHMINACA	100
2	MDMB-CHMICA	38
POCHODNE KATYNONU		
3	4-CMC	80
4	4-metylo-N,N-dimetylokatynon	49
5	4-EEC	40

**Tabela 40.** Wykaz najczęściej wykrywanych substancji psychoaktywnych w badaniach przeprowadzonych w 2015 r.

Na początku 2015 r. najczęściej identyfikowanymi substancjami psychoaktywnymi w „dopalaczach” były: UR-144, pentedron, 3-MMC oraz -PVP, z grup syntetycznych kannabinoidów oraz pochodnych katynonów, które stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi.

Z dniem 1 lipca 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 875, 1380), która objęła kontrolą 114 substancji, w tym wyżej wymienione substancje, która diametralnie zmieniła rynek środków zastępczych w Polsce, obejmując prawem karnym najbardziej rozpowszechnione substancje.

Doprowadziło to do wprowadzenia na rynek całkiem nowych substancji oraz pozbywania się przez sprzedawców zalegających w magazynach substancji, które zostały objęte ustawową kontrolą.

Powyższa sytuacja miała pośredni wpływ na wzrost zatrucień środkami zastępczymi, który odnotowano w lipcu 2015 r.

Warto podkreślić, że po tym okresie szybko na rynku „dopalaczowym” pojawiły się nowe substancje, tj.: AB-CHMINACA, 4-CMC, 4-metylo-N,N-DMC, oraz MDMB-CHMICA. Nowe substancje pochodzą z modyfikacji już istniejących, obecnie kontrolowanych i również należą do grup syntetycznych kannabinoidów oraz katynonów.

Od 1 lipca 2015 r. obowiązują przepisy w zakresie pojęcia i definicji nowej substancji psychoaktywnej. Nowa substancja psychoaktywna jest wyodrębnionym środkiem zastępczym, którą minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia zawarł w wykazie obejmującym te substancje lub ich grupy, dla których została dokonana ocena wpływu na zdrowie lub życie ludzi lub możliwość spowodowania szkód społecznych. W rozporządzeniu zawarty jest wykaz nowych substancji psychoaktywnych tak, aby po przeprowadzeniu oceny ich właściwości fizyko-chemicznych, potencjału uzależniającego, toksyczności i mogących wyniknąć zagrożeń dla życia lub zdrowia ludzi oraz powodowania szkód społecznych, były one klasyfikowane do umieszczenia w wykazach, stanowiących załącznik do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

W załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U. poz. 2017) zostały zawarte następujące substancje: 4,4-DMAR, AB-CHMINACA, AB-PINACA.

## 7. Podsumowanie działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach 2011-2015

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą efektywne, zrównoważone działania skierowane zarówno przeciwko podaży jak i popytowi „dopalaczy”.

Wszystkie osoby, które wprowadzają do obrotu tzw. „dopalacze”, nie przestrzegają przepisów zakazu obrotu produktami będącymi środkami zastępczymi lub nowymi



<b>Rok</b>	<b>Liczba przeprowadzonych kontroli</b>	<b>Liczba zabezpieczonych opakowań produktów</b>	<b>Liczba pobranych próbek do badań</b>	<b>Liczba podmiotów oferujących w sprzedaży środki zastępcze</b>	<b>Kwota nałożonych kar [zł]</b>	<b>Liczba zawiadomień skierowanych do organów ścigania</b>
2011	335	1819	35	11	0	24
2012	548	16141	443	103	495 000	43
2013	779	28402	1448	134	10 669 370	71
2014	651	52714	1630	204	14 007 100	79
2015	1425	73295	2590	224	25 128 000	135

**Tabela 41.** Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach 2011-2015

substancjami psychoaktywnymi. Środki zastępcze, są to produkty nielegalne, objęte zakazem wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Środek zastępczy to – produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów.

