



**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**



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

2025

© Główny Inspektorat Sanitarny 2026

Wszelkie prawa zastrzeżone

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

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

Raport z działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zdrowia publicznego zawiera dane na dzień 31 grudnia 2025 r.

Warszawa, sierpień 2026 r.

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

tel.: +48 22 34 53 300

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

Spis treści

Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	9
1. Zakres nadzoru sanitarnego	10
2. Planowanie kontroli oraz ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów	11
3. Pobieranie próbek	15
4. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego typu otwartego	18
5. Jakość zdrowotna środków spożywczych	21
5.1. System RASFF i sieć AAC	24
5.1.1. Ogólne informacje o systemie RASFF	24
5.1.2. Powiadomienia zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2025 r.	26
5.1.3. Powiadomienia zgłaszane do RASFF w 2025 r. dot. produktów pochodzących z Polski	30
5.1.4. Ostrzeżenia publiczne GIS	34
5.1.5. Sieć AAC	35
5.1.6. Podsumowanie	37
5.2. Znakowanie żywności	38
5.3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety, żywności dla określonych grup oraz żywności obowiązkowo wzbogacanej	41
5.3.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety	41
5.3.2. Żywność dla określonych grup	45
5.4. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)	49
5.5. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	49
6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	54
7. Wybrane zagadnienia nadzoru nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego	55
7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach	59
7.2. Kontrole żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty w roku szkolnym 2024/2025	61
7.2.1. Sklepiki i kioski szkolne – punkty obrotu żywnością w szkołach	63
7.2.2. Żywnienie zbiorowe w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty (kontrola stołówek)	64
7.2.3. Podsumowanie	68
8. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad importem z i eksportem do państw trzecich żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	69
9. Ocena zakładów małej gastronomii i żywienia zbiorowego zamkniętego w okresie letnim w 2025 r.	74
9.1. Podsumowanie	77
10. Działalność Polskiego Punktu Koordynacyjnego EFSA w Głównym Inspektoracie Sanitarnym	78
Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w 2025 r.	81
1. Podsumowanie sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w Polsce 2025 r.	82
2. Bakteryjne choroby dróg oddechowych	83
2.1. Krztusiec	83
2.2. Gruźlica	85
3. Ostre infekcje układu oddechowego (COVID-19, RSV, grypa)	90
4. Zakażenia przenoszone drogą pokarmową	92
4.1. Sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby typu A	94
5. Choroby wirusowe, w tym nowe zagrożenia	95
5.1. Borelioza	96
5.2. Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM)	97
5.3. Wirus Zachodniego Nilu (WNV) jako nowe zagrożenie w Polsce	98
6. Inne zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi, w tym o charakterze międzynarodowym	100
6.1. Sytuacja epidemiologiczna mpox	100
6.2. Nadzór nad osobami narażonymi na wirusy wysoce zjadliwej grypy ptaków w ogniskach tej choroby u ptactwa na terenie Polski	102
7. Pierwszy od 25 lat potwierdzony przypadek błonicy gardła	104
8. Choroby przenoszone drogą płciową (STI) oraz HIV/AIDS	107
8.1. Kiła	109
8.2. Rzeżączka	111
8.3. Zakażenia wywołane przez Chlamydia trachomatis	112
8.4. HIV/AIDS	114
9. Choroba Zalewu Wiślanego	116
10. Dystrybucja szczepionek przez Państwową Inspekcję Sanitarną	119
10.1. Dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19 sezonie 2025/2026	119
10.1.1. Nowy model dystrybucji szczepionek	119
10.1.2. Zakres zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej	119
10.1.3. Skala i wyzwania logistyczne	120
10.1.4. Znaczenie dla zdrowia publicznego	120
10.2. Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie realizacji powszechnego programu szczepień przeciw HPV	121

10.2.1. Organizacja realizacji szczepień i nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej	121
10.2.2. Dystrybucja szczepionek i system raportowania	122
10.2.3. Niepożądane odczyny poszczepienne po szczepieniach przeciw HPV oraz ich analiza w latach 2022–2024	123
10.3. Wnioski	125
11. Sytuacja epidemiologiczna w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – ogniska epidemiczne i czynniki alarmowe	126
11.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce	126
11.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali	127
11.3. Sytuacja epidemiologiczna w szpitalach w Polsce	132
11.3.1. Ogniska zakażeń wywołane wirusem SARS-CoV-2	133
11.3.2. Ogniska zakażeń z wyłączeniem ognisk SARS-CoV-2	136
11.4. Sytuacja epidemiologiczna w podmiotach leczniczych innych niż szpitalne w Polsce	150
12. Analiza raportów rocznych o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali w zakresie nadzoru nad czynnikami alarmowymi w podmiotach leczniczych	153
Jakość wody przeznaczonej do spożycia	173
1. Wstęp – Jakość wody przeznaczonej do spożycia	174
2. Zaopatrzenie ludności w wodę	175
3. Jakość wody dostarczanej przez strefy zaopatrzenia w wodę	176
4. Działania w zakresie przekroczeń parametrów	178
5. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa	178
6. Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju <i>Legionella</i> sp.	180
7. ELDSNet – Europejska Sieć Nadzoru nad Chorobą Legionistów	182
8. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	182
Nadzór nad jakością wody na pływalniach	185
Kąpieliska i miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpieli	193
1. Wstęp	194
2. Nadzór nad jakością wody oraz stan sanitarny kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli	194
3. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach	198
4. Serwis kąpieliskowy	199
5. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk	203
Zapobiegawczy nadzór sanitarny	205
1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny	206
1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego	206
1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego	206
1.3. Podsumowanie	209
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	213
1. Zadania pionu Higieny Komunalnej	214
2. Kontrola i nadzór	214
3. Działania informacyjne podnoszące świadomość przedsiębiorców/usługodawców oraz zarządzających podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą na temat potencjalnych zagrożeń zdrowotnych	220
4. Podnoszenie kompetencji pracowników PIS	221
5. Podsumowanie	221
Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy	223
1. Zadania pionu Higieny Pracy	224
2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	225
3. Nadzór nad substancjami o działaniu reprotoksycznym	225
4. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest	227
5. Szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy	228
6. Działania podnoszące świadomość pracodawców i pracowników	229
7. Choroby zawodowe	230
Higiena radiacyjna	233
1. Zgody i zezwolenia	234
2. Nadzór i kontrola nad jednostkami ochrony zdrowia, które wykorzystują promieniowanie jonizujące	235
3. Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej	237
4. Ochrona przed polem elektromagnetycznym	238
5. Pomiary skażeń promieniotwórczych	238
6. Szkolenia pracowników w obszarze higieny radiacyjnej	239
6.1. Udział pracowników w szkoleniach z zakresu pomiarów skażeń promieniotwórczych prowadzonych przez Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej oraz Politechnikę Łódzką	239
6.2. Udział pracowników pionu higieny radiacyjnej w projekcie pn. „Podniesienie kompetencji pracowników i pracowniczek Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia, higieny środowiska oraz higieny radiacyjnej”	240
7. Podsumowanie	241

Higiena procesów nauczania, wychowania oraz wypoczynku i rekreacji dzieci i młodzieży w roku 2025.....	243
1. Zadania pionu Higieny Dzieci i Młodzieży.....	244
2. Stan sanitarno-higieniczny oraz techniczny placówek.....	244
3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej.....	245
3.1. Higiena procesu nauczania.....	246
3.2. Ocena obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych.....	247
3.3. Ergonomia mebli szkolnych.....	247
4. Ocena rozkładów zajęć lekcyjnych.....	247
5. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego.....	248
6. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży.....	248
7. Żłobki i kluby dziecięce.....	249
8. Nadzór nad placówkami z pobytem całodobowym.....	249
9. Podsumowanie.....	250
Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....	253
1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.....	255
1.1. Szpitale.....	256
1.2. Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.....	256
1.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.....	257
2. Podsumowanie.....	258
Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w obszarze chemikaliów.....	261
1. Produkty biobójcze.....	262
2. Produkty kosmetyczne.....	265
3. Substancje chemiczne i ich mieszaniny.....	269
3.1. Europejski projekt REACH-EN-FORCE 13.....	270
3.2. Detergenty.....	270
4. Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne.....	272
5. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3.....	279
Domyślność cyfrowa i bezpieczeństwo cyberprzestrzeni.....	283
1. Kolejne e-usługi.....	284
2. EZD we wszystkich jednostkach Państwowej Inspekcji Sanitarnej.....	284
3. Przygotowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej do nowych wymagań w zakresie cyberbezpieczeństwa.....	285
4. Europejskie wsparcie dla rozwoju domyślności cyfrowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej.....	287
4.1. Projekt „e-Sanepid”.....	287
4.2. Projekt „Wzrost instytucjonalnej cyberodporności jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej”.....	288
5. Wspólne budowanie świadomości cyfrowej.....	288
Działalność PIS w zakresie promocji zdrowia.....	291
1. Działania w obszarze promocji zdrowia realizowane na poziomie ogólnopolskim.....	292
1.1. Promocja zdrowego stylu życia (odżywianie i aktywność fizyczna).....	295
1.2. Profilaktyka chorób zakaźnych, w tym promocja szczepień.....	297
1.3. Profilaktyka uzależnień (tytoń, e-papierosy, inne substancje psychoaktywne).....	301
1.4. Profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową.....	302
1.5. Bezpieczeństwo żywności i edukacja konsumencka (kampania Safe2Eat).....	305
1.6. Promocja zdrowia psychicznego.....	306
2. Działania w obszarze promocji zdrowia realizowane na poziomie wojewódzkim oraz lokalnym.....	306
2.1. Promocja zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej.....	308
2.2. Profilaktyka chorób zakaźnych.....	309
2.3. Profilaktyka palenia tytoniu.....	310
2.4. Profilaktyka innych uzależnień.....	312
2.5. Promocja zdrowia psychicznego.....	312
3. Komunikacja cyfrowa w promocji zdrowia.....	313
4. Podsumowanie.....	316
Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej jako filar systemu ochrony zdrowia publicznego w Polsce.....	319
1. Rola laboratoriów w realizacji ustawowych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.....	320
2. Zakres działalności laboratoryjnej i znaczenie badań dla nadzoru sanitarnego.....	320
3. Laboratoria referencyjne jako specjalistyczne wsparcie systemu Inspekcji.....	321
4. Nowoczesne technologie i znaczenie laboratoriów Inspekcji dla bezpieczeństwa zdrowotnego.....	322
Tabele, wykresy, rysunki.....	325



Szanowni Państwo,

przedstawiam Państwu wraz z zespołem GIS kompleksowy raport z działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 r. – największej w kraju sieci instytucji zdrowia publicznego, którą mam zaszczyt kierować od dwóch lat. Publikacja stanowi zbiór najważniejszych informacji m.in. o działaniach Inspekcji w obszarach bezpieczeństwa żywności, epidemiologicznego, środowiska pracy, nauki, wypoczynku oraz chemikaliów. Raport zawiera wiele danych statystycznych, także dotąd niepublikowanych. Liczę, że raport będzie stanowił cenne źródło wiedzy dla innych instytucji publicznych, przedstawicieli nauki, organów administracji różnego szczebla, dziennikarzy, studentów, a także wszystkich zainteresowanych tematyką zdrowia publicznego.

Raport to podsumowanie rocznej pracy całej Inspekcji: ponad 17 tysięcy pracowników zatrudnionych w Państwowej Inspekcji Sanitarnej tj. wojewódzkich, granicznych i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w Głównym Inspektoracie Sanitarnym. Za tę pracę na rzecz zdrowia publicznego serdecznie wszystkim dziękuję!

Rok 2025 był kolejnym okresem intensywnej pracy związanej z realizacją zadań ustawowych oraz dalszego doskonalenia struktur Inspekcji. Wprowadziliśmy nowe hasło opisujące misję Inspekcji: „Chronimy zdrowie z myślą o przyszłości”. Wybraliśmy je spośród kilkuset propozycji, które zgłosili pracownicy Inspekcji na konkurs zorganizowany wśród pracowników z całej Polski. Nowemu hasłu towarzyszy także zmienione logo. Na bieżąco podnosiliśmy poziom kompetencji kadr Inspekcji poprzez cykliczne webinary tematyczne oraz branżowe Fora Wiedzy przeznaczone dla pracowników PSSE i WSSE poszczególnych pionów. Po raz drugi zorganizowaliśmy również Kongres Zdrowia Publicznego – wydarzenie, którego celem była wymiana doświadczeń oraz omówienie najważniejszych wyzwań i kierunków działań w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa.

Zwiększamy dostępność Inspekcji dla mieszkańców. Uruchomiliśmy we wszystkich jednostkach możliwość zgłaszania interwencji on-line poprzez strony internetowe stacji. W całym kraju zorganizowaliśmy Dni Otwarte Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podczas których wszystkie stacje w kraju otworzyły swoje

siedziby przed tymi, którzy chcieli zapoznać się z naszą pracą. W czasie wydarzeń bardzo ważne miejsce zajmowała profilaktyka – chętni mogli skorzystać z badań, wziąć udział w debatach i spotkaniach z ekspertami oraz nauczyć się, jak dbać o swoje zdrowie.

Intensyfikujemy komunikację społeczną i promocję zdrowia. Organizujemy cykliczne konferencje prasowe, podczas których informujemy o najważniejszych zagrożeniach dla zdrowia publicznego i wyjaśniamy, jak im zapobiegać. Prowadzimy także otwartą i proaktywną komunikację w kanałach społecznościowych, starając się docierać z naszym przekazem do wszystkich zainteresowanych. Nie rezygnujemy z codziennych kontaktów z mieszkańcami. Pracownicy Inspekcji odwiedzają szkoły, uczelnie, miejsca wypoczynku, są także obecni podczas małych i wielkich wydarzeń plenerowych. Wszędzie tam promujemy zdrowie i wskazujemy, jak kształtować zdrowe nawyki.

Zainicjowaliśmy powołanie pierwszego w Polsce Zespołu Nauk Behawioralnych w Zdrowiu Publicznym „BOND”. We współpracy z partnerami instytucjonalnymi i naukowymi chcemy wykorzystywać narzędzia i wnioski z zakresu nauk behawioralnych w projektowaniu skutecznych interwencji zdrowia publicznego.

Jesteśmy coraz bardziej cyfrowi. Uruchamiane są kolejne funkcjonalności portalu e-Sanepid. Rozwijamy System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS), w którym udostępniane są kolejne e-usługi, umożliwiające załatwienie spraw drogą elektroniczną.

Ogromnym wyzwaniem, przed którym stoi nie tylko Państwowa Inspekcja Sanitarna, ale cały system ochrony zdrowia, jest coraz bardziej powszechne zagrożenie cyberprzestępczością i dezinformacją. Żeby zapobiegać tym zagrożeniom, nawiązaliśmy współpracę z podmiotami takimi jak NASK i organizacjami pozarządowymi, weryfikującymi prawdziwość informacji pojawiających się w sieci internetowej. Przedstawiciele Inspekcji wchodzi także w skład grup roboczych poświęconych przeciwdziałaniu dezinformacji powoływanych przy innych urzędach.

„Chronimy zdrowie z myślą o przyszłości” to hasło, które nie tylko promuje Państwową Inspekcję Sanitarną, ale wyznacza kierunki naszych działań na wszystkich szczeblach.

dr n. med. Paweł Grzesiowski
Główny Inspektor Sanitarny



**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**STAN SANITARNY ZAKŁADÓW ŻYWNOSTCI,
ŻYWIENIA, MATERIAŁÓW I WYROBÓW
PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOSTCIĄ**

1. Zakres nadzoru sanitarnego

Zakres bieżącego nadzoru sanitarnego realizowanego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmuje kontrolę przestrzegania przepisów sanitarno-higienicznych w podmiotach zajmujących się produkcją i obrotem żywnością, żywieniem zbiorowym oraz w zakresie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. W szczególności nadzór ten dotyczy zgodności z regulacjami prawa żywnościowego odnoszącymi się do warunków produkcji, transportu, przechowywania i sprzedaży żywności.

W 2025 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 606 504 zakłady żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2024 r. – 592 442). Liczba poszczególnych grup tych zakładów, w porównaniu z 2024 r., została przedstawiona w tabeli poniżej.

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

Grupy zakładów	2025 r.	2024 r.
Ogółem	606 504	592 442
Zakłady produkcji żywności	187 144	179 370
Zakłady obrotu żywnością	249 304	249 229
Zakłady żywienia zbiorowego	159 404	154 021
Wytwórnice oraz miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	10 652	9822

Działania terenowych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia, jak co roku, nie ograniczają się wyłącznie do zakładów wpisanych do rejestrów objętych urzędową kontrolą. Obejmują także podmioty i działalności, które nie są w tych rejestrach ujęte, ale funkcjonują na nadzorowanym obszarze, np. punkty mobilne podczas imprez masowych czy sprzedaż żywności ujęta w ewidencji innych organów terenowych PIS właściwych miejscowo ze względu na lokalizację siedziby zakładu.

W 2025 r. w odniesieniu do zakładów i działalności żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, ujętych w ww. rejestrach, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sumie:

- ◆ przeprowadziły 232 972 kontrole, w tym 29 509 kontroli interwencyjnych;
- ◆ skontrolowały 163 881 zakładów i działalności;
- ◆ zatwierdziły 29 815 nowych zakładów i działalności;

- ◆ wydały 30 385 decyzji administracyjnych w wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym nakazujących poprawę stanu sanitarno-higienicznego zakładu, unieruchamiających, zakazujących produkcji, zakazujących wprowadzenia produktu do obrotu, zatwierdzających warunkowo, odmawiających zatwierdzenia, odmawiających zmiany decyzji lub o stwierdzeniu nieważności;
- ◆ nałożyły 20 049 mandatów karnych na winnych zaniedbań sanitarnych, na łączną kwotę 5 611 430 zł;
- ◆ skierowały 1490 wniosków o ukaranie podmiotów odpowiedzialnych za nieprzestrzeganie przepisów prawa, w tym 1455 wniosków do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych o nałożenie kar pieniężnych na podmioty odpowiedzialne za stwierdzone naruszenia prawa żywnościowego.

Wnioski:

W 2025 r. utrzymuje się obserwowana od lat tendencja wzrostowa liczby zakładów i działalności objętych urzędową kontrolą żywności przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jednocześnie wyraźnie zaznacza się duża fluktuacja podmiotów na rynku spożywczym, co w połączeniu ze stałym przyrostem liczby nadzorowanych obiektów powoduje konieczność zwiększania działań nadzorczych.

Sytuacja ta wymaga bieżącego dostosowywania harmonogramów kontroli oraz elastycznego reagowania na pojawiające się zagrożenia i zmieniające się uwarunkowania prowadzenia nadzoru. Istotnym elementem działalności organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest również udzielanie wyjaśnień oraz wsparcia merytorycznego podmiotom działającym na rynku spożywczym, zarówno planującym rozpoczęcie działalności, jak i już funkcjonującym. W praktyce obejmuje to m.in. udzielanie odpowiedzi na pytania dotyczące wymagań sanitarno-higienicznych, zasad prowadzenia działalności w branży spożywczej, obowiązków wynikających z przepisów prawa żywnościowego, a także sposobu stosowania przepisów mających zastosowanie do określonych rodzajów działalności. Działania te mają wspierać prawidłowe stosowanie przepisów oraz ograniczać ryzyko występowania nieprawidłowości, które mogą wpływać na bezpieczeństwo żywności i zdrowie konsumentów. Dynamiczne zmiany przepisów prawa, rozwój nowych form działalności oraz wzrost liczby zagadnień wymagających indywidualnej oceny powodują konieczność stałej analizy pojawiających się problemów oraz zapewnienia jednolitego podejścia w nadzorze przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

2. Planowanie kontroli oraz ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów

Stan sanitarny nadzorowanych obiektów oceniany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z jednolitymi procedurami urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, uwzględniającymi przepisy prawa żywnościowego w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych. Procedury urzędowej kontroli żywności zostały opracowane przez

Głównego Inspektora Sanitarnego w celu ujednolicenia sposobu przeprowadzania urzędowych kontroli żywności na terenie całego kraju oraz usprawnienia działań kontrolnych. Procedury te zawierają również zbiór działań i opis czynności potrzebnych do realizacji celu, tj. efektywnego przeprowadzenia urzędowej kontroli żywności w zakładach.

Urzędowe kontrole żywności są realizowane przez upoważnionych przedstawicieli właściwego miejscowo państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego. Prowadzone są zgodnie z wcześniej ustalonymi harmonogramami, które określają terminy, zakres oraz rodzaj kontroli. Niezależnie od planowanych działań, kontrole przeprowadzane są również w trybie interwencyjnym – w sytuacjach podejrzenia lub uzyskania informacji o nieprawidłowościach mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi, np. w wyniku skarg konsumentów.

Plan kontroli sanitarnych zakładów objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej opracowywany jest w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Proces planowania oraz ustalania częstotliwości kontroli odbywa się w oparciu o ocenę ryzyka z wykorzystaniem arkusza oceny zakładu oraz instrukcji dotyczącej oceny zakładu i kategoryzacji zakładów. Dodatkowo brany jest pod uwagę plan pobierania próbek, który stanowi istotny element systemu nadzoru nad bezpieczeństwem żywności.

W 2025 r. stan sanitarny nadzorowanych obiektów pozostaje zróżnicowany. Wynika to przede wszystkim z dużej różnorodności podmiotów funkcjonujących na rynku spożywczym, obejmujących zakłady produkcyjne, usługowe, handlowe, transportowe, żywienia zbiorowego, a także obiekty użyteczności publicznej, takie jak szpitale, żłobki, przedszkola, szkoły czy domy opieki. Podmioty te różnią się nie tylko profilem działalności, ale również jej skalą, etapem rozwoju oraz zapleczem infrastrukturalnym i kadrowym.

Zakres urzędowej kontroli żywności obejmuje m.in.: nadzór nad warunkami produkcji, transportu, przechowywania, sprzedaży żywności oraz warunkami żywienia zbiorowego, nadzór nad jakością zdrowotną żywności i jej oznakowaniem, a także warunkami produkcji i obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością. W myśl obowiązujących przepisów prawa żywnościowego obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności spoczywa na podmiocie działającym na rynku spożywczym, a za przestrzeganie przepisów dotyczących materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością odpowiedzialny jest podmiot działający na rynku tych produktów w zakładach będących pod jego kontrolą. W związku z powyższym, od tych podmiotów organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobligowane były egzekwować przestrzeganie wymagań przepisów prawa.

W wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 r. wydały 30 385 decyzji administracyjnych (w 2024 r. – 34 268 decyzji), w tym 653 decyzje w sprawie unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu (w 2024 r. – 698), 652 decyzje zakazujące wprowadzenia produktu do obrotu (w 2024 r. – 758).

Na osoby winne naruszeń wymagań higienicznych i zdrowotnych w zakładach/obiektach żywności i żywienia, a także w wytwórniach i miejscach obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością nałożono 20 049 grzywien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę 5 611 430 zł (w 2024 r. – 22 106 mandatów na kwotę 6 037 990 zł) oraz skierowano 35 wniosków do sądów o ukaranie na podstawie przepisów postępowania w sprawach o wykroczenia (w 2024 r. – 22).

Grzywny w drodze mandatów karnych nałożono m.in. za niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń, urządzeń lub sprzętu, wprowadzanie do obrotu środków spożywczych po upływie terminu przydatności do spożycia lub daty minimalnej trwałości bądź bez wymaganego oznaczenia, brak aktualnej dokumentacji lekarskiej personelu wymaganej do celów sanitarno-epidemiologicznych, a także brak wdrożenia lub nieprzestrzeganie procedur kontroli wewnętrznej zapewniających bezpieczeństwo żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

W 2025 r. państwowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 1 455 wniosków o ukaranie (w 2024 r. – 1 389) podmiotów odpowiedzialnych m.in.

- ◆ prowadzenie działalności w zakresie produkcji lub obrotu żywnością bez złożenia wniosku o wpis do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub o zatwierdzenie zakładu i wpis do tego rejestru,
- ◆ produkowanie lub wprowadzanie do obrotu żywności niezgodnie z decyzją o zatwierdzeniu zakładu,



- ◆ nieprzestrzeganie wymagań w zakresie znakowania środków spożywczych, w tym ich prezentacji, reklamy i promocji,
- ◆ sprzedaż w jednostkach systemu oświaty środków spożywczych innych niż dopuszczone do obrotu dla dzieci i młodzieży,
- ◆ utrudnianie lub uniemożliwianie przeprowadzenia urzędowej kontroli żywności.

Kary te wynikają z art. 103 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2023 r. poz. 1448, z późn. zm.). W tym zakresie w 2025 r. państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wymierzili podmiotom odpowiedzialnym za stwierdzone naruszenia 1 360 kar pieniężnych w drodze decyzji administracyjnych na łączną kwotę 3 316 545,35 zł (w 2024 r. nałożono 1 282 kary na łączną sumę 2 638 153 zł).

Wnioski:

Sprawowanie bieżącego nadzoru sanitarnego nad zakładami branży spożywczej stanowi kluczowy element systemu urzędowej kontroli żywności, umożliwiający skuteczną weryfikację przestrzegania przepisów prawa żywnościowego przez podmioty działające na rynku. Działania te mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności, zarówno na etapie produkcji, obrotu, jak i w żywieniu zbiorowym, co bezpośrednio przekłada się na ochronę zdrowia konsumentów.

Analiza wyników kontroli wskazuje, że pomimo prowadzenia działań edukacyjnych, udostępniania informacji na stronach internetowych stacji, a także systematycznego nadzoru nad obiektami, nadal występują przypadki nieprzestrzegania obowiązujących wymagań higienicznych i zdrowotnych. Uchybienia te wynikają zarówno z niedostatecznej znajomości przepisów prawa żywnościowego przez podmioty, niewystarczającego poziomu przeszkolenia pracowników oraz braku należytej staranności, jak i z niewłaściwego nadzoru wewnętrznego w zakładach. W szczególności dotyczą one utrzymania właściwego stanu sanitarnego, zapewnienia identyfikowalności i prawidłowego znakowania żywności oraz wdrażania procedur zapewniających jej bezpieczeństwo.

Istotną rolę w eliminowaniu stwierdzanych nieprawidłowości odgrywają organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które – w oparciu o analizę ryzyka – prowadzą kontrole planowe i interwencyjne, podejmują działania wyjaśniające oraz stosują adekwatne środki nadzorcze. W zależności od charakteru naruszeń obejmują one zarówno działania informacyjno-edukacyjne, jak i środki o charakterze represyjnym, w tym decyzje administracyjne, mandaty karne oraz kary pieniężne.

Zestawienie danych za 2025 r. wskazuje na wysoką aktywność organów nadzoru w egzekwowaniu przepisów prawa przy jednocześnie nadal niezadowalającym stanie sanitarnym części obiektów. W związku z tym konieczne jest dalsze wzmacnianie działań edukacyjnych oraz prewencyjnych, obejmujących

w szczególności podnoszenie świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązków wynikających z prawa żywnościowego, wdrażania przez nich systemów kontroli wewnętrznej oraz identyfikowania obszarów ryzyka, co może przyczynić się do ograniczenia liczby stwierdzanych naruszeń.

3. Pobieranie próbek

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

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

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

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

Pula rezerwowa dotyczy próbek pobieranych:

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

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

- ◆ obowiązujących przepisów prawnych w zakresie bezpieczeństwa żywności oraz zaleceń i wytycznych Komisji Europejskiej,
- ◆ najczęściej występujących potencjalnych zagrożeń zdrowia ludzi wynikających ze spożycia żywności,

- ♦ oceny ryzyka,
- ♦ dotychczasowych wyników badań naukowych i monitoringowych w zakresie bezpieczeństwa żywności,
- ♦ struktury spożycia żywności (wielkość spożycia niektórych produktów w kraju).

Poszczególne kierunki badań wybierane są na podstawie:

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

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

Wnioski:

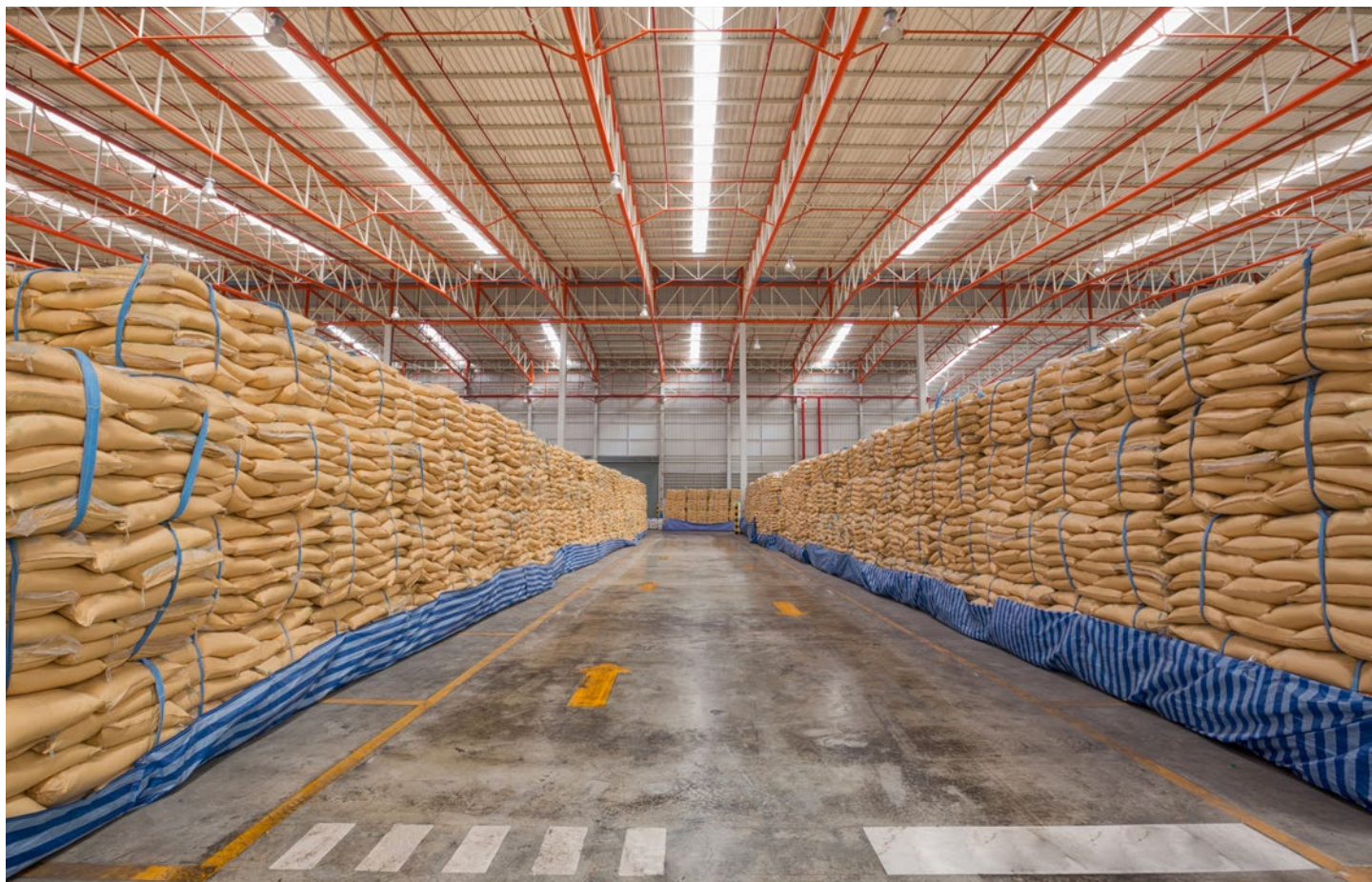
W 2025 r. pobrano do badań laboratoryjnych ogółem **86 486** próbek żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w zakładach ujętych w rejestrach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w 2024 r. – 86 746). Zakwestionowano **2799** próbek, co stanowi ok. 3,2% wszystkich pobranych próbek (w 2024 r. odpowiednio 3257 i 3,7%). Stały nadzór nad jakością zdrowotną żywności, w tym realizowanie badań żywności, jest priorytetowym celem działań w zakresie zdrowia publicznego prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. „Plan pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” jest narzędziem urzędowej kontroli żywności – wdrożonym i od wielu lat realizowanym przez organy PIS – co roku dostosowywanym i modyfikowanym na podstawie oceny ryzyka. Główny Inspektor Sanitarny koordynuje realizację przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej badań żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Uzyskane wyniki badań są zbliżone do poprzednich lat.

W 2025 r. – w porównaniu do 2024 r. – zanotowano mniejszy odsetek liczby próbek zakwestionowanych ogółem (przy czym zbadano więcej próbek ogółem w porównaniu z rokiem poprzednim). Spadek liczby próbek zdyskwalifikowanych należy przypisać stale rosnącemu poziomowi edukacji i świadomości przedsiębiorców zajmujących się produkcją i obrotem żywnością, z drugiej zaś strony skuteczną kontrolą bezpieczeństwa żywności sprawowaną przez organy PIS.

Warto zaznaczyć, że w obszarach badań pozostałości pestycydów w żywności oraz zanieczyszczeń mikrobiologicznych w 2025 r. zanotowano spadek procentowego udziału liczby próbek zakwestionowanych w puli próbek zbadanych – w porównaniu z rokiem ubiegłym, co jest tendencją pożądaną.

Odnosnie do pozostałości pestycydów należy mieć na uwadze, że odpowiedzią na dynamicznie zmieniające się rolnictwo i nowe środki ochrony roślin jest ciągły rozwój możliwości analitycznych laboratoriów PIS badających żywność. Zakres analizowanych związków ulega systematycznemu rozszerzeniu i obejmuje kilkaset analizów. Każdego roku do badań wprowadzane są nowe matryce badawcze, co zwiększa różnorodność analizowanych produktów.

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



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

W 2025 r., podobnie jak w latach ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały nadzór nad obiektami żywienia zbiorowego typu otwartego. Należą one do obiektów wyróżniających się szeroką i – co do zasady – nieograniczoną dostępnością dla konsumentów zewnętrznych, kwalifikując się do obiektów o podwyższonym ryzyku dla zdrowia ludzi. Zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego, z punktu widzenia sposobu przygotowania serwowanych dań oraz formy organizacji lokalu gastronomicznego, obejmują:

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

Na obszarze całego kraju w roku sprawozdawczym w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujętych zostało 107 420 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego (w 2024 r. – 102 593), w tym: 57 529 zakładów małej gastronomii (w 2024 r. – 54 305), z czego 21 477 to zakłady tymczasowe i ruchome (w 2024 r. – 18 856).

Skontrolowanych zostało 40 445 zakładów (w 2024 r. – 40 800), w tym 19 809 zakładów małej gastronomii (w 2024 r. – 20 083). Ogółem przeprowadzono 55 776 kontroli (w 2024 r. – 56 648), w tym 5 422 kontrole interwencyjne (w 2024 r. – 4 898). W zakładach małej gastronomii przeprowadzono 25 599 kontroli (w 2024 r. – 26 126), w tym 1 962 kontrole interwencyjne (w 2024 r. – 1 908).

Zatwierdzono 11 548 nowych zakładów (w 2024 r. – 11 934), w tym 7 817 obiektów małej gastronomii (2024 r. – 8 008).

W porównaniu z rokiem 2024 r. w roku sprawozdawczym liczba nadzorowanych zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego wzrosła o ponad 4,8 tys. zakładów (w 2024 r. wzrost wyniósł ok. 3,1 tys. w odniesieniu do 2023 r.).

W odniesieniu do zakładów/obiektów żywienia zbiorowego typu otwartego, w całym roku sprawozdawczym wydano łącznie 9 466 decyzji administracyjnych, w tym 277 dotyczących unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu oraz 61 w sprawie zakazu wprowadzenia produktu do obrotu (w 2024 r. wydano odpowiednio 10 215 decyzji administracyjnych, w tym 289 dotyczących unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu oraz 102 zakazy wprowadzenia produktu do obrotu). W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nałożyły 7 512 grzywien w drodze mandatu karnego na kwotę łączną 2 231 230 zł (w 2024 r. nałożono 7 887 mandatów na kwotę 2 345 030 zł). Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 395 wniosków o nałożenie kar pieniężnych na podmioty odpowiedzialne za stwierdzone naruszenia bezpieczeństwa żywności (w 2024 r. skierowali do PWIS 351 wniosków).

Wnioski:

Kontrola sprawowana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad przestrzeganiem wymagań bezpieczeństwa żywności w zakładach żywienia zbiorowego typu otwartego stanowi istotny element systemu ochrony zdrowia publicznego oraz zapobiegania występowaniu chorób przenoszonych drogą pokarmową. Zakłady te, z uwagi na powszechną dostępność dla konsumentów, dużą rotację klientów oraz często intensywny charakter działalności, należą do obiektów o podwyższonym ryzyku wystąpienia nieprawidłowości mogących wpływać na bezpieczeństwo żywności.

Działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzone są w oparciu o analizę ryzyka oraz jednolite procedury urzędowej kontroli żywności i obejmują ocenę warunków higieniczno-sanitarnych,

procesów przygotowywania i przechowywania żywności, przestrzegania zasad higieny przez personel, a także funkcjonowania procedur kontroli wewnętrznej wdrażanych przez podmioty działające na rynku spożywczym. Nadzór ten ma na celu nie tylko identyfikowanie i eliminowanie nieprawidłowości, lecz również zapewnienie utrzymania właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności oferowanej konsumentom.

Obiekty małej gastronomii stanowiły ok. 54% zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego i należą do zakładów najczęściej obsługujących konsumentów w sezonie letnim. Specyfika działalności tych obiektów, w tym ograniczone warunki lokalowe i organizacyjne, często uproszczony charakter prowadzonej działalności oraz duża liczba obsługiwanych klientów, szczególnie w sezonie letnim, powoduje konieczność sprawowania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzmożonego i systematycznego nadzoru nad tymi obiektami.



5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Jakość zdrowotną środków spożywczych w latach 2019-2025 przedstawia tabela 2.

Tab. 2 Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestio- nowane %
2019	82 513	2,55	69 810	2,62	6226	2,22	6477	2,30
2020	58 883	3,2	50 527	3,36	4621	1,36	3685	1,60
2021	74 999	2,13	63 609	2,25	6271	1,6	5119	1,29
2022	81 921	2,29	68 805	2,47	7173	1,56	5943	1,23
2023	87 978	2,68	71 039	2,90	9247	1,58	7692	1,95
2024	91 931	3,13	74 048	3,52	10 110	1,72	7773	1,30
2025	86 702	3,01	68 331	3,35	10 113	2,19	8258	1,13

W 2025 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem **86 702** próbki środków spożywczych (nadzór bieżący i kontrola graniczna), z których **3,01%** nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2024 r. – 3,13%). Wśród zbadanych **68 331** próbek żywności krajowej **3,35%** nie spełniało przepisów prawa (w 2024 r. – 3,52%), natomiast spośród **10 113** próbek żywności importowanej zakwestionowano **2,19%** (w 2024 r. – 1,72%). W przypadku **8258** próbek żywności wyprodukowanej w krajach Unii Europejskiej poza Polską **1,13%** nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2024 r. – 1,30%).

Na podstawie zgromadzonych danych z **2025 r.** stwierdzono, że relatywnie korzystna jakość zdrowotna żywności, wyrażona niskim odsetkiem próbek zdyskwalifikowanych, występowała w szczególności w grupach:

- ◆ ryby, owoce morza i ich przetwory,
- ◆ wyroby garmażeryjne i kulinarne,
- ◆ tłuszcze roślinne,
- ◆ ziarna roślin oleistych,
- ◆ owoce,
- ◆ żywność dla określonych grup konsumentów,
- ◆ kawa, herbata, kakao oraz herbatki owocowe i ziołowe,
- ◆ ziarna zbóż oraz przetwory zbożowo-mączne,

- ◆ warzywa, w tym strączkowe,
- ◆ majonezy, musztardy i sosy.

Jednocześnie w **2025 r.** w niektórych asortymentach żywności odnotowano podwyższony odsetek próbek zdyskwalifikowanych. Dotyczy to w szczególności produktów z grup:

- ◆ drób, podroby i produkty drobiarskie oraz jaja i ich przetwory,
- ◆ miód i produkty pszczelarskie,
- ◆ mleko i przetwory mleczne,
- ◆ mięso, podroby i przetwory mięsne,
- ◆ wody mineralne i napoje bezalkoholowe,
- ◆ suplementy diety,
- ◆ wyroby cukiernicze i ciastkarskie,
- ◆ orzechy, w tym arachidy,
- ◆ grzyby,
- ◆ inne środki spożywcze.

Wnioski:

Z analizy danych za 2025 r. wynika, że nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem żywności nadal pozostaje kluczowym elementem krajowego systemu ochrony zdrowia. Pomimo nieznacznego obniżenia ogólnego odsetka próbek niespełniających wymagań jakości zdrowotnej w porównaniu z rokiem 2024, utrzymujący się podwyższony udział niezgodności w żywności krajowej potwierdza potrzebę utrzymania i dalszego rozwijania działań kontrolnych, szczególnie w sektorach charakteryzujących się wyższym poziomem ryzyka zdrowotnego, takich jak produkty pochodzenia zwierzęcego oraz żywność świeża. Jednocześnie obserwowany niski udział próbek zdyskwalifikowanych w wielu grupach asortymentowych, w tym m.in. w produktach zbożowych, tłuszczach roślinnych, ziarnach roślin oleistych, owocach oraz części produktów przetworzonych, świadczy o skuteczności prowadzonych działań nadzorczych, edukacyjnych i prewencyjnych, a także o rosnącej świadomości producentów w zakresie obowiązujących przepisów i wymagań jakości zdrowotnej. Utrzymująca się relatywnie niska liczba niezgodności w żywności importowanej oraz pochodzącej z krajów Unii Europejskiej potwierdza prawidłowość realizowanych procedur kontrolnych w tym obszarze, przy jednoczesnym wskazaniu na konieczność ich dalszego konsekwentnego stosowania w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa konsumentów. Dane z 2025 r. potwierdzają również rosnącą potrzebę prowadzenia działań opartych na analizie ryzyka oraz systematycznym monitoringu, co umożliwi skuteczną identyfikację i eliminację potencjalnych zagrożeń zdrowotnych oraz wspieranie podmiotów działających na rynku spożywczym w utrzymaniu wymaganych standardów. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w tym zakresie powinny być konsekwentnie kontynuowane i wzmacniane, przy jednoczesnym doskonaleniu narzędzi nadzoru oraz promowaniu dobrych praktyk wśród przedsiębiorców sektora spożywczego.



5.1. System RASFF i sieć AAC

5.1.1. Ogólne informacje o systemie RASFF

System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (ang. Rapid Alert System for Food and Feed, w skrócie RASFF) został utworzony w 1979 r. i służy do wymiany informacji pomiędzy organami urzędowej kontroli w Europie będącymi członkami tego systemu. Polska jest pełnoprawnym członkiem tego systemu od czasu wejścia do Unii Europejskiej w 2004 r.

Do systemu RASFF wprowadzane są informacje o żywności, paszach i materiałach do kontaktu z żywnością, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia ludzi, zwierząt lub środowiska, oraz o działaniach następczych w wyniku zidentyfikowania takich produktów. Na przestrzeni lat system przechodził wiele zmian wraz z rozwojem technologii komunikacyjnych, obecnie wykorzystuje system elektroniczny iRASFF, który jest stale rozwijany. Dzięki temu organy urzędowej kontroli w UE mogą korzystać ze skutecznego narzędzia do komunikacji zarówno na poziomie międzynarodowym, jak i krajowym.

Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) 2019/1715 z dnia 30 września 2019 r. ustanawiające przepisy dotyczące funkcjonowania systemu zarządzania informacjami w zakresie kontroli urzędowych oraz jego składników systemowych (rozporządzenie w sprawie systemu IMSOC), zwane dalej rozporządzeniem IMSOC, włączyło system RASFF do sieci powiadamiania i współpracy (ang. Alert and Cooperation Network, ACN), w której skład obecnie wchodzi także:

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

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

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

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

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

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

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

Ww. informacje są publikowane w ogólnodostępnej bazie danych RASFF Window na stronie internetowej.

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

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

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

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

Krajowy punkt kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (zwany dalej KPK RASFF w GIS) od momentu wejścia w życie rozporządzenia IMSOC reprezentuje Polskę w sieciach RASFF i AAC jako pojedynczy punkt kontaktowy (ang. single contact point, zwany dalej SCP). Zgodnie z ww. rozporządzeniem celem GIS jest zapewnienie właściwej komunikacji w ramach sieci RASFF i AAC pomiędzy Komisją Europejską i krajami członkowskimi obu sieci a organami urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce.

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

5.1.2. Powiadomienia zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2025 r.

W okresie od 01.01.2025 do 31.12.2025 Pojedynczy Punkt Kontaktowy w GIS zgłosił 345 powiadomień do systemu RASFF. Liczba powiadomień w 2025 r. jest wyższa niż w 2024 r.

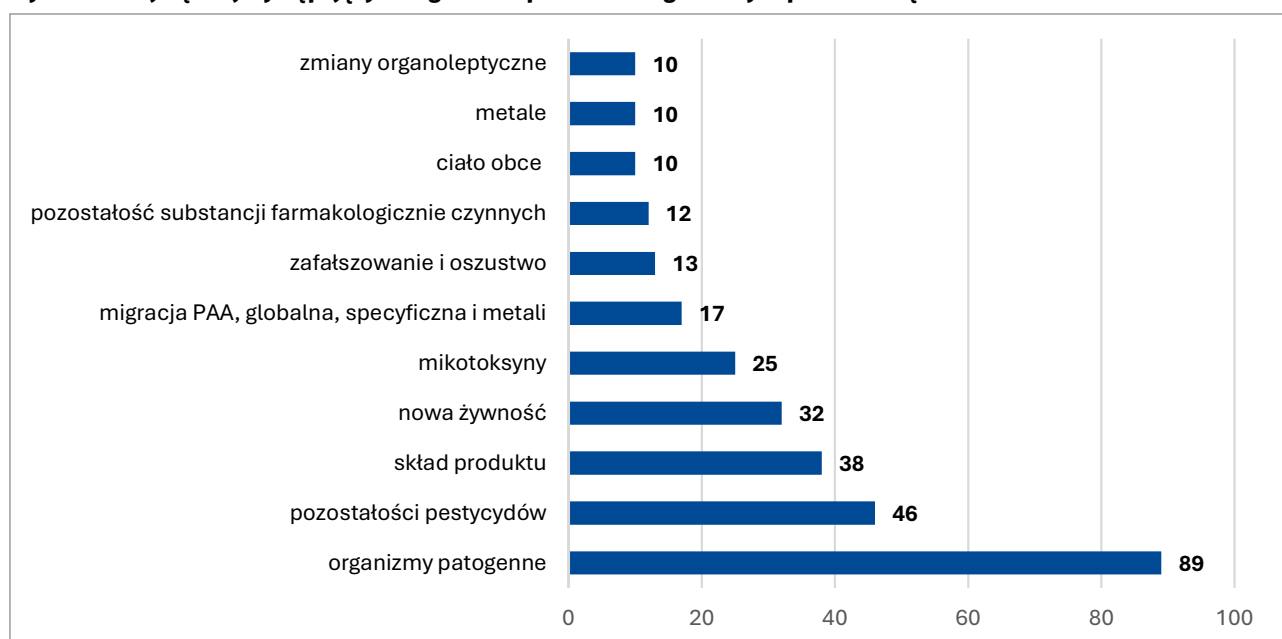
Powiadomienia	2025	2024
alarmowe	56	67
informacyjne w celu podjęcia działań	77	74
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	119	87
o odrzuceniu na granicy	93	69
Suma końcowa	345	297

Wszystkie kraje członkowskie w 2025 r. zgłosiły do sieci RASFF łącznie 5206 powiadomień. Z 345 powiadomień przekazanych przez Polskę – 321 powiadomień dotyczyło żywności, 18 wyrobów do kontaktu z żywnością, a 6 pasz.

Najczęstszymi przyczynami zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2025 roku dot. niebezpiecznej żywności, materiałów do kontaktu z żywnością i pasz były:

- ◆ obecność organizmów patogennych (89 powiadomień), w tym przede wszystkim *Salmonella* (85 powiadomień), głównie w mięsie drobiowym i produktach z mięsa drobiowego;
- ◆ pozostałości pestycydów (46 powiadomień), głównie w owocach i warzywach;
- ◆ potencjalnie niebezpieczne składniki produktów (38 powiadomień), głównie w suplementach diety;
- ◆ wykrycie składników niezatwierdzonych do stosowania w żywności (32 powiadomienia), głównie w suplementach diety;
- ◆ zanieczyszczenie mikotoksynami: aflatoksyny B1 oraz sumy aflatoksyn B1+B2+G1+G2 i ochratoksyny A (25 powiadomień), głównie w orzechach i suszonych owocach;
- ◆ migracja pierwszorzędowych amin aromatycznych, migracja globalna, migracja specyficzna formaldehydu oraz migracja kadmu i ołowiu z wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (17 powiadomień);
- ◆ potencjalne zafatszowanie/oszustwo w związku z nieprawidłowościami w dokumentacji importowanych przesyłek żywności i materiałów do kontaktu z żywnością (13 powiadomień);
- ◆ przekroczenie maksymalnych limitów pozostałości substancji farmakologicznie czynnych, głównie w mięsie drobiowym i jajach (12 powiadomień);
- ◆ obecność ciała obcego (fragmenty szkła, metalu, plastiku, obecność szkodników) w żywności i karmie dla zwierząt (10 powiadomień);
- ◆ przekroczenie najwyższego dopuszczalnego poziomu metali: kadmu, arsenu, ołowiu, rtęci, niklu i cynku w owocach, orzechach i nasionach, w suplementach diety, herbacie i rybach (10 powiadomień);
- ◆ zmiany organoleptyczne produktów (10 powiadomień).

Wyk. 1 11 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez Polskę w 2025 r.



Podstawą do zgłoszenia powiadomień w 2025 r. było wykrycie ryzyka:

- ◆ w trakcie kontroli na etapie produkcji lub obrotu prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (148 powiadomień) oraz programu monitoringu (22 powiadomienia);
- ◆ w trakcie kontroli granicznych importu towarów prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (97 powiadomień);
- ◆ w trakcie kontroli wewnętrznych prowadzonych przez przedsiębiorstwa branży spożywczej i paszowej (25 powiadomień);
- ◆ w trakcie kontroli żywności sprzedawanej w sieci Internet prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (33 powiadomienia);
- ◆ w wyniku skarg konsumentów (19 powiadomień);
- ◆ w wyniku zatrucia pokarmowego (1 powiadomienie).

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

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



Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2025 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów. W produktach zgłoszonych w 345 powiadomieniach stwierdzono 348 zagrożeń – łączna liczba zagrożeń jest większa niż liczba powiadomień, gdyż w kilku przypadkach w jednym powiadomieniu zgłoszono więcej niż jedno zagrożenie.

Tab. 3 Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg zagrożeń

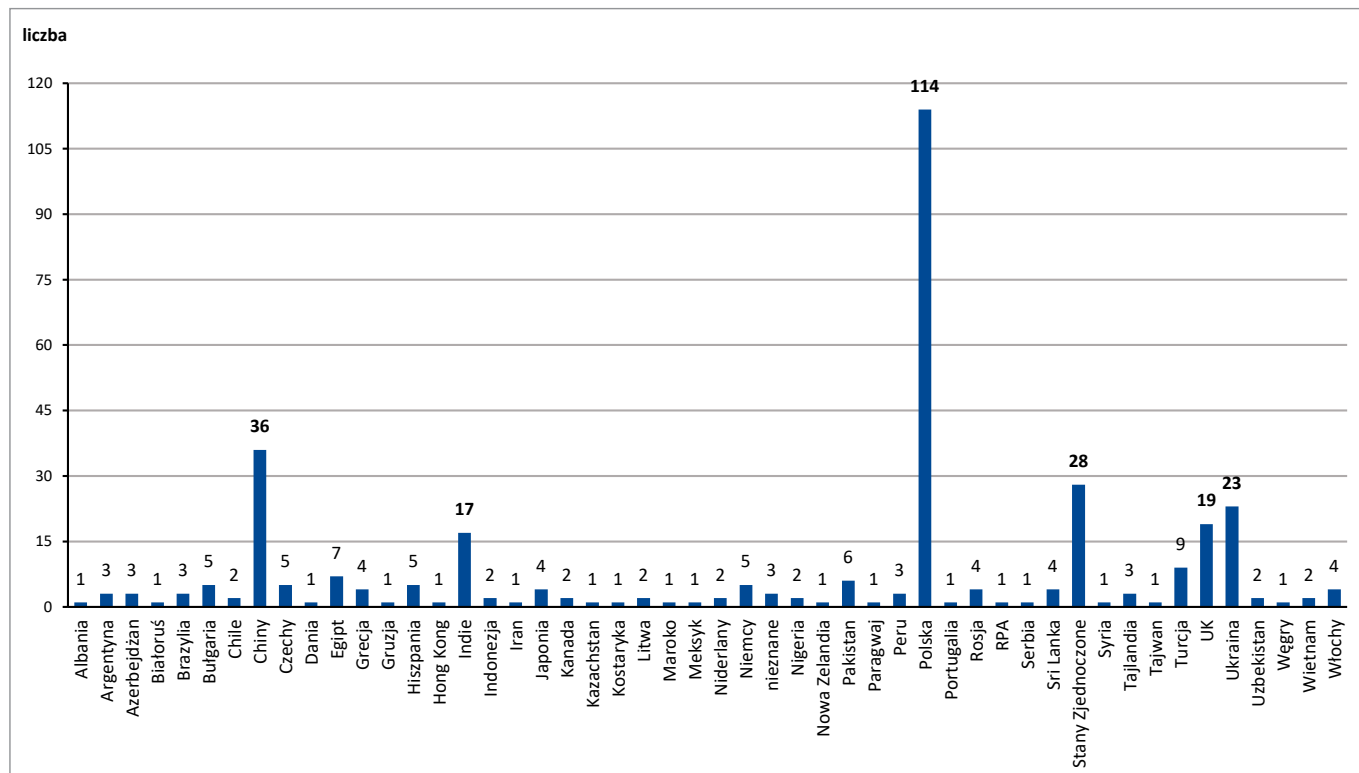
Zagrożenie	Suma
organizmy patogenne	89
pozostałości pestycydów	46
skład produktu	38
nowa żywność	32
mikotoksyny	25
migracja PAA, globalna, specyficzna i metali	17
zafałszowanie i oszustwo	13
pozostałość substancji farmakologicznie czynnych	12
ciało obce	10
metale	10
zmiany organoleptyczne	10
dodatki do żywności i aromaty	9
zanieczyszczenie biologiczne	9
niewłaściwe warunki higieniczne podczas transportu	6
zakażenie pasożytami	6
zanieczyszczenia mikrobiologiczne (pleśń)	4
niewłaściwe znakowanie	3
napromienianie	3
składniki alergenne	2
dodatki do pasz	1
zanieczyszczenie przemysłowe	1
niezdefiniowane (inne)	1
wadliwe opakowanie	1
Suma końcowa	348

Tab. 4 Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg kategorii produktów

Kategorie produktów	Suma
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	73
mięso drobiowe i produkty pochodne	68
owoce i warzywa	43
orzechy, produkty pochodne, nasiona	27
wyroby do kontaktu z żywnością	18
zioła i przyprawy	16
produkty zbożowe i piekarskie	15
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	14
inne produkty spożywcze/mieszane	12
ryby i produkty pochodne	9
wyroby cukiernicze	8
jaja i produkty jajeczne	8
tłuszcze i oleje	7
materiał paszowy	5
mięso inne niż drobiowe	5
dania gotowe i przekąski	3
substancje dodatkowe i aromaty	2
miód i mleczko pszczele	2
lody i desery	2
mleko i produkty mleczne	2
napoje alkoholowe	1
skorupiaki i ich produkty	1
napoje bezalkoholowe	1
żywność dla zwierząt	1
zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
wino	1
Suma zagrożeń	345

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2025 r. pochodziło z Polski oraz z krajów spoza Unii Europejskiej – Chin, Stanów Zjednoczonych, Ukrainy, Wielkiej Brytanii, Indii i Turcji.

Wyk. 2 Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2025 r.



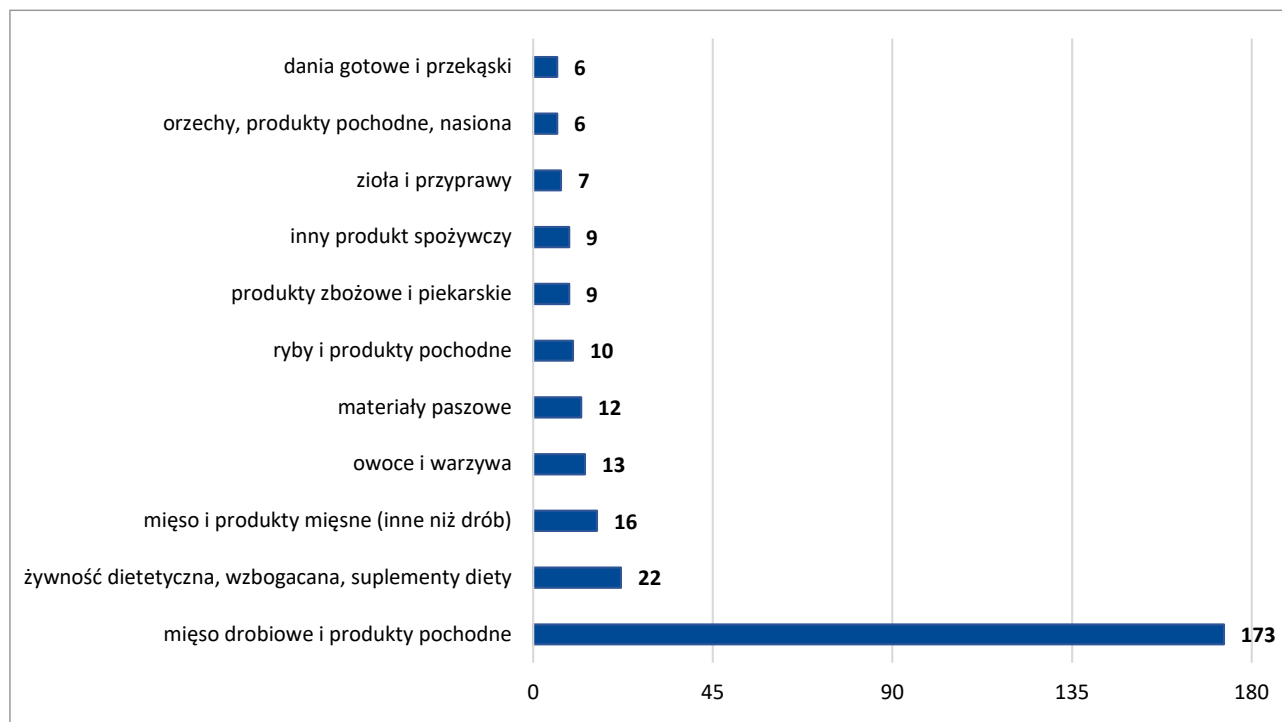
5.1.3. Powiadomienia zgłaszane do RASFF w 2025 r. dot. produktów pochodzących z Polski

W 2025 roku wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 319 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski. W porównaniu do roku 2024 liczba ta jest wyższa.

Powiadomienia	2025	2024
alarmowe	96	102
informacyjne w celu podjęcia działań	103	75
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	118	108
informacyjne news	2	1
Suma końcowa	319	286

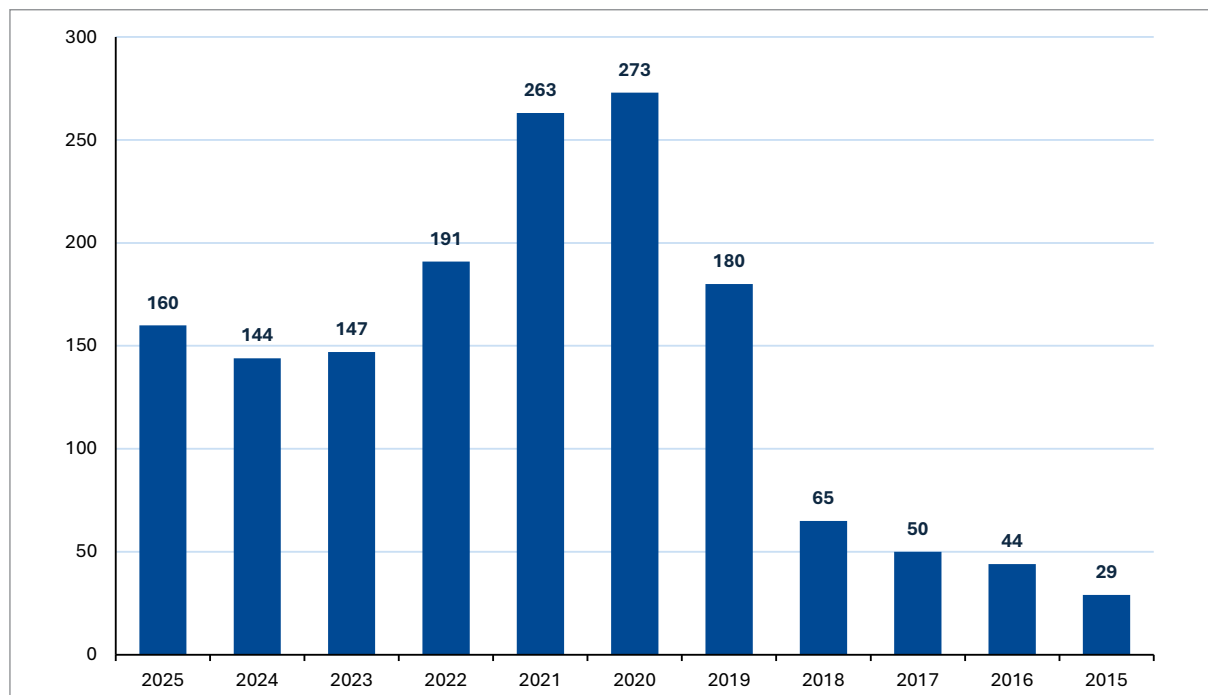
Z całkowitej liczby 319 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 295 powiadomień dotyczyło żywności (92,5%), 19 powiadomień dotyczyło pasz (6%) i 5 powiadomień dotyczyło wyrobów do kontaktu z żywnością.

Wyk. 3 11 najczęściej występujących kategorii produktów pochodzących z Polski w 2025 r.



Najczęściej identyfikowane zagrożenie w roku 2025, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski, to występowanie niebezpiecznej dla zdrowia bakterii *Salmonella*, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (160 powiadomień), w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (8 powiadomień), w materiałach paszowych (7 powiadomień), w jajach i produktach jajecznych (4 powiadomienia), w suplementach diety i w produktach dla zwierząt domowych (po 2 powiadomienia) oraz w filecie z łososia, w mrożonych pierożkach (pielmieni), w tymianku i w mieszance paszowej (po 1 powiadomieniu).

Na przestrzeni ostatnich lat liczba powiadomień dotyczących produktów z Polski kwestionowanych z uwagi na wykrycie w nich pałeczek *Salmonella* wciąż utrzymuje się na wysokim poziomie. W 2025 r. zaobserwowano wzrost liczby powiadomień związanych z wykryciem tych bakterii w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (ze 147 powiadomień w 2023 r. przez 144 w roku 2024 do 160 powiadomień w 2025 r.). Tendencje w kategorii żywności „mięso drobiowe i produkty pochodne” w latach 2015-2025 obrazuje poniższy wykres.

Wyk. 4 Powiadomienia dot. produktów pochodzących z Polski z kategorii mięso drobiowe i produkty pochodne zgłoszone z uwagi na obecność *Salmonella* w latach 2015-2025

Kolejnymi najczęściej notowanymi w RASFF zagrożeniami wykrywanymi w produktach pochodzących z Polski były: stwierdzenie potencjalnie niebezpiecznych składników produktów, głównie w suplementach diety (15 powiadomień), ciała obcych w żywności (szklane, metalowe i plastikowe fragmenty, kości, obecność szkodników – łącznie 14 powiadomień) oraz pozostałości pestycydów (głównie w owocach i warzywach tj. czerwona porzeczka, maliny, truskawki, biała rzodkiew, czarna rzepa, kapusta włoska, pieczarki, pomidory, w ziołach i przyprawach, w mące jaglanej, w materiałach i preparatach paszowych – łącznie 14 powiadomień).

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2025 r., to:

- ◆ wysoki poziom zanieczyszczeń biologicznych (w tym alkaloidów pirolizydynowych i opium oraz kwasu cyjanowodorowego – 12 powiadomień), głównie w ziołach i przyprawach, w pyłku kwiatowym i herbatkach ziołowych;
- ◆ wykrycie składników niezatwierdzonych do stosowania w żywności (10 powiadomień), głównie w suplementach diety;
- ◆ obecność bakterii *Listeria monocytogenes* (w rybach, mięsie drobiowym oraz w mięsie i produktach innych niż drobiowe – 10 powiadomień);
- ◆ zmiany organoleptyczne w żywności (9 powiadomień);
- ◆ brak informacji o obecności alergenów takich jak: pszenica, mleko, gluten, soja, jaja (8 powiadomień);
- ◆ przekroczenia maksymalnych limitów pozostałości substancji farmakologicznie czynnych, głównie w mięsie drobiowym i wołowym (8 powiadomień).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2025 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów. W produktach zgłoszonych w 318 powiadomieniach stwierdzono 328 zagrożeń – łączna liczba zagrożeń jest większa niż liczba powiadomień, gdyż w kilku przypadkach w jednym powiadomieniu zgłoszono więcej niż jedno zagrożenie.

Tab. 5 Powiadomienia dot. produktów z Polski wg zagrożeń

Zagrożenie	Suma
<i>Salmonella</i>	187
skład produktu	15
ciało obce	14
pozostałości pestycydów	14
zanieczyszczenia biologiczne	12
nowa żywność	10
<i>Listeria monocytogenes</i>	10
zmiany organoleptyczne	9
składniki alergenne	8
pozostałość substancji farmakologicznie czynnej	8
metale i ich migracja	7
zanieczyszczenia przemysłowe	6
mikotoksyny	4
wadliwe/nieprawidłowe opakowanie	4
organizmy patogenne (inne)	4
dodatki do pasz	2
dodatki do żywności i aromaty	2
niezdefiniowane (inne)	2
zakażenie pasożytami	2
<i>Escherichia coli</i> produkująca toksynę Shiga (STEC)	2
zanieczyszczenia mikrobiologiczne (inne)	2
niewystarczająca kontrola	1
norowirus	1
wirus HAV	1
napromienianie	1
Suma końcowa	328

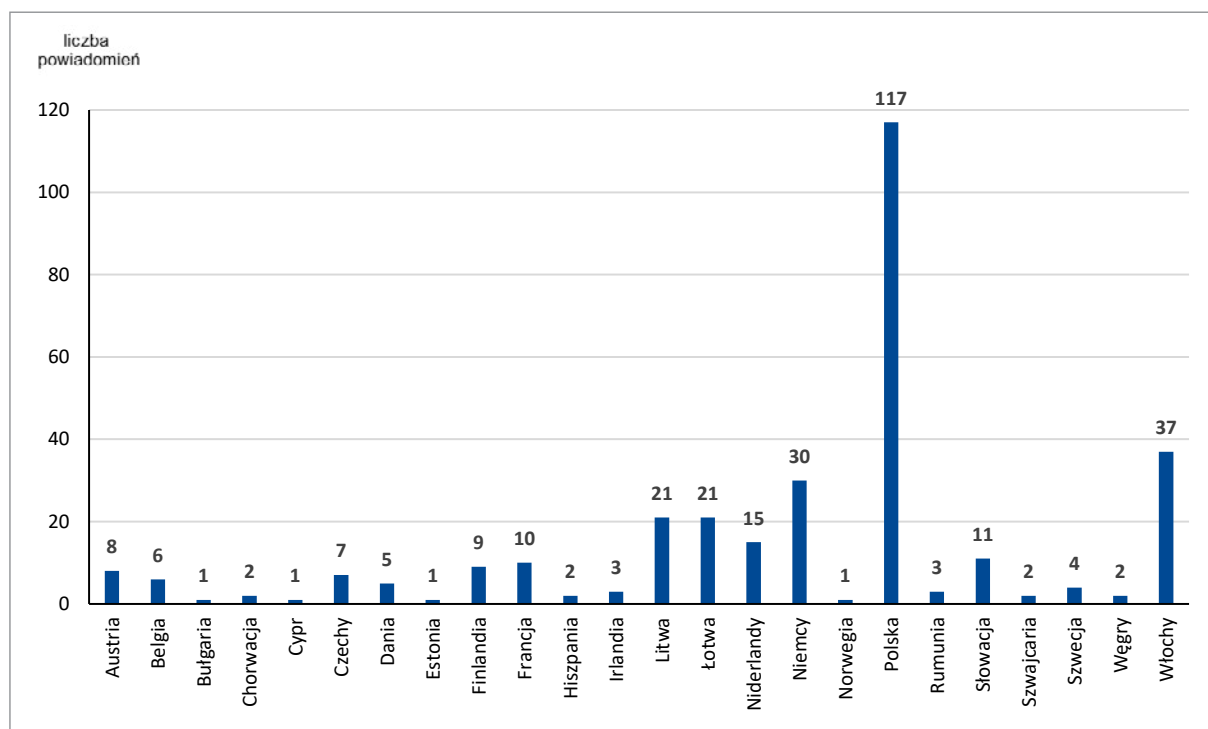
Tab. 6 Powiadomienia dot. produktów z Polski wg kategorii produktów

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	173
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	22
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	16
owoce i warzywa	13
materiały paszowe	12
ryby i produkty pochodne	10
produkty zbożowe i piekarskie	9
inny produkt spożywczy	9
zioła i przyprawy	7
orzechy, produkty pochodne, nasiona	6
dania gotowe i przekąski	6
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	5
wyroby cukiernicze	5
jaja i produkty jajeczne	5
materiały do kontaktu z żywnością	4
mieszanki i preparaty paszowe	4
zupy, buliony, sosy i przyprawy	3
żywność dla zwierząt	3
miód i mleczko pszczele, lody i desery	2
lody i desery	2
napoje alkoholowe	1
tłuszcze i oleje	1
mleko i produkty mleczne	1
Suma zagrożeń	319

W omawianym okresie najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Polskę (117 powiadomień), Włochy (37), Niemcy (30), Łotwę i Litwę (po 21), Niderlandy (15), Słowację (11), Francję (10), Finlandię (9) i Austrię (8). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za nadzór urzędowy nad bezpieczeństwem żywności i pasz w Unii Europejskiej, wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r., i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF. Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie RASFF, przekazując odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach do systemu.

Poniższy wykres obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie.

Wyk. 5 Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z Polski w 2025 r.



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

5.1.4. Ostrzeżenia publiczne GIS

Powiadomienia RASFF zwykle związane są z wycofaniem produktu (żywności, paszy, wyrobów do kontaktu z żywnością) z obrotu i/lub od konsumentów. Obowiązek wycofania żywności i pasz, które są niezgodne

z wymaganiami w zakresie ich bezpieczeństwa, spoczywa na podmiotach działających na rynku żywności i pasz, zgodnie z art. 19 i 20 rozporządzenia (WE) nr 178/2002.

Zgodnie z art. 10 rozporządzenia (WE) nr 178/2002, w sytuacjach, w których istnieją uzasadnione podstawy, aby podejrzewać, że żywność może stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi, w zależności od charakteru, powagi i rozmiaru ryzyka, Główny Inspektor Sanitarny informuje opinię publiczną za pośrednictwem tzw. ostrzeżeń publicznych publikowanych na stronie internetowej GIS o charakterze ryzyka dla zdrowia, określając możliwie najdokładniej żywność, bądź rodzaj żywności, ryzyko, jakie mogą one stanowić, oraz środki podjęte lub które są planowane w celu zapobieżenia, zmniejszenia lub likwidacji ryzyka. W 2025 roku na stronie internetowej GIS opublikowano 72 ostrzeżenia publiczne (oraz 3 aktualizacje) dotyczące zarówno żywności, jak i wyrobów do kontaktu z żywnością.

5.1.5. Sieć AAC

Ponadto Pojedynczy Punkt Kontaktowy (SCP) w Głównym Inspektoracie Sanitarnym w ramach procedury pomocy i współpracy administracyjnej między krajami członkowskimi UE (sieć AAC) przekazał 209 powiadomień o niezgodności dot. produktów pochodzących z następujących kategorii żywności lub pasz:

- ◆ żywe zwierzęta (76 powiadomień),
- ◆ tłuszcze i oleje (21),
- ◆ żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety (17),
- ◆ owoce i warzywa (16),
- ◆ kakao i produkty pochodne, kawa i herbata oraz mięso drobiowe i produkty pochodne (po 13),
- ◆ napoje alkoholowe (10),
- ◆ napoje bezalkoholowe (9),
- ◆ mięso i produkty mięsne (inne niż drób) (8),
- ◆ inny produkt spożywczy (6),
- ◆ jaja i produkty jajeczne (4),
- ◆ wyroby cukiernicze oraz karma dla zwierząt (po 3 powiadomienia),
- ◆ mieszanki paszowe, dodatki paszowe, ryby i produkty pochodne, materiały do kontaktu z żywnością, miód i mleczko pszczele, mleko i produkty mleczne, naturalna woda mineralna, orzechy, produkty pochodne i nasiona, dania gotowe i przekąski oraz zupy, buliony, sosy i przyprawy (po 1 powiadomieniu).

Jednocześnie w ramach sieci AAC do SCP w GIS przekazano 162 powiadomienia o niezgodności, w których kraje członkowskie zwróciły się z prośbą o przeprowadzenie kontroli/wspólnych inspekcji różnych organów w Polsce w związku z naruszeniem prawa UE w sektorze rolno-spożywczym (nie tylko w odniesieniu do prawa żywnościowego i paszowego). Najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących

z Polski zgłosiły Niemcy (76), Czechy (15), Polska i Słowacja (po 10 powiadomień) oraz Austria (9). Dotyczyły one różnych kategorii żywności, takich jak:

- ◆ mięso drobiowe i produkty pochodne (27),
- ◆ mięso i produkty mięsne (inne niż drób) (22),
- ◆ owoce i warzywa (16),
- ◆ inne produkty spożywcze (15),
- ◆ żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety (10),
- ◆ materiały paszowe (9),
- ◆ kakao i produkty pochodne, kawa i herbata, ryby i produkty pochodne oraz dania gotowe i przekąski (po 6 powiadomień),
- ◆ napoje bezalkoholowe (5),
- ◆ mleko i produkty mleczne (4),
- ◆ napoje alkoholowe, produkty zbożowe i piekarskie, wyroby cukiernicze, jaja i produkty jajeczne, materiały do kontaktu z żywnością, żywe zwierzęta, naturalna woda mineralna (po 3 powiadomienia)
- ◆ tłuszcze i oleje, zioła i przyprawy oraz lody i desery (po 2 powiadomienia),
- ◆ dodatki i preparaty paszowe, substancje dodatkowe i aromaty, miód i mleczko pszczele, orzechy, produkty pochodne i nasiona, środki ochrony roślin, zupy, buliony, sosy i przyprawy, woda do spożycia przez ludzi oraz wino (po 1 powiadomieniu).

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



5.1.6. Podsumowanie

Polska jest jednym z najbardziej aktywnych członków systemu RASFF. Więcej powiadomień od Polski w 2025 r. zgłosiło jedynie pięć krajów: Niderlandy, Niemcy, Francja, Włochy i Belgia.

Z całkowitej liczby 5206 powiadomień w systemie RASFF w 2025 r. pojedynczy punkt kontaktowy w GIS zgłosił 345 powiadomień, co stanowi ok. 6,6% wszystkich zgłoszeń. Ponadto Polska prowadziła aktywną wymianę informacji w ramach sieci AAC, która rozwija się bardzo dynamicznie – 209 powiadomień z 3146 powiadomień zgłoszonych przez wszystkie kraje członkowskie.

Liczba powiadomień RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski wzrosła w stosunku do 2024 roku o 11%. Najwięcej powiadomień zgłosiły: Polska, Włochy, Niemcy, Łotwa i Litwa. Głównym zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski była obecność patogennych mikroorganizmów (przede wszystkim *Salmonella*) w mięsie drobiowym i produktach z mięsa drobiowego.

Na stronie internetowej GIS opublikowano 72 ostrzeżenia dotyczące żywności oraz wyrobów do kontaktu z żywnością. Liczba ostrzeżeń związanych z żywnością i materiałami do kontaktu z żywnością zwiększa się głównie z uwagi na coraz lepszą współpracę organów urzędowej kontroli żywności w Polsce i za granicą, a także z przedsiębiorstwami branży spożywczej (producenci czy sieci handlowe). Liczba ostrzeżeń wzrosła w stosunku do roku 2024 (61 ostrzeżeń).

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

Należy podkreślić, że w roku 2025 r. GIS uczestniczył w szeregu spotkań na poziomie UE, a także organizował szkolenia dla organów urzędowej kontroli żywności na terenie naszego kraju, a pracownicy GIS uczestniczyli jako prelegenci w szkoleniach z tego obszaru dla przedsiębiorców branży spożywczej.

W 2025 roku GIS – główny koordynator systemu RASFF w Polsce – zapewniał właściwą komunikację w ramach sieci RASFF i AAC pomiędzy Komisją Europejską i krajami członkowskimi obu sieci a organami urzędowej kontroli żywności i państw w Polsce.

5.2. Znakowanie żywności

Informacje nt. żywności mają chronić zdrowie konsumentów i pomagać im w świadomym wyborze produktów i komponowaniu zdrowej diety.

Zasady znakowania żywności w UE określa Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności (...), a w Polsce także odpowiednie ustawy i rozporządzenia krajowe.

Produkty sprzedawane w Polsce muszą mieć oznaczenia w języku polskim (mogą też mieć informacje w innych językach). Wymóg ten nie dotyczy żywności wywożonej poza terytorium Polski.

Inne ważne zasady dot. informacji na temat żywności:

- ◆ muszą być czytelne i łatwo dostępne – w przypadku żywności opakowanej muszą znajdować się bezpośrednio na opakowaniu lub załączonej etykiecie;
- ◆ nie mogą być zakryte lub zasłonięte np. innymi nadrukami czy ilustracjami;
- ◆ nie mogą wprowadzać w błąd – np. co do składu, ilości, trwałości, pochodzenia czy właściwości produktu;
- ◆ nie mogą przypisywać żywności działania leczniczego (na przykład: „zapobiega stanom zapalnym”, „leczy nowotwory”, „zapobiega nowotworom”, „ma działanie przeciwwirusowe”, „działa antyseptycznie, przeciwgorączkowo” itp.).

Niektóre z obowiązkowych elementów oznakowania żywności opakowanej są kluczowe dla bezpieczeństwa konsumenta i dokonywania świadomych wyborów żywieniowych. Należą do nich:

- ◆ termin przydatności do spożycia/data minimalnej trwałości,
- ◆ wykaz składników (w tym alergenów pokarmowych),
- ◆ informacja o wartości odżywczej, warunki przechowywania,
- ◆ warunki/instrukcja użycia (tam, gdzie zasadne),
- ◆ informacje umożliwiające identyfikowalność produktów (numer partii).

W odniesieniu do pewnych grup środków spożywczych, przepisy umożliwiają pominięcie niektórych z tych elementów (np. zioła, przyprawy czy sól nie muszą mieć informacji o wartości odżywczej).