Główny Inspektor Sanitarny jest organem wiodącym w działaniach z zakresu nadzoru nad zakazem wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z innymi służbami, na bieżąco monitoruje przypadki wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Państwowi Inspektorzy Sanitarni pozyskują informacje o obrocie środkami zastępczymi we własnym zakresie lub od Policji, Służby Celnej, Straży Miejskiej czy też Urzędów Skarbowych.

W związku z prowadzonymi pracami w zakresie nowych przepisów uczestniczono w posiedzeniach Komisji Sejmu RP i Senatu RP, w pracach Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków Rady UE (HDG) w Brukseli.

Uczestniczono także w konferencjach międzynarodowych i krajowych organizowanych przez Instytut Ekspertyz Sądowych, Prokuraturę Generalną, Policję, Służbę Celną, samorządy terytorialne, KBPN, m.in. w konferencji na temat wyników mię-

dzynarodowego projektu I-TREND, w 58. Sesji Komisji ONZ Środków Odurzających (CND) a także w konferencji Biura Narodów Zjednoczonych do spraw Narkotyków i Przystępczości (UNODC) „Precursor Chemicals and New Psychoactive Substances” oraz w konferencji THE LISBON ADDICTIONS 2015.

Tradycyjnie stosowane metody walki z problemem narkotykowym nie sprawdzają się w konfrontacji z nowymi substancjami psychoaktywnymi, które stanowią jedno z większych wyzwań dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa.

W dalszym ciągu istnieje potrzeba podejmowania kolejnych prac legislacyjnych uznając, że „dopalacze” stanowią zagrożenie zdrowia publicznego, które wymaga ustawicznego ograniczania. Podczas tych prac ponownie zostaną rozważone problemy, które nie udało się rozstrzygnąć, mając na względzie czterokrotne zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonane w latach 2010-2015.

Działalność  
Państwowych  
Granicznych  
Inspektorów  
Sanitarnych  
w zakresie  
zabezpieczania  
sanitarno-  
-epidemiologicznego  
granic Rzeczypospolitej  
Polskiej  
i Unii Europejskiej

**ZOLL**  
**DOUANE**

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, północno-wschodnie granice Polski stały się granicami Unii Europejskiej i od tej chwili graniczne stacje strzegą również granic wspólnotowych.

Równoczesne otwarcie granic i rozwój transportu międzynarodowego (głównie lotniczego), a także groźba użycia czynników zakaźnych w celach terrorystycznych sprawiły, że coraz więcej chorób stało się realnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego w wymiarze ponadnarodowym.

## 1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej

Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną, której celem jest utrzymanie bariery sanitarno-epidemiologicznej kraju poprzez niedopuszczenie do wprowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, których jakość zdrowotna nie odpowiada obowiązującym przepisom i może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

## 2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną

W ramach realizacji ustawowych zadań, państwowi graniczni inspektorzy sanitarni (zwani dalej: „PGIS”) monitorują zagrożenia i oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych, wysoce zakaźnych i przed skutkami ataku bioterrorystycznego.

Istotną część działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią działania PGIS dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych. Realizację ww. zadań, wykonuje 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych (zwanych dalej: „GSSE”) tj.: w Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemyślu, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu, Warszawie.

## 3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Głównymi celami działania państwowych granicznych inspektorów sanitarnych są w szczególności:

1. Ochrona sanitarno-epidemiologiczna granicy państwa i Unii Europejskiej przed zawleczeniem wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych.
2. Sprawowanie granicznej kontroli sanitarnej nad towarami zgodnie z ustawodawstwem krajowym, unijnym, a także wynikającym z międzynarodowych konwencji.
3. Wspieranie Krajowego Punktu Kontaktowego we wspólnotowym systemie RASFF oraz współdziałanie w tym zakresie z Komisją Europejską.
4. Monitoring suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wzbogaconych środków spożywczych wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

5. Zwiększony nadzór nad nowymi produktami wprowadzanymi do obrotu, a mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.