Jak wspomniano powyżej, kluczowa dla bezpieczeństwa konsumenta jest informacja o alergenach (np. mleko, orzeszki ziemne), użytych w produkcji żywności i nadal obecnych w produkcie gotowym (nawet w zmienionej formie). Składniki alergenne należy wyróżnić w wykazie składników (np. za pomocą czcionki, stylu czy też podświetlenia tła) np. „**mleko**”. W przypadkach produktów, dla których nie jest konieczne podanie wykazu

składników, informację o alergenach należy przedstawić jako dodatkowy komunikat np. „zawiera mleko”. Wykaz czternastu alergenów pokarmowych, które muszą być wyróżnione w informacji na temat żywności, znajduje się w załączniku nr II do rozporządzenia (UE) nr 1169/2011. Informacja o alergenach musi być zawsze dostępna dla konsumenta. Dotyczy to zarówno żywności pakowanej, jak i sprzedawanej luzem czy on-line.

W 2025 r. ocenę znakowania żywności opakowanej i nieopakowanej (również jej prezentacji i reklamy), przeprowadzano w ramach prowadzonych kontroli w zakładach produkcyjnych i miejscach wprowadzania do obrotu (w tym sprzedawanych przez Internet) oraz zakładach żywienia zbiorowego. Oceniano znakowanie środków spożywczych również w odniesieniu do pobranych do badania próbek żywności: ogólnego spożycia, suplementów diety, żywności wzbogaconej oraz żywności dla określonych grup.

Ponadto, jak co roku, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej reagowały na otrzymywane interwencje, które dotyczyły m.in. nieprawidłowego oznakowania, prezentacji i reklamy różnych produktów spożywczych (również za pośrednictwem stron internetowych). W związku z interwencjami podejmowano czynności wyjaśniające oraz, tam gdzie zasadne, odpowiednie działania.

W 2025 r. oceniono m.in. znakowanie 31 669 zbadanych laboratoryjnie próbek środków spożywczych, z czego ogółem zdyskwalifikowano 370 próbek środków spożywczych, co stanowi 1,2% (identycznie jak w 2024 r.). Zatem odsetek niezgodności pozostaje na tym samym poziomie. Najwięcej niezgodności dot. znakowania stwierdzano w suplementach diety oraz żywności dla określonych grup.

Przyczynami kwestionowania znakowania były między innymi:

- ◆ brak lub nieprawidłowa prezentacja informacji obowiązkowych (alergeny pokarmowe, wykaz składników, data minimalnej trwałości/termin przydatności do spożycia, informacja o wartości odżywczej, w przypadku suplementów diety – brak wymaganych informacji i ostrzeżeń);
- ◆ stosowanie dobrowolnych komunikatów niezgodnie z przepisami (oświadczenia zdrowotne i żywieniowe, „bezglutenowy”);
- ◆ przypisywanie żywności właściwości zapobiegania chorobom lub ich leczenia.

Ponadto 23 grudnia 2025 r. na stronie internetowej GIS zamieszczone zostały ulotki informacyjne skierowane do konsumentów i producentów dotyczące sprzedaży ryby maślanej, w tym jej znakowania. Celem ulotek było zebranie informacji o wymaganiach, którym podlega sprzedaż ryby maślanej (eskolar i kostropak) w Unii Europejskiej, ze względu na zawartość estrów woskowych mogących wywoływać dolegliwości żołądkowo-jelitowe.

Ulotki te powstały z myślą o ochronie zdrowia konsumentów oraz w celu podnoszenia świadomości na temat ryby maślanej. Materiały są pomocne przy podejmowaniu świadomych oraz bezpiecznych decyzji zakupowych i handlowych.

GIS przygotował ww. ulotki we współpracy z Głównym Inspektorem Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytutem Badawczym oraz Państwowym Instytutem Weterynaryjnym – Państwowym Instytutem Badawczym. W ulotkach zawarte są m.in. informacje dotyczące:

- ♦ zasad bezpiecznego spożycia ryby maślanej,
- ♦ wymagań w zakresie prawidłowego znakowania oraz informacji przekazywanych konsumentom,
- ♦ obowiązków producentów, dystrybutorów i podmiotów gastronomicznych związanych z wprowadzaniem ryby maślanej do obrotu.

Ulotki były również rozpowszechniane przez organy PIS, GIJHARS oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH Państwowy Instytut Badawczy.

Wnioski:

Rzetelne informowanie o żywności jest kluczowe dla ochrony zdrowia konsumentów i umożliwia dokonywanie świadomych wyborów. Dlatego istotne znaczenie ma kontrola oznakowania, prezentacji i reklamy żywności, zwłaszcza w zakresie informacji wpływających na bezpieczeństwo i istotnych dla prawidłowego żywienia, takich jak składniki alergenne, wartość odżywcza czy zasady stosowania suplementów diety. Odsetek niezgodności w tym obszarze, stwierdzonych w dwóch ostatnich latach (2024 i 2025), utrzymuje się na tym samym poziomie (1,2%). Należy podkreślić, że znakowanie i prezentacja żywności są także narzędziami marketingowymi, co sprzyja występowaniu nieuczciwych praktyk (jak przypisywanie żywności właściwości zapobiegania chorobom lub leczenia). Z tego względu niezbędna jest kontynuacja działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w tym obszarze.



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

5.3.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety

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

Zakres nadzoru sanitarnego

Na terenie Polski funkcjonują 442 wytwórnie oraz 1 076 hurtowni suplementów diety podlegających nadzorowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- ◆ 304 wytwórców, tj. ok. 68%, wytwórców funkcjonujących na terenie kraju;
- ◆ 372 obiekty obrotu hurtowego, tj. 34,26% ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

W 2025 r. przeprowadzono łącznie 1789 kontroli w obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety, w tym 399 kontroli interwencyjnych.

W następstwie przeprowadzonych kontroli właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 254 decyzje administracyjne, w tym 142 decyzje skierowano do wytwórców suplementów diety oraz 112 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 53 decyzje zakazujące wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2025 r., podobnie jak w latach poprzednich, badanie suplementów diety było uwzględnione w rocznych planach urzędowej kontroli i monitoringu żywności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Analizowano próbki zarówno pod kątem zanieczyszczeń chemicznych i mikrobiologicznych, jak i poprawności oznakowania czy cech organoleptycznych. Jedna próbka mogła być badana w kilku kierunkach. Ogółem w 2025 r. laboratoria PIS zbadały 4124 próbki suplementów diety, w tym:

- ◆ 3347 produkcji krajowej,
- ◆ 481 z krajów członkowskich UE,
- ◆ 296 produktów z importu.

Jednym z kluczowych aspektów badań była analiza zanieczyszczeń mikrobiologicznych, która objęła 1 695 próbek. W ramach tego obszaru szczególną uwagę poświęcono oznaczeniom w kierunku bakterii *Salmonella* (1 665 badań) oraz *Listeria* (1 625 badań).

Równolegle prowadzono badania w zakresie obecności metali szkodliwych dla zdrowia, którymi objęto 294 próbki, natomiast 27 próbek poddano analizie na obecność mikotoksyn. Dodatkowo 260 próbek sprawdzono pod kątem substancji dodatkowych dozwolonych.

Kluczowym aspektem kontroli suplementów diety pozostaje prawidłowe znakowanie produktów, które nie tylko dostarcza konsumentom istotnych informacji, ale również świadczy o zgodności produktu z obowiązującymi przepisami. W tym zakresie przebadano 2359 próbek.

Ponadto 1062 próbki zostały zbadane pod kątem cech organoleptycznych, obejmujących ocenę takich właściwości jak wygląd, zapach czy konsystencja. Badano także inne parametry jakościowe (1934 analizy), w tym m.in. poziomy wybranych składników odżywczych, a także zanieczyszczenia biologiczne (26 badań) i fizyczne (12 badań).

W wyniku przeprowadzonych badań zdyskwalifikowano łącznie 143 próbki suplementów diety. Największy udział wśród stwierdzonych niezgodności miały:

- ◆ nieprawidłowości w znakowaniu – 105 próbek,
- ◆ inne parametry jakościowe – 19 próbek,
- ◆ zanieczyszczenia mikrobiologiczne – 19 próbek,
- ◆ metale szkodliwe dla zdrowia – 2 próbki,
- ◆ ocena organoleptyczna – 6 próbek.

Nie stwierdzono niezgodności w zakresie: pozostałości pestycydów, mikotoksyn, zanieczyszczeń azotanami, substancji dodatkowych, GMO oraz zanieczyszczeń fizycznych.

Analiza pochodzenia próbek zdyskwalifikowanych wskazuje, że:

- ◆ najwięcej niezgodności dotyczyło produktów krajowych – 114 przypadków,
- ◆ następnie produktów z UE – 19 przypadków,
- ◆ oraz z importu – 10 przypadków.

Przedstawione dane wskazują, że działania kontrolne koncentrowały się przede wszystkim na zapewnieniu zgodności znakowania oraz jakości deklarowanej przez producenta, przy równoczesnym monitorowaniu zagrożeń mikrobiologicznych i chemicznych. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły obszarów formalnych (znakowanie), co podkreśla potrzebę dalszego wzmacniania nadzoru w tym zakresie, obok utrzymania wysokiego poziomu kontroli bezpieczeństwa zdrowotnego produktów.

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych z uwzględnieniem podziału na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 7.

Tab. 7 Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2025 r.

Rok	suplementy diety		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2025	4 124	3,47%	3 347	3,41%	296	3,38%	481	3,95%

W 2025 r. przeprowadzono również skoordynowaną przez GIS kontrolę tematyczną nacelowaną na monitoring stron internetowych, za pośrednictwem których oferowane są do sprzedaży suplementy diety.

Celem kontroli była weryfikacja tych produktów w zakresie zgodności z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2024 r. *w sprawie substancji wzbogacających dodawanych do żywności*¹, w szczególności załącznika określającego wykaz substancji niedozwolonych do stosowania w produkcji żywności, w tym suplementach diety.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizując zadania w ramach działań podejmowanych na poziomie lokalnym, w uzasadnionych przypadkach uwzględniały również wymagania w zakresie nowej żywności, substancji dodatkowych, przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. *w sprawie składu i oznakowania suplementów diety*, a także postanowień uchwał Zespołu ds. Suplementów Diety.

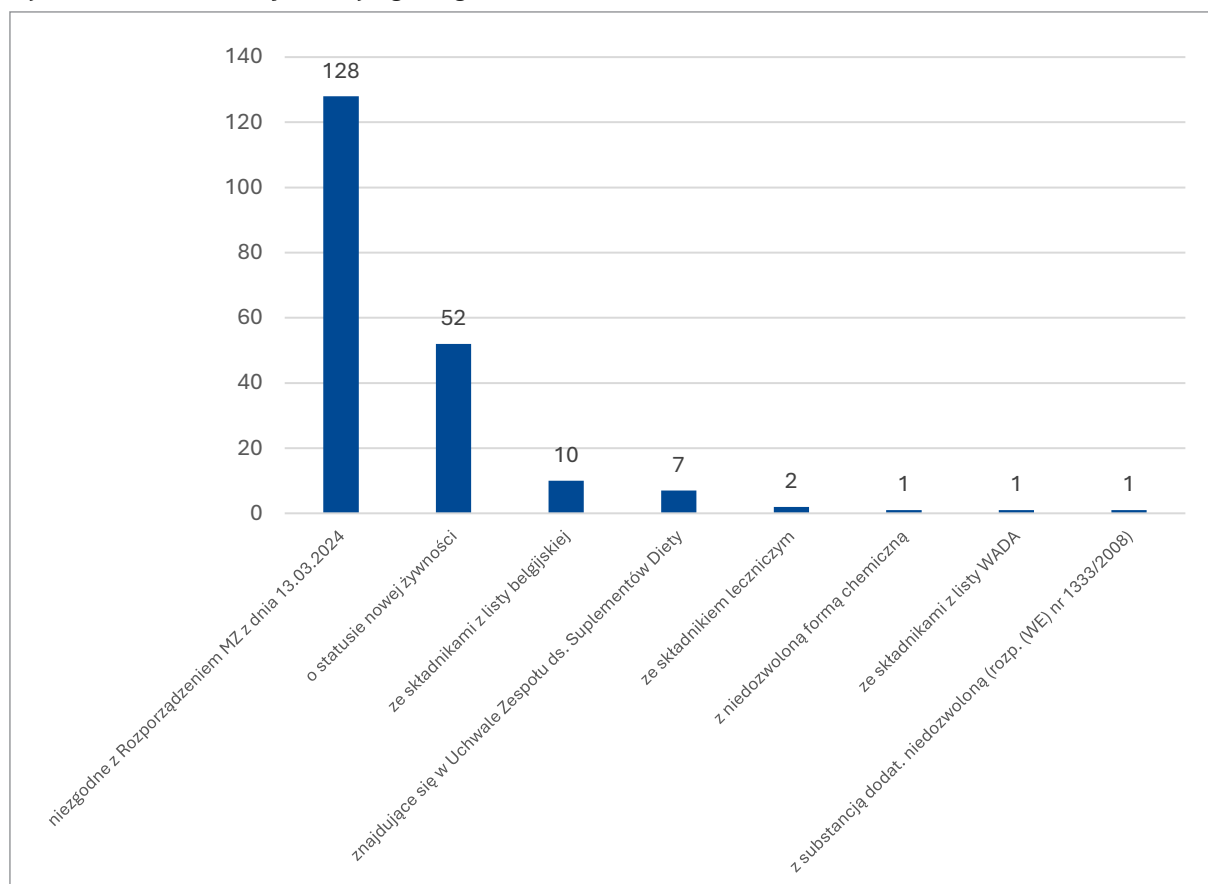
W ramach akcji kontrolnej organy PIS podjęły działania w celu zidentyfikowania produktów naruszających przepisy – ustalono, że:

- ◆ ponad połowa ze zidentyfikowanych produktów niespełniających wymagań (128) zawierała składniki niedozwolone na podstawie przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia, zaś 52 produkty (blisko 1/4) zawierały składniki będące nową żywnością. Pozostałe niezgodności dot. składników były identyfikowane w różnych zakresach.

¹ (Dz.U. z 2024 r. poz. 420),

- ◆ Najczęściej wykrywanymi składnikami niedozwolonymi, na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2024 r. w sprawie substancji wzbogacających dodawanych do żywności, były: pankreatyna, chlorowoderek johimbiny oraz substancje z grupy johimbiny i świerzbiec właściwy.
- ◆ Wykrywanymi najczęściej składnikami nieposiadającymi historii spożycia (nowa żywność) były: *Fadogia agrestis*, *Tongkat Ali* oraz *Epimedium (Horny Goat Weed)*.
- ◆ Najczęściej wykrywanym składnikiem widniejącym na liście belgijskiej był czarny orzech, natomiast na podstawie Uchwał Zespołu ds. Suplementów Diety – glistnik jaskółcze ziele.

Wyk. 6 Kwestionowane produkty wg kategorii w 2025 r.



Ponadto w 2025 r. Narodowy Instytut Leków, działając na podstawie umowy z GIS, dokonał analizy 90 próbek suplementów diety pobranych przez organy PIS. Badania prowadzone były w kierunku identyfikacji w suplementach diety niedeklarowanych aktywnych farmakologicznie substancji (syldenafile, tadalafil, wardenafil, sybutramina i ich analogi, winpocetyna, hupercyna) oraz substancji zakazanych w produkcji środków spożywczych: chlorowoderek johimbiny oraz grupa johimbiny; DMAA (w szczególności określana jako: 1,3-DMAA, 1,3 dimetyloamyoamina, 1,3 dimetylopentyloamina, 2-amino-4-metyloheksan, 2 heksanamina, 4 metylo-(9CI), 4 metylo-2-heksanamina, 4 metylo-2-heksyloamina, dimetyloamyoamina, geranamina, metyloheksanamina, metyloheksanenamina), ewodiamina; grupa selektywnych modulatorów receptora androgenowego (SARMs) (w tym: andaryna (S-4), ligandrol (LGD 4033), ostaryna (*Enobosarm*), Rad-140 (*Testolone*)), higenamina; hordenina; ibutamoren (MK 677); pieprz metystynowy (*Piper methysticum*); świerzbiec właściwy (*Mucuna pruriens*); ziele glistnika (*Chelidonium majus*) Spośród

przebadanych próbek w jednej próbce stwierdzono śladową obecność hordeniny oraz w jednej próbce stwierdzono obecność N-fenilo-propoksyfenylokarbodaflu (analog syldenafilu). Zgodnie z informacjami zawartymi w uzasadnieniu do Uchwały nr 3/2022 Zespołu ds. Suplementów Diety, zmieniającej uchwałę Nr 6/2021 z dnia 30 sierpnia 2021 r., hordenina występuje naturalnie w takich roślinach jak zboże, kietkujący jęczmień, kaktus oraz w niewielkich ilościach w gorzkiej pomarańczy.

Wnioski: Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety sprawowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną obejmuje zarówno etap produkcji, jak i dystrybucji. Realizowany jest poprzez kontrole, badania laboratoryjne, monitorowanie rynku oraz współpracę z innymi instytucjami krajowymi i międzynarodowymi.

Większość podmiotów działających na rynku wdrożyła wymagane systemy jakości i bezpieczeństwa żywności, co świadczy o wysokim poziomie organizacyjnym sektora. Kontrole prowadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmują znaczną część podmiotów, a ich efektem są działania administracyjne, w tym decyzje ograniczające lub zakazujące wprowadzania do obrotu produktów niespełniających wymagań.

Badania laboratoryjne suplementów diety potwierdzają, że nadzór koncentruje się na obszarach takich jak bezpieczeństwo mikrobiologiczne, jakość produktu oraz prawidłowość znakowania. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczą właśnie znakowania oraz innych parametrów jakościowych, co wskazuje na konieczność dalszego wzmacniania działań w tym zakresie.

Dodatkowe kontrole, w tym monitoring sprzedaży internetowej, pozwalają zidentyfikować obecność produktów zawierających składniki niedozwolone lub niezwyfikowane, co potwierdza potrzebę stałego nadzoru nad dynamicznie rozwijającym się rynkiem suplementów diety. Wyniki badań specjalistycznych wskazują natomiast na sporadyczne przypadki występowania substancji o działaniu farmakologicznym.

Podsumowując, system nadzoru nad suplementami diety funkcjonuje w sposób wieloaspektowy, jednak nadal kluczowym wyzwaniem pozostaje zgodność produktów z wymaganiami prawnymi, w szczególności w zakresie ich znakowania.

5.3.2. Żywność dla określonych grup

W katalogu żywności dla określonych grup wyróżniamy:

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



Żywność zaklasyfikowana w powyższych kategoriach zaspokaja potrzeby wrażliwych grup konsumentów (w szczególności niemowląt, ale także pacjentów cierpiących na określone schorzenia), dostarczając im niezbędnych składników odżywczych, co ma istotny wpływ na ich prawidłowy rozwój oraz stan zdrowia. Z tego względu bardzo istotną kwestią jest systematyczne badanie próbek takiej żywności.

Zakres nadzoru sanitarnego

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór zarówno nad produkcją, jak i obrotem żywności dla określonych grup. Był on sprawowany poprzez kontrole, pobieranie i badanie próbek, współpracę z innymi organami, np. Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

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.

W 2025 r. rejestrem zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej objętych było 16 wytwórni żywności dla określonych grup. Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli w tych obiektach wyniosła 65, w tym 5 kontroli interwencyjnych. W 2025 r. w odniesieniu do wytwórni żywności dla określonych grup wydano 5 decyzji administracyjnych i nałożono 1 mandat. Nie wystawiono żadnego wniosku o ukaranie.

Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup

W 2025 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 5919 próbek żywności dla określonych grup. W próbkach tych wykonano badania w następujących kierunkach:

- ◆ zanieczyszczenia mikrobiologiczne,
- ◆ metale szkodliwe dla zdrowia,
- ◆ pozostałości pestycydów,
- ◆ mikotoksyny,
- ◆ zanieczyszczenia azotanami,
- ◆ substancje dodatkowe dozwolone,
- ◆ obecność GMO,
- ◆ znakowanie,
- ◆ organoleptycznie,
- ◆ zanieczyszczenia biologiczne,
- ◆ zanieczyszczenia fizyczne,
- ◆ inne parametry.

Ogółem zdyskwalifikowano 94 próbki żywności dla określonych grup, co stanowi 1,6% wszystkich zbadanych próbek z tej kategorii. Wśród zdyskwalifikowanych próbek 80 było próbkami krajowymi, 13 pochodziło z innych niż Polska państw UE, a 1 próbka pochodziła z importu.

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek żywności dla określonych grup w 2025 r. (1,6%) był nieznacznie niższy w porównaniu z rokiem 2024 (2%).

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

Tab. 8 Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane w 2025 r.

Rok	żywność dla określonych grup		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2025	5919	1,6%	5 253	1,5%	41	2,4%	625	2,1%

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych w 2025 r. stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (96,8%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 91 przypadkach badanych próbek (77 z produktów krajowych, 13 z krajów UE, 1 z importu). Poza tym niewielki odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiła kategoria „inne parametry” (2,1%) a także kategorie: „zanieczyszczenia azotanami” oraz „metale szkodliwe dla zdrowia” (po 1,1%). Nie stwierdzono zanieczyszczeń mikrobiologicznych.

Wnioski:

Żywność dla określonych grup jest jedną z kategorii żywności, której próbek zostało zbadanych najwięcej. Jest to jak najbardziej uzasadnione, gdyż jest to żywność stosowana w żywieniu najbardziej wrażliwych grup konsumentów – niemowląt, małych dzieci i osób chorych.

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek żywności dla określonych grup w 2025 r. (1,6%) w porównaniu do roku 2024 (2%) był nieznacznie niższy. W obu okresach sprawozdawczych największy odsetek stanowiły próbki zdyskwalifikowane ze względu na oznakowanie, w związku z tym istnieje potrzeba prowadzenia systematycznych badań w tym zakresie.

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

W 2025 r. w ramach realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” zbadano w laboratoriach PIS 423 próbki żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych. Żadna z próbek nie została zdyskwalifikowana.

Do badań w 2025 r., podobnie jak w latach ubiegłych, pobierano próbki:

- ◆ potencjalnie zawierające materiał zmodyfikowany genetycznie, autoryzowany w UE, ale nieoznakowane informacją o obecności/użyciu modyfikacji genetycznej,
- ◆ produkty potencjalnie zawierające materiał genetycznie zmodyfikowany niedopuszczony w UE (oznakowane informacją o obecności GMO lub nie, pochodzące z krajów trzecich).

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

Ważną rolę w zakresie nadzoru nad produkcją i obrotem żywnością odgrywa zawsze kontrola dokumentacji w zakresie możliwości śledzenia żywności w łańcuchu żywnościowym, tzw. *traceability*. Kontrola ta ma szczególne znaczenie w odniesieniu do produktów wyprodukowanych z GMO, dla których nie jest możliwe pobranie próbki w celu jej zbadania w kierunku obecności GMO. Takimi produktami są m.in. cukier, nasiona lnu, nasiona rzepaku z importu, oleje z nasion oleistych.

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

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały sprawowanie bieżącego nadzoru nad przetwórstwem oraz obrotem grzybami świeżymi, mrożonymi oraz suszonymi, uprawnymi i rosnącymi w warunkach naturalnych (dziko rosnącymi), krajowymi i importowanymi. Jednocześnie podejmowane były działania w zakresie prewencji zatruc grzybami. Nadzór nad obrotem grzybami (świeżymi i suszonymi) oraz przetworami, w których składzie znajdują się grzyby, prowadzony był przez cały rok. Kontrole sanitarne przeprowadzono w punktach handlowych takich jak sklepy ogólnospożywcze, hurtownie i targowiska, a także w suszarniach grzybów, punktach skupu oraz w zakładach produkcji grzybów mrożonych i przetworów grzybowych oraz w gospodarstwach rolnych zajmujących się uprawą grzybów. Dokonywano również przeglądu ofert sprzedaży online. W sezonie grzybowym, tj. od sierpnia do października, wzmożono nadzór nad obrotem grzybami świeżymi, natomiast w okresie przedświątecznym szczególną uwagę zwracano na wprowadzane do obrotu grzyby suszone. Szczególnym nadzorem objęto targowiska, na których prowadzono sprzedaż grzybów świeżych i suszonych.

Podczas kontroli sprawdzano przestrzeganie przepisów prawa żywnościowego w zakresie spełnienia warunków skupu, przechowywania, sprzedaży grzybów oraz wymagań technologicznych i warunków przetwarzania grzybów, produkcji przetworów grzybowych oraz środków spożywczych zawierających grzyby. Kontrolowano, czy grzyby oferowane do sprzedaży i stosowane w przygotowywanej żywności są dopuszczone do obrotu i produkcji przetworów grzybowych, posiadają wymagane atesty, opakowanie oraz prawidłowe oznakowanie.

Zgodnie z przepisami każda partia grzybów dziko rosnących świeżych i suszonych wprowadzona do obrotu powinna być opatrzona odpowiednio atestem na grzyby świeże, wydanym przez klasyfikatora grzybów lub grzyboznawcę, oraz atestem na grzyby suszone, wydanym wyłącznie przez grzyboznawcę. Ponadto podmioty działające na rynku spożywczym, prowadzące działalność w zakresie skupu grzybów rosnących w warunkach naturalnych, są zobowiązane posiadać atesty na grzyby, a podmioty prowadzące działalność w zakresie przetwórstwa grzybów – poza atestami – mają obowiązek zapewnić nadzór grzyboznawcy nad procesem technologicznym przetwórstwa grzybów. Zakłady żywienia zbiorowego mogą używać do przygotowywania potraw grzybów dziko rosnących wyłącznie, jeśli posiadają one odpowiedni atest. Grzyby dziko rosnące suszone mogą być wprowadzane do obrotu wyłącznie w opakowaniu.

Ogólnie obrót grzybami świeżymi i suszonymi oraz przetworami grzybowymi prowadzony był prawidłowo.

W ramach nadzoru w przedmiotowym zakresie w **2025 r.** pobrano do badań laboratoryjnych ogółem **470 próbek**, z czego **357 próbek** krajowych, w tym w kierunku skażenia promieniotwórczego, obecności metali ciężkich, napromienienia oraz obecności substancji dodatkowych. Stwierdzono **jedną nieprawidłowość** dotyczącą przekroczenia dopuszczalnego poziomu metali ciężkich w pieczarce białej, co świadczy o utrzymującym się na ogół dobrym poziomie bezpieczeństwa grzybów i przetworów grzybowych.

Nadawanie i ewidencja uprawnień klasyfikatora grzybów świeżych i grzyboznawcy

Uprawnienia klasyfikatora grzybów świeżych nadaje w drodze decyzji administracyjnej państwowy wojewódzki inspektor sanitarny. Nadanie uprawnień grzyboznawcy następuje w drodze decyzji administracyjnej Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, działającego z upoważnienia Głównego Inspektora Sanitarnego. Uprawnieni klasyfikatorzy grzybów i grzyboznawcy legitymują się świadectwem odpowiednio klasyfikatora grzybów lub grzyboznawcy.

Po aktualizacji danych w centralnej ewidencji grzyboznawców na koniec **2025 r.** znajduje się **2249 osób** posiadających uprawnienia grzyboznawcy w całym kraju. W 2025 r. w rejestrze prowadzonym w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu przybyło **39 klasyfikatorów grzybów świeżych** oraz **12 grzyboznawców** (szkolenia były organizowane przez Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego).

Zatrucia grzybami

Krajowy rejestr zatruć grzybami prowadzony jest przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu. Rejestr obejmuje przypadki zgłoszone przez podmioty lecznicze do stacji sanitarno-epidemiologicznych. Zgodnie z danymi obejmującymi wszystkie województwa w Polsce, w **2025 r.** zatruciu grzybami uległo **17 osób**, z czego **12 osób hospitalizowano**, w tym stwierdzono **2 zgony**.

Zatrucia odnotowano w następujących województwach:

- ◆ w województwie kujawsko-pomorskim – 3 zatrucia (muchomor zielonawy – 2 przypadki, pieczarka karbolowa – 1 przypadek), w tym 1 zgon,
- ◆ w województwie małopolskim – 2 zatrucia (zastónak rudy – 1 przypadek, grzyb z rodzaju czubajka – 1 przypadek),
- ◆ w województwie mazowieckim – 2 zatrucia (zatrucia nieswoiste oraz grzyby o nieustalonej przynależności gatunkowej),
- ◆ w województwie pomorskim – 2 zatrucia (zatrucia nieswoiste oraz grzyby o nieustalonej przynależności gatunkowej),
- ◆ w województwie śląskim – 3 zatrucia (borowikowate),
- ◆ w województwie warmińsko-mazurskim – 4 zatrucia, w tym 1 zgon (muchomor zielonawy),
- ◆ w województwie wielkopolskim – 1 zatrucie (muchomor zielonawy).

Zgodnie z zaleceniami żywieniowymi niewskazane jest spożywanie grzybów w stanie surowym, jak również podawanie potraw z grzybów małym dzieciom oraz osobom starszym.

Liczba zatruć odnotowana w 2025 r. jest wyższa niż w roku 2024. (tabela poniżej).

Tab. 9 Zestawienie liczby zatruć grzybami w latach 2020-2025

Rok	Liczba zatruć	Liczba hospitalizacji	Liczba zgonów
2020	8	5	4
2021	6	6	0
2022	18	17	0
2023	13	13	0
2024	13	11	1
2025	17	12	2



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

Działania zapobiegające zatruciom grzybami

W sprawach dotyczących zapobiegania zatruciom grzybami, wzorem lat ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla powiatowego i wojewódzkiego podejmowały różnego rodzaju działania prewencyjne, w tym edukacyjne, mające na celu pogłębianie wiedzy społeczeństwa na temat identyfikacji grzybów dzikorosnących: jadalnych, niejadalnych i trujących, a także zasad związanych z bezpiecznym zbiorem, przechowywaniem i zakupem grzybów jadalnych. Prowadzono działania informacyjne skierowane do osób zbierających i spożywających grzyby, obejmujące przypominanie podstawowych zasad bezpieczeństwa, w tym zasad wprowadzania do obrotu handlowego grzybów świeżych i suszonych. Informacje dotyczące zapobiegania zatruciom grzybami przekazywano za pośrednictwem mediów (radio, telewizja, prasa) oraz publikowano na stronach internetowych i profilach w mediach społecznościowych poszczególnych stacji sanitarno-epidemiologicznych, a także na tablicach informacyjnych oraz na targowiskach, gdzie prowadzona była sprzedaż grzybów. Podejmowane działania realizowano często we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, przedstawicielami Lasów Państwowych, Ligi Ochrony Przyrody oraz innymi jednostkami organizacyjnymi. Przed oraz w okresie wzmożonego wzrostu grzybów społeczeństwo było informowane o możliwości dokonania oceny zebranych grzybów w ramach prowadzonych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych bezpłatnych porad grzybowych, udzielanych przez grzyboznawców i klasyfikatorów grzybów osobom zbierającym grzyby na własny użytek.

Wnioski

Występowanie przypadków zatruć grzybami w 2025 r. wskazuje na konieczność dalszej realizacji i wzmocnienia działań profilaktyczno-edukacyjnych prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Szczególne znaczenie mają działania informacyjne skierowane do osób zbierających grzyby samodzielnie, w tym promocja korzystania z bezpłatnych porad grzybowych oraz przypominanie zasad bezpiecznego obrotu grzybami dziko rosnącymi. Kontynuacja współpracy z innymi instytucjami oraz obecność informacji w mediach i przestrzeni publicznej pozostają istotnym elementem ograniczania ryzyka zatruć grzybami w kolejnych sezonach.

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

Nadzór sanitarny nad materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością obejmuje zarówno sanitarno-higieniczne warunki produkcji, jak i bezpieczeństwo zdrowotne tych produktów. W ostatnich latach obserwowany jest rozwój na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Na terenie kraju w 2025 r. liczba podmiotów objęta nadzorem organów PIS wyniosła 10 665 i była wyższa o 843 w porównaniu z rokiem poprzednim, co oznacza wzrost o około 9%. Dane te wskazują na rosnącą skalę działalności gospodarczej w tym segmencie rynku.

Wraz ze wzrostem liczby nadzorowanych podmiotów organy PIS zwiększyły intensywność działań kontrolnych. W 2025 r. przeprowadzono łącznie 2609 kontroli. Szczególnie widoczny był wzrost liczby kontroli interwencyjnych, których w 2025 r. łącznie wykonano 552 (2024 r. – 290). Działania te wpisują się w podejście organów PIS oparte na analizie ryzyka oraz bieżącej reakcji na sygnały mogące wskazywać na nieprawidłowości. Przeprowadzone kontrole potwierdziły utrzymujący się niski poziom niezgodności, a stwierdzane uchybienia miały głównie charakter incydentalny i nie wskazywały na powtarzające się problemy w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego.

W ramach nadzoru organy PIS pobierały próbki produktów do badań laboratoryjnych. W 2025 r. zbadano łącznie 1440 próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Podobnie jak w latach wcześniejszych, większość badanych próbek pochodziła z importu spoza Unii Europejskiej. Produkty z krajów trzecich stanowiły główną grupę zarówno wśród próbek badanych, jak i próbek zdyskwalifikowanych. Spośród 25 próbek zdyskwalifikowanych w badaniach laboratoryjnych aż 22 dotyczyły wyrobów importowanych, co potwierdza zasadność koncentracji badań na tej grupie produktów. Stwierdzane niezgodności dotyczyły przede wszystkim parametrów chemicznych istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym związanych z migracją substancji do żywności.

Skala podejmowanych działań administracyjnych i represyjnych była większa niż w roku poprzednim. W 2025 r. wydano 131 decyzji administracyjnych oraz nałożono 109 mandatów karnych na łączną kwotę 32 550 zł za niespełnianie wymagań wynikających z przepisów w zakresie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Dane te wskazują na bardziej intensywne egzekwowanie wymagań w warunkach rosnącej liczby nadzorowanych podmiotów oraz zwiększonej liczby kontroli.

W 2025 r. organy PIS odnotowały rosnące zainteresowanie wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością, wytwarzanymi z wykorzystaniem technologii druku 3D. W związku z tym przeprowadzono działania monitoringowe ukierunkowane na rozpoznaniu skali tego zjawiska. Monitoring obejmował w szczególności identyfikację rodzajów wyrobów, stosowanych materiałów oraz deklarowanego przeznaczenia, a także wstępną ocenę spełnienia obowiązujących wymagań. Wyniki działań przeprowadzonego monitoringu nie wykazały występowania zagrożeń wymagających podejmowania działań o charakterze nadzwyczajnym. Potwierdziły jednak zasadność dalszej obserwacji tego obszaru

w związku z dynamicznym rozwojem technologii druku 3D oraz rosnącym zainteresowaniem konsumentów wyrobami powstałymi z wykorzystaniem tej technologii.

Celowe i zasadne jest utrzymanie bieżącego nadzoru nad podmiotami produkującymi oraz wprowadzającymi do obrotu materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, w szczególności w warunkach dynamicznego wzrostu liczby podmiotów działających na rynku. Wyniki kontroli oraz badań przeprowadzonych w 2025 r. potwierdzają, że poziom niezgodności w badanych produktach pozostaje niski, a stwierdzane uchybienia mają charakter incydentalny. Jednocześnie dane wskazują na zasadność dalszego ukierunkowania działań nadzorczych na wyroby podchodzące z krajów trzecich oraz obserwowanie obszaru związanego z rozwojem nowych technologii wytwarzania, w celu zapewnienia ochrony zdrowia konsumentów.

7. Wybrane zagadnienia nadzoru nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach bieżącego nadzoru poświęcały szczególną uwagę zakładom żywienia zbiorowego typu zamkniętego ze względu na ich znaczenie dla zdrowia osób korzystających z wyżywienia. Dotyczy to w szczególności pacjentów szpitali, dzieci w żłobkach i przedszkolach, uczniów szkół, wychowanków domów dziecka oraz pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

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

Podobnie jak w pozostałych obszarach rynku spożywczego warunki higieniczno-sanitarne prowadzenia działalności w zakresie żywienia zbiorowego typu zamkniętego regulują przepisy prawa żywnościowego. Natomiast zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują (zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy) oraz publikują jednostki badawczo-

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

W 2025 r. na 49 739 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego wpisanych do rejestrów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowano ogółem 23 519 (w 2024 r. – na 49 332 zakłady skontrolowano ogółem 24 302). Zatwierdzono 2224 nowe zakłady (w 2024 r. – 2336), przeprowadzono 28 656 kontroli, w tym 1553 interwencyjnych (w 2024 r. – 30 000 kontroli, z czego 1550 interwencyjnych).

W wyniku stwierdzonych naruszeń wymagań higienicznych i zdrowotnych:

- ◆ wydano 2950 decyzji administracyjnych, w tym 70 unieruchamiających/przerywających działalność zakładu oraz 18 zakazujących wprowadzenie produktu do obrotu (w 2024 r. – 3274 decyzje, w tym 101 unieruchamiających /przerywających działalność zakładu i 20 zakazujących wprowadzenie produktu do obrotu);
- ◆ nałożono 1110 grzywn w drodze mandatu karnego na łączną kwotę 298 850 zł (w 2024 r. – 1275 mandatów karnych na łączną kwotę 344 430 zł);
- ◆ skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 109 wniosków o nałożenie kary finansowej za stwierdzone naruszenia (w 2024 r. – 107 wniosków).

Ocena bezpieczeństwa oraz sposobu żywienia w blokach żywieniowych i stołówkach działających w systemie cateringowym była związana z kontrolą zakładów cateringowych dostarczających serwowane potrawy (dania lub posiłki). W tym zakresie w 2025 r. skontrolowano 1295 zakładów cateringowych z 2245 wpisanych do rejestru, tj. ok. 58%, przeprowadzając 2215 kontroli, w tym 249 na skutek wniesionych interwencji (w 2024 r. skontrolowano 1264 zakłady z 2096 wpisanych do rejestrów PIS, tj. ok. 60%, przeprowadzając 2217 kontroli, w tym 258 na skutek wniesionych interwencji). W efekcie stwierdzonych nieprawidłowości wydano 444 decyzje administracyjne dot. m.in. poprawy stanu sanitarnego, w tym 16 dotyczących unieruchomienia zakładu i 2 decyzje zakazujące wprowadzenia produktu do obrotu (w 2024 r. – 478 decyzji administracyjnych dot. m.in. poprawy stanu sanitarnego, w tym 12 dotyczących unieruchomienia zakładu i 2 zakazujące wprowadzenia produktu do obrotu).

Za stwierdzone uchybienia nałożono 347 grzywien w drodze mandatu na kwotę 117 050 zł (w 2024 r. – 414 mandatów na kwotę 137 450 zł).

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

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały oceny sposobu żywienia w 11 515 zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym w 219 zakładach cateringowych, na podstawie badania 12 279 próbek jadłospisów i zestawień dekadowych produktów oraz próbek posiłków. Nieprawidłowości stwierdzono w 1563 próbkach (w ok. 13% próbek zbadanych).



Tab. 10 Wyniki nadzoru sanitarnego nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego w 2025 r.

Zakres danych	W rejestrze (szt.)	w tym skontrolowanych (szt.)	Odsetek skontrolowanych (%)	Przeprowadzone kontrole (szt.)	w tym interwencyjnie (szt.)	Wydane decyzje (szt.) *	Nałożone mandaty karne (szt.)	Kwota nałożonych mandatów (zł)	Wnioski o nałożenie kar pieniężnych przez PWIS (szt.)
Rodzaj zakładu									
stołówki pracownicze	1111	402	36%	539	49	98	62	17 900 zł	7
bufety przy zakładach pracy	1082	325	30%	406	18	65	44	13 700 zł	3
stołówki w domach czasowych	2175	1043	48%	1445	125	258	161	48 900 zł	9
bloki żywienia w szpitalach	1042	761	73%	1106	68	165	22	6300 zł	2
kuchnie niemowlęce	74	38	51%	40	0	1	1	300 zł	0
bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach	281	189	67%	300	58	58	23	7750 zł	0
bloki żywienia w domach opieki społecznej	2442	1300	53%	1574	127	147	105	33 500 zł	9
stołówki w żłobkach i domach małego dziecka	4683	2067	44%	2349	92	190	53	14 050 zł	13
stołówki szkolne	12 461	6136	49%	7573	350	792	226	53 850 zł	13
stołówki w bursach i internatach	603	323	54%	433	28	54	9	1950 zł	0
stołówki na koloniach/półkoloniach/obozach/zimowiskach	2274	1826	80%	2353	60	59	66	20 700 zł	3
stołówki w przedszkolach	14 914	6547	44%	7471	341	731	196	42 800 zł	25
stołówki w domach dziecka i młodzieży	505	226	45%	234	9	5	0	- zł	0
stołówki studenckie	117	53	45%	80	4	10	17	4250 zł	0
stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	890	425	48%	517	27	58	12	3700 zł	0
inne zakłady żywienia	5085	1858	37%	2236	197	259	113	29 200 zł	25
Razem	49 739	23 519	47%	28 656	1553	2950	1110	298 850 zł	109

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

7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowanego nadzoru nad bezpieczeństwem żywienia w szpitalach prowadziły ocenę żywienia pacjentów. Kontrole urzędowe żywności w szpitalnych blokach żywieniowych obejmowały w szczególności ocenę stanu sanitarno-technicznego obiektu i jego wyposażenia, sposobu przyjęcia i jakości surowców lub gotowych potraw, warunków produkcji i dystrybucji żywności, stanu higieny i stanu zdrowia pracowników mających kontakt z żywnością (na podstawie orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych), a także prowadzenia dokumentacji kontroli wewnętrznej. W szczególności zwracano uwagę na warunki transportu oraz przechowywania surowców i posiłków, w tym temperaturę przechowywania, pochodzenie i znakowanie żywności, higieny prowadzonych procesów technologicznych, transport posiłków na poszczególne oddziały szpitalne do kuchенок oddziałowych, prawidłowość mycia i dezynfekcji sprzętu produkcyjnego oraz naczyń stołowych, sposób gromadzenia i usuwania odpadów poprodukcyjnych i pokonsumpcyjnych, oceniano stopień wdrożenia zasad Dobrej Praktyki Higienicznej – GHP, Dobrej Praktyki Produkcyjnej – GMP i Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli – HACCP oraz dokumentację w tym zakresie. Jednocześnie przeprowadzano również ocenę jakościową i laboratoryjną żywienia pacjentów w zakresie diety podstawowej na podstawie dokumentacji magazynowej, jadłospisów, zestawień dekadowych oraz próbek posiłków, z uwzględnieniem normy żywienia dla populacji Polski oraz zasad prawidłowego żywienia chorych w szpitalach.

W trakcie kontroli stwierdzano uchybienia warunkom higienicznym i zdrowotnym dotyczące stanu higieniczno-technicznego pomieszczeń i wyposażenia produkcyjnego, niewłaściwego przechowywania surowców i produktów, nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji kontroli wewnętrznej (GHP, GMP lub HACCP), braku orzeczeń lekarskich z badań do celów sanitarno-epidemiologicznych osób pracujących w kontakcie z żywnością, wykorzystywania do produkcji posiłków przeterminowanych środków spożywczych. Do uchybień w zakresie żywienia pacjentów należały nieprawidłowo skomponowane jadłospisy m.in. ze względu na: nieprecyzyjne informacje na temat alergenów, zaplanowanych potraw oraz i ich gramatury, małą różnorodność posiłków, zbyt niski udział w posiłkach warzyw, owoców, roślin strączkowych, zbyt częste planowanie potraw smażonych. Stwierdzano również zbyt wysoką podaż produktów o dużej zawartości sodu, niezgodność z jadłospisem składu posiłku dostarczanego przez firmę cateringową, zbyt długie przerwy między serwowaniem pacjentom posiłków (w dzień powyżej 4 godzin, w nocy powyżej 14 godzin).

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących warunków sanitarno-higienicznych, w obiektach, w których przygotowywano i wydawano posiłki, organy PIS nakładały mandaty karne, wydawały zalecenia pokontrolne lub decyzje administracyjne obligujące do podjęcia działań mających na celu wymaganą poprawę stanu w zakładzie. Ustalano terminy usunięcia tych uchybień. W przypadku stwierdzenia uchybień w zakresie żywienia pacjentów, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kierowały do dyrektorów szpitali pisma z uwagami dotyczącymi stosowania zasad racjonalnego żywienia. Podczas kontroli oraz

w wystąpieniach pokontrolnych kierowanych do dyrektorów szpitali, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedsiębiorców odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości – organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazywały uwagi dotyczące stosowania zasad racjonalnego żywienia pacjentów oraz zobowiązywały do wdrożenia działań naprawczych. Ponadto podkreślały potrzebę dbałości zarówno o bezpieczeństwo produkowanych posiłków, jak i prawidłowe żywienie, które powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta oraz wspomagać proces leczenia i rekonwalescencji.

W 2025 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 1042 bloki żywienia w szpitalach, z których ok. 68% działało w systemie cateringowym, w oparciu o posiłki dostarczane przez firmy zewnętrzne. W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ skontrolowały ogółem 761 bloków żywienia w szpitalach, z czego 478 bloków w szpitalach korzystających z usług firm cateringowych;
- ◆ przeprowadziły ogółem 1106 kontroli bloków żywienia w szpitalach, w tym 68 kontrole interwencyjne;
- ◆ przeprowadziły 641 kontroli w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, w tym 37 kontroli interwencyjnych;
- ◆ w 546 blokach żywienia w szpitalach, w tym w 312 działających w systemie cateringowym, dokonały oceny sposobu żywienia w zakresie diety podstawowej na podstawie 501 jadłospisów, 296 zestawień dekadowych produktów oraz 87 próbek posiłków zbadanych laboratoryjnie;
- ◆ stwierdziły nieprawidłowości w 70 jadłospisach, 56 zestawieniach dekadowych produktów oraz 40 próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie, z czego nieprawidłowości w 46 jadłospisach, 35 zestawieniach dekadowych produktów oraz 17 próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie dotyczyły bloków żywieniowych działających w systemie cateringowym.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku ze stwierdzonymi uchybieniami nałożyły ogółem 22 grzywny w drodze mandatu karnego na kwotę 6300 zł, w tym 15 mandatów na kwotę 4100 zł w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym, oraz wydały ogółem 165 decyzji administracyjnych, z czego 58 w zakresie żywienia w systemie cateringowym.

Wnioski:

Z uwagi na nadal stwierdzane nieprawidłowości w zakresie jakości i bezpieczeństwa żywienia pacjentów konieczna jest kontynuacja oraz wzmacnianie nadzoru sanitarnego nad blokami żywienia w szpitalach oraz zakładami cateringowymi świadczącymi usługi na ich rzecz. Wyniki przeprowadzonych kontroli wskazują, że nieprawidłowości dotyczą zarówno warunków higieniczno-sanitarnych produkcji i dystrybucji posiłków, jak również jakości żywienia oraz prawidłowego planowania diet szpitalnych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, w ramach urzędowej kontroli żywności, prowadzi działania mające na celu weryfikację spełniania wymagań higienicznych oraz jakości zdrowotnej żywności. Systematyczny

i skuteczny nadzór w tym obszarze pozwala nie tylko identyfikować oraz eliminować stwierdzone nieprawidłowości, ale również ograniczać ryzyko ich ponownego występowania.

Wobec rosnącego udziału żywienia prowadzonego w systemie cateringowym szczególnego znaczenia nabiera również zapewnienie właściwego nadzoru nad podmiotami zewnętrznymi realizującymi usługi żywienia dla szpitali. Konieczne jest monitorowanie jakości dostarczanych posiłków, zgodności jadłospisów z wymaganiami żywieniowymi oraz warunków transportu i dystrybucji żywności do oddziałów szpitalnych. Dalsze prowadzenie intensywnego nadzoru przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje istotnym elementem działań na rzecz ochrony zdrowia publicznego oraz poprawy jakości opieki nad pacjentami hospitalizowanymi.

7.2. Kontrole żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty w roku szkolnym 2024/2025

Zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego, w roku szkolnym 2024/2025 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały nadzór nad bezpieczeństwem żywności i żywienia w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty, w szczególności pod kątem zgodności z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. *w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty* oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz.U. z 2016 r. poz. 1154) – zwanym dalej rozporządzeniem MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych.

W roku szkolnym 2024/2025 organy PIS skontrolowały w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty ogółem **13 715** obiektów żywności i żywienia, w tym: **1007** sklepików i kiosków szkolnych oraz **12 708** stołówek w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty: w szkołach, przedszkolach, bursach i internatach oraz zakładach specjalnych i wychowawczych.

W roku szkolnym 2024/2025 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie kraju:

- ◆ przeprowadziły łącznie **16 062** kontrole, w tym **11 436** w zakresie zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych;
- ◆ stwierdziły nieprawidłowości w **1824** obiektach, z czego w **682** obiektach naruszenia dotyczyły przepisów ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, w sklepikach/ kioskach szkolnych oraz w stołówkach/ blokach żywieniowych w nadzorowanych jednostkach oświaty organy PIS w roku szkolnym 2024/2025:

- ◆ wydały **819** decyzji w celu poprawy stanu sanitarnego;



- ◆ wymierzyły ogółem **67** kar pieniężnych na łączną kwotę **142 400 zł**, w tym **53** kary na kwotę **99 600 zł** za naruszenie wymagań objętych rozporządzeniem MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych;
- ◆ **459** grzywnien w drodze mandatu na łączną kwotę **107 780 zł**.

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

Na **1007** skontrolowanych punktów sprzedaży w szkołach, naruszenia przepisów prawa żywnościowego stwierdzono w **181** sklepikach/ kioskach szkolnych, z czego w **111** w zakresie rozporządzenia MZ dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych.

W trakcie kontroli stwierdzono:

- ◆ wprowadzanie do sprzedaży środków spożywczych niespełniających wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. dotyczącym grup środków spożywczych – produktów niewchodzących do katalogu dopuszczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, charakteryzujących się nadmierną zawartością cukru, tłuszczu oraz sodu/soli (m.in. wafle, gazowane i niegazowane napoje owocowe, paluszki, lizaki, lody, żelki, batony czekoladowe);
- ◆ prowadzenie działalności polegającej na sprzedaży środków spożywczych bez uprzedniego uzyskania zatwierdzenia zakładu oraz wpisu do rejestru podmiotów objętych urzędową kontrolą Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- ◆ niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń, urządzeń oraz wyposażenia wykorzystywanego w działalności, wynikający z braku bieżącego utrzymania czystości i porządku;
- ◆ nieprawidłowe warunki przechowywania żywności, w tym produktów wymagających temperatury chłodniczej (m.in. przechowywanie artykułów łatwo psujących się poza urządzeniami chłodniczymi, stosowanie opakowań nieprzeznaczonych do kontaktu z żywnością, brak dokumentacji potwierdzającej kontrolę temperatury w urządzeniach chłodniczych oraz inne nieprawidłowości);
- ◆ naruszenie wymagań w zakresie znakowania środków spożywczych, w tym brak oznaczeń i etykiet, brak dokumentacji umożliwiającej identyfikację dostawcy oraz źródła pochodzenia lub producenta przechowywanych produktów, a także brak informacji o składzie produktów oferowanych do sprzedaży luzem;
- ◆ przechowywanie środków spożywczych po upływie terminu przydatności do spożycia lub minimalnej trwałości.

W ramach działań egzekwujących przestrzeganie wymagań prawa żywnościowego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały wobec osób odpowiedzialnych, w tym właścicieli sklepików i kiosków szkolnych:

- ◆ **54** decyzje w celu poprawy stanu sanitarnego w zakładzie;
- ◆ **47** decyzji, wymierzających kary pieniężne na łączną kwotę **92 400 zł, w tym 45** decyzji wymierzających kary na kwotę **89 600 zł** za naruszenie wymagań rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych;
- ◆ nałożyły **51** grzywien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę **10 050 zł**.

Dodatkowo, w trakcie prowadzonych kontroli w sklepikach szkolnych przekazywano informacje dotyczące wymagań określonych w obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. *w sprawie grup środków spożywczych*. Udzielano również instruktażu obejmującego m.in. zasady dotyczące asortymentu produktów dopuszczonych do sprzedaży oraz obowiązek udostępniania, w miejscu widocznym dla dzieci i młodzieży, informacji o składnikach i surowcach wykorzystywanych do przygotowania kanapek i sałatek, w tym o substancjach alergennych. Ponadto kierowano wystąpienia do właścicieli sklepików szkolnych, w których informowano m.in. o nowych przepisach prawnych dotyczących sprzedaży napojów zawierających kofeinę i taurynę, a także o zasadach stosowania dystrybutorów wody oraz wymaganiach dotyczących jakości wody.

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

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

W roku szkolnym 2024/2025 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ skontrolowały **12 708** stołówek w nadzorowanych jednostkach systemu oświaty,
- ◆ przeprowadziły **14 851** kontroli, z czego **10 522** w zakresie wymagań rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych,
- ◆ w **1643** stołówkach stwierdzono uchybienia wobec prawa żywnościowego,
- ◆ wykazały naruszenia przepisów rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w wyniku kontroli w **571** stołówkach.

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

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

- ◆ brak bieżącej czystości i porządku w pomieszczeniach oraz czystości urządzeń i wyposażenia mającego kontakt z żywnością;
- ◆ niewłaściwy stan techniczny i/lub sanitarny pomieszczeń (ścian, podłóg) i/lub sprzętu i urządzeń mających kontakt z żywnością; niesprawność urządzeń chłodniczych;
- ◆ nieprawidłowo prowadzone procesy przygotowywania posiłków – krzyżowanie się dróg czystych i brudnych;
- ◆ brak warunków do mycia i dezynfekcji naczyń stołowych, sprzętu pomocniczego, pojemników transportowych;
- ◆ niewłaściwe przechowywanie środków spożywczych, np. w miejscach o innym przeznaczeniu niż magazynowanie środków spożywczych, bez segregacji asortymentowej, bez oznaczenia;
- ◆ brak orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych osób zatrudnionych w styczności z żywnością;
- ◆ stosowanie przeterminowanych środków spożywczych do przygotowywania posiłków;
- ◆ nieprawidłowości w zakresie identyfikowalności i znakowania środków spożywczych, polegające m.in. na przechowywaniu w magazynie nieoznakowanych produktów bez dokumentów potwierdzających ich dostawę oraz na braku lub niepełnych informacjach dotyczących wartości odżywczej posiłków i zawartości alergenów.

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

Kontrole ujawniły występowanie takich nieprawidłowości, jak:

- ◆ brak dokumentacji potwierdzającej, że serwowane w stołówce posiłki spełniają odpowiednie wymagania dla danej grupy wiekowej wynikające z aktualnych norm żywienia dla populacji polskiej;
- ◆ zbyt małe zawartości wapnia, żelaza, witaminy C oraz zaniżone wartości energetyczne w dekadowym zestawieniu produktów;
- ◆ nieprawidłowe obliczanie kaloryczności posiłków oraz brak informacji na temat wartości energetycznej, białka, tłuszczu, węglowodanów w sporządzanych posiłkach;
- ◆ brak dostępnych informacji dotyczących składu serwowanych potraw, z wyróżnieniem wykazu składników powodujących alergię lub reakcje nietolerancji;
- ◆ serwowanie mało urozmaiconych posiłków;

- ◆ niezapewnienie w posiłkach (śniadanie, obiad, kolacja) odpowiedniego udziału wymaganych rozporządzeniem grup produktów: zbożowych lub ziemniaków, warzyw lub owoców, mleka lub produktów mlecznych, mięsa, ryb, jaj, orzechów, nasion roślin strączkowych i innych nasion oraz tłuszczów, np.:
- ◆ zbyt duży udział ziemniaków w stosunku do produktów zbożowych, brak w jadłospisach nasion roślin strączkowych;
- ◆ potrawy smażone podawane częściej niż dwie porcje w tygodniu;
- ◆ niedotrzymanie wymagania podania jednej porcji ryb co najmniej raz w tygodniu, co najmniej dwóch porcji mleka lub produktów mlecznych, co najmniej jednej porcji produktów zbożowych w każdym posiłku;
- ◆ stosowanie niedopuszczonych przepisami prawa koncentratów spożywczych;
- ◆ serwowanie do spożycia napojów zawierających więcej niż 10 g cukru w 250 ml gotowego produktu.

Podczas kontroli zakładów żywienia zbiorowego osobom odpowiedzialnym za organizację żywienia oraz przygotowywanie posiłków przekazywano wskazówki i zalecenia dotyczące prawidłowego planowania jadłospisów. Informowano również o obowiązujących przepisach określających wymagania dla środków spożywczych stosowanych w żywieniu zbiorowym dzieci i młodzieży. Ponadto zwracano uwagę na obowiązek udostępniania, w miejscu widocznym dla dzieci i młodzieży, informacji o składnikach i surowcach użytych do przygotowania posiłków, w tym o substancjach alergennych.



W związku ze stwierdzonymi uchybieniami wydawano zalecenia w protokołach kontroli sanitarnej oraz nakładano grzywny w drodze mandatów karnych. Wszczynano także postępowania administracyjne mające na celu poprawę stanu sanitarnego, a do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych kierowano wnioski o wymierzenie kar pieniężnych. Ponadto kierowano pisma do dyrektorów obiektów oraz właścicieli firm cateringowych świadczących usługi żywieniowe w jednostkach systemu oświaty, zawierające uwagi dotyczące prawidłowego planowania żywienia zgodnie z zalecanymi normami dla poszczególnych grup wiekowych oraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. *w sprawie grup środków spożywczych*. Przeprowadzano również kontrole sprawdzające w celu weryfikacji wdrożenia działań naprawczych w jednostkach oraz podejmowano działania o charakterze edukacyjnym.

W pismach kierowanych do dyrektorów jednostek systemów oświaty oraz właścicieli firm cateringowych świadczących usługi w zakresie organizacji żywienia w jednostkach systemu oświaty przypominano o obowiązku planowania żywienia zbiorowego w oparciu o zalecane normy żywieniowe dla poszczególnych grup wiekowych, zapewniając zbilansowaną dietę zarówno pod względem energetycznym, jak i ilości oraz jakości składników odżywczych.

Uczestniczono w spotkaniach edukacyjnych kierowanych do dzieci i młodzieży, osób odpowiedzialnych za planowanie i realizację żywienia oraz rodziców. Prowadzono pogadanki, na których poruszano tematy zdrowego odżywiania. Zwracano szczególną uwagę na konieczność ograniczania ilości spożywanego cukru i soli oraz tłuszczu zwierzęcego. Zachęcano do spożywania większej ilości warzyw i owoców. Przedstawiano zalety żywności nieprzetworzonej i posiłków przygotowywanych samodzielnie w domu. Podkreślano ważną rolę aktywności fizycznej i potrzebę odpowiedniego wypoczynku w codziennym życiu. Podczas spotkań omawiano etykiety produktów żywnościowych, wyjaśniając, jak je czytać, wyjaśniano wpływ napojów energetycznych na zdrowie oraz informowano, co warto wiedzieć na temat suplementów diety i wskazywano na różnice pomiędzy tą grupą środków spożywczych a lekami.

W efekcie kontroli, organy PIS w roku szkolnym 2024/2025 wydały:

- ◆ **765** decyzji dotyczących poprawy stanu sanitarnego stołówek,
- ◆ **20** decyzji PWIS wymierzających kary pieniężne na łączną kwotę **50 000 zł**, w tym **8** na kwotę **10 000 zł** za naruszenia przepisów rozporządzenia MZ dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych,
- ◆ nałożyły **408** grzywien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę **97 730 zł**.

7.2.3. Podsumowanie

W roku szkolnym 2024/2025 skontrolowano łącznie ok. **43%** nadzorowanych zakładów – sklepików i kiosków szkolnych oraz stołówek w jednostkach systemu oświaty. Odsetek ten był zbliżony do poziomu kontroli z ubiegłego roku szkolnego (ok. **44%**).

Nieprawidłowości stwierdzono w ok.**13%** ogólnej liczby skontrolowanych zakładów, co obrazuje utrzymywanie tendencji spadkowej liczby zakładów z uchybieniami – od roku szkolnego 2022/2023, w którym odsetek takich zakładów wyniósł **17%** (w roku szkolnym 2023/2024 – **14%**).

Obserwowany lekki spadek odsetka zakładów z wykrywanymi nieprawidłowościami może wynikać z utrzymującego się stałego nadzoru nad sklepikami szkolnymi oraz stołówkami w przedszkolach i szkołach, a także z rosnącej świadomości podmiotów, dotyczącej standardów sanitarnych i jakości żywności.

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

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

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

Należy wspomnieć, że od 1 września 2026 r. wejdą w życie znówelizowane przepisy dot. żywienia dzieci w jednostkach systemu oświaty, tj. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2026 r. *w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach* (Dz. U. z 2026 r., poz. 197). Wprowadzają one obowiązek serwowania co najmniej raz w tygodniu posiłku opartego na roślinach strączkowych w placówkach zapewniających minimum trzy posiłki dziennie, dopuszczają zastępowanie produktów mlecznych ich roślinnymi

odpowiednikami oraz utrzymują możliwość sprzedaży kawy w szkołach. Dla organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oznacza to konieczność uwzględnienia nowych wymagań podczas kontroli, zwłaszcza przy ocenie jadłospisów i asortymentu, oraz działań informacyjnych w tym zakresie. Dla podmiotów prowadzących żywienie zbiorowe oraz sklepiki szkolne oznacza to konieczność dostosowania jadłospisów, receptur i planów żywieniowych do nowych wymagań, weryfikacji stosowanego asortymentu, a także ewentualnej modyfikacji umów z dostawcami.

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

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

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

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

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

Wykaz przejść granicznych, przez które środki spożywcze oraz materiały lub wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, podlegające granicznej kontroli sanitarnej, mogą być wprowadzane na terytorium Wspólnoty Europejskiej, znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2007 r.



w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 546, z późn. zm.).

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

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

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

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

Ponadto dla niektórych środków spożywczych pochodzenia roślinnego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością pochodzących z niektórych państw trzecich, przywożonych do Unii Europejskiej, obowiązują przepisy unijne, które określają zakres i częstotliwość kontroli granicznej oraz warunki ich przywozu. W tym zakresie obowiązuje m.in. Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/1793 z dnia 22 października 2019 r. *w sprawie tymczasowego zwiększenia kontroli urzędowych i środków nadzwyczajnych regulujących wprowadzanie do Unii niektórych towarów z niektórych państw trzecich*, wykonujące rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/625 i (WE) 178/2002 oraz

uchylające rozporządzenia Komisji (WE) nr 669/2009, (UE) nr 884/2014, (UE) 2015/175, (UE) 2017/186 i (UE) 2018/1660 (Dz. Urz. UE L 277 z 29.10.2019, str. 89, z późn. zm.).

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

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

Środki spożywcze oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością znajdujące się w obrocie w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej mogą być wprowadzane do obrotu we wszystkich pozostałych państwach członkowskich na zasadach wzajemnego uznawania oraz swobodnego przepływu towarów. Żywność pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby wwożone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z innego państwa członkowskiego nie podlegają granicznej kontroli sanitarnej. Towar przywieziony z innego państwa członkowskiego UE może zostać skontrolowany w obrocie w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego.

W 2025 r. państwowi graniczni inspektorzy sanitarni przeprowadzili **70 446** kontroli w ramach granicznych kontroli sanitarnych, obejmujących **136 571** skontrolowanych partii. Pobrano **2125** próbek do badań laboratoryjnych, w tym zakwestionowano **59** próbek.

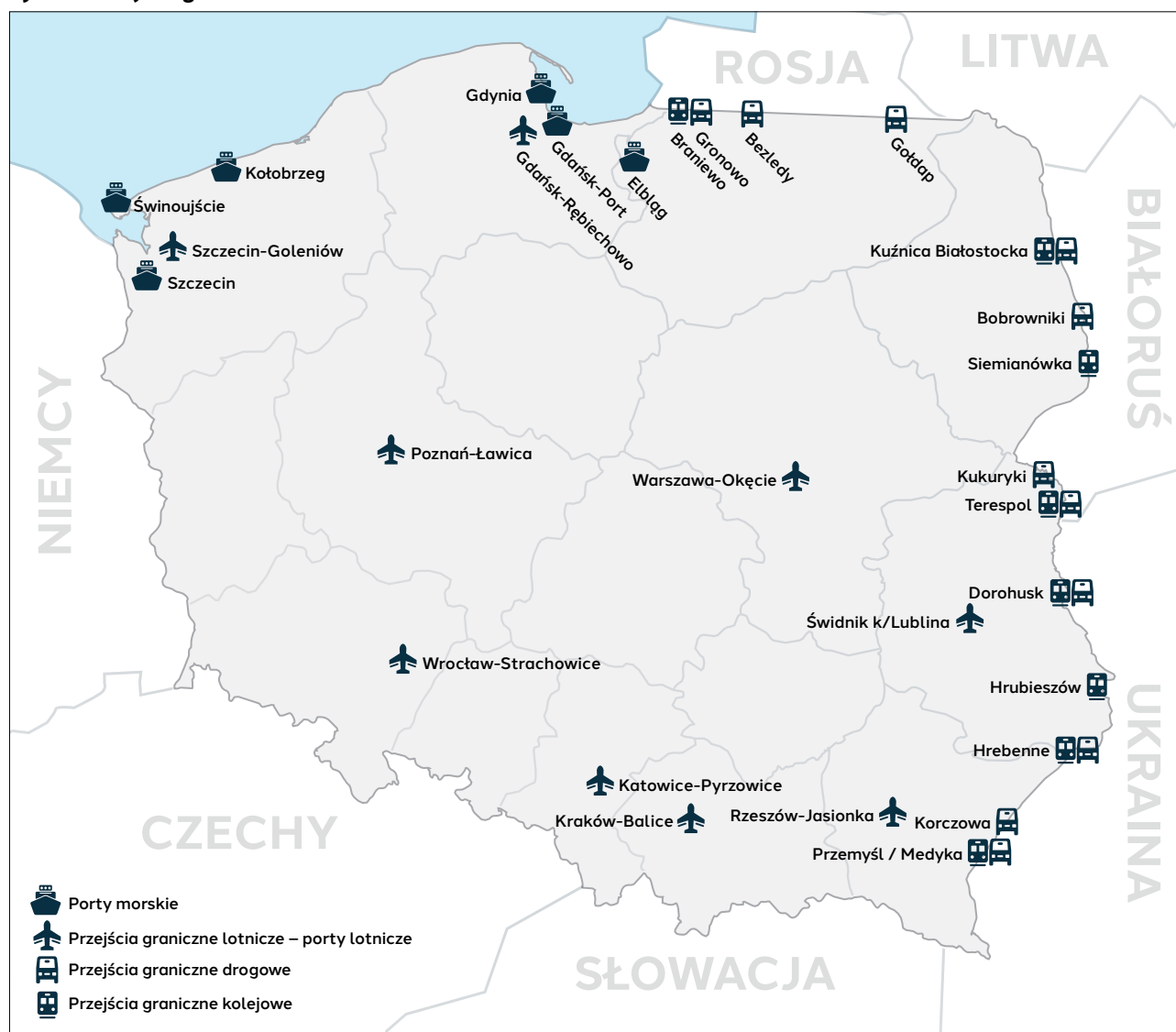
Kontrola graniczna przy eksporcie do państw trzecich żywności pochodzenia roślinnego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością nie jest obowiązkowa i jest przeprowadzana na wniosek podmiotu zainteresowanego eksportem. Kontrolę przeprowadza się, w przypadku gdy dane państwo trzecie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

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogą również na wniosek eksportera wypełnić i podpisać dokumenty eksportowe takie jak np. Świadectwo Wolnej Sprzedaży (Free Sale Certificate) czy Świadectwo Zdrowia (Health Certificate). Z reguły państwa trzecie mają własne wzory tego typu dokumentów, które

eksporter powinien dostarczyć organowi. W zależności od treści świadectwo może być wydane w oparciu o informacje posiadane przez organ lub po przeprowadzeniu określonych czynności kontrolnych, w szczególności na podstawie kontroli przedłożonej dokumentacji dotyczącej towaru oraz, jeżeli jest to uzasadnione oceną ryzyka, na podstawie kontroli produktu.

Rys. 1 Przejścia graniczne w Polsce



Wnioski:

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

9. Ocena zakładów małej gastronomii i żywienia zbiorowego zamkniętego w okresie letnim w 2025 r.

W sezonie letnim, tj. od 20 czerwca do 30 września 2025 r., terenowe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z Wytycznymi Głównego inspektora Sanitarnego na 2025 r., prowadziły zintensyfikowany nadzór nad warunkami bezpieczeństwa żywności serwowanej konsumentom indywidualnym oraz w grupach zorganizowanych, przebywających na terenach popularnych turystycznie, wypoczynkowo i wakacyjnie.

Ocena bezpieczeństwa żywienia zbiorowego objęta, wybrane na podstawie analizy ryzyka:

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



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

Przeprowadzone działania objęły:

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

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

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

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

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ skontrolowały łącznie **10 110** zakładów, z czego **7495** stanowiły zakłady małej gastronomii, a **2615** – zakłady żywienia zorganizowanego wypoczynku;
- ◆ przeprowadziły łącznie **11 249** kontroli, z czego **8302** kontroli w zakładach małej gastronomii oraz **2947** w zakładach żywienia zorganizowanego wypoczynku;

- ◆ stwierdziły nieprawidłowości w **1884** zakładach, z czego w **1583** zakładach małej gastronomii, w tym w **294** obiektach tymczasowych i ruchomych oraz w **301** zakładach żywienia zorganizowanego wypoczynku, w tym w **27** działających w systemie cateringowym.

Z **11249** podjętych kontroli **696** stanowiły kontrole interwencyjne, podejmowane w związku ze zgłoszeniami uwag, zastrzeżeniami lub skargami konsumentów i innych osób w zakresie bezpieczeństwa żywności, z czego **583** to kontrole interwencyjne w zakładach małej gastronomii, a **113** w zakładach żywienia zorganizowanego wypoczynku.

Odsetek zakładów z nieprawidłowościami w ogóle skontrolowanych w 2025 r. wyniósł **ok. 18,6%** (w roku 2024 – 19,8%). Podobnie jak w latach ubiegłych, największy udział w grupie obiektów z uchybieniami przypadł zakładom małej gastronomii – **ok. 15,6%**. Pozostałe **ok. 3%** obiektów z uchybieniami stanowiły zakłady żywienia zorganizowanego wypoczynku (w roku 2024 odpowiednio – 16,5% i 3,3%).

Do najczęstszych uchybień stwierdzanych podczas kontroli należały:

- ◆ prowadzenie działalności bez wymaganej rejestracji lub niezgodnie z decyzją o zatwierdzeniu zakładu;
- ◆ nieodpowiednie warunki lokalowe i organizacyjne, np. brak miejsc do obróbki warzyw, mycia i dezynfekcji jaj, zmywania naczyń czy przechowywania odzieży personelu;
- ◆ zły stan techniczny i sanitarny pomieszczeń, sprzętu i wyposażenia;
- ◆ brak odpowiedniej czystości i porządku w pomieszczeniach oraz na urządzeniach i sprzęcie;
- ◆ niewłaściwe przechowywanie sprzętu, opakowań i naczyń (w tym jednorazowych);
- ◆ nieprawidłowe przechowywanie żywności, np. brak segregacji lub kontroli temperatury;
- ◆ nieprzestrzeganie zasad higieny przez personel (np. brak odzieży ochronnej lub badań lekarskich);
- ◆ brak odpowiednich warunków do mycia i dezynfekcji rąk;
- ◆ brak aktualnych badań jakości wody lub niewłaściwa jakość wody;
- ◆ używanie lub sprzedaż przeterminowanych produktów spożywczych;
- ◆ brak dokumentów potwierdzających pochodzenie żywności;
- ◆ brak informacji o alergenach w serwowanych potrawach;
- ◆ niewłaściwe warunki produkcji i sprzedaży lodów, w tym niehigieniczne podawanie i niespełnianie wymagań mikrobiologicznych.

Wciąż powtarzające się nieprawidłowości w zakresie higieny i bezpieczeństwa żywności w zakładach małej gastronomii oraz placówkach realizujących żywienie zbiorowe typu zamkniętego w okresie wakacyjnym wskazują na konieczność dalszego nadzoru i działań edukacyjnych skierowanych do przedsiębiorców. Kontynuacja intensywnych kontroli oraz wsparcie w zakresie edukacji są niezbędne do minimalizowania zagrożeń i zapewnienia bezpieczeństwa żywności dla szerokiej grupy konsumentów, w tym turystów oraz uczestników wypoczynku zorganizowanego.

W efekcie stwierdzonych nieprawidłowości:

- ◆ wydano **1230** decyzji, w tym m.in. **422** decyzje w celu poprawy stanu sanitarnego, **54** w celu unieruchomienia/ przerwania działalności całości lub części zakładu/ obiektu; **1088** decyzji dotyczyło zakładów małej gastronomii;
- ◆ skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych **44** wnioski o nałożenie kar pieniężnych, z czego **39** odnosiło się do zakładów małej gastronomii;
- ◆ państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni, na wniosek jednostek terenowych, wydali **21** decyzji w sprawie wymierzenia kar pieniężnych na kwotę łączną **71 800 zł**, z czego **18** na kwotę **68 300 zł** dotyczyło zakładów małej gastronomii;
- ◆ nałożono **1253** grzywny w drodze mandatu karnego na łączną kwotę **358 100 zł**, z czego **1072** mandaty na łączną kwotę **30 300 zł w zakładach małej gastronomii**.

9.1. Podsumowanie

Dokonana ocena bezpieczeństwa żywności i żywienia zbiorowego w miejscowościach turystycznych w okresie wzmożonego ruchu turystycznego w sezonie letnim, od 20 czerwca do 30 września 2025 r., wykazała, że odsetek zakładów z nieprawidłowościami wyniósł **18,6%** wszystkich skontrolowanych obiektów i był nieco niższy niż w 2024 r. – **19,8%**.

Analiza ryzyka potwierdziła konieczność utrzymania zintensyfikowanego nadzoru nad małą gastronomią oraz zakładami zbiorowego żywienia wypoczynku zorganizowanego w miejscowościach turystycznych. Nadal stwierdzane są uchybienia wymaganiom higienicznym, warunkom bezpieczeństwa żywności i żywienia, w tym przy sezonowej produkcji i dystrybucji lodów, mogące mieć negatywny wpływ na zdrowie i życie konsumentów.

Do głównych przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości należą przede wszystkim duża rotacja podmiotów prowadzących działalność, często niedoświadczonych i funkcjonujących jedynie sezonowo, krótka trwałość mikrobiologiczna dań, napojów i deserów oraz warunki ich przechowywania i spożywania zarówno na miejscu, jak i na wynos, na przykład na trasach turystycznych czy plażach. Istotnym czynnikiem są także wysokie temperatury występujące w sezonie letnim, sprzyjające psuciu się żywności, oraz jednorazowo duża liczba konsumentów korzystających z usług zakładów. Dodatkowym problemem jest ograniczony dostęp do bieżącej wody pitnej i sieci kanalizacyjnej w niektórych punktach.

Z uwagi na zagrożenia dla bezpieczeństwa żywności i zdrowia konsumentów, nadzór nad żywnieniem zbiorowym w miejscowościach turystycznych w sezonie letnim został ujęty jako jedno z zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej zaplanowanych na 2026 r.

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

10. Działalność Polskiego Punktu Koordynacyjnego EFSA w Głównym Inspektoracie Sanitarnym

W Głównym Inspektoracie Sanitarnym (GIS) działa Polski Punkt Koordynacyjny EFSA (PPK EFSA). Punkt pośredniczy pomiędzy Europejskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) a krajowymi urzędami, jednostkami badawczymi działającymi w obszarze bezpieczeństwa żywności oraz konsumentami.

Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności to niezależna instytucja powołana w 2002 r. do działań związanych z oceną ryzyka. Zadaniem EFSA jest bezstronne doradztwo naukowe oraz informowanie o istniejących lub pojawiających się zagrożeniach związanych z łańcuchem żywnościowym.

W 2025 r. PPK EFSA podejmował wiele działań na rzecz konsumentów:

- ◆ w przystępny sposób przekazywał wiedzę o naukowych pracach EFSA;
- ◆ przygotowywał materiały edukacyjne i promocyjne, w tym infografiki, dotyczące zagadnień związanych z żywnością (spożycia cukru oraz zanieczyszczeń chemicznych w łańcuchu żywnościowym);
- ◆ był zaangażowany w kampanie informacyjne prowadzone przez EFSA dotyczące bezpiecznej żywności, w szczególności w kampanię Safe2Eat. Jej celem w 2025 r. było budowanie zaufania konsumentów do bezpieczeństwa żywności w UE oraz dostarczenie konsumentom zrozumiałych, opartych na wiedzy naukowej informacji na temat produktów żywnościowych, aby pomóc im w dokonywaniu świadomych wyborów dotyczących prawidłowego odżywiania, wyborze odpowiednich produktów, nabyciu umiejętności prawidłowego czytania etykiet oraz wiedzy o bezpiecznym przygotowywaniu i przechowywaniu produktów spożywczych.

W zakładce EFSA na stronie GIS opublikowano najnowsze informacje o działaniach podejmowanych przez EFSA na rzecz bezpiecznej żywności. Informacje te są cennym źródłem rzetelnej wiedzy podanej w przystępny sposób dla każdego potencjalnego konsumenta.

Wnioski:

Istotnym elementem działalności PPK EFSA było również wzmacnianie współpracy pomiędzy EFSA, krajowymi instytucjami oraz organizacjami zaangażowanymi w obszar bezpieczeństwa żywności. Przygotowane materiały edukacyjne i udział w kampanii Safe2Eat umożliwiły popularyzację wiedzy dotyczącej świadomych wyborów żywieniowych, prawidłowego czytania etykiet oraz zasad bezpiecznego przygotowywania i przechowywania żywności.

Publikowanie aktualnych informacji na stronie GIS zwiększyło dostęp przedsiębiorców i konsumentów do wiarygodnych i przystępnie przedstawionych treści, co sprzyja budowaniu zaufania do instytucji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywności w Unii Europejskiej.

Kontynuacja i rozwój tych działań pozwolą na dalsze wzmacnianie wiedzy oraz budowanie zaufania społecznego do systemu bezpieczeństwa żywności w Polsce i Unii Europejskiej.





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





ZAPOBIEGANIE ORAZ ZWALCZANIE ZAKAŻEŃ I CHOROÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI W 2025 R.

1. Podsumowanie sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w Polsce 2025 r.

Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych w Polsce w 2025 roku była zróżnicowana. Notowano zarówno typowe sezonowe wzrosty epidemiczne infekcji wirusowych przenoszonych drogą oddechową (COVID-19, RSV i grypa), jak również znaczące spadki liczby zachorowań wynikające ze średniookresowych cykli epidemicznych (krztusiec). Odnotowywano też obniżenie liczby zachorowań stanowiące kontynuację długoterminowych trendów i będącą skutkiem efektywnych wieloletnich działań nakierowanych eliminację zachorowań (gruźlica). Niezwykle istotnym sygnałem dla zdrowia publicznego były również przypadki indywidualne, jak np. stwierdzenie w marcu 2025 roku pierwszego od 25 lat przypadku błonicy gardła u niezaszczepionego dziecka. Przypadek ten stanowi przypomnienie o kluczowej roli szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych, również tych, które od lat – dzięki skuteczności programów szczepień – w Polsce nie występowały.