6. Aktualizacja zapisów z nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi, w zakresie rejestracji zgłoszeń, prowadzenia analiz epidemiologicznych i przedstawianych raportów statystycznych.

7. Nadzór nad bezpieczeństwem wody przeznaczonej do zaopatrywania statków powietrznych.

8. Nadzór sanitarny nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy.

9. Sprawowanie nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, produktami biobójczymi, detergentami i prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 w oparciu o obowiązujące przepisy.

10. Działania zapobiegawcze oraz kontrolne w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego i niezwłoczne przekazywanie informacji w tym zakresie do organów wyższego stopnia.

11. Nadzór sanitarny nad warunkami przewozu osób w ruchu międzynarodowym.

Zgodnie z posiadanymi kompetencjami, nadzór nad granicznymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi w zakresie prowadzonych granicznych kontroli sanitarnych, zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic oraz nadzór w zakresie organizacyjnym sprawuje Główny Inspektor Sanitarny.

## 4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2015 roku

W 2015 roku, w ramach urzędowej kontroli żywności, obejmującej graniczną kontrolę żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, na przejściach granicznych w całym kraju, przeprowadzono ogółem 40 191 kontroli, co stanowi wzrost do roku ubiegłego o 4,8 %. W związku z przeprowadzonymi kontrolami, w stosunku do niewielkiej części partii produktów tj. 86 wydano decyzję o zakazie wprowadzenia importowanych partii środków spożywczych do obrotu w Unii Europejskiej, co stanowi 40,2 % mniej niż w roku ubiegłym.

Od 2013 roku możemy zaobserwować spadek liczby decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, o ok. 40% rok do roku.

Graniczne kontrole sanitarne przeprowadzają na przejściach granicznych państwo graniczni inspektorzy sanitarni oraz w miejscu przeznaczenia towarów (w siedzibie importera albo odbiorcy) - państwowi powiatowi lub państwowi graniczni inspektorzy sanitarni.

<b>Nazwa Stacji</b>	<b>Liczba przeprowadzonych kontroli</b>	<b>Liczba wydanych świadectw jakości zdrowotnej/CED*</b>	<b>Liczba decyzji zakazujących wprowadzenia na teren UE lub zmiana przeznaczenia</b>
GSSE Dorohusk	2214	2128	4
GSSE Elbląg	221	216	0
GSSE Gdynia	16837	11554	71
GSSE Hrebenne	1823	1808 / 1	6
GSSE Koroszczyń	2079	2114 / 3	1
GSSE Przemyśl	7489	7465	2
GSSE Suwałki	1053	1061 / 3	1
GSSE Szczecin	365	365 / 5	1
GSSE Świnoujście	134	161	0
GSSE Warszawa	7976	7920 / 39	0
<b>SUMA</b>	<b>40191</b>	<b>34782/51</b>	<b>86</b>

**Tabela 42.** Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2015.

\* wspólnotowy dokument wejścia (CED) wprowadzony rozporządzenie Komisji (WE) nr 669 / 2009 z dnia 24 lipca 2009 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 882 / 2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie zwiększonego poziomu kontroli urzędowych przywozu niektórych rodzajów pasz i żywności nie pochodzących od zwierząt i zmieniające decyzję 2006 / 504 / WE

## 5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega

Graniczna kontrola sanitarna zgodnie z art. 16 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regulami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, Rozdz. 3, t. 45, str. 200), obejmuje m.in.:

- kontrolę dokumentacji, w szczególności certyfikatów zdrowotnych i deklaracji producenta potwierdzających zgodność produktu z wymaganiami zawartymi w obowiązujących przepisach prawnych,
- oględziny partii towaru, czyli ocenę stanu opakowań jednostkowych i transportowych, ocenę etykietowania, ocenę organoleptyczną (barwa, zapach, konsystencja, zawilgocenie, oznaki zepsucia), ocenę w kierunku widocznych zanieczyszczeń biologicznych i innych, kontrolę temperatury oraz pobieranie próbek do analizy i badania laboratoryjne, a także wszelkie inne kontrole niezbędne do sprawdzenia zgodności z prawem żywnościowym.