W obszarze bakteryjnych chorób dróg oddechowych odnotowano znaczący, prawie trzykrotny spadek zachorowań na krztusiec: z 32 430 przypadków w 2024 roku do 11 339 przypadków w 2025 r., choć poziom ten wciąż pozostaje wyższy niż przed epidemią wyrównawczą. W przypadku gruźlicy zanotowano kontynuację powolnego trendu spadkowego zachorowań, które po raz pierwszy zeszły do poziomu 9,9 na 100 000 ludności, co spowodowało przeniesienie Polski do kategorii państw o niskiej zapadalności (poprzednio byliśmy w kategorii średniej). Stanowi to historyczny sukces w walce z tą chorobą i jest efektem dostępności diagnostyki oraz skuteczności jej wykrywania i leczenia, będących wynikiem zorganizowanego wysiłku i współpracy między organami odpowiedzialnymi za zdrowie publiczne, służbami epidemiologicznymi i medycyną kliniczną.

W kategorii chorób przenoszonych drogą pokarmową sytuacja uległa pogorszeniu w zakresie wirusowego zapalenia wątroby typu A, gdzie liczba zachorowań wzrosła ponad trzykrotnie względem 2024 roku, osiągając 1085 przypadków. Z kolei w przypadku salmoneloz obserwowany jest trend spadkowy, choć nadal pozostają one najczęściej identyfikowaną infekcją bakteryjną jelit.

Nowym zjawiskiem w obszarze nadzoru zdrowia publicznego w 2025 roku było pojawienie się zatruc pokarmowych o etiologii niezakaźnej (intoksykacji) w postaci choroby Zalewu Wiślanego (choroby Haff). Odnotowano 30 przypadków zachorowań powiązanych ze spożyciem w dużej ilości samodzielnie złowionych ryb, głównie węgorza, co wymagało podjęcia natychmiastowych działań międzysektorowych.

Choroby przenoszone przez kleszcze, takie jak borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu, wykazały w 2025 roku silną tendencję wzrostową, osiągając najwyższe poziomy od wielu lat, co wiąże się bezpośrednio m.in. z postępującymi zmianami klimatycznymi. Sytuacja w odniesieniu do wirusa Zachodniego Nilu ograniczyła się do trzech przypadków zawleczonych. Kwestie te wymagają dalszego monitorowania i nadzoru.

Niepokojące trendy utrzymują się również w obszarze chorób przenoszonych drogą płciową oraz zakażeń HIV, gdzie liczba nowo wykrytych przypadków osiągnęła jeden z najwyższych wyników w historii, podobnie jak w przypadku kiły i rzeżączki. W zakresie nowych zagrożeń, takich jak mpox, nadal notuje się nowe zachorowania, będące zarówno wynikiem transmisji krajowej, jak również zawleceń z innych krajów, Polska pozostała natomiast w 2025 roku wolna od zakażeń wywołanych wirusem należącym do kladu I.

Całość obrazu w 2025 roku wskazuje na konieczność dalszego wzmacniania nadzoru epidemiologicznego oraz promocji szczepień, w tym szczepień przypominających u dorosłych.

2. Bakteryjne choroby dróg oddechowych

Bakteryjne choroby dróg oddechowych, takie jak krztusiec i gruźlica, mimo okresowych zmian w częstotliwości występowania, pozostają istotnym zagrożeniem zdrowia publicznego i wymagają stałego monitorowania oraz działań profilaktycznych.

Sytuacja epidemiologiczna krztuśca przeszła od względnie stabilnej, choć cyklicznej endemiczności, przez okres ograniczenia jej transmisji w wyniku stosowania środków ochrony osobistej i dystansowanie społecznego w czasie pandemii COVID-19, aż do gwałtownej epidemii wyrównawczej w latach 2023–2025. Obecne dane wskazują na stopniowe wygaszanie tej fali, jednak utrzymujący się wysoki poziom zachorowań potwierdza, że krztusiec pozostaje istotnym zagrożeniem zdrowia publicznego i wymaga dalszych działań profilaktycznych, zwłaszcza w zakresie szczepień przypominających oraz ochrony najbardziej wrażliwych grup populacji.

Ponadto należy podkreślić, że ciągłego monitorowania wymaga sytuacja epidemiologiczna w zakresie gruźlicy, z uwagi na fakt, że choroba ta pozostaje poważnym problemem zdrowotnym, zwłaszcza w kontekście globalnym. Gruźlica objęta jest bowiem przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) globalnym programem eliminacji. Sytuację epidemiologiczną gruźlicy można określić w Polsce jako względnie stabilną, lecz wymagającą stałego nadzoru.

2.1. Krztusiec

Zapadalność na krztusiec do lat 60. XX w., przed wprowadzeniem w 1960 r. masowych szczepień profilaktycznych, przekraczała 100 przypadków/100 000 osób (sięgając w 1960 r. 325,5 przypadku/100 000 mieszkańców). Liczba zgonów z powodu krztuśca osiągała wtedy poziom 1000-1400 rocznie. Od kilkunastu lat w Polsce utrzymywała się względnie duża zapadalność na krztusiec, przy czym co kilka lat (3-4 lata) obserwuje się tzw. epidemie wyrównawcze, czyli cyklicznie występujący wzrost liczby zachorowań na tę chorobę w związku z naturalnym, wraz z upływem czasu, zanikaniem odporności po szczepieniu lub przechorowaniu.

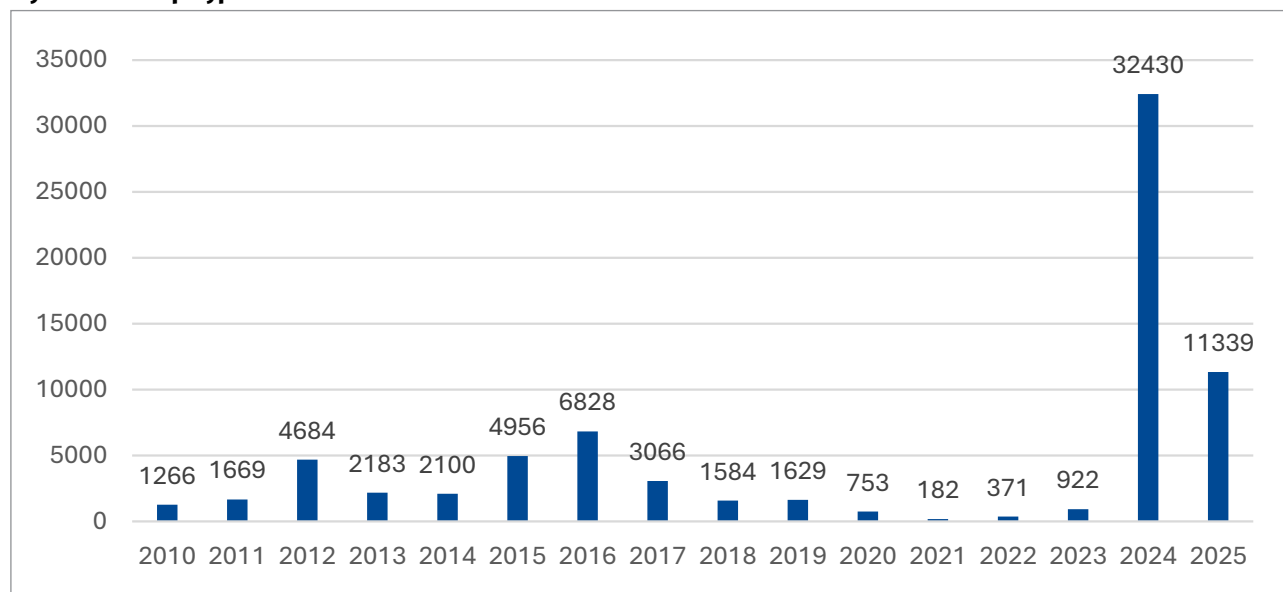
Analiza danych dotyczących zachorowań na krztusiec w latach 2010–2025 wskazuje na wyraźnie zmienny, cykliczny przebieg sytuacji epidemiologicznej, typowy dla tej choroby. W latach 2010–2019 liczba przypadków utrzymywała się na umiarkowanym poziomie, jednak z wyraźnymi kilkuletnimi wahaniami. Szczególnie widoczne są okresy wzrostów w latach 2012 oraz 2015–2016, kiedy liczba zachorowań osiągnęła odpowiednio 4684 i 6828 przypadków. Po tych szczytach następowały spadki, co potwierdza charakterystyczną dla krztusca cykliczność wynikającą z narastania liczby osób podatnych na zakażenie wraz z upływem czasu od szczepienia lub poprzedniego kontaktu z drobnoustrojem.

W latach 2020–2022 doszło do gwałtownego i nietypowego spadku liczby zachorowań, osiągającego minimum w 2021 roku (182 przypadki). Zjawisko to nie było wynikiem eliminacji choroby, lecz konsekwencją działań wprowadzonych w trakcie pandemii COVID-19, takich jak ograniczenie kontaktów społecznych, stosowanie masek czy zwiększona dbałość o higienę. Czynniki te znacząco ograniczyły transmisję wielu chorób zakaźnych przenoszonych drogą kropelkową, w tym krztusca.

Od 2023 roku obserwowany jest ponowny wzrost liczby zachorowań na krztusiec. W 2024 roku odnotowano ich rekordowy wzrost, który osiągnął najwyższy poziom od około 40 lat. W całym roku zarejestrowano 32 430 przypadków tej choroby. W 2025 roku liczba zachorowań spadła do 11 339, jednak poziom ten jest nadal wyższy w porównaniu do okresu przed pandemią COVID-19 (zob. wykres 7).

Wyk. 7 Liczba przypadków zachorowań na krztusiec w latach 2010–2025

Źródło: NIZP PZH-PIB



Na obserwowaną sytuację może wpływać kilka kluczowych czynników epidemiologicznych. Jednym z najważniejszych jest stopniowy zanik odporności poszczepiennej, który powoduje, że młodzież i dorośli mogą ulegać zakażeniom, w tym ponownym zakażeniom i stanowić źródło transmisji, często – w przypadku osób dorosłych – nie wykazując typowych objawów wskazujących na zachorowanie na krztusiec. Mimo utrzymującego się wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci, niewystarczające stosowanie dawek przypominających w starszych grupach wiekowych sprzyja utrzymywaniu się krążenia patogenu

w populacji. Dodatkowo krztusiec u dorosłych bywa niedodiagnozowany, co utrudnia pełną ocenę skali problemu i kontrolę ognisk zakażeń.

Szczepienie dzieci przeciw krztuścowi jest w Polsce obowiązkowe w ramach Programu Szczepień Ochronnych (PSO). Szczepionka podawana jest w jednym wstrzyknięciu jako szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi. Schemat szczepienia podstawowego przeciw krztuścowi obejmuje podanie 4 dawek szczepionki DTP (zawierającej pełnokomórkowy składnik krztuśca) lub DTaP-IPV-Hib lub DTaP-IPV-Hib-HBV (zawierających bezkomórkowy składnik krztuśca) Ponieważ wraz z upływem czasu obserwujemy obniżenie poziomu odpowiedzi odpornościowej, w 6 r.ż. oraz 14 r.ż. wykonywane są szczepienia przypominające.

U osób dorosłych zalecane jest wykonanie co 10 lat szczepienia przypominającego przeciw krztuścowi, szczepionką skojarzoną przeznaczoną do uodporniania przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi.

Od 15 października 2024 r. dostępne są nieodpłatne szczepienia szczepionką Tdap (z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca) dla kobiet w ciąży. Szczepienie chroni nie tylko matkę, ale również dziecko przez kilka miesięcy po urodzeniu, gdy ze względu na wiek nie może być jeszcze w pełni zaszczepione. Szczepienie najlepiej wykonać po ukończeniu 27. do 36. tygodnia ciąży. Jednakże w przypadku ciąży zagrożonej przedwczesnym porodem, możliwe jest podanie szczepionki już po ukończeniu 20. tygodnia ciąży. Świadczenie jest wykonywane w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej. O kwalifikacji do szczepienia decyduje lekarz POZ.

2.2. Gruźlica

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

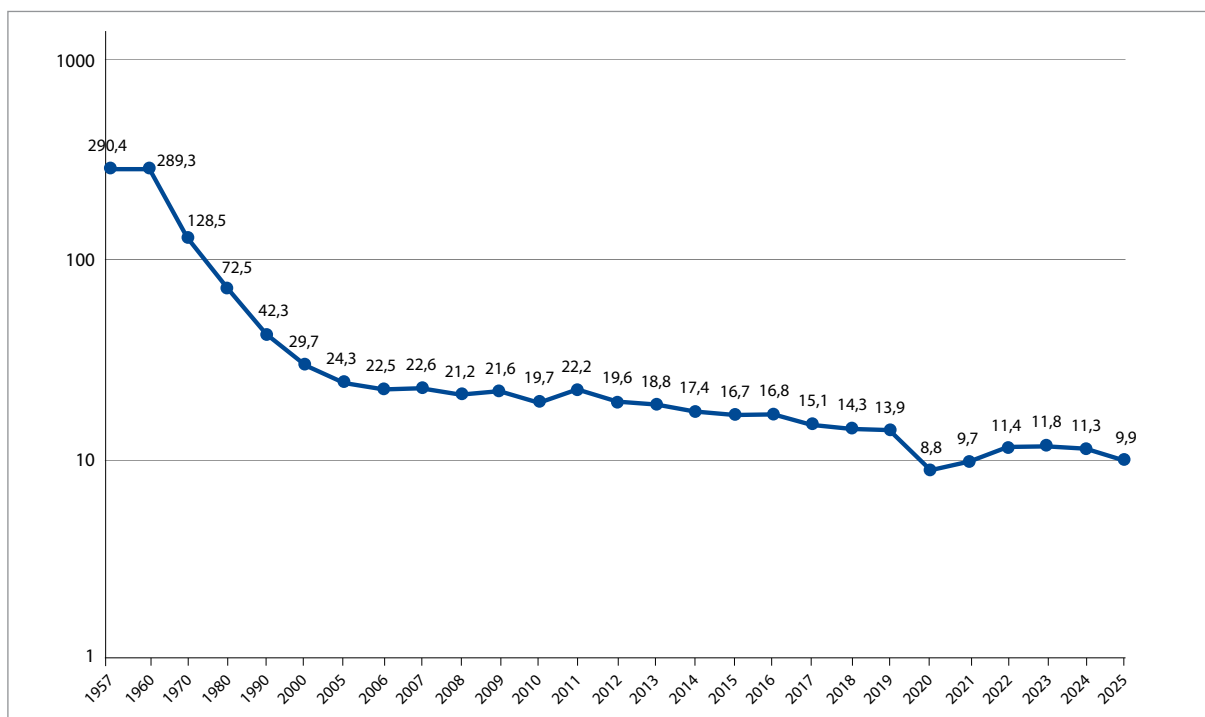
Zgodnie ze wstępnymi danymi w Polsce w 2025 r. zarejestrowano ogółem 3699 przypadków gruźlicy (w 2024 – 3965, w 2023 – 4231, w 2022 – 4314), w tym 98 przypadków gruźlicy wielolekoopornej. Po okresie wyrównawczego wzrostu liczby przypadków gruźlicy w latach 2021-2023, obecnie obserwowany jest powrót do trendu spadkowego obserwowanego przed epidemią COVID-19.

W Polsce w 2025 r., podobnie jak w poprzednich latach, najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc (3556 przypadków, 96% wszystkich zachorowań). Chorzy tylko na pozapłucną postać gruźlicy (143 przypadki) stanowili w 2025 r. 4% ogółu chorych na gruźlicę. Odsetek przypadków gruźlicy pozapłucnej wśród ogółu chorych jest w Polsce od lat nieduży.



Wyk. 8 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 1957-2025.
Współczynniki na 100 000 ludności

Źródło: IGiChP

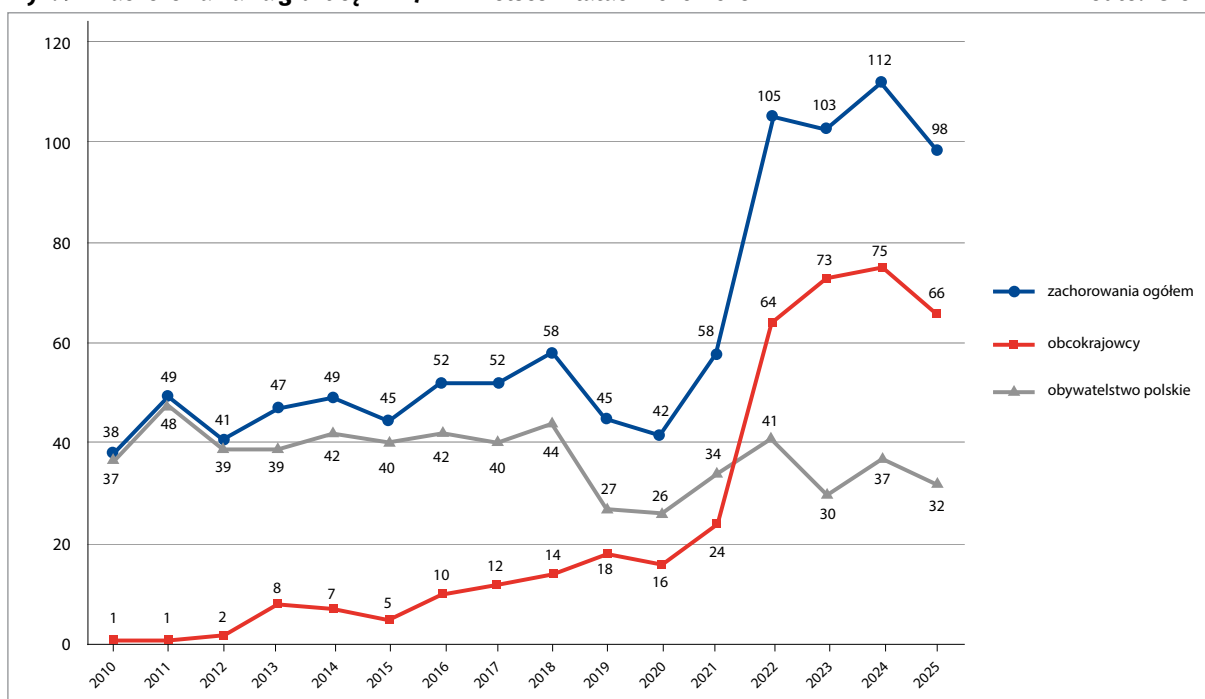


Ogółem zarejestrowano 315 zachorowań na gruźlicę u obcokrajowców (8,5% zachorowań), w tym u 205 osób pochodzących z Ukrainy, 14 u obywateli Indii, 13 u obywateli Indonezji oraz 14 u obywateli Nepalu.

Spośród wszystkich 98 przypadków gruźlicy wielolekoopornej zarejestrowanej w Polsce w roku 2025, 66 przypadków wystąpiło u cudzoziemców.

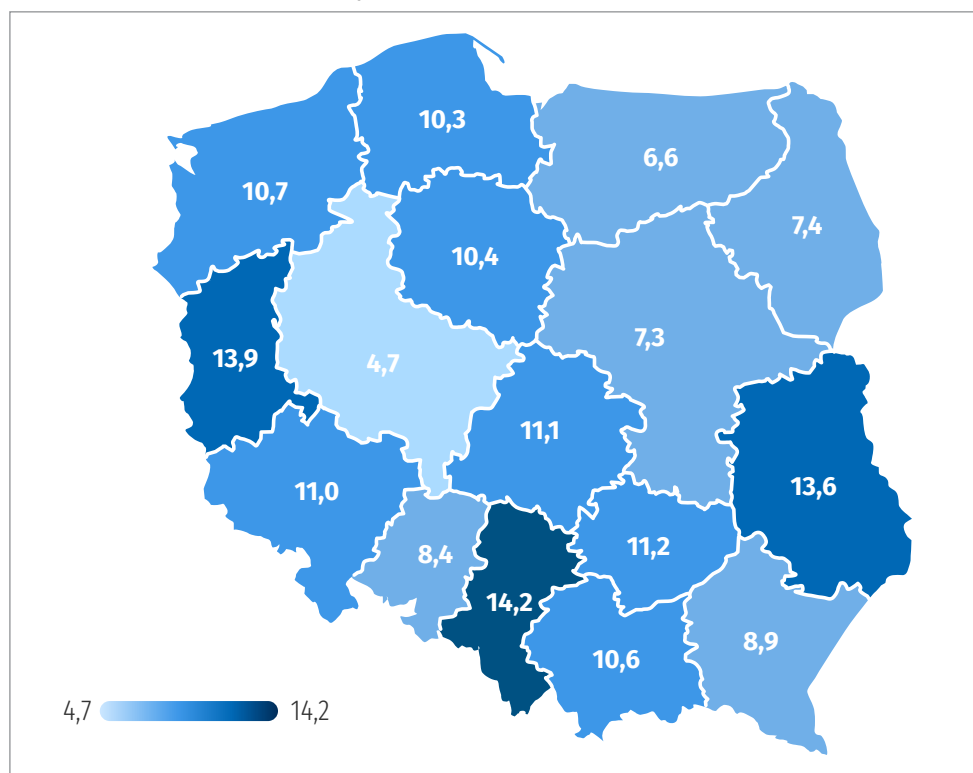
Wyk. 9 Zachorowania na gruźlicę MDR/RR w Polsce w latach 2010-2025

Źródło: IGiChP



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

Rys. 2 Zachorowania na gruźlicę wg województw w Polsce w 2025 r.



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

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

Należy zwrócić uwagę, że w 2025 r. odnotowano również duże ogniska epidemiczne gruźlicy, które objęły wiele osób narażonych, a źródłem zakażenia były zarówno osoby dorosłe, jak i dzieci. W ogniskach tych narażenie dotyczyło placówek opieki i oświaty, placówek opieki społecznej bądź środowiska rodzinnego. Jest to ważna informacja wskazująca, że gruźlica, mimo licznych postępów w jej zwalczaniu, jest nadal chorobą, która wymaga nadzoru epidemiologicznego. Stanowi ona poważny problem zdrowia publicznego także w krajach rozwiniętych UE/EOG i powinna być brana pod rozwagę w rozpoznaniach lekarskich, szczególnie w zmieniającej się sytuacji migracyjnej i społecznej Europy.

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowane od blisko 100 lat szczepienie BCG, które zapobiega wystąpieniu u niemowląt ciężkich i śmiertelnych postaci klinicznych gruźlicy, takich jak gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlica rozsiana (prosówka). Szczepienia te wykonywane są zgodnie z PSO u noworodków przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego.

Podkreślenia wymaga fakt, że w 2025 r. po raz pierwszy współczynnik zapadalności na gruźlicę w Polsce spadł do poziomu poniżej 10 przypadków na 100 000 ludności (2025 r. – współczynnik zapadalności w Polsce 9,9). Zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia próg ten stanowi kryterium zaliczenia kraju do grupy państw o niskiej zapadalności na gruźlicę. Osiągnięcie tego poziomu jest ważnym wskaźnikiem skuteczności dotychczasowych działań profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych oraz świadczy o postępie w ograniczaniu rozprzestrzeniania się choroby.

Jednocześnie utrzymanie współczynnika zapadalności poniżej 10 przypadków na 100 000 ludności powinno pozostać kluczowym celem zdrowia publicznego w kraju. Tylko trwałe utrzymanie tego poziomu w kolejnych latach pozwoli na stabilne zakwalifikowanie Polski do grupy krajów o niskiej zapadalności na gruźlicę. Wymaga to kontynuacji i wzmacniania działań w zakresie wczesnego wykrywania przypadków, skutecznego leczenia, monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz prowadzenia ukierunkowanych interwencji w grupach zwiększonego ryzyka.

W związku z globalnym celem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) polegającym na eliminacji gruźlicy jako problemu zdrowia publicznego do 2030 roku, Główny Inspektor Sanitarny zainicjował cykl spotkań z przedstawicielami szpitali specjalizujących się w leczeniu gruźlicy. W wyniku tych konsultacji powstała platforma współpracy pod nazwą „Porozumienie na rzecz eradykacji gruźlicy 2030”. W ramach prac Porozumienia zidentyfikowano kluczowe obszary wymagające pilnych zmian i usprawnień w zakresie diagnostyki, leczenia i kontroli gruźlicy w Polsce.

W 2025 roku prace kontynuowane były już w ramach Zespołu do opracowania krajowego programu zapobiegania i zwalczania gruźlicy, powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2025 r. (Dz. Urz. MZ poz. 40). W ramach Zespołu powstała grupa robocza do spraw profilaktyki i monitorowania gruźlicy, której przewodniczył Główny Inspektor Sanitarny. Do zadań grupy roboczej należało kompleksowe przygotowanie założeń działań w zakresie profilaktyki, kontroli i monitorowania gruźlicy, obejmujące w szczególności:

- ◆ opracowanie planu profilaktyki uniwersalnej skierowanej do całej populacji, w tym promocję zdrowego stylu życia, szczepień, badań przesiewowych, działań edukacyjnych oraz wzmocnienie nadzoru sanitarnego i wykrywania kontaktów;
- ◆ opracowanie planu profilaktyki selektywnej ukierunkowanej na grupy szczególnego ryzyka, takie jak migranci, osoby w kryzysie bezdomności, osoby pozbawione wolności oraz osoby z obniżoną odpornością, w tym żyjące z HIV;

- ♦ opracowanie planu profilaktyki wskazującej, obejmującej wsparcie osób chorych na gruźlicę, przeciwdziałanie stygmatyzacji, promowanie nowoczesnych metod leczenia, rozwój wsparcia środowiskowego oraz zwiększanie świadomości zdrowotnej pacjentów;
- ♦ opracowanie systemu monitorowania gruźlicy umożliwiającego ocenę sytuacji epidemiologicznej i skuteczności podejmowanych działań.

Wypracowany w toku prac Zespołu i grup roboczych projekt Krajowego Programu Zapobiegania i Zwalczania Gruźlicy na lata 2026-2030 został, zgodnie z założeniami, przedłożony Ministrowi Zdrowia.

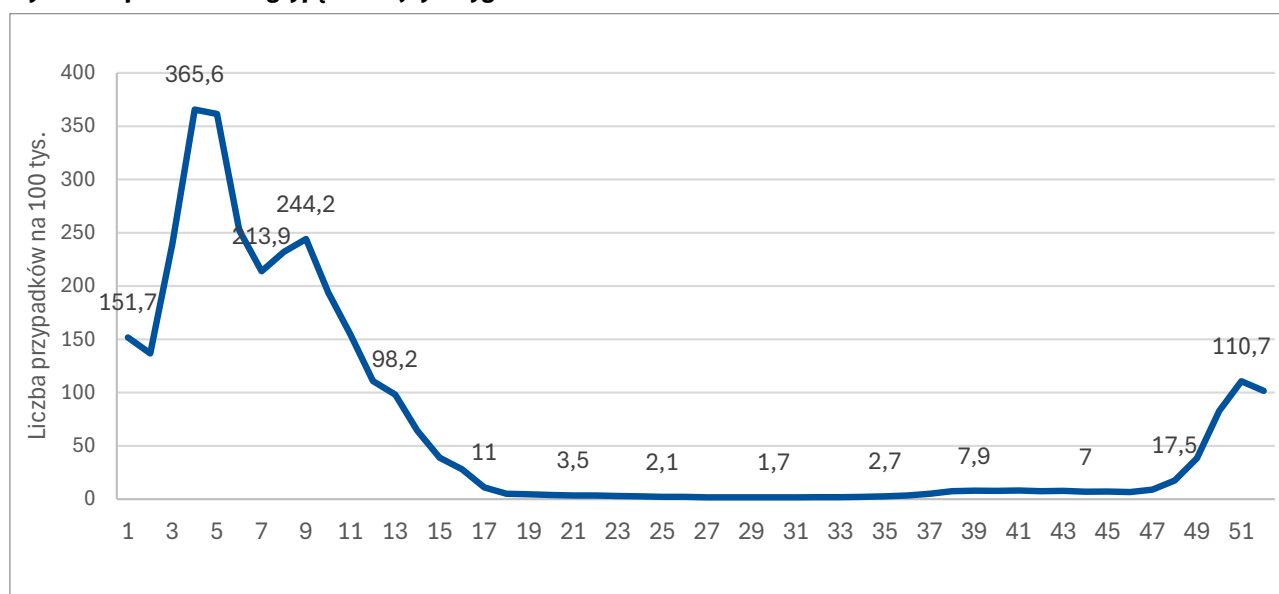
3. Ostre infekcje układu oddechowego (COVID-19, RSV, grypa)

Ostre wirusowe infekcje układu oddechowego są to nagłe, trwające najczęściej kilka dni zachorowania o samoograniczającym się zazwyczaj przebiegu. Występują przez cały rok, ale szczyt zachorowań przypada na okres od października do marca. Dominującą przyczyną są wirusy SARS-CoV-2, grypy typu A i B oraz RSV. Wstępowanie szczytów zachorowań w tym samym okresie jesienno-zimowym oraz podobieństwo objawów klinicznych powodują, że w latach szczególnego nasilenia zachorowań, nakładające się okresy epidemiczne tych trzech chorób zakaźnych nazywane są potocznie „tridemią”.

W przypadku grypy, podobnie jak i innych infekcji układu oddechowego, należy uwzględnić, że sezon zachorowań obejmuje dwa lata kalendarzowe (od października do marca kolejnego roku). Najwyższy poziom zachorowań na gripę obserwowany był w miesiącach zimowych na początku 2025 roku, po czym od kwietnia aż do końca sierpnia/początku września (34–36 tydzień) utrzymywał się spadek zapadalności. Następnie od jesieni następował stopniowy wzrost liczby przypadków, trwający do końca roku i przechodzący w kolejny sezon epidemiczny.

Wyk. 10 Zapadalność na gripę w kolejnych tygodniach 2025 r.

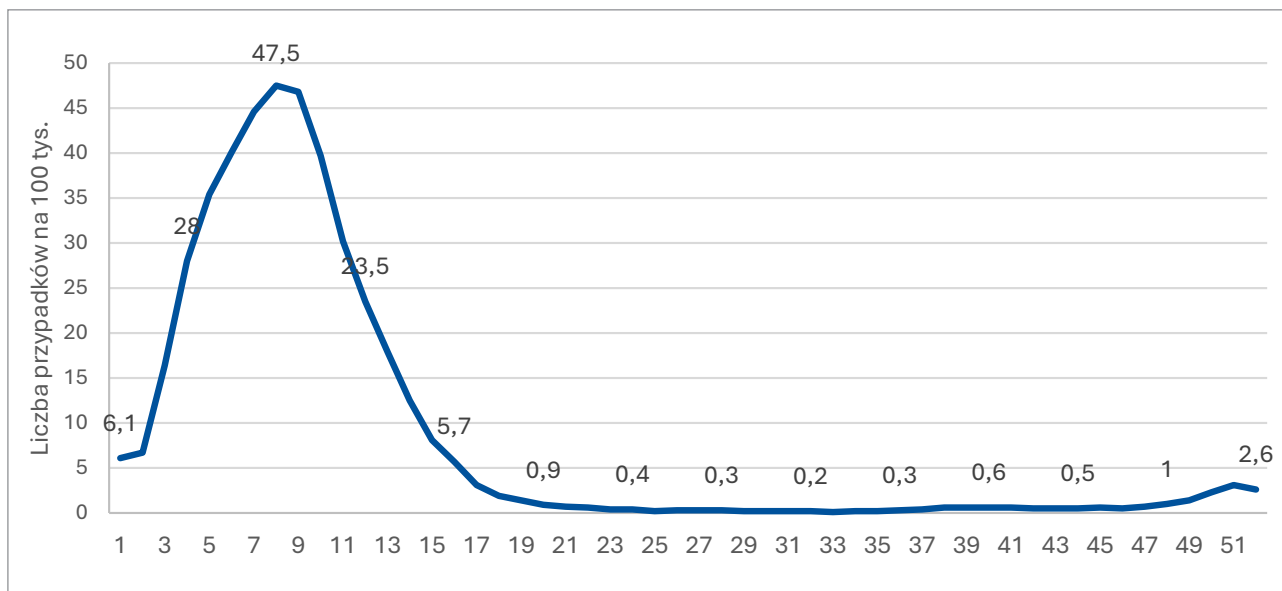
Źródło: NIZP PZH-PIB



Podobnie przedstawia się wykres zachorowań na RSV, gdzie także największa liczba przypadków przypada na miesiące zimowe, szczególnie na początku roku. Od kwietnia zachorowalność utrzymuje się na niewielkim poziomie i rośnie z końcem roku, tj. od 48 tygodnia.

Wyk. 11 Zapadalność na RSV w kolejnych tygodniach 2025 r.

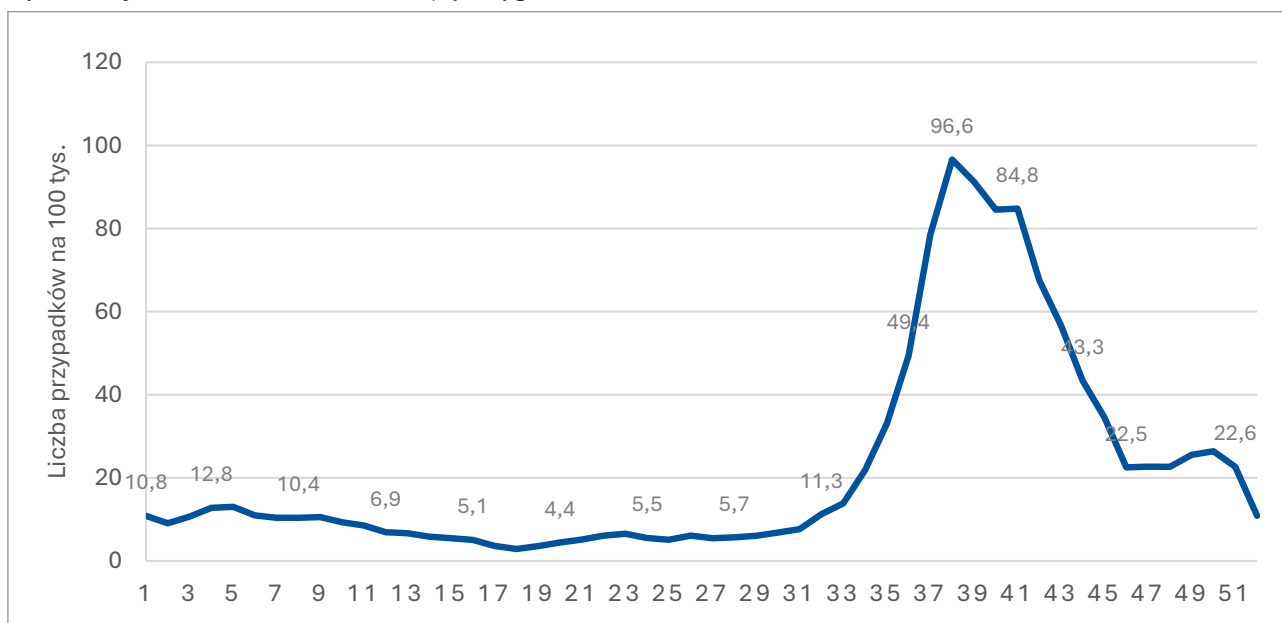
Źródło: NIZP PZH-PIB



Natomiast w przypadku COVID-19 większość zachorowań przypada na drugą połowę roku, tj. tygodnie 32-52, ze szczytem zachorowań w miesiącach wrzesień-październik.

Wyk. 12 Zapadalność na COVID-19 w kolejnych tygodniach 2025 r.

Źródło: NIZP PZH-PIB



W celu zapobiegania infekcjom układu oddechowego należy unikać bliskiego kontaktu z osobami wykazującymi objawy chorobowe, często myć lub dezynfekować ręce, wietrzyć pomieszczenia, dezynfekować powierzchnie użytkowe, unikać dotykania okolic oczu, nosa i ust.

Popularne są obecnie testy combo służące do szybkiego wykrycia, w domowych warunkach zakażenia, m.in. COVID-19, RSV, grypy typu A/B.

Najskuteczniejszym środkiem zapobiegawczym są szczepienia. Dostępne są szczepionki przeciwko wszystkim wymienionym chorobom – COVID-19, RSV oraz grypie. Ewentualne niepożądane działania po szczepieniu są łagodne i szybko ustępują. Szczepienia przeciw grypie, COVID-19 i zakażeniom RSV zostały uwzględnione w Programie Szczepień Ochronnych (w grupie szczepień zalecanych) i w przypadku osób dorosłych mogą być realizowane również w aptekach.

4. Zakażenia przenoszone drogą pokarmową

W zakresie bakteryjnych zakażeń żołądkowo-jelitowych w 2025 r. nadal stosunkowo najczęściej identyfikowano salmonelozę (8 368 przypadków, zapadalność 22,37/100 tys.), należy jednak zauważyć, że w kontekście salmoneloz obserwuje się w ostatnich latach trend spadkowy. Natomiast w odniesieniu do wirusowych zakażeń jelitowych, podobnie jak w latach ubiegłych, w 2025 r. nadal dominującym czynnikiem etiologicznym były rotawirusy i norowirusy.

W 2025 r. w dalszym ciągu obserwowano wzrost liczby przypadków zakażeń wywołanych przez *E. coli* enterokrwotoczną (229 przypadków w 2025 r., 154 przypadki w 2024 r., 96 przypadków w 2023 r., 36 przypadków w 2022 r.), co może wynikać z wdrożenia i rozpowszechnienia stosowania metod molekularnych do rutynowej diagnostyki klinicznej, umożliwiającej szybką identyfikację *E. coli* STEC/VTEC wśród chorych z biegunką. Jednak sytuacja ta wymaga dalszego monitorowania, zwłaszcza pod kątem występowania ewentualnych ognisk zachorowań.

Kolejną alarmującą sytuację, która wymaga ścisłego monitorowania i podejmowania intensywnych działań zapobiegawczych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, z uwagi na wzrost liczby zakażeń i ognisk epidemicznych, stanowią zakażenia wywołane wirusem zapalenia wątroby typu A. W ostatnich latach obserwuje się znaczne pogorszenie sytuacji epidemiologicznej wirusowego zapalenia wątroby typu A (WZW typu A, potocznie „żółtaczka pokarmowa”). Wynika to z kilku czynników, zarówno społecznych, jak i związanych z zachowaniami zdrowotnymi. Obejmują one m.in. zaniedbania sanitarno-higieniczne, zachowania seksualne (głównie w grupach MSM – mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami), spadek odporności populacyjnej, zwiększone przemieszczanie się ludności skutkujące zawleczeniami zachorowań z krajów endemicznego występowania WZW typu A, a także niski stopień zaszczepienia populacji.

PIĘĆ KROKÓW DO BEZPIECZNIEJSZEJ ŻYWNOSCI

Dlaczego ?



Utrzymuj czystość

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

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

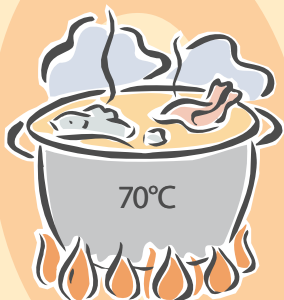


Oddzielaj żywność surową od ugotowanej

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

Dlaczego ?

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

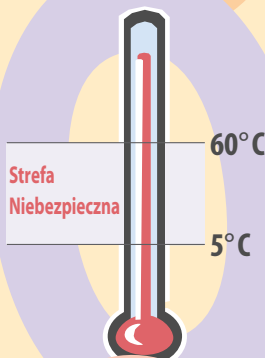


Gotuj dokładnie

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

Dlaczego ?

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



Utrzymuj żywność w odpowiedniej temperaturze

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

Dlaczego ?

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



Używaj bezpiecznej wody i żywności

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

Dlaczego ?

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

Wiedza = Zapobieganie



World Health Organization

4.1. Sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby typu A

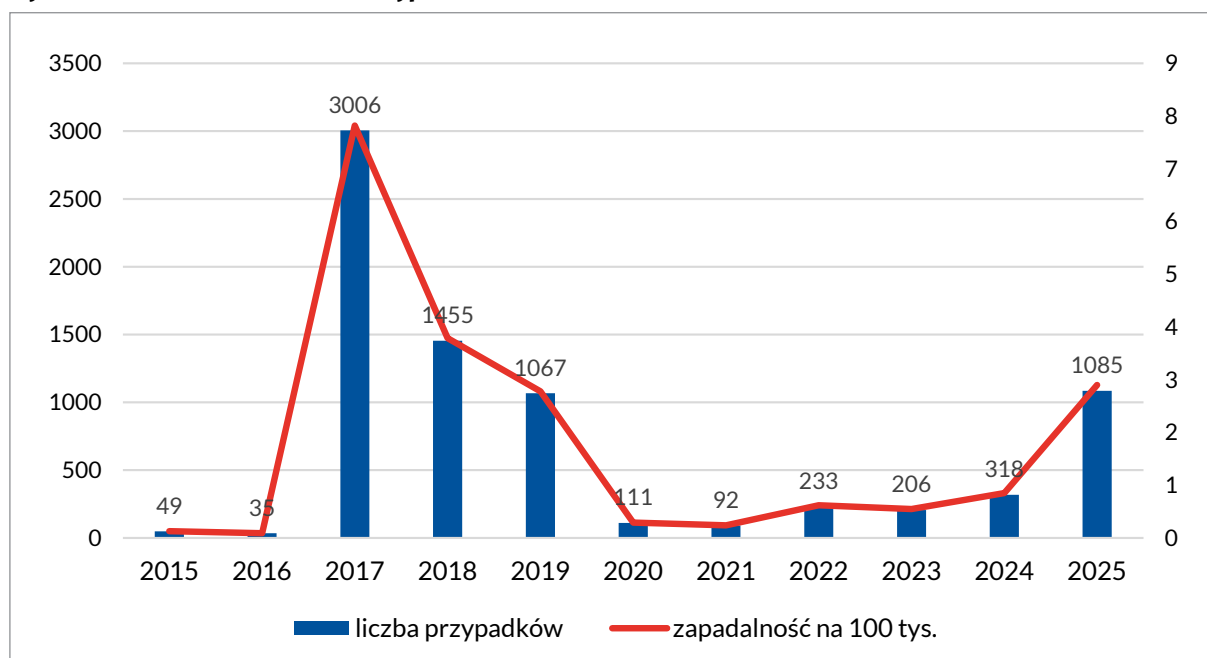
Do 1978 r. Polska była krajem o wysokiej zachorowalności na WZW typu A (ponad. 50 tys. zachorowań rocznie). Stopniowo następowała poprawa sytuacji epidemiologicznej, a po 1997 r. Polskę zaliczono do krajów o niskiej endemiczności tej choroby. Wiąże się to w dużej mierze z powszechnym dostępem do bieżącej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

Gwałtowny wzrost liczby przypadków zarówno w Polsce, jak i w innych krajach, nastąpił w 2017 r. W Europie zarejestrowano wówczas ognisko WZW typu A, w którym zachorowania głównie dotyczyły mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), wskazując nową drogę transmisji wirusa, która do chwili obecnej pozostaje jedną z głównych dróg szerzenia zakażeń. Ogniskiem tym objęta była także Polska.

W okresie epidemii COVID-19, na skutek ograniczenia kontaktów społecznych i restrykcji w zakresie funkcjonowania obiektów gastronomicznych, placówek opiekuńczo-wychowawczych i innych podmiotów, nastąpiła znaczna redukcja liczby zachorowań na WZW typu A. Po epidemii COVID-19 obserwowano stopniowy wzrost liczby zachorowań aż do roku 2025, kiedy nastąpiło znaczne pogorszenie sytuacji epidemiologicznej. W 2025 r. zareportowano 1085 przypadków, czyli ponad trzykrotnie więcej niż w 2024 r., kiedy odnotowano 318 przypadków WZW typu A.

Wyk. 13 Liczba zachorowań na WZW typu A w latach 2015-2025*

Źródło: NIZP PZH-PIB



*Dane za 2025 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie

Notowany jest również znaczny wzrost liczby ognisk związanych z WZW A. W 2025 r. zarejestrowano 115 ognisk WZW typu A na terenie całej Polski, czyli ponad czterokrotnie więcej niż w 2024 r., kiedy odnotowano 26 ognisk.

W związku z tym sytuacja epidemiologiczna w zakresie WZW A podlega szczególnemu wzmożonemu monitorowaniu. Państwowa Inspekcja Sanitarna dąży do jak najszybszego wykrywania ognisk epidemicznych w celu podjęcia sprawnych działań ukierunkowanych na szybkie wykrycie źródeł zakażenia, przecięcie dróg szerzenia, a w konsekwencji wygaszania tych ognisk.

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

5. Choroby wektorowe, w tym nowe zagrożenia

W 2025 r. kontynuowano działania ukierunkowane na monitorowanie zagrożeń związanych z chorobami wektorowymi, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu zmian klimatycznych oraz rosnącej mobilności ludności. Utrzymujące się trendy obserwowane w latach wcześniejszych, w tym zwiększona liczba zawleceń chorób tropikalnych oraz rozszerzanie się zasięgu ich występowania w Europie, potwierdzają konieczność dalszego wzmacniania nadzoru epidemiologicznego. Szczególnej uwagi nadal wymaga gorączka Zachodniego Nilu, której obecność w krajach europejskich stwarza realne ryzyko pojawienia się przypadków rodzimych w Polsce.

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

5.1. Borelioza

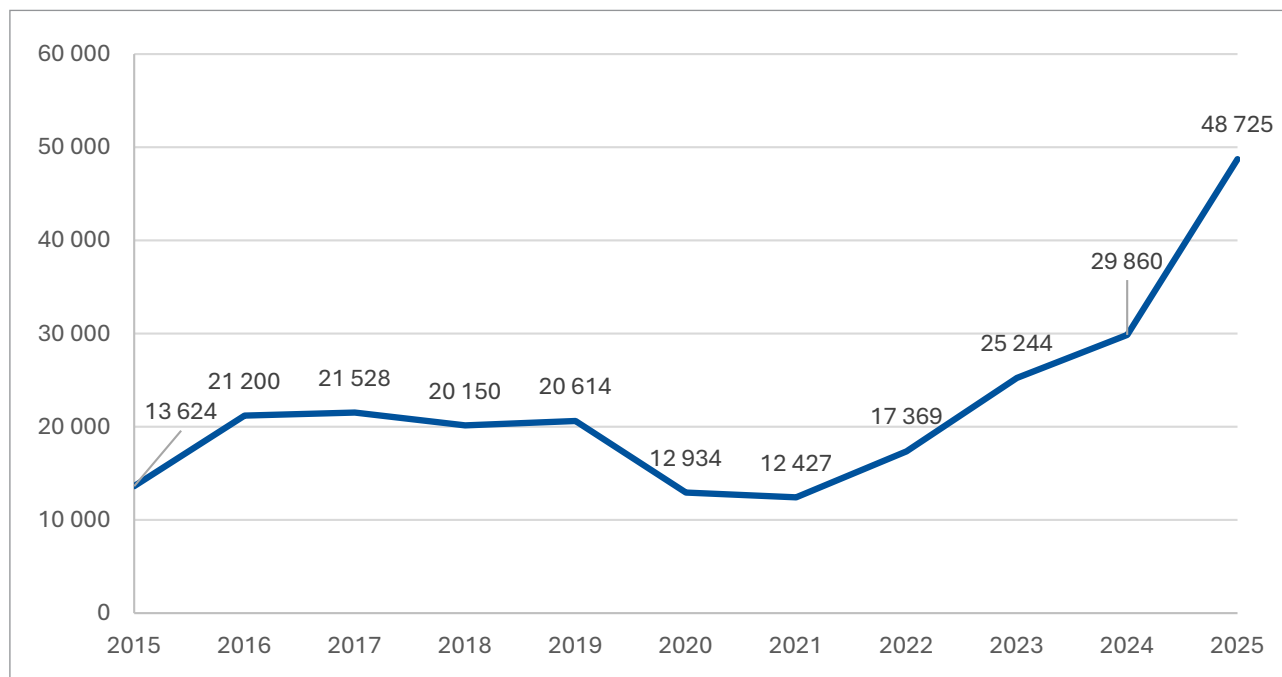
Borelioza jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez krętki *Borrelia burgdorferi* przenoszone przez kleszcze z rodzaju Ixoides (w Europie Ixoides ricinus). Na zakażenie najbardziej narażone są osoby przebywające dużo w lasach i miejscach bytowania kleszczy.

Po umiarkowanym wzroście liczby przypadków w latach 2015–2017 i względnej stabilizacji do 2019 roku, w okresie 2020–2021 odnotowano wyraźny spadek zachorowań (pandemia COVID-19). Od 2022 roku obserwuje się jednak ponowny, dynamiczny trend wzrostowy, który szczególnie nasilił się w latach 2023–2025, osiągając najwyższy poziom w roku 2025 r. Taka tendencja może wskazywać na zwiększoną ekspozycję populacji na czynniki ryzyka (np. aktywność kleszczy, zmiany środowiskowe) lub na większą wykrywalność przypadków. Podkreśla to potrzebę dalszego monitorowania oraz działań profilaktycznych.

W kontekście boreliozy działania profilaktyczne koncentrują się przede wszystkim na ograniczaniu ryzyka ukąszeń przez kleszcze oraz wczesnym wykrywaniu zakażenia. Kluczowe znaczenie ma stosowanie środków ochrony indywidualnej podczas przebywania w terenach zielonych (np. odpowiednia odzież zakrywająca ciało, stosowanie repelentów), dokładne oglądanie skóry po powrocie z lasów czy łąk oraz jak najszybsze, prawidłowe usuwanie kleszczy. Istotna jest także edukacja zdrowotna społeczeństwa w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów choroby (np. rumień wędrujący) oraz zgłaszania się do lekarza w przypadku ich wystąpienia.

Wyk. 14 Liczba przypadków boreliozy w latach 2015-2025

Źródło: NIZP PZH-PIB



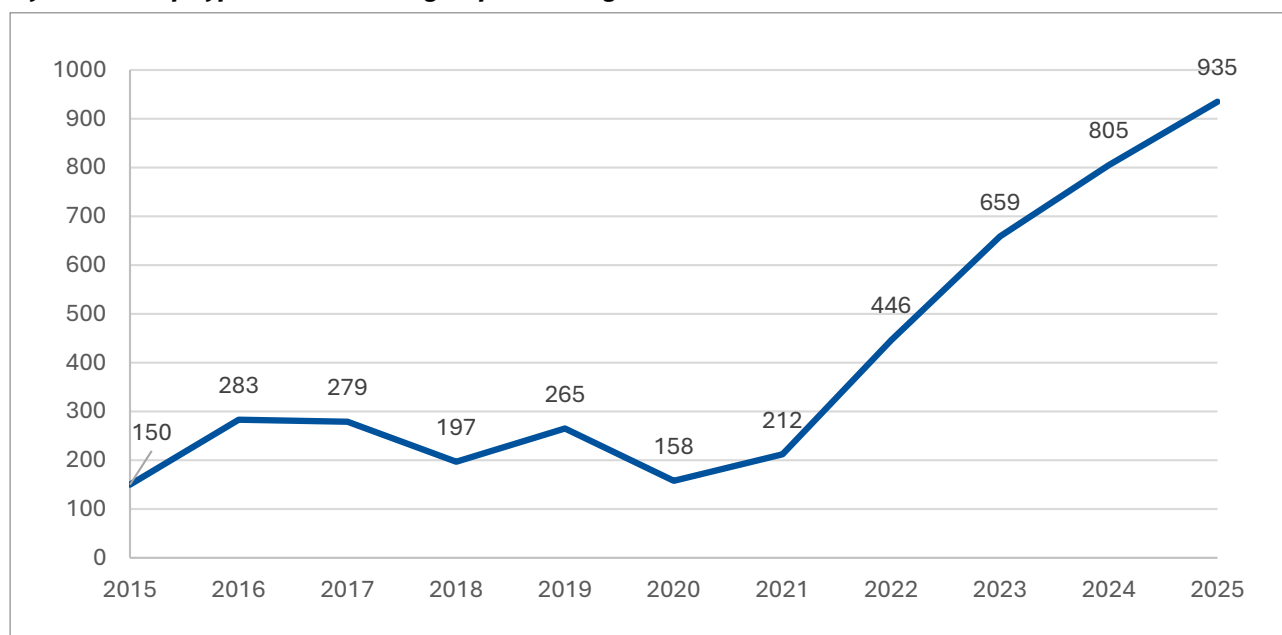
5.2. Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM)

Kleszczowe zapalenie mózgu jest chorobą wirusową przenoszoną poprzez wektory, którymi są kleszcze *Ixodes Ricinus* oraz (rzadziej) drogą pokarmową poprzez niepasteryzowane produkty mleczne pochodzące od zwierząt w czasie wiremii.

Sytuacja epidemiologiczna kleszczowego zapalenia mózgu (KZM) w latach 2015–2025 wykazuje wyraźny trend wzrostowy po okresie względnej stabilizacji. W latach 2015–2021 liczba przypadków utrzymywała się na umiarkowanym poziomie, z niewielkimi wahaniami i przejściowym spadkiem w 2020 roku. Od 2022 roku obserwuje się jednak dynamiczny wzrost zachorowań, który w kolejnych latach ulega nasileniu, osiągając najwyższe wartości w 2025 roku. Taka tendencja wskazuje na rosnące znaczenie KZM jako problemu zdrowia publicznego i podkreśla konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych, w szczególności szczepień ochronnych oraz edukacji społeczeństwa w zakresie zapobiegania ukąszeniom kleszczy.

Wyk. 15 Liczba przypadków kleszczowego zapalenia mózgu w latach 2015-2025

Źródło: NIZP PZH-PIB



Dla zapobiegania zachorowaniom na KZM kluczowe znaczenie mają zarówno ochrona przed kleszczami, jak i szczepienia ochronne. Schemat szczepienia składa się z trzech dawek, po których po 1-3 latach podawana jest pierwsza dawka przypominająca, a po kolejnych 3-10 latach następne dawki przypominające. Na zakażenie najbardziej narażone są osoby przebywające często w lasach i miejscach bytowania kleszczy.

5.3. Wirus Zachodniego Nilu (WNV) jako nowe zagrożenie w Polsce

Zakażenie wirusem Zachodniego Nilu jest chorobą wirusową, która dotyka ludzi oraz zwierzęta. Wśród zwierząt poza ptactwem chorują także koniowate. Jest to jednostka zakaźna u ludzi, rozpowszechniona na świecie, w tym w USA. Od kilkunastu lat występuje sezonowo, od maja do listopada, także w krajach basenu Morza Śródziemnego. Zgodnie z informacjami Głównego Lekarza Weterynarii, liczne przypadki padnięcia ptaków z powodu zakażenia tym wirusem w kilku miastach w Polsce oraz 6 przypadków u koniowatych na terenie 4 województw po raz pierwszy odnotowano w roku 2024, jednak w roku 2025 Inspekcja Weterynaryjna nie odnotowała takich zdarzeń.

Kraje, w których wirus krąży endemicznie i sezonowo w środowisku, oraz w których dochodzi do transmisji zakażeń na ludzi i zwierzęta w wyniku ukąszeń komarów, to: Włochy, Francja, Grecja, Hiszpania, Węgry, Albania, Rumunia, Turcja, Serbia, Francja, Austria, Niemcy, Chorwacja, Bułgaria, Słowacja, Słowenia, Kosowo, Cypr, Czechy i Macedonia Północna. Od czasu wdrożenia przez ECDC nadzoru i monitoringu sezonowego, rok 2025 był w krajach UE/EOG kolejnym, w którym odnotowano bardzo wysoką roczną liczbę zakażeń wirusem WNV u ludzi (1112 zachorowań w okresie od 2.06 do 3.12.2025 r.). W 2025 r. szczyt zakażeń WNV przypadł na sierpień (u ludzi i ptaków) oraz na wrzesień (u koniowatych), co jest zgodne ze schematem obserwowanym w poprzednich latach. Liczba zgłoszonych ognisk WNV u koniowatych była trzecią co do wielkości w historii, natomiast liczba ognisk u ptaków w 2025 r. była drugą co do wielkości od czasu wprowadzenia obowiązku raportowania w 2021 r. u zwierząt.

W roku 2025 zidentyfikowano w Europie przypadki WNV u ludzi i zwierząt na obszarach wcześniej niezainfekowanych, co podkreśla ciągłą ekspansję geograficzną wirusa, prawdopodobnie przyspieszoną sprzyjającymi warunkami środowiskowymi i czynnikami ekologicznymi. Zwiększona czułość nadzoru lub monitoringu oraz zwiększona świadomość na tych obszarach mogły także odegrać rolę w wykrywaniu nowych przypadków u ludzi.

W Polsce, zgodnie z danymi NIZP PZH – PIB, notowane są jedynie sporadyczne, zawleczone przypadki zachorowań u ludzi. W 2025 r. były to 3 przypadki zaimportowane.

Z uwagi na fakt, że choroba jest zoonozą (chorobą odzwierzęcą, czyli taką, która przenosi się ze zwierząt na ludzi przy pomocy wektora – w tym przypadku odpowiedniego gatunku komara), Inspekcja Weterynaryjna oraz Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracują ze sobą w celu monitorowania sytuacji epidemicznej u zwierząt i u ludzi w kontekście potrzeby zapewnienia ochrony zdrowia publicznego. W październiku 2025 r. została ogłoszona nowelizacja Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. *w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta* (Dz.U. z 2025 r. poz. 1357), które uregulowało ostatecznie współpracę organów w obszarze zakażeń wirusem

Zachodniego Nilu na terenie naszego kraju. W przypadku rozpoznania tej choroby u zwierząt, powiatowy lekarz weterynarii ma obecnie obowiązek niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia tej informacji, poinformowania o tym właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Pozyskanie informacji o zachorowaniach wśród zwierząt jest istotne dla powiatowego inspektora sanitarnego dla dokonania oceny ryzyka występowania zachorowań u ludzi na terenie powiatu, co z kolei może mieć wpływ na konieczność podejmowania dodatkowych działań zaradczych na terenie powiatu, województwa, a nawet kraju.



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

6.1. Sytuacja epidemiologiczna mpox

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

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

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

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

W reakcji na powyżej opisane niepokojące sytuacje Dyrektor Generalny WHO ogłosił, że wzrost zachorowań na mpox stanowi zagrożenie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym – PHEIC (*Public Health Emergency of International Concern*). Po raz pierwszy stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym dla tej choroby został wprowadzony 21 lipca 2022 r. Stwierdzono wówczas, że obserwowane ognisko wywołane kładem IIb spełnia przesłanki PHEIC, który utrzymywany był aż

do 11 maja 2022 r. Wtedy to Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała oświadczenie, w którym przyznano, że zaistniał długofalowy postęp w globalnej odpowiedzi na pojawiające się zagrożenie wraz z zauważeniem wyraźnego spadku w liczbie nowych przypadków. Z drugiej strony podkreślano jednak, jak wiele niewiadomych istnieje w odniesieniu do mpox. Dotyczą one przede wszystkim w kwestii sposobów transmisji w niektórych krajach, jakości jednostkowych danych czy dostępności skutecznych środków zapobiegania w krajach afrykańskich, gdzie choroba występuje endemicznie. Drugi raz stan PHEIC ogłoszono 14 sierpnia 2024 r. z uwagi na epidemię mpox innego kładu, Ib, szybko rozprzestrzeniającą się poza granice DRK do krajów sąsiadujących, wykazując potencjał do dalszego rozprzestrzeniania się zarówno w krajach Afryki, jak również poza tym kontynentem. PHEIC zakończono 5 września 2025 r., jednak z zastrzeżeniem, że mpox nadal stanowi zagrożenie i należy stale monitorować sytuację epidemiologiczną.

Od sierpnia 2024 r. raportowano przypadki mpox kładu Ib, przede wszystkim związane z podróżami (w przeważającej większości do krajów afrykańskich) w kilku państwach UE/EOG, m.in. Szwecji (pierwszy europejski przypadek mpox kład Ib), Niemczech, Francji, Irlandii, Włoszech, a także Wielkiej Brytanii. Zdarzały się również przypadki w państwach na innych kontynentach niż Afryka czy Europa, np. w Tajlandii (pierwszy przypadek poza krajami afrykańskimi w 2024 r.), Pakistan, Oman, Chiny, USA, Brazylia. Przypadki takie odnotowywane były również w 2025 r. Spośród krajów UE/EOG Niemcy, Belgia i Irlandia zgłaszały potwierdzone przypadki ograniczonego przenoszenia wtórnego wirusa z kładu Ib w obrębie wspólnego gospodarstwa domowego.

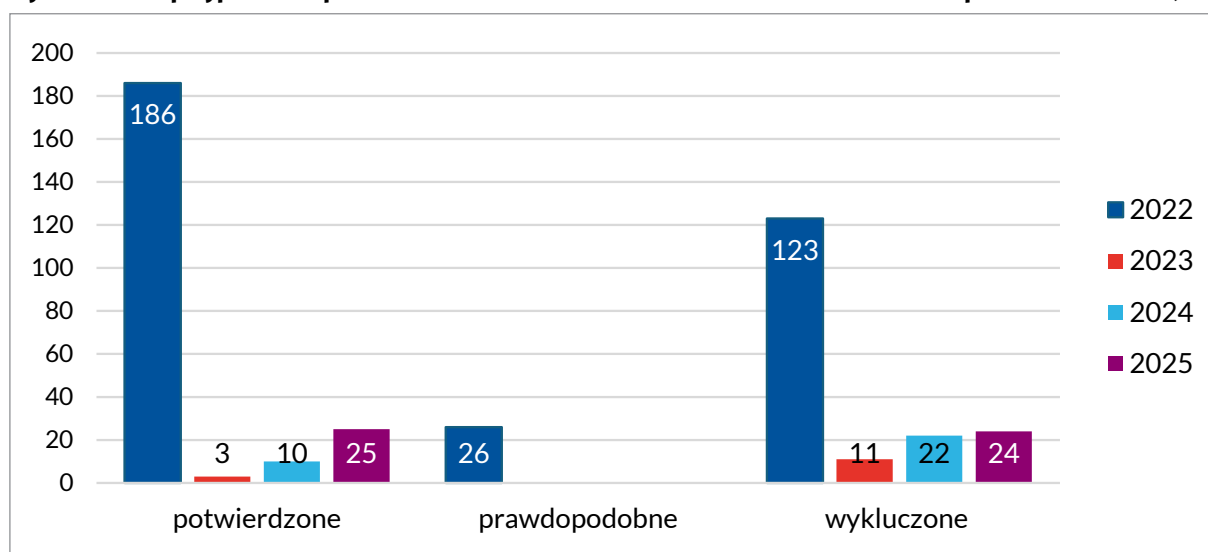
Co istotne, od października 2025 r. w kilka krajach europejskich (po raz pierwszy w Hiszpanii) zaobserwowano przypadki zakażeń MPXV kładu I wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, z których większość nie miała historii podróży, sugerując możliwość utrwalenia się transmisji rodzimej. Jednak na koniec 2025 r. ryzyko dla ogółu populacji oceniane było jako niskie, zaś dla MSM jako umiarkowane.

W Polsce pierwszy przypadek mpox (powiązany z międzynarodowym ogniskiem zakażeń wywołanych kładem IIb) został zanotowany w dniu 31 maja 2022 r. W kolejnych latach identyfikowane zakażenia były wciąż powiązane z kładem IIb. Do 2025 r. nie wykryto w Polsce zakażeń kładem I, w tym Ib. Osoby zidentyfikowane jako kontakty z osobami zakażonymi zawsze obejmowane były nadzorem epidemiologicznym lub obowiązkiem odbycia kwarantanny.

Dostępne są szczepienia przeciwko MPOX (dwudawkowe), także w Polsce, zarówno przedekspozycyjne, jak i poekspozycyjne w grupie osób narażonych, tj. u osób z bliskiego kontaktu, personelu medycznego i pracowników laboratorium. Szczepienia są dobrowolne, a decyzja o szczepieniu podejmowana jest indywidualnie po ocenie korzyści i ryzyka z uwzględnieniem rodzaju kontaktu i czasu jaki upłynął od ekspozycji, wieku oraz danych z wywiadu dotyczących statusu immunologicznego i czynników zwiększających ryzyko ciężkiego przebiegu choroby. Zalecenia Ministra Zdrowia i Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych dotyczące realizacji szczepień przeciw ospie małpiej w grupie osób

Wyk. 16 Liczba przypadków mpox w Polsce w latach 2022-2025

Źródło: opracowanie własne (GIS)



narażonych wydane zostały w dniu 23 września 2022 r., ponownie 27 sierpnia 2024 r., do znalezienia pod linkiem.

Z uwagi na raportowanie przypadków zachorowań wywoływanych różnymi kładami w kolejnych krajach, w tym europejskich, Główny Inspektorat Sanitarny utrzymuje w sposób ciągły monitorowanie sytuacji epidemiologicznej na świecie i w Europie. W przypadku identyfikacji zachorowań w kraju podejmowane są natychmiastowe działania mające zapobiegać rozprzestrzenianiu się zakażeń wywołanych wirusem MPXV w społeczeństwie.

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

Grypa ptaków jest chorobą wirusową, wywołaną przez wirusy grypy typu A, która dotyka głównie ptaki (drób i ptaki dzikie). Wirusy grypy wysoce zjadliwej (HPAI), szczególnie podtyp H5, są obecnie szeroko rozpowszechnione wśród dzikiego ptactwa w Europie. W ostatnich latach identyfikuje się zakażenia wirusem A(H5N1) także u niektórych ssaków dzikich na całym świecie oraz ssaków futerkowych na fermach hodowlanych np. lisów i norek (Finlandia), czy u kotów domowych (Polska –2023) albo dzikich kotów w ogrodach zoologicznych (Korea Południowa – 2023 i 2024). Budzi to niepokój naukowców i epidemiologów. W 2025 r., podobnie jak w 2024 r., odnotowano przypadki zakażeń tymi wirusami u bydła mlecznego w kilku stanach USA.

Niektóre wirusy HPAI, np. A(H5N1), mogą powodować ciężką chorobę także u ludzi. Pomimo dużej liczby przypadków grypy ptaków wśród drobiu hodowlanego i dzikiego ptactwa w UE, do końca 2025 r. nie zidentyfikowano w tym regionie infekcji objawowej u ludzi. Jak dotąd na świecie nie odnotowano także przypadków przeniesienia zakażenia H5N1 z chorego człowieka na inną osobę.

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

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

Zgodnie z danymi Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 r. państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni objęli nadzorem łącznie ponad 1700 osób narażonych na kontakt z zakażonym i chorym ptactwem, w tym:

- ◆ 445 osób z gospodarstw rolnych (hodowców i pracowników, właścicieli),
- ◆ 1273 osoby będące pracownikami różnych służb zaangażowanych w zwalczanie ognisk HPAI u ptaków (Inspekcja Weterynaryjna, lekarze weterynarii nadzorujący stada, Państwowa Straż Pożarna, Wody Polskie, Policja, urzędnicy miejscy, przedstawiciele służb sanitarnych, pracownicy firm utylizacyjnych, dezynfekcyjnych, sprzątających i transportowych zaangażowanych w oczyszczanie ognisk choroby).

W 2025 r. wykonano kilkadziesiąt badań na poziomie wstępnej diagnostyki grypy. Część osób miała objawy infekcji górnych dróg oddechowych. W większości wykonywano szybkie testy antygenowe (testy combo) lub dodatkowo testy RT-PCR z pobranych wymazów. Wszystkie wyniki były ujemne w kierunku grypy A. Stan zaszczepienia na grypę sezonową osób pracujących w ogniskach grypy ptaków u zwierząt był bardzo niski. Na łączną liczbę ponad 1700 osób narażonych na kontakt z wirusami HPAI, tylko 18 osób było zaszczepionych przeciwko grypie sezonowej (1%).

W kwietniu 2025 r. Główny Inspektor Sanitarny wydał wraz z Głównym Lekarzem Weterynarii, Dyrektorem Instytutu Medycyny Pracy i Dyrektorem Centralnego Instytutu Ochrony Pracy-Państwowego Instytutu Badawczego wspólne zalecenia na temat działań, których celem jest ochrona osób, w tym pracowników, zawodowo narażonych na kontakt z wysoce zjadliwymi wirusami grypy ptaków.

Dokument został udostępniony wszystkim zaangażowanym podmiotom oraz stacjom sanitarno-epidemiologicznym do wykorzystania w bieżącym nadzorze epidemiologicznym.

Obecnie kluczowym elementem systemu zapobiegania transmisji wirusów grypy ptaków na osoby narażone zawodowo jest właściwe postępowanie w zakładach pracy, których pracownicy są narażeni na kontakt z zakażonymi zwierzętami lub zanieczyszczonym przez te wirusy środowiskiem. Jednym z istotnych działań mających na celu ochronę zdrowia pracowników jest także aktualizacja szkoleń pracowników w zakresie restrykcyjnego stosowania się do zasad higieny i innych środków profilaktycznych wszystkich osób mających zawodowo kontakt z zakażonymi wirusami grypy ptaków zwierzętami lub skażonym przez te zwierzęta środowiskiem. Ważne też jest, aby pracodawcy nadzorowali stosowanie się pracowników do procedur postępowania i zasad higieny podczas wykonywania czynności zawodowych.

7. Pierwszy od 25 lat potwierdzony przypadek błonicy gardła

W marcu 2025 r., po raz pierwszy od 2000 r., potwierdzono w Polsce przypadek błonicy gardła u 6-letniego dziecka, które nie było szczepione przeciwko błonicy zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych.

Objawy chorobowe u dziecka wystąpiły już w trakcie podróży powrotnej do Polski, po trzymiesięcznym pobycie wraz z rodziną na Zanzibarze. Rodzina zamieszkiwała w prywatnym apartamencie, a dziecko uczęszczało do placówki edukacyjnej na wyspie.

Chore dziecko wraz z rodziną powróciło do Polski samolotem, odbywając podróż z dwoma międzylądowaniami (podróż trzyetapowa). W Polsce dziecko było hospitalizowane w miejscu zamieszkania w stanie ogólnym ciężkim, lecz stabilnym, z objawami zapalenia mięśnia sercowego.

W trakcie hospitalizacji od chorego został pobrany materiał do badań w kierunku *Corynebacterium diphtheriae*. Uzyskano wynik dodatni. Niezwłocznie po uzyskaniu wyniku pobrany został materiał i przetransportowany do laboratorium referencyjnego w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytucie Badawczym w celu wykonania badań w kierunku toksynotwórczości zidentyfikowanego szczepu, którą ostatecznie potwierdzono. W oczekiwaniu na wynik, z uwagi na bardzo ciężki stan chorego, zdecydowano o podaniu pacjentowi antytoksyny błoniczej.

Bezwzględnie rozpoczęto dochodzenie epidemiologiczne. Ze względu na odbywanie przez osobę chorą w momencie wystąpienia objawów trzyetapowej podróży międzynarodowej samolotem rozpoczęto ustalanie listy pasażerów, jak też przekazano powiadomienie w unijnym Systemie Wczesnego Ostrzegania i Reagowania dla Chorób Zakaźnych (EWRS).

Osoby narażone na kontakt z chorym dzieckiem obejmowane były nadzorem epidemiologicznym, weryfikowano też ich status zaszczepienia przeciwko błonicy, a rodzinie chorego zalecono izolację,



przekazano skierowania na szczepienie oraz wymazy w celu wykrycia ewentualnego kolejnego zakażenia, włączono również bezwzględnie antybiotykoterapię.

Na stronie internetowej GIS opublikowano informację na temat błonicy, sposobów leczenia i zapobiegania. Materiał miał na celu przypomnienie, że błonica jest chorobą, której skutecznie można zapobiegać drogą szczepień. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że w dobie spadku powszechnej akceptacji szczepień ochronnych, w zwiększonej liczbie przypadków powracają zapomniane choroby zakaźne, które udało się opanować.

Warto w tym miejscu wskazać, że błonica to ostra, szczególnie niebezpieczna, wysoce zakaźna i ciężko przebiegająca choroba wywoływana przez bakterie *Corynebacterium diphtheriae* (maczugowce błonicy). Podstawową, a zarazem najcięższą przebiegającą postacią choroby jest błonica gardła, dość często występuje też postać skórna, rzadziej błonica innych narządów. Choroba przenoszona jest drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z osobą chorą, zaś objawy towarzyszące chorobie są zależne od produkowanej przez niektóre szczepy maczugowca błonicy toksyny uszkadzającej serce, mózg, nerki oraz wywołującej miejscowe zmiany martwicze.

Podkreślenia wymaga fakt, że o wystąpieniu przypadku błonicy można mówić wówczas, gdy potwierdzone zostaną właściwości toksynotwórcze wyizolowanego patogenu odpowiadające za ciężkość przebiegu choroby. Zakażenia nietoksynotwórczym szczepem *Corynebacterium diphtheriae* powodują jedynie zmiany miejscowe, z reguły nie doprowadzając do uszkodzenia narządów, a przebieg jest stosunkowo łagodny. Badanie określające toksynotwórczość w Polsce wykonuje jedynie laboratorium Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego.

Błonica podlega obowiązkowej hospitalizacji, a leczenie polega na stosowaniu antybiotyków oraz jak najszybszym podaniu antytoksyny (w przypadku potwierdzenia właściwości toksynotwórczych szczepu), która działa neutralizująco na krążącą toksynę niezwiązaną jeszcze z tkankami układu nerwowego czy serca. Szybkie podanie antytoksyny decyduje o wyniku leczenia. U wszystkich osób z kontaktu zalecana jest antybiotykoterapia wdrożona po pobraniu materiału do badań, w celu wykluczenia ewentualnego zakażenia. Osobom tym nie podaje się natomiast antytoksyny błoniczej, gdyż nie wykazano skuteczności takiego postępowania, zaś istnieje ryzyko działań ubocznych. Ważne jest również zweryfikowanie statusu zaszczepienia, a w razie uzasadnionej konieczności uzupełnienie schematu szczepień.

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania błonicy jest szczepienie. W naszym kraju obowiązek szczepienia przeciw błonicy obejmuje dzieci i młodzież od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia.¹

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 782)

Pomimo względnie stabilnej sytuacji epidemiologicznej w krajach europejskich i opanowaniu choroby w drodze szczepień, endemicznie występuje ona w przeludnionych krajach Afryki, Azji i Ameryki, a coraz częstsze podróże międzynarodowe niosą za sobą ryzyko jej zawleczenia. W związku z tym osoby dorosłe, nieobjęte już Programem Szczepień Ochronnych, powinny rozważyć uzupełnienie szczepień przed wyjazdem za granicę. W tym celu należy skontaktować się z lekarzem medycyny podróży lub lekarzem medycyny tropikalnej. Wizyta u tego specjalisty powinna odbyć się nie później niż 6-8 tygodni przed planowaną podróżą, co pozwoli na efektywne przyjęcie zalecanej przez lekarza profilaktyki. Co więcej, z upływem czasu odporność przeciw błonicy maleje, dlatego osobom dorosłym generalnie zalecane są szczepienia przypominające co 10 lat bez względu na okoliczności.

W Polsce co roku odnotowywane są sporadyczne zakażenia nietoksynotwórczymi szczepami *Corynebacterium diphtheriae*, do tego w większości w postaci skórnej. Jednak w 2025 r. odnotowano potwierdzony przypadek najcięższej postaci błonicy – gardła, wywołanej przez szczep toksynotwórczy, po raz pierwszy od 25 lat. Zaistniała sytuacja dosadnie przypomniła, jak ważną rolę odgrywają szczepienia.

8. Choroby przenoszone drogą płciową (STI) oraz HIV/AIDS

Choroby przenoszone drogą płciową (ang. *sexually transmitted infections*, STI), a także zakażenia HIV i zachorowania na AIDS stanowią istotny problem zdrowia publicznego w Polsce. Do najważniejszych jednostek chorobowych objętych nadzorem epidemiologicznym należą kiła, rzeżączka oraz zakażenia wywoływane przez *Chlamydia trachomatis*, w tym ziarnica weneryczna pachwin (LGV). Dodatkowo zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu A, B i C (HAV, HBV, HCV), objęte takim nadzorem, są obecnie coraz częściej przenoszone drogą kontaktów seksualnych. System monitorowania tych zakażeń opiera się na obowiązku zgłaszania przypadków przez lekarzy oraz zgłaszania dodatnich wyników badań przez laboratoria diagnostyczne.

Klasyfikacja przypadków odbywa się na podstawie kryteriów klinicznych, epidemiologicznych i laboratoryjnych, a nadzór prowadzony jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Dostępne dane wskazują na utrzymujący się istotny udział STI w epidemiologii chorób zakaźnych w Polsce poprzez obserwowany w ostatnich latach wzrost liczby rozpoznawanych przypadków. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim osób młodych oraz mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Należy jednak podkreślić, że rzeczywista skala zakażeń może być niedoszacowana, co wynika m.in. z ograniczonego dostępu do badań przesiewowych, dużego odsetka zakażeń bezobjawowych oraz niepełnego raportowania. Różnicowanie regionalne liczby zgłoszeń może odzwierciedlać zarówno rzeczywistą sytuację epidemiologiczną, jak i ograniczoną dostępność diagnostyki i leczenia objętego refundacją NFZ.

Zakażenia wirusem HIV stanowią odrębny, lecz ściśle powiązany element epidemiologii STI. W Polsce od wielu lat obserwuje się stały wzrost nowych rozpoznań, przy czym dominującą drogą zakażenia pozostają kontakty seksualne.

Biorąc pod uwagę obecną sytuację epidemiczną chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce, pod koordynacją Krajowego Centrum ds. AIDS opracowana została „Krajowa Strategia zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STIs) na lata 2027–2031”. Strategia powstała we współpracy z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Główny Inspektor Sanitarny również czynnie uczestniczył w procesie opracowywania dokumentu. Działania związane z opracowaniem strategii zakończyły się w 2025 r.

Strategia zakłada realizację pięciu celów do roku 2031:

1. Powołanie krajowej struktury koordynacyjnej oraz integracja świadczeń z obszaru STIs w celu zapewnienia spójnego, wielosektorowego i ukierunkowanego na potrzeby pacjentów systemu przeciwdziałania STIs.
2. Wzmocnienie działań profilaktycznych oraz podniesienie poziomu wiedzy na temat zdrowia oraz świadomości społecznej w celu ograniczenia transmisji STIs, eliminowania stygmatyzacji oraz promowania świadomej i proaktywnej postawy w zakresie dbania o zdrowie.
3. Zapewnienie terminowego i równego dostępu do testowania i leczenia STIs – zarówno dla pacjentów objawowych, jak i bezobjawowych, poprzez rozbudowę i modernizację udzielania świadczeń medycznych.
4. Wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego nad STIs, monitorowanie oporności patogenów na antybiotyki, a także wspieranie podejmowania decyzji opartych na dowodach naukowych oraz budowanie efektywnego i silnego systemu ochrony zdrowia.
5. Wzmocnienie stabilnego systemu ochrony zdrowia oraz rozwój wykwalifikowanej kadry medycznej, udzielającej wysokiej jakości świadczeń z zakresu STIs – dostosowanych do zróżnicowanych potrzeb pacjentów – w ramach całej struktury systemu.

Obecnie prace koncepcyjne kontynuowane są na forum Zespołu ds. wdrażania „Krajowej Strategii zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STIs) na lata 2027–2031”, który działać będzie przy Krajowym Centrum ds. AIDS. Udział w pracach Zespołu biorą również przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Celem Zespołu będzie wspieranie koordynacji wdrażania Strategii, opracowywanie rekomendacji dotyczących priorytetów jej realizacji oraz monitorowanie postępów wdrażania z perspektywy epidemiologicznej, społecznej i organizacyjnej.