W wyniku przeprowadzonej kontroli właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydaje świadectwo stwierdzające spełnianie wymagań zdrowotnych przez kontrolowane towary, a na podstawie świadectwa organy celne nadają dopuszczalne przeznaczenie celne.

Środki spożywcze pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, przywożone z państw trzecich i wprowadzane w Polsce do obrotu podlegają granicznej kontroli sanitarnej.

Środki spożywcze znajdujące się w obrocie w jednym państwie członkowskim Unii Europejskiej mogą być wprowadzane do obrotu we wszystkich pozostałych państwach członkowskich na zasadach wzajemnego uznawania oraz swobodnego przepływu towarów.

Żywność pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością przywiezione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej nie podlegają granicznej kontroli sanitarnej (przedsiębiorca nie ma obowiązku składania wniosku o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej oraz świadectw spełniania przez te towary wymagań zdrowotnych).

Jednakże przedsiębiorca, który importuje środki spożywcze z innego państwa członkowskiego UE, powinien posiadać dokumenty, które potwierdzają, że importowany produkt jest bezpieczny i spełnia wymagania jakości zdrowotnej. W zakresie granicznej kontroli sanitarnej obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2007 r. w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. Nr 196, poz. 1423 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2008 r. w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych (Dz. U. Nr 37 poz. 213, z późn. zm.).

## 6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej

Bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarno-epidemiologiczny na granicy Polski, która jest jednocześnie zewnętrzną granicą Unii Europejskiej, prowadzony jest przez Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych na podstawie ściśle określonych zasad współpracy z innymi organami kontroli granicznej oraz z innymi jednostkami tj. m.in.:

1. Służbą Celną:

- współpraca polega na wzajemnym udzielaniu pomocy w zakresie prawidłowej identyfikacji towarów zgłoszonych i podlegających granicznej kontroli sanitar-



nej, a także informowaniu o zauważonych nieprawidłowościach, stwierdzonych w związku z kontrolą celną lub sanitarną przy wprowadzaniu na obszar celny Wspólnoty, wyprowadzeniem z tego obszaru i przemieszczeniu towaru w ramach procedury tranzytu przez obszar Wspólnoty,

- podejmowaniu przez organy celne działań przewidzianych przepisami prawa celnego w odniesieniu do towarów niespełniających wymagań zdrowotnych, przy wprowadzaniu towarów na obszar Unii Europejskiej,
- uzgadnianiu trybu postępowania podczas prowadzenia działalności przeciwepidemicznej oraz wprowadzeniu i stosowaniu procedur postępowania przeciwepidemicznego,
- udostępnianiu wzajemnym materiałów w celu prowadzenia oświaty zdrowotnej,
- współdziałaniu w zakresie profilaktyki zagrożeniom bioterroryzmem.

## 2. Strażą Graniczną:

- współpraca polega na powiadamianiu o występowaniu objawów chorobowych lub podejrzeniu wystąpienia zachorowania na chorobę zakaźną wśród osób przekraczających granicę UE,
- pomocy w podejmowaniu działań mających na celu określenie osób mających kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie,
- współpracy we wprowadzaniu do stosowania procedur postępowania przeciwepidemicznego oraz ich późniejszej realizacji,
- natychmiastowym powiadamianiu PGIS o podejrzeniu ataku bioterrorystycznego.

Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny współpracuje także z Granicznym Lekarzem Weterynarii, Państwowym Wojewódzkim/Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, Państwowym Inspektorem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wojewódzkimi/powiatowymi centrami zarządzania kryzysowego oraz podmiotami działalności leczniczej.