Zakażenia przenoszone drogą płciową, w tym zakażenie HIV, pozostają ważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Polsce. Obserwowany wzrost liczby przypadków, szczególnie w określonych grupach populacyjnych oraz ograniczenia w dostępie do świadczeń medycznych w obszarze diagnostyki i leczenia

STIs finansowanych ze środków publicznych (NFZ), a tym samym zaburzenie funkcjonowania nadzoru epidemiologicznego, wskazują na konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych. Kluczowe znaczenie mają: zwiększenie dostępności badań diagnostycznych, rozwój badań przesiewowych, poprawa jakości raportowania danych oraz szeroko zakrojona edukacja zdrowotna w zakresie zdrowia seksualnego.

Poniżej przedstawiono analizę sytuacji epidemiologicznej dla poszczególnych chorób przenoszonych drogą płciową, objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

8.1. Kiła

Kiła pozostaje jedną z najważniejszych chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce, a jej znaczenie epidemiologiczne w ostatnich latach wyraźnie wzrosło. Analiza danych wieloletnich wskazuje na stopniowy wzrost liczby zgłaszanych zachorowań od początku poprzedniej dekady – z 914 przypadków w 2010 roku do 1607 w 2019 roku, mimo okresowych wahań. Wyraźny spadek liczby zgłoszeń w 2020 roku (710 przypadków) należy wiązać przede wszystkim z ograniczeniami w dostępie do diagnostyki oraz mniejszą zgłaszalnością w okresie pandemii COVID-19.

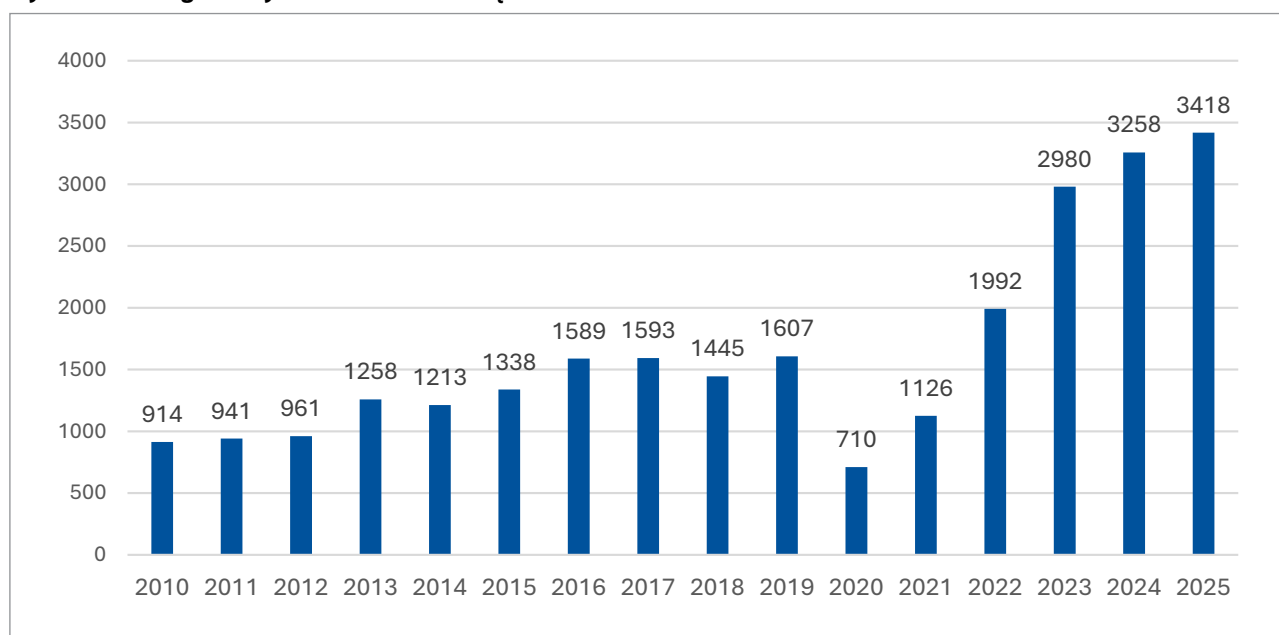
W kolejnych latach odnotowano dynamiczny wzrost liczby rozpoznań – do 1126 przypadków w 2021 roku, 1992 w 2022 roku, 2980 w 2023 roku oraz 3258 w 2024 roku. W 2025 roku liczba przypadków osiągnęła 3418, co stanowi najwyższą wartość w analizowanym okresie i potwierdza utrzymujący się trend wzrostowy.



Największa liczba zachorowań dotyczy mężczyzn, szczególnie w wieku 20–39 lat. W tej grupie istotną rolę odgrywają zakażenia w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). U kobiet zakażenia związane są głównie z kontaktami heteroseksualnymi, a struktura wiekowa jest zbliżona do tej obserwowanej u mężczyzn. Coraz częściej obserwuje się zgłaszanie dodatnich wyników serologicznych wykonanych w czasie ciąży i tylko dzięki sprawnemu systemowi badań przesiewowych w kierunku kiły wykonywanych w ciąży udaje się wdrożyć leczenie zapobiegające kile wrodzonej. Dzięki temu nadal obserwuje się jedynie incydentalne przypadki tej postaci choroby. Wskazuje to jednak na potrzebę wzmocnienia działań profilaktycznych, szczególnie w opiece nad kobietami w wieku rozrodczym.

Wyk. 17 Liczba zgłoszonych zachorowań na kiłę w Polsce w latach 2010–2025

Źródło: NIZP PZH-PIB



Na tle sytuacji europejskiej obserwowane zmiany wpisują się w szerszy trend epidemiologiczny. Dane European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) od ponad dekady wskazują na systematyczny wzrost liczby przypadków kiły w krajach UE i EOG, z wyraźnym przyspieszeniem po 2021 roku. Według raportów ECDC liczba zgłaszanych przypadków w Europie podwoiła się w porównaniu z okresem sprzed 2014 roku, a szczególnie wysokie wskaźniki obserwowane są wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Jednocześnie podobnie jak w Polsce, w 2020 roku odnotowano przejściowy spadek liczby diagnoz, związany z pandemią COVID-19, po którym nastąpiło wyraźne odbicie.

W porównaniu z wieloma krajami Europy Zachodniej poziom zgłaszalności w Polsce pozostaje niższy, co może wynikać nie tylko z różnic w rzeczywistej zapadalności, ale także z ograniczonej wykrywalności przypadków oraz braku szeroko zakrojonych badań przesiewowych. Jednocześnie obserwowany w Polsce po 2021 roku gwałtowny wzrost liczby zachorowań jest zbieżny z tendencjami europejskimi i wskazuje na potrzebę intensyfikacji działań profilaktycznych oraz diagnostycznych.

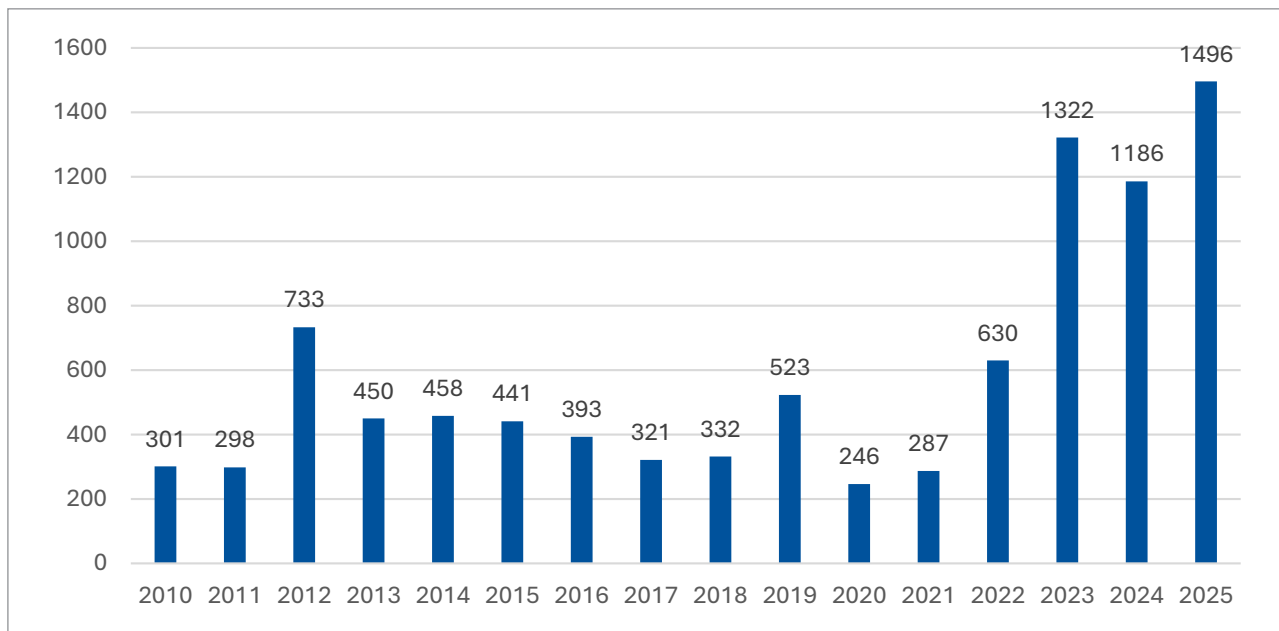
8.2. Rzeżączka

Częstość zgłaszania zachorowań na rzeżączkę, podobnie jak w innych krajach europejskich, również i w Polsce wykazuje tendencję wzrostową. Jednocześnie przypuszcza się, że rzeczywista liczba zakażeń jest wyższa niż liczba przypadków zgłaszanych. Zakażenia dotyczą głównie mężczyzn, a szczególnie osób młodych. Wśród mężczyzn znaczący odsetek przypadków obserwuje się w populacji MSM, natomiast u kobiet dominują zakażenia związane z kontaktami heteroseksualnymi (jednak ich partnerzy mogą być z grupy MSM). Coraz częściej zgłaszane są zakażenia pozagenitalne, zwłaszcza w obrębie gardła, co może wskazywać na większą dostępność do testowania wymazów z gardła i/lub rosnące znaczenie kontaktów oralnych w transmisji patogenu. Istotnym wyzwaniem pozostaje ocena w obszarze oporności drobnoustroju na antybiotyki, co może ograniczać skuteczność leczenia.

W Polsce w latach 2010–2025 obserwuje się wyraźnie zmienną, a w ostatnich latach silnie rosnącą liczbę zgłaszanych przypadków rzeżączki. Widoczny jest spadek w latach 2016–2021, z najniższą liczbą przypadków w 2020 r. (pandemia COVID-19), a następnie bardzo dynamiczny wzrost od 2022 r., osiągający najwyższe wartości w 2025 r. Taki trend może wynikać zarówno z realnego wzrostu transmisji zakażeń, jak i zwiększonej dostępności do diagnostyki, rosnącej świadomości w obszarze STI w grupach kluczowych oraz zwiększonej zgłaszalności.

Wyk. 18 Liczba zachorowań na rzeżączkę w Polsce w latach 2010–2025

Źródło: NIZP PZH-PIB



Zgodnie z danymi Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), na tle europejskim sytuacja w Polsce wpisuje się w szerszy trend wzrostu zachorowań na rzeżączkę obserwowany w wielu krajach Unii Europejskiej. Europejskie systemy nadzoru epidemiologicznego wskazują na systematyczny wzrost liczby przypadków w ostatniej dekadzie, z wyraźnym nasileniem po okresie pandemii COVID-19. W krajach Europy Zachodniej i Północnej notuje się istotne zwiększenie

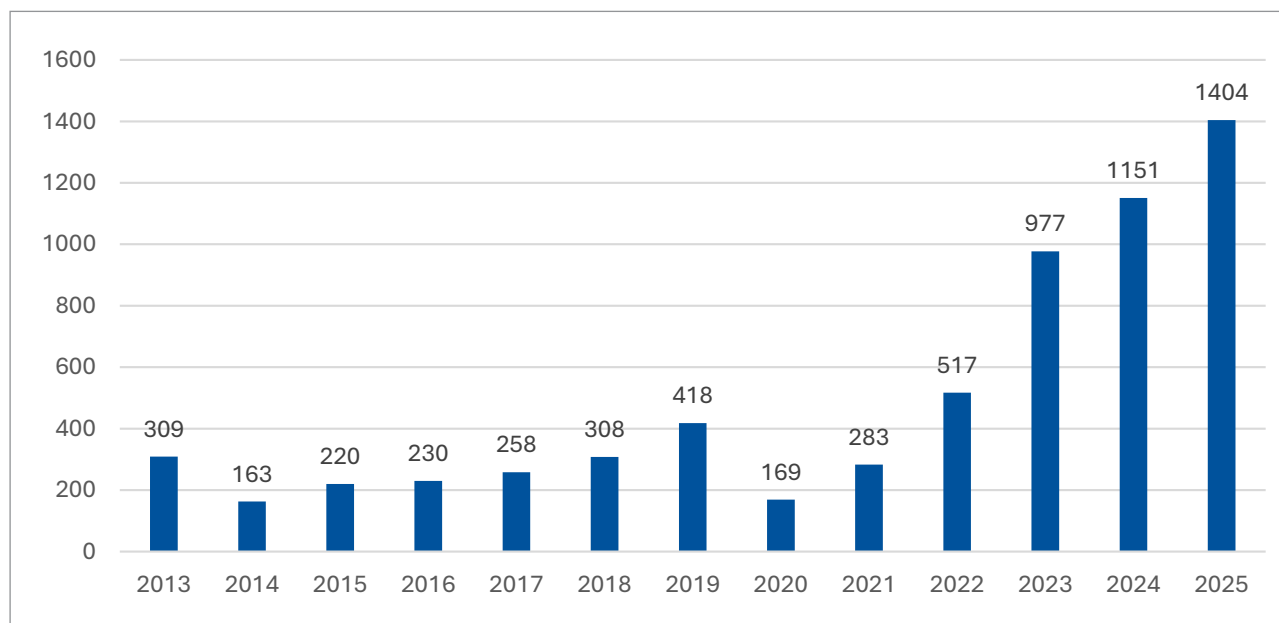
zapadalności, zwłaszcza w populacji MSM oraz wśród osób młodych. W porównaniu do wielu państw zachodnioeuropejskich, Polska przez długi czas charakteryzowała się niższą liczbą zgłaszanych przypadków, jednak ostatnie lata wskazują na szybkie zbliżanie się do trendów obserwowanych w regionie europejskim.

8.3. Zakażenia wywołane przez *Chlamydia trachomatis*

Zakażenia wywołane przez *Chlamydia trachomatis* należą do najczęściej występujących STI w Europie, jednak w Polsce ich zgłaszalność jest najniższa. Brak powszechnego programu badań przesiewowych powoduje, że wiele zakażeń – zwłaszcza bezobjawowych – nie jest wykrywanych. Najczęściej zakażenia dotyczą osób młodych, szczególnie kobiet, jednak w Polsce największa zgłaszalność jest wśród mężczyzn. Najprawdopodobniej wynika to z faktu, że główną drogą rozprzestrzeniania się zakażenia są kontakty MSM. Jednak ostateczne wnioskowanie jest trudne, ponieważ w wielu zgłaszanych przypadkach nie jest podana droga zakażenia. Szczególną postacią chlamydiozy jest ziarnica weneryczna (*lymphogranuloma venerum*, LGV), która występuje głównie w populacji MSM i może być niedodiagnozowana ze względu na ograniczoną dostępność odpowiednich badań.

Wyk. 19 Liczba zachorowań *Chlamydia trachomatis* w Polsce w latach 2013-2025

Źródło: NIZP PZH-PIB



Zakażenia wywołane przez *Chlamydia trachomatis* w analizowanym okresie 2013–2025 wykazują wyraźnie narastający trend epidemiologiczny, z istotnymi wahaniami w poszczególnych latach oraz bardzo dynamicznym wzrostem w ostatnich latach.

W latach 2013–2018 liczba zgłaszanych przypadków utrzymywała się na relatywnie niskim i stabilnym poziomie, z niewielkimi fluktuacjami: od 163 przypadków w 2014 r. (najniższa wartość w całym szeregu) do 308 przypadków w 2018 r. W tym okresie obserwuje się stopniowe, umiarkowane zwiększanie liczby

zgłoszeń, co może wynikać zarówno z poprawy dostępności do diagnostyki molekularnej, jak i rosnącej świadomości w obszarze zdrowia seksualnego.

W latach 2019–2021 zauważalne są wyraźne wahania. W 2019 r. odnotowano wzrost do 418 przypadków, jednak w 2020 r. nastąpił gwałtowny spadek do 169 przypadków, co najprawdopodobniej wiązało się z ograniczeniem zgłaszalności i dostępności diagnostyki w okresie pandemii COVID-19. W 2021 r. liczba zgłoszeń ponownie wzrosła do 283, co wskazuje na częściowe odbicie po okresie pandemii COVID-19.

Od 2022 r. obserwuje się wzrost zgłaszalności zachorowań. Liczba przypadków zwiększyła się z 517 w 2022 r. do 977 w 2023 r., a następnie do 1151 w 2024 r. i aż 1404 w 2025 r. Trend ten wskazuje przede wszystkim na wzrost wykrywalności dzięki szerszemu stosowaniu testów molekularnych (NAAT) w programach profilaktyki przedekspozycyjnej (*ang. pre-exposure prophylactic*, PrEP) HIV oraz najprawdopodobniej również zwiększonej transmisji zakażeń.

Podsumowując, sytuacja epidemiologiczna zakażeń *Chlamydia trachomatis* w analizowanym okresie charakteryzuje się przejściem od względnej stabilizacji w latach 2013–2018, przez okres spadku liczby zachorowań w czasie pandemii COVID-19, do bardzo wyraźnego wzrostu w latach 2022–2025. Obecny trend wskazuje na narastający problem zdrowia publicznego, związany zarówno z rzeczywistym wzrostem transmisji, jak i z poprawą diagnostyki oraz raportowania przypadków.



Epidemiologia europejska charakteryzuje się wyraźnymi różnicami demograficznymi. Podczas gdy epidemiologicznie zakażenie jest częstsze u kobiet (w przedziale wiekowym 20-24), to zakażenie częściej diagnozowane jest u mężczyzn, u których istotną i rosnącą część przypadków stanowią zakażenia wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) – około 20% wszystkich przypadków w 2023 roku. Wskazuje to na dysproporcję w testowaniu populacji. Podkreśla się również znaczenie zakażeń bezobjawowych, które prowadzą do niedoszacowania rzeczywistej liczby infekcji. Na tle Europy obserwuje się długofalowy trend wzrostowy

8.4. HIV/AIDS

Zakażenia wirusem HIV są ściśle powiązane z epidemiologią STI. W Polsce od wielu lat obserwuje się stały wzrost liczby nowych rozpoznań, przy czym dominującą drogą transmisji pozostają kontakty seksualne. Największe ryzyko dotyczy MSM, osób młodych oraz aktywnych seksualnie. Istotnym problemem pozostaje fakt, że część osób zakażonych nie jest świadoma swojego statusu serologicznego, co sprzyja dalszemu szerzeniu się wirusa. Zakażenie HIV przez długi czas może przebiegać bezobjawowo, a rozpoznanie często następuje dopiero w późnym stadium choroby. Wczesne wykrycie ma kluczowe znaczenie, ponieważ umożliwia szybkie wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, które pozwala na wieloletnie funkcjonowanie w dobrym stanie zdrowia oraz znacząco ogranicza ryzyko transmisji wirusa na inne osoby. W Polsce leczenie to jest dostępne i finansowane ze środków publicznych.

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV oraz zachorowań na AIDS w latach 2010–2025 charakteryzuje się wyraźnym trendem wzrostowym liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV, przy jednoczesnym ogólnym spadku i późniejszej stabilizacji liczby przypadków AIDS. W latach 2010–2018 liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV utrzymywała się na relatywnie stabilnym poziomie z umiarkowaną tendencją wzrostową – od 747 przypadków w 2010 r. do 1462 w 2017 r., przy niewielkim spadku w 2018 r. (1351 przypadków). W tym samym okresie obserwuje się systematyczny spadek liczby zachorowań na AIDS – z 157 przypadków w 2010 r. do 117–118 przypadków w latach 2017–2018. Zjawisko to można wiązać z poprawą wykrywalności zakażeń HIV oraz wcześniejszym wdrażaniem leczenia antyretrowirusowego, które opóźnia progresję choroby do AIDS.

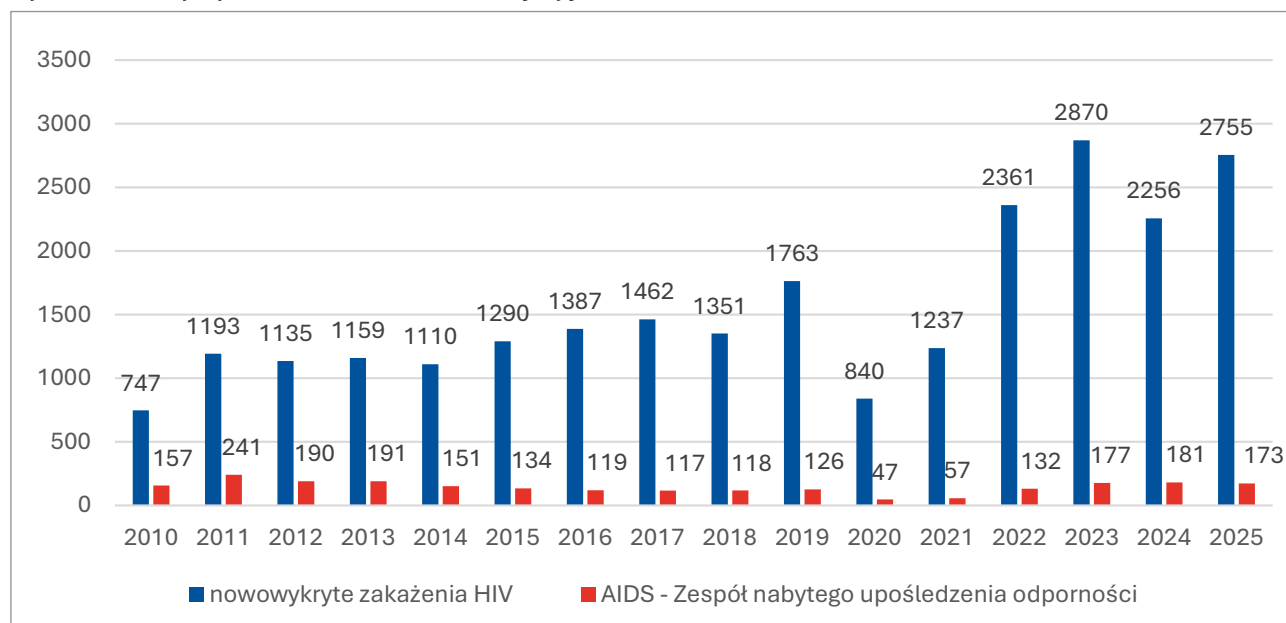
W latach 2019–2021 nastąpiło załamanie trendów związane z pandemią COVID-19. W 2020 r. liczba nowo wykrytych zakażeń HIV spadła do 840 przypadków, co prawdopodobnie wynikało z ograniczonego dostępu do diagnostyki i badań przesiewowych, a nie rzeczywistego zmniejszenia transmisji. W tym samym roku odnotowano również najniższą w całym analizowanym okresie liczbę zachorowań na AIDS (47 przypadków). W 2021 r. obserwuje się częściowe odbicie – 1237 nowych zakażeń HIV i 57 przypadków AIDS.

Od 2022 r. widoczny jest bardzo wyraźny wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV. W 2022 r. odnotowano 2361 przypadków, w 2023 r. – 2870 (najwyższa wartość w całym szeregu), w 2024 r. – 2256, a w 2025 r. – 2755 przypadków. Wzrost ten może wynikać zarówno z intensyfikacji badań diagnostycznych

po okresie pandemii, jak i z realnego zwiększenia transmisji zakażeń w populacji. Jednocześnie liczba zachorowań na AIDS utrzymuje się na stosunkowo niskim, ale lekko rosnącym poziomie w ostatnich latach (132 w 2022 r., 177 w 2023 r., 181 w 2024 r., 173 w 2025 r.), co może sugerować opóźnione konsekwencje wcześniejszych zakażeń oraz nierównomierny dostęp do wczesnego leczenia.

Wyk. 20 Nowo wykryte zakażenia HIV oraz liczba przypadków AIDS w Polsce w latach 2010-2025

Źródło: NIZP PZH-PIB



W Polsce bezpłatne, anonimowe badania w kierunku HIV prowadzone są przez punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD). Od maja 2025 roku testy na HIV są także dostępne w ramach opieki POZ finansowanej z NFZ. Jednak realna liczba wykonanych w POZ testów nie jest znana.

Z analiz dokonanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i PZH-NIZP wynika, że w 2023 roku liczba żyjących osób z minimum dwoma świadczeniami, dla których sprawozdano rozpoznanie z listy ICD-10 w obszarze zakażenia HIV wynosiła 21 928.

Tab. 11 Liczba chorych z podziałem na płeć i grupę wiekową

Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/18071>

Płeć	Grupa wiekowa	Liczba chorych
Mężczyzna	0-17	375
Kobieta	0-17	367
Mężczyzna	18-45	10 292
Kobieta	18-45	3264
Mężczyzna	46-60	4592
Kobieta	46-60	1693
Mężczyzna	61+	938
Kobieta	61+	407

W analizowanym okresie obserwuje się wyraźne zwiększenie liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV, szczególnie po 2021 r., przy jednoczesnym spadku i późniejszej stabilizacji liczby przypadków AIDS. Zjawisko to wskazuje na poprawę wykrywalności zakażenia HIV oraz pełną dostępność i natychmiastowe włączenie terapii antyretrowirusowej, które ogranicza progresję do AIDS, jednak jednocześnie podkreśla utrzymującą się wysoką dynamikę transmisji HIV w populacji.

Podsumowując, zarówno klasyczne choroby przenoszone drogą płciową, jak i zakażenia HIV pozostają ważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Polsce. Obserwowany wzrost liczby przypadków, szczególnie w określonych grupach populacyjnych oraz ograniczenia w systemie nadzoru epidemiologicznego wskazują na konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych. Kluczowe znaczenie mają: zwiększenie dostępności badań diagnostycznych, rozwój badań przesiewowych, poprawa jakości raportowania danych oraz szeroko zakrojona edukacja zdrowotna w zakresie bezpiecznych zachowań seksualnych.

9. Choroba Zalewu Wiślanego

W 2025 r. PSSE województwa pomorskiego oraz warmińsko-mazurskiego zgłosiły podejrzenia wystąpienia przypadków choroby Zalewu Wiślanego. Zgłoszenia pojawiały się przeważnie w okresie od maja do początku lipca.

Choroba Zalewu Wiślanego (inaczej choroba Haff) to zespół objawów opisany po raz pierwszy już 100 lat temu (w 1924 r.) spowodowanych rabdomiolizą (rozpadem mięśni) powiązaną czasowo ze spożyciem niektórych gatunków ryb lub skorupiaków. Nazwa wywodzi się od miejsca identyfikacji pierwszych przypadków w okolicach Królewca. Etiologia schorzenia nie została do końca poznana. Jako najbardziej prawdopodobny czynnik wskazuje się rozpuszczalną w tłuszczach, termolabilną toksynę wytwarzaną przez glony, która ulega bioakumulacji w łańcuchu pokarmowym. Objawy pojawiają się zazwyczaj w ciągu 24 godzin od spożycia ryb/skorupiaków w znacznych ilościach, obejmując przede wszystkim silne bóle mięśni, ciemne zabarwienie moczu, w skrajnych przypadkach występuje ostra niewydolność nerek zagrażająca życiu i wymagająca dializ. Chorobie towarzyszy podwyższenie wartości diagnostycznych enzymów kinazy kreatyninowej oraz transaminaz wątrobowych. Dodatkowo przypuszcza się, że w rozwoju choroby znaczną rolę mogą odgrywać predyspozycje indywidualne i choroby współistniejące.

Zachorowania występują jednak stosunkowo rzadko. Od momentu pierwszego stwierdzonego przypadku na przełomie lata i jesieni 1924 r. przez kolejne lata opisano pojedyncze przypadki lub mniejsze epidemie zaobserwowane w Szwecji, dawnym ZSRR, USA, Chinach, Brazylii czy Japonii.

Pierwsze zgłoszenie o podejrzeniu wystąpienia w Polsce choroby Zalewu Wiślanego w 2025 r. otrzymano na początku maja z terenu województwa pomorskiego. W kolejnych dniach wpływały nowe zgłoszenia podejrzeń, zarówno wciąż z województwa pomorskiego, jak również nowe z województwa

zachodniopomorskiego. Osoby z objawami sugerującymi chorobę Haff wskazywały w wywiadach spożywanie w bardzo dużych ilościach ryb (przede wszystkim węgorza), pozyskiwanych od rybaków, złowionych samodzielnie lub zakupionych w lokalnym kiosku i poddawanych obróbce termicznej w rozmaity sposób (m.in. wędzenie, smażenie, gotowanie w galarecie).

Wobec pojawienia się nowego zagrożenia oraz wzrastającego niepokoju społeczeństwa podjęte zostały natychmiastowe działania ze strony właściwych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, pomiędzy którymi utrzymywany był roboczy kontakt. Nawiązana została współpraca międzysektorowa z włączeniem organów odpowiedzialnych za zdrowie publiczne, zdrowie zwierząt, ochronę środowiska i rybołówstwo. Było to konieczne z uwagi na niejasny charakter i etiologię zachorowań oraz wskazywanie przez osoby chore niedawnego spożywania ryb pochodzących z Zalewu Wiślanego poddawanych różnym typom obróbki termicznej. Na zaproszenie Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego w Gdańsku organizowano na bieżąco spotkania robocze z zaangażowanymi organami w celu przedyskutowania zaistniałej sytuacji, jej ewentualnych przyczyn oraz skutków, a także możliwych do podjęcia działań zapobiegawczych.

Wydany został też wspólny komunikat Wojewody Pomorskiego, Wojewody Warmińsko-Mazurskiego, Głównego Inspektora Sanitarnego, Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Pomorskiego Wojewódzkiego Lekarza Weterynarii, Pomorskiego Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska, Głównego Inspektora Rybołówstwa Morskiego w sprawie wystąpienia przypadków podejrzenia choroby Zalewu Wiślanego (choroby Haff) dostępny m.in. na stronie GIS: [Komunikat w sprawie wystąpienia przypadków podejrzenia choroby Zalewu Wiślanego \(choroba Haff\) – Główny Inspektorat Sanitarny – Portal Gov.pl](#). W komunikacie zawarto ogólne informacje o chorobie, podejmowanych działaniach i zaleceniach. Komunikaty były aktualizowane na bieżąco. 11.06.2025 r. wydano końcowy komunikat, w którym wskazano zakończenie intensywnych działań wpisujących się w dochodzenie epidemiologiczne z zaznaczeniem kontynuacji prewencyjnego monitorowania sytuacji zdrowotnej. Przestanką uzasadniającą było otrzymanie informacji o wynikach badań próbek ryb wykonanych w Państwowym Instytucie Weterynaryjnym – Państwowym Instytucie Badawczym w Puławach, które nie wykazały niezgodności z przepisami prawa żywnościowego w zakresie zanieczyszczeń toksykologicznych.

Od wydania ostatniego komunikatu do końca roku zgłaszano pojedyncze przypadki w dużych odstępach czasu, które nie sugerowały pogorszenia sytuacji.

Ogółem od pierwszego zgłoszenia w maju 2025 r. zareportowanych zostało 30 przypadków, w tym:

- ◆ 20 z województwa pomorskiego,
- ◆ 10 z województwa warmińsko-mazurskiego.

W większości przypadków choroba miała przebieg łagodny, lecz wymagający hospitalizacji. W 4 przypadkach konieczna była dializa.



10. Dystrybucja szczepionek przez Państwową Inspekcję Sanitarną

Wojewódzkie oraz powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, wraz z podległą Ministrowi Zdrowia Centralną Bazą Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych, zapewniają ciągłość dystrybucji szczepionek na potrzeby realizacji przez świadczeniodawców obowiązkowych szczepień ochronnych w ramach Programu Szczepień Ochronnych (PSO). Od 2024 r. stacje dystrybuują również szczepionki na potrzeby realizacji szczepień zalecanych, które są realizowane szczepionkami zakupowanymi przez Ministra Zdrowia, takimi jak szczepionki przeciw HPV lub przeciw krztuścowi dla kobiet w ciąży. W 2025 r. zakres prowadzonej przez stacje dystrybucji został poszerzony o szczepionki przeciw COVID-19.

Stacje sanitarno-epidemiologiczne zapewniają przechowywanie i dystrybucję szczepionek z zachowaniem warunków tzw. zimnego łańcucha (+2°C do +8°C).

W 2025 r. na potrzeby prowadzenia obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych stacje sanitarno-epidemiologiczne wydały prawie 7 mln dawek szczepionek do ponad 11 tys. świadczeniodawców (POZ oraz szpitali) oraz aptecznych punktów szczepień.

10.1. Dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19 sezonie 2025/2026

10.1.1. Nowy model dystrybucji szczepionek

Rok 2025 był okresem istotnej zmiany w organizacji dystrybucji szczepionek przeciw COVID-19. Od sezonu szczepień 2025/2026 Państwowa Inspekcja Sanitarna została włączona w system dystrybucji szczepionek przeciw COVID-19, przejmując zadania dystrybucji preparatów do punktów szczepień, co było realizowane w poprzednich latach przez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych (RARS). Zmiana ta była konsekwencją zakończenia pandemii i włączania szczepień przeciw COVID-19 w standardowy model dystrybucji bezpłatnych szczepień zalecanych szczepionkami nabywanymi centralnie przez Ministra Zdrowia.

Dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19 została zorganizowana analogicznie jak w przypadku szczepionek do szczepień obowiązkowych oraz szczepień zalecanych przeciw HPV – w systemie kaskadowym, z udziałem Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych (dystrybutor centralny), 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (zarówno WSSE, jak i PSSE).

10.1.2. Zakres zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w nowym modelu należało w szczególności:

- ◆ przyjmowanie, przechowywanie i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19 z zachowaniem warunków zimnego łańcucha (+2°C do +8°C),

- ◆ wydawanie szczepionek punktom szczepień na podstawie zamówień składanych przez świadczeniodawców poprzez stronę PUE RARS,
- ◆ zapewnienie terminowej dostępności szczepionek przed planowaną ogólnopolską datą rozpoczęcia szczepień,
- ◆ bieżąca współpraca z WSSE, RARS oraz Centralną Bazą Rezerw w zakresie realizacji dostaw i wyjaśniania sytuacji incydentalnych,
- ◆ nadzór nad prawidłowością procesu wydawania szczepionek oraz przestrzeganiem procedur dystrybucyjnych.

Punkty szczepień (placówki POZ oraz apteki ogólnodostępne posiadające umowę z NFZ) odbierały szczepionki transportem własnym z właściwej PSSE, po wcześniejszym złożeniu zamówienia do RARS. Nie przewidziano możliwości składania zamówień bezpośrednio w stacjach sanitarnoepidemiologicznych ani przekazywania niewykorzystanych dawek pomiędzy punktami szczepień.

10.1.3. Skala i wyzwania logistyczne

Włączenie szczepionek przeciw COVID-19 do systemu dystrybucji realizowanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną spowodowało wzrost liczby obsługiwanych dawek szczepionek o ponad 20% – z ok. 5,8 mln do ok. 7 mln dawek rocznie. Zwiększone obciążenie logistyczne wymagało:

- ◆ dostosowania infrastruktury chłodniczej w stacjach sanitarno-epidemiologicznych (w tym konieczności zakupu dodatkowych szaf chłodniczych),
- ◆ ujednolicenie dostaw szczepionek z CBR do WSSE do cyklu cotygodniowego,
- ◆ ścisłej koordynacji terminów dostaw z harmonogramem wystawiania e-skierowań i uruchamiania zapisów na szczepienia.

Dodatkowym wyzwaniem był krótki termin ważności szczepionek po rozmrożeniu (30 dni), co wymagało precyzyjnego planowania zamówień i sprawnej dystrybucji, aby zminimalizować ryzyko strat.

10.1.4. Znaczenie dla zdrowia publicznego

Włączenie Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dystrybucję szczepionek przeciw COVID-19 w sezonie 2025/2026 miało kluczowe znaczenie dla zapewnienia ciągłości i stabilności realizacji zalecanych szczepień ochronnych. Nowy model umożliwił integrację szczepień przeciw COVID-19 z pozostałymi działaniami realizowanymi w ramach systemu szczepień finansowanych przez Ministra Zdrowia, a jednocześnie wzmocnił rolę Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze bezpieczeństwa epidemiologicznego kraju.

W sezonie 2025/2026 wykorzystywana była szczepionka Spikevax LP.8.1, dostosowana do aktualnych wariantów wirusa. Szczepienia realizowane są zarówno u dzieci, jak i u dorosłych.

Szczepienia przeciw COVID-19 są szczególnie rekomendowane osobom narażonym na ciężki przebieg choroby. Dotyczy to przede wszystkim osób w wieku 60 lat i starszych, pacjentów z chorobami przewlekłymi, osób z obniżoną odpornością, kobiet w ciąży, pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej oraz pracowników ochrony zdrowia mających bezpośredni kontakt z pacjentami. Szczepionkę przeciw COVID-19 można bezpiecznie podawać jednocześnie z innymi szczepieniami, w tym ze szczepieniem przeciw grypie.

10.2. Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie realizacji powszechnego programu szczepień przeciw HPV

Powszechny program szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) stanowi jeden z kluczowych elementów działań profilaktycznych realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym. Program ten został wdrożony w Polsce z dniem 1 czerwca 2023 r. i początkowo obejmował dziewczęta oraz chłopców w wieku 12–13 lat. W roku 2024 wprowadzono istotne zmiany organizacyjne programu, które wpłynęły na jego zakres oraz dostępność. Rozszerzono populację objętą szczepieniami do dzieci w wieku od 9. do 14. roku życia oraz umożliwiono realizację szczepień na terenie szkół podstawowych. W programie stosowane są szczepionki 2-walentna (Cervarix) oraz 9-walentna (Gardasil 9), których wybór pozostaje po stronie rodziców lub opiekunów prawnych.

Powszechny program szczepień jest dostępny dla dzieci od 9 r.ż. do ukończenia 14 r.ż., natomiast dla starszej młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie szczepień przeciw wirusowi typu 16 i 18 (Cervarix) dostępne są szczepienia w ramach refundacji aptecznej: 100% refundacji i szczepienia w POZ lub aptecze młodzieży do 18 r.ż. oraz z 50% odpłatnością dla osób dorosłych.

Wprowadzone rozwiązania organizacyjne przyczyniły się do zwiększenia dostępności szczepień, a w konsekwencji do wzrostu liczby wykonywanych szczepień oraz liczby raportowanych zdarzeń związanych z ich realizacją.

10.2.1. Organizacja realizacji szczepień i nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Szczepienia przeciw HPV realizowane są przede wszystkim w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), które odpowiadają za kwalifikację do szczepienia, jego wykonanie oraz prowadzenie dokumentacji medycznej.

Od dnia 1 września 2024 r. wdrożono możliwość realizacji szczepień na terenie szkół podstawowych, co stanowiło nowe rozwiązanie organizacyjne w systemie szczepień ochronnych. Model ten opiera się na współpracy pomiędzy podmiotem leczniczym realizującym szczepienie a placówką oświatową, która zapewnia odpowiednie warunki organizacyjne.

Szczepienia w szkołach realizowane są przez zespoły wyjazdowe podmiotów POZ, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa medycznego, w tym zapewnienia odpowiednich warunków przechowywania szczepionek oraz możliwości obserwacji pacjenta po szczepieniu.