## 7. Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ))

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) stanowią zbiór wytycznych, praw i obowiązków nałożonych zarówno na państwa-strony jak i na Światową Organizację Zdrowia. Dużo uwagi poświęca się w nich punktom wejścia, czyli takim miejscom, gdzie następuje międzynarodowa wymiana ludzi i towarów. Punktami wejścia zgodnie z MPZ (2005) są miejsca, przez które możliwe jest wejście na teren danego państwa lub wyjście z niego podróznego, bagażu, towarów, przesyłek pocztowych i środków transportu.

Punktami wejścia w przypadku międzynarodowych portów lotniczych są: Port Lotniczy im. F. Chopina Warszawa – Okęcie, Port Lotniczy im. Jana Pawła II Kraków – Balice, Port Lotniczy im. NSZZ Solidarność Szczecin – Goleniów, Port Lotniczy S.A. Wrocław im. Mikołaja Kopernika, Port Lotniczy Łódź im. W. Reymonta Sp. z o.o., Port Lotniczy im. Lecha Wałęsy Gdańsk, Port Lotniczy im. H. Wieniawskiego Poznań – Ławica.

W związku z faktem, że granica północno - wschodnia Polski jest równocześnie granicą zewnętrzną Unii Europejskiej, zostało nałożone na Polskę szczególnie odpowiedzialne zadanie zagwarantowania bezpieczeństwa wszystkich Państw Członkowskich przed zagrożeniami ze strony niepożądanych na terytorium Unii Europejskiej osób i towarów, przy jednoczesnym utrzymywaniu dobrosąsiedzkich kontaktów z państwami pozostającymi poza Unią Europejską.

## 8. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia.

W celu zwiększenia ochrony ludności Europy przed różnymi zagrożeniami dla zdrowia, Komisja Europejska podjęła działania, które odniosły skutek w postaci przyjęcia Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającą decyzję nr 2119/98/WE.

Decyzja ta jest odpowiedzią na ostatnie sytuacje kryzysowe, takie jak pandemia grypy H1N1 w 2009 roku, chmura pyłu wulkanicznego w 2010 roku i epidemia bakterii E. coli (STEC) w 2011 roku. Ma on na celu wzmocnienie środków ochrony ludności poprzez bardziej sprawne i skuteczne zwalczanie transgranicznych zagrożeń dla zdrowia. Proponuje lepsze przygotowanie i koordynację planów, które zostaną opracowane w porozumieniu z Komisją Europejską i państwami członkowskimi; opiera się na systemie wczesnego ostrzegania i reagowania ustanowionym dla zwalczania chorób zakaźnych, zapewniając lepsze zasoby, sieci i struktury, rozszerzając zakres oceny ryzyka i koordynacji w zakresie działań obejmujących wszystkie zagrożenia dla zdrowia oraz wzmacniając rolę Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia.

Od 2014 roku w Głównym Inspektoracie Sanitarnym funkcjonuje Krajowy Punkt Kontaktowy Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (EWRS) w zakresie transgranicznych zagrożeń zdrowia publicznego innych niż choroby zakaźne tj.

- zagrożenia o pochodzeniu chemicznym,
- zagrożenia o pochodzeniu środowiskowym,
- zagrożenia o pochodzeniu nieznanym
- oraz zdarzenia o charakterze nadzwyczajnym w dziedzinie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym

Prowadzeniem ww. punktu kontaktowego zajmuje się Departament Współpracy Międzynarodowej i Ochrony Sanitarnej Granic. Działalność w zakresie ostrzegania i reagowania na zagrożenia zdrowia publicznego o charakterze transgranicznym polega na ciągłej współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Komisją Europejską Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Żywności, a na poziomie krajowym z m.in. Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych, Ministerstwem Obrony Narodowej, Rządowym Centrum Bezpieczeństwa oraz krajowymi ekspertami z poszczególnych dziedzin.