Wprowadzenie szczepień w szkołach miało istotny wpływ na poprawę dostępności świadczeń oraz umożliwiło objęcie większej liczby dzieci działaniami profilaktycznymi w krótkim czasie.

10.2.2. Dystrybucja szczepionek i system raportowania

Dystrybucja szczepionek przeciw HPV odbywa się za pośrednictwem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w szczególności powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. System dystrybucji opiera się na składaniu zapotrzebowania przez podmioty lecznicze oraz wydawaniu szczepionek zgodnie z bieżącymi potrzebami.

Proces dystrybucji realizowany jest z zachowaniem zasad łańcucha chłodniczego w temperaturze od +2°C do +8°C, co zapewnia bezpieczeństwo farmaceutyczne stosowanych preparatów.

Od dnia 1 października 2023 r. wszystkie szczepienia przeciw HPV podlegają obowiązkowemu raportowaniu w elektronicznej Karcie Szczepień w systemie P1. Wprowadzenie tego rozwiązania umożliwiło zwiększenie kompletności danych oraz poprawę jakości nadzoru epidemiologicznego nad realizacją programu.



10.2.3. Niepożądane odczyny poszczepienne po szczepieniach przeciw HPV oraz ich analiza w latach 2022–2024

Zgłaszanie niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i podlega weryfikacji przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. NOP klasyfikowane są jako odczyny łagodne, poważne oraz ciężkie.

Zdecydowaną większość zgłoszeń stanowią odczyny łagodne, które mają charakter przemijający i nie powodują trwałych następstw zdrowotnych. Najczęściej obserwowane są reakcje miejscowe, takie jak ból, zaczerwienienie lub obrzęk w miejscu podania szczepionki, a także łagodne objawy ogólne. Odczyny poważne występują rzadko i wymagają obserwacji lub konsultacji medycznej, natomiast odczyny ciężkie mają charakter incydentalny i są przedmiotem szczegółowej analizy epidemiologicznej.

W latach 2022–2024 odnotowano wzrost liczby zgłoszeń NOP po szczepieniach przeciw HPV. W 2022 r. zgłoszono 8 przypadków, w 2023 r. 66 przypadków, natomiast w 2024 r. 134 przypadki.

Tab. 12 Struktura NOP po szczepieniach przeciw HPV w Polsce w latach 2022–2024

Rok	NOP łagodne	NOP poważne	NOP ciężkie	Razem
2022	7	1	0	8
2023	44	16	6	66
2024	113	18	3	134

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów „Niepożądane odczyny poszczepienne w Polsce” (NIZP PZH–PIB)

Udział procentowy poszczególnych kategorii NOP wynosił odpowiednio:

- ◆ 2022 r.: łagodne 87,5%, poważne 12,5%, ciężkie 0,0%,
- ◆ 2023 r.: łagodne 66,7%, poważne 24,2%, ciężkie 9,1%,
- ◆ 2024 r.: łagodne 84,3%, poważne 13,4%, ciężkie 2,2%.

Wzrost liczby zgłoszeń NOP był związany przede wszystkim ze zwiększeniem liczby wykonywanych szczepień oraz rozszerzeniem programu szczepień przeciw HPV.

Wzrost liczby NOP poważnych w 2023 r. jest związany m.in. z omdleniami występującymi u dzieci i młodzieży w trakcie lub po szczepieniu. Takie reakcje mają zwykle związek ze stresem, bólem lub strachem przed szczepieniem, a nie z działaniem samej szczepionki.

Ponieważ omdlenie wiąże się z utratą przytomności i wymaga obserwacji medycznej, często jest klasyfikowane jako NOP poważny i podlega zgłoszeniu.

W 2023 r. rozpoczęto powszechny program szczepień przeciw HPV, obejmujący dużą grupę dzieci i nastolatków, co mogło zwiększyć liczbę takich zdarzeń. Spadek udziału NOP poważnych w 2024 r. wskazuje, że zjawisko to miało charakter przejściowy.

W tym samym okresie całkowita liczba zgłoszonych NOP po wszystkich szczepieniach wynosiła odpowiednio 3821 w 2022 r., 3857 w 2023 r. oraz 4780 w 2024 r. Udział NOP po szczepieniach przeciw HPV w ogólnej liczbie zgłoszeń pozostawał niski i wynosił:

- ◆ 0,21% w 2022 r.,
- ◆ 1,71% w 2023 r.,
- ◆ 2,80% w 2024 r.

Tab. 13 Liczba i udział NOP po szczepieniach przeciw HPV w Polsce w latach 2022–2024

Rok	NOP HPV	Wszystkie NOP	Udział [%]
2022	8	3821	0,21
2023	66	3857	1,71
2024	134	4780	2,80

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów „Niepożądane odczyny poszczepienne w Polsce” (NIZP PZH–PIB)

Analiza struktury zgłoszonych odczynów wskazuje, że dominującą grupę stanowią odczyny łagodne. Udział odczynów poważnych pozostaje ograniczony, natomiast odczyny ciężkie występują sporadycznie. Obserwowany wzrost liczby zgłoszeń w latach 2023–2024 dotyczył przede wszystkim odczynów łagodnych, co potwierdza stabilny profil bezpieczeństwa szczepionek przeciw HPV. Charakter zgłaszanych odczynów jest zgodny z profilem bezpieczeństwa innych szczepień ochronnych stosowanych w Polsce.

Wzrost liczby zgłaszanych NOP po szczepieniach przeciw HPV należy interpretować jako zjawisko wynikające z rozszerzenia programu szczepień oraz zwiększenia liczby podawanych dawek, a nie jako efekt pogorszenia bezpieczeństwa stosowanych preparatów. Istotne znaczenie miało także wprowadzenie obowiązkowego raportowania w systemie elektronicznym, co zwiększyło czułość systemu nadzoru epidemiologicznego oraz liczbę rejestrowanych zdarzeń.

Wprowadzenie szczepień w szkołach podstawowych oraz rozszerzenie grupy wiekowej objętej programem przyczyniło się do zwiększenia wyszczepialności populacji oraz liczby raportowanych NOP.

10.3. Wnioski

Program szczepień przeciw HPV funkcjonuje jako stabilny i skuteczny element systemu profilaktyki chorób zakaźnych i nowotworowych w Polsce.

W 2024 r. obserwowano wzrost liczby wykonywanych szczepień oraz zgłaszanych NOP, przy jednoczesnym utrzymaniu niskiego udziału NOP HPV w ogólnej liczbie zgłoszeń.

Dominują odczyny łagodne o charakterze przemijającym, natomiast ciężkie niepożądane odczyny poszczepienne występują sporadycznie.

Nie stwierdzono sygnałów wskazujących na pogorszenie profilu bezpieczeństwa szczepionek przeciw HPV.

Zebrane dane wskazują na konieczność dalszego monitorowania bezpieczeństwa szczepień, a także kontynuowania działań edukacyjnych i organizacyjnych mających na celu zwiększenie wyszczepialności populacji oraz ograniczenie ryzyka chorób związanych z zakażeniem HPV.

Źródła danych:

- ◆ Raport liczbowy za 2024 rok "Niepożądane odczyny poszczepienne występujące w okresie do 30 dni po szczepieniach realizowanych wg PSO oraz po szczepionkach przeciw COVID-19."
- ◆ Raport liczbowy za 2023 rok "Niepożądane odczyny poszczepienne występujące w okresie do 30 dni po szczepieniach realizowanych wg PSO oraz po szczepionkach przeciw COVID-19."
- ◆ Raport liczbowy za 2022 rok "Niepożądane odczyny poszczepienne występujące w okresie do 30 dni po szczepieniach realizowanych wg PSO oraz po szczepionkach przeciw COVID-19."
- ◆ PZH - Serwisy tematyczne - NOP - COVID-19

11. Sytuacja epidemiologiczna w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – ogniska epidemiczne i czynniki alarmowe

11.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce

Sytuację prawną w Polsce w zakresie nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi regulują:

- ◆ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*²;
- ◆ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala*³;
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji*⁴;
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie zakresu, sposobu i częstości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych*⁵;
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych*⁶.

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi ma charakter wewnątrzszpitalny i regulowany jest przepisami art. 11-16 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*. Art. 14 ust. 2 Ustawy nakłada na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń i czynników alarmowych.

Kierownicy podmiotów leczniczych zgodnie z art. 14 ust. 1 ww. ustawy są obowiązani między innymi do:

- ◆ monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych,
- ◆ wykonywania badań laboratoryjnych i ich weryfikacji,
- ◆ sporządzania i przekazywania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala,
- ◆ zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych.

² Dz. U. z 2025 r. poz. 1675 z późn.zm

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 335

⁴ Dz. U. z 2010 r. nr 100 poz. 645

⁵ Dz. U. z 2010 r. nr 100 poz. 646

⁶ Dz. U. z 2014 r. poz. 746

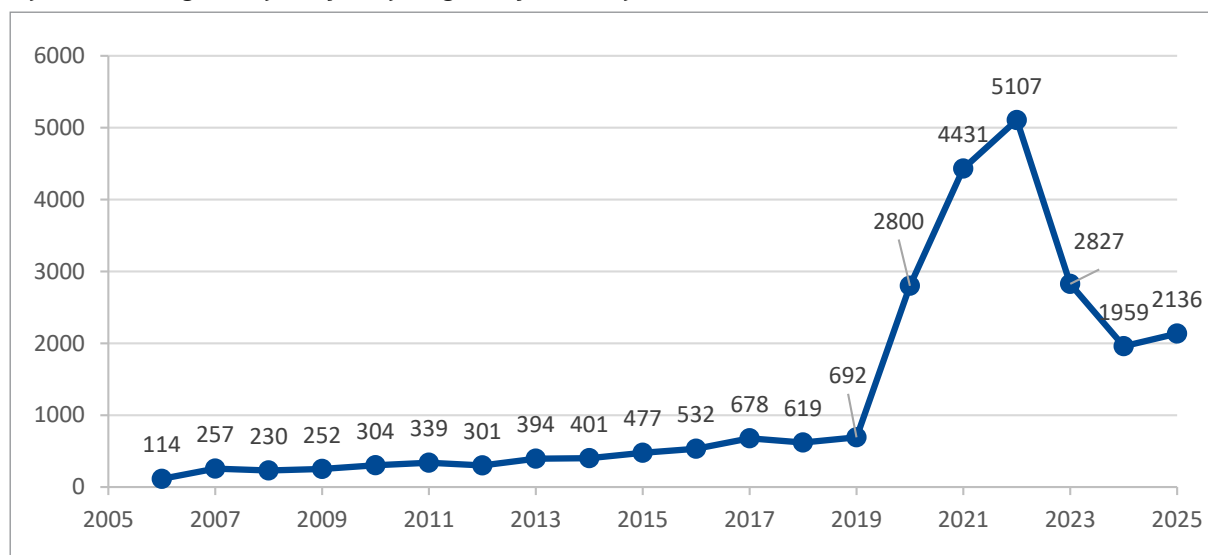
Ponadto art. 14 ust. 2 ustawy nakłada na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń i czynników alarmowych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje zbiorcze roczne dane dotyczące patogenów alarmowych występujących w szpitalach oraz dane dotyczące zakażeń w sytuacji wystąpienia potwierdzonego epidemicznego wzrostu ich liczby – informacje o ogniskach zakażeń w szpitalach.

11.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali

W 2025 roku zgłoszono 2136 szpitalnych ognisk epidemicznych, co stanowi wzrost o 9% w stosunku do roku poprzedniego. Wyższą zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych na przestrzeni ostatnich lat można wiązać z lepszym nadzorem prowadzonym przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych, wykorzystaniem badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, w tym mikrobiologicznej, jak również wzrastającą świadomością personelu szpitali oraz lepszą realizacją obowiązujących przepisów związanych ze zgłaszalnością ognisk epidemicznych, wynikających z Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Wyk. 21 Liczba zgłoszonych szpitalnych ognisk epidemicznych w latach 2006-2025



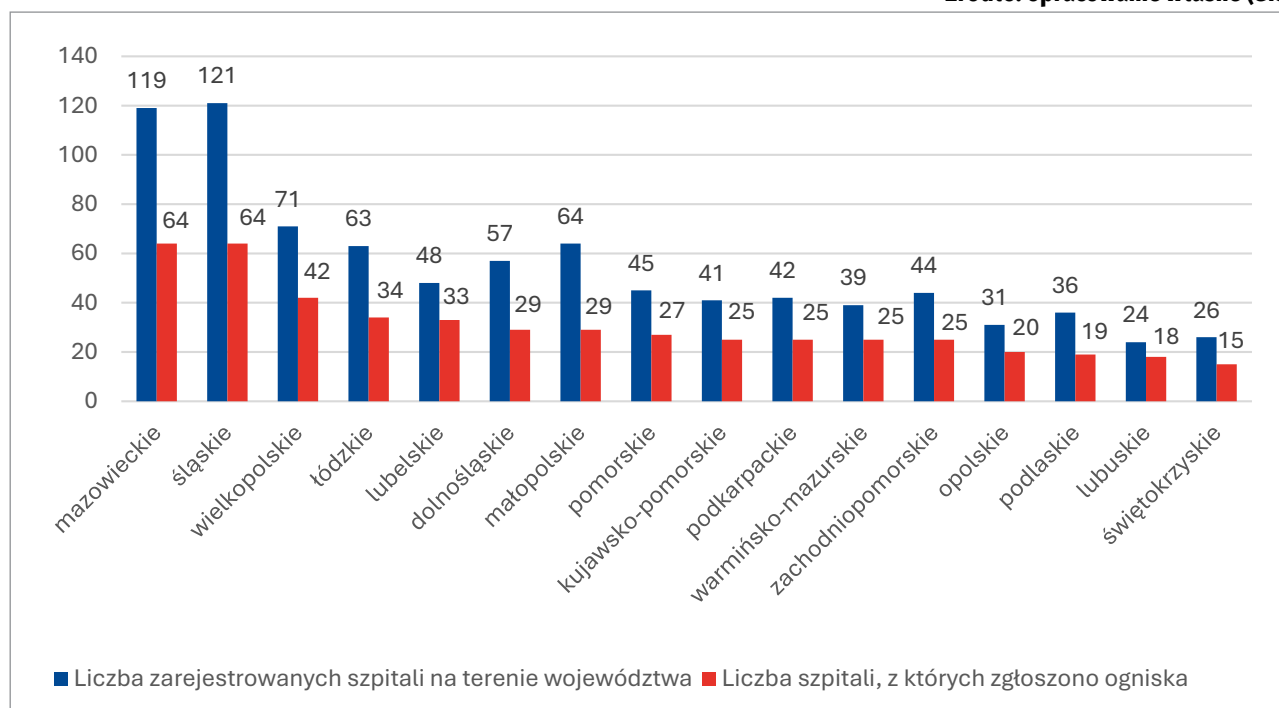
Zgodnie z danymi przekazanymi przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych w 2025 r. pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1196 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym 871 szpitali niejednodniowych (72,8%) oraz 325 (27,2%) szpitali jednodniowych.

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej raporty dotyczące ognisk zakażeń zostały zgłoszone z 494 szpitali niejednodniowych, co stanowi 56,7% ogółu tych szpitali w Polsce. Łącznie z tych 494 szpitali zostało zgłoszonych 2136 ognisk epidemicznych. W 2025 roku nie zostało zgłoszone żadne ognisko zakażeń ze szpitali jednodniowych.

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

Wyk. 22 Liczba zarejestrowanych szpitali niejednodniowych w poszczególnych województwach, z uwzględnieniem szpitali, z których zgłoszono ogniska zakażeń szpitalnych

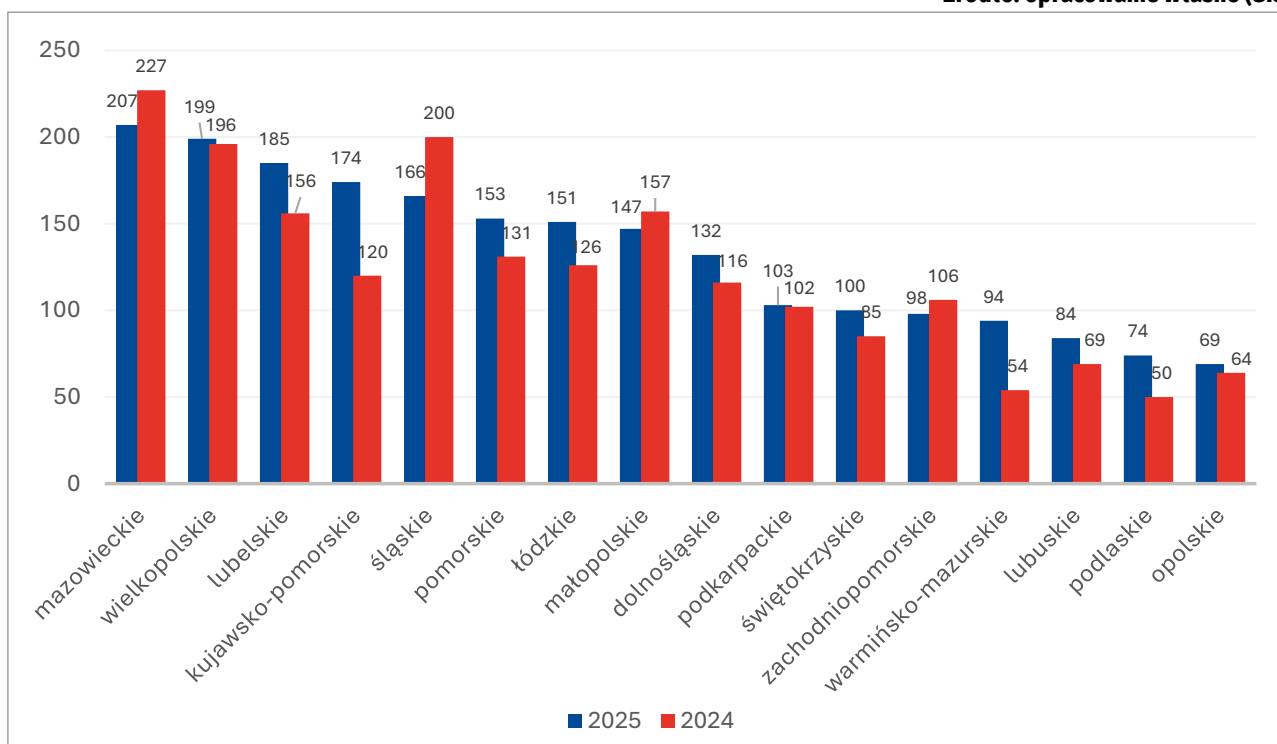
Źródło: opracowanie własne (GIS)



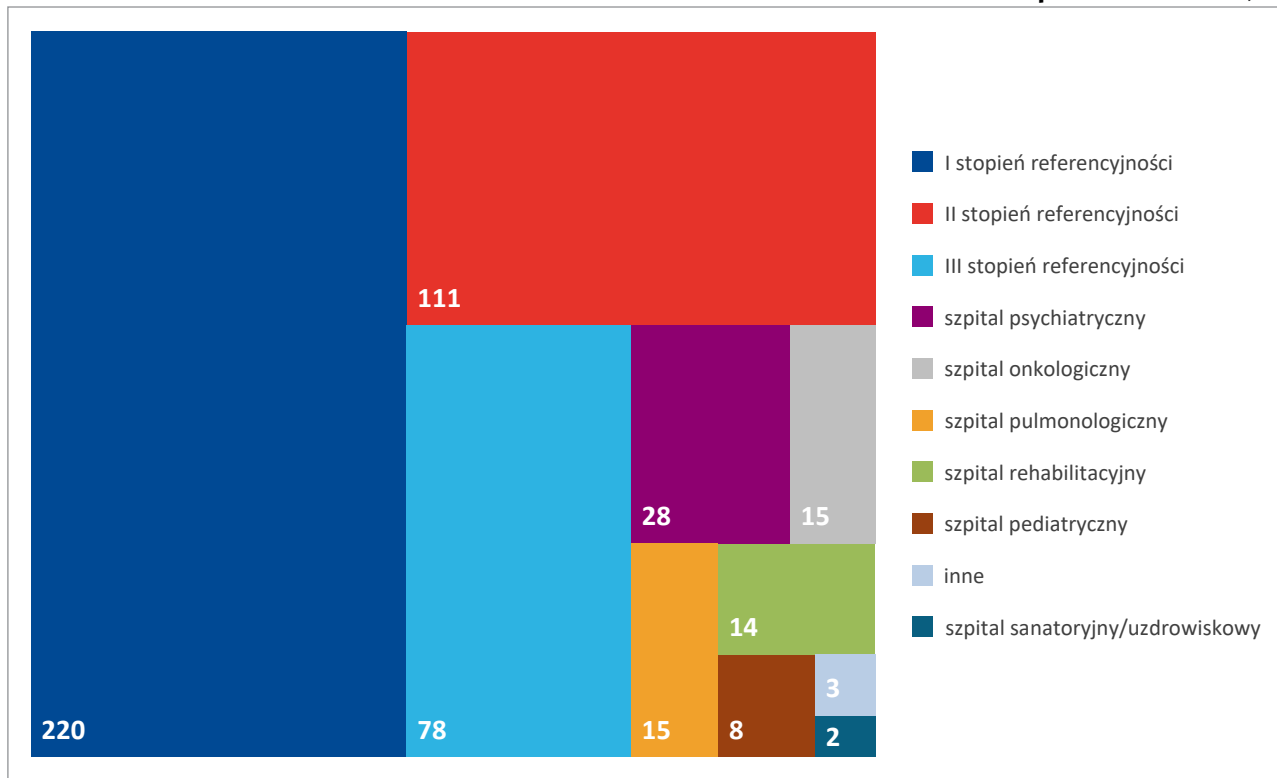
W 12 województwach zaobserwowano wzrost liczby zgłoszeń ognisk epidemicznych w stosunku do roku 2024. Największa zmiana nastąpiła w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie odnotowano wzrost o 54 zgłoszenia. Największy spadek liczby zgłoszeń wystąpił w województwie śląskim, tj. o 34 zgłoszenia mniej w stosunku do roku ubiegłego.

W 2025 r. największą liczbę zgłoszeń ognisk zakażeń szpitalnych odnotowano ze szpitali pierwszego poziomu referencyjności, które udzielają świadczeń zdrowotnych w podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

Wyk. 23 Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2024 – 2025 w poszczególnych województwach
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 24 Liczba ognisk zakażeń w 2025 r. w szpitalach niejednostanowych w zależności od rodzaju podmiotu
Źródło: opracowanie własne (GIS)

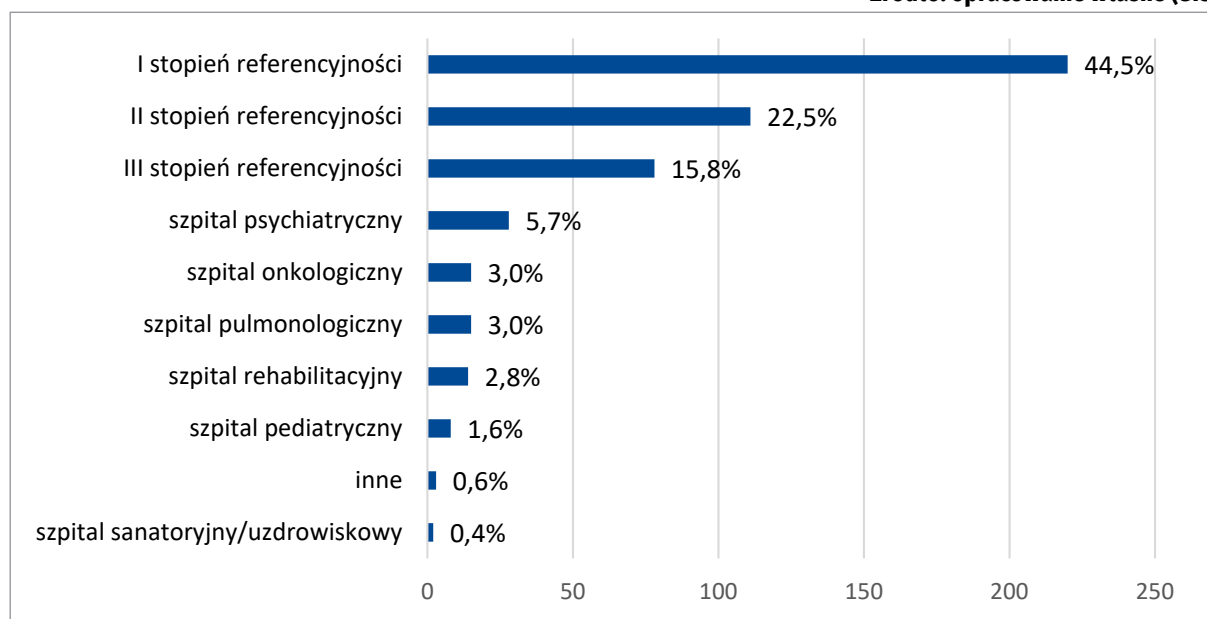




Prawie połowa wszystkich zakażeń (44,5%) dotyczyła szpitali pierwszego poziomu referencyjności.

Wyk. 25 Udział procentowy ognisk zakażeń w 2025 r. w zależności od rodzaju podmiotu

Źródło: opracowanie własne (GIS)



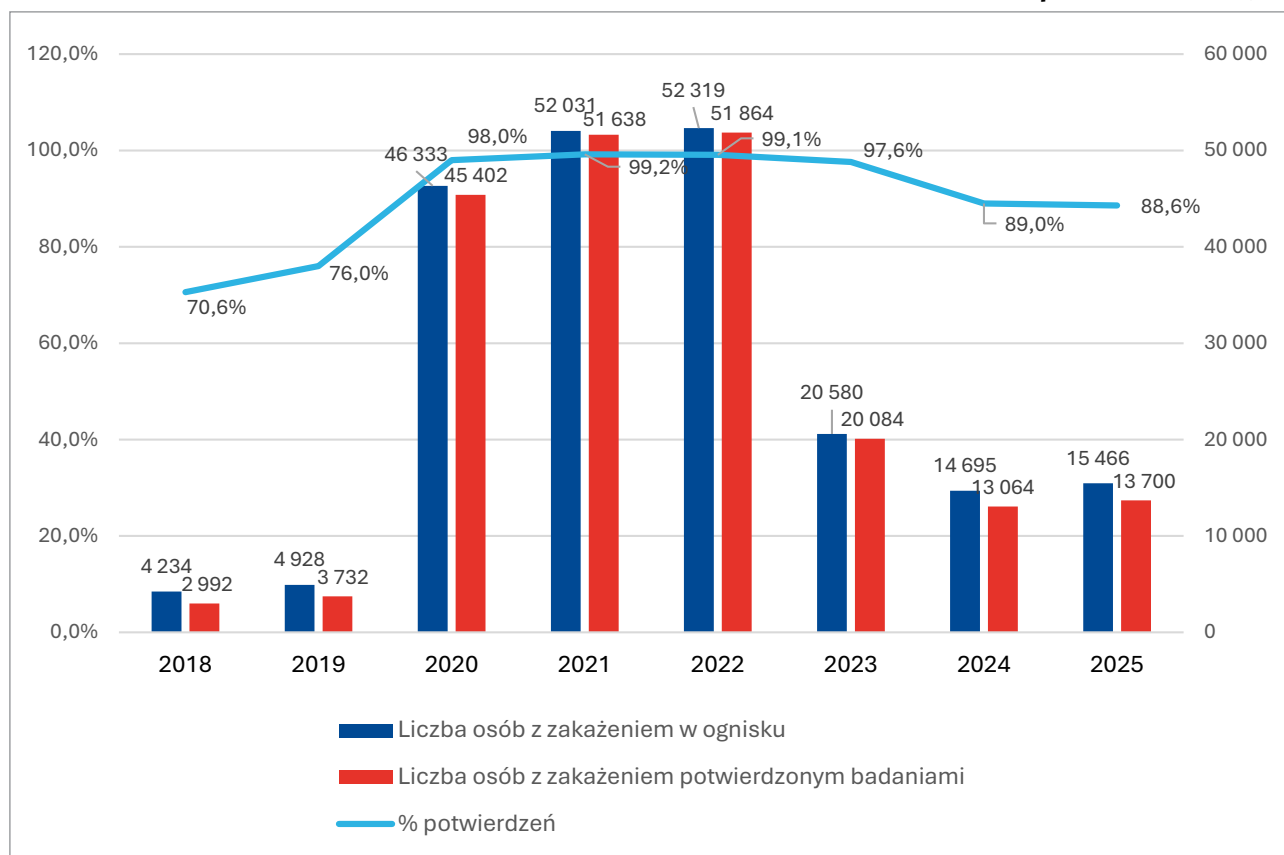
Wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej jest elementem kluczowym w nadzorze nad zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. W 2025 roku potwierdzono etiologię u 88,6% osób z zakażeniem w szpitalnych ogniskach epidemicznych.

Tab. 14 Ogólna liczba osób z zakażeniem vs. liczba osób z zakażeniem potwierdzonym badaniami laboratoryjnymi w latach 2018 - 2025

Źródło: opracowanie własne (GIS)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Liczba osób z zakażeniem w ognisku	4234	4928	46 333	52 031	52 319	20 580	14 695	15 466
Liczba osób z zakażeniem potwierdzonym badaniami	2992	3732	45 402	51 638	51 864	20 084	13 064	13 700
% potwierdzeń	70,6%	76,0%	98,0%	99,2%	99,1%	97,6%	89,0%	88,6%

Wyk. 26 Ogólna liczba osób z zakażeniem vs. liczba osób z zakażeniem potwierdzonym badaniami laboratoryjnymi w latach 2018 - 2025
Źródło: opracowanie własne (GIS)



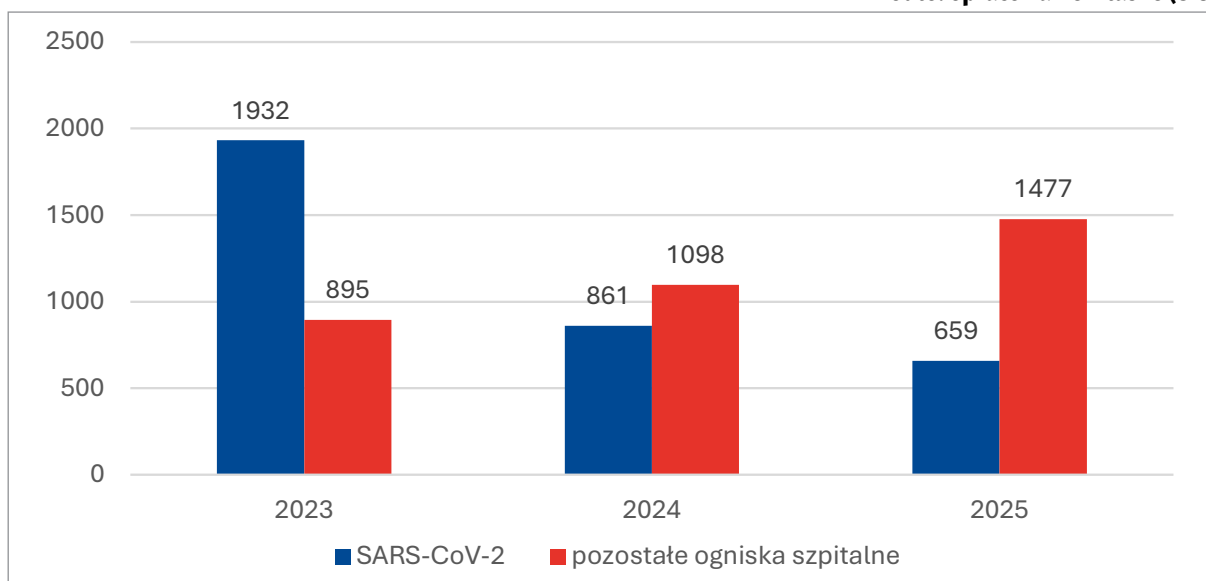
Zakażenia nie zostały potwierdzone wynikami badań u 339 osób, w tym u 276 pacjentów i 63 osób z personelu. Dotyczyło to w szczególności ognisk o nieustalonej etiologii oraz ognisk wirusowych.

W związku ze wzrostem liczby przypadków zakażeń wirusowych, jak również ognisk spowodowanych bakteryjnymi czynnikami alarmowymi, m.in: *Klebsiella pneumoniae*, *Clostridioides difficile*, *Acinetobacter baumannii*, należy położyć duży nacisk na wykonywanie badań mikrobiologicznych oraz weryfikację szczepów bakteryjnych w celu podejmowania szybkich decyzji dotyczących zasad zapobiegających transmisji drobnoustrojów oraz wdrażania celowanej antybiotykoterapii.

11.3. Sytuacja epidemiologiczna w szpitalach w Polsce

W Polsce w 2025 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 2136 ognisk zakażeń szpitalnych, w tym 659 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowi 30,9% wszystkich ognisk. W porównaniu do roku 2024 liczba zgłoszonych ognisk SARS-CoV-2 zmniejszyła się o 23,5%.

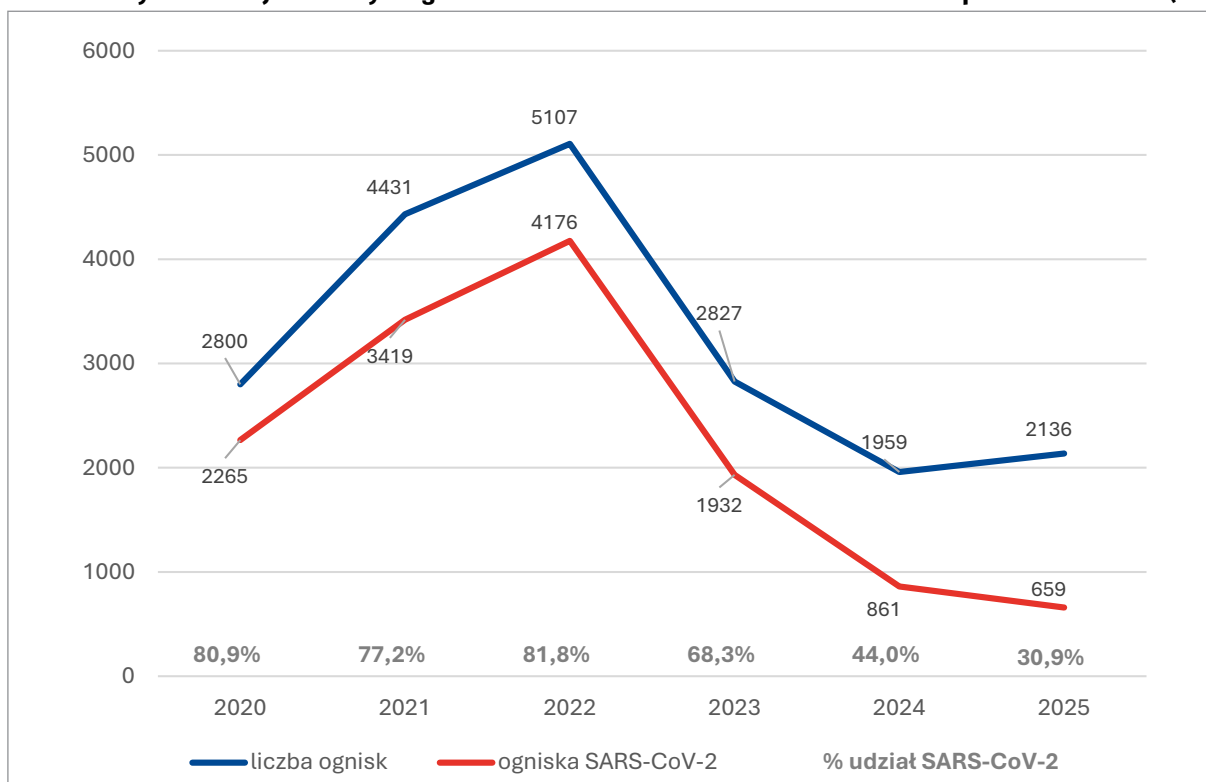
Wyk. 27 Zgłoszenia ognisk epidemicznych SARS-CoV-2 vs. ognisk wywołanych innymi czynnikami w 2023 – 2025
Źródło: opracowanie własne (GIS)



11.3.1. Ogniska zakażeń wywołane wirusem SARS-CoV-2

W 2025 r. najczęstszym czynnikiem etiologicznym ognisk szpitalnych, podobnie jak w latach ubiegłych, był SARS-CoV-2. W 2025 r. zgłoszono 659 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowiło 30,9% wszystkich ognisk zakażeń. W porównaniu do 2024 r., gdy zgłoszono 861 ognisk SARS-CoV-2, spadek zgłoszeń w 2025 r. nastąpił o 23,5%.

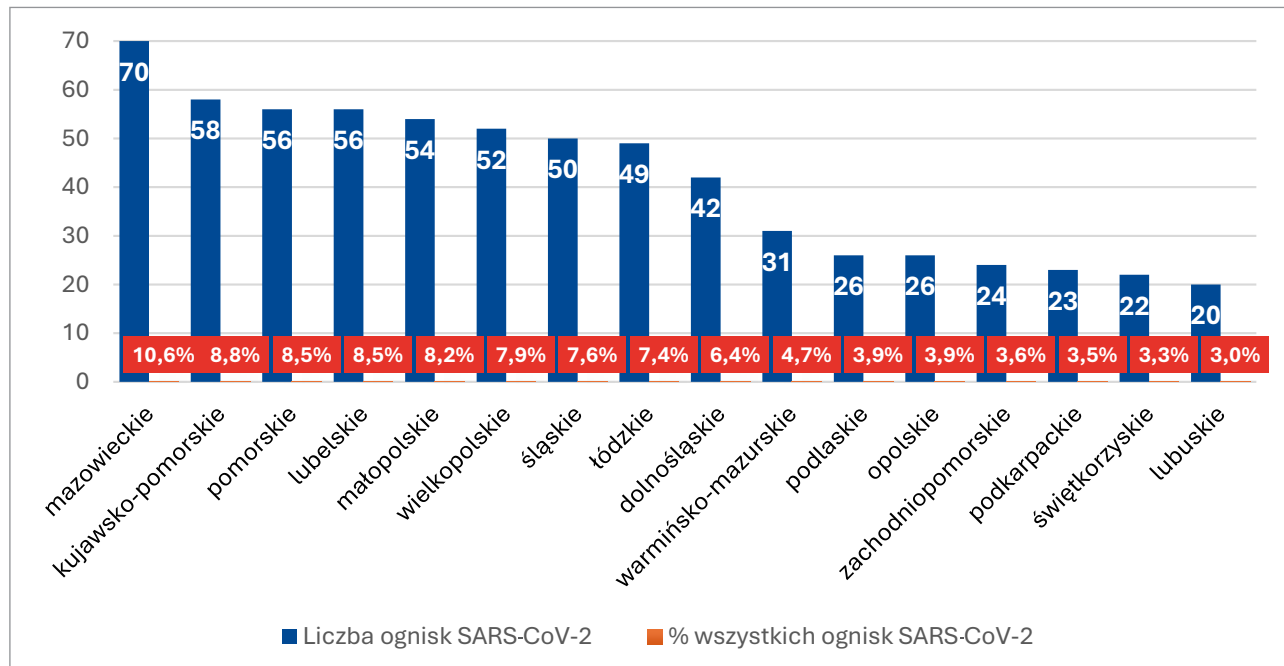
Wyk. 28 Liczba ognisk wywołanych wirusem SARS-CoV-2 w podmiotach leczniczych w latach 2020 – 2025 vs. liczba wszystkich zarejestrowanych ognisk
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Największą liczbę ognisk o etiologii SARS-CoV-2 odnotowano w województwie mazowieckim, a najmniejszą w województwie lubuskim.

Wyk. 29 Liczba ognisk o etiologii SARS-CoV-2 w poszczególnych województwach w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



W ogniskach wywołanych SARS-CoV-2 odnotowano spadek liczby zakażeń, zarówno pacjentów, jak i personelu.

Tab. 15 Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 w latach 2020-2025

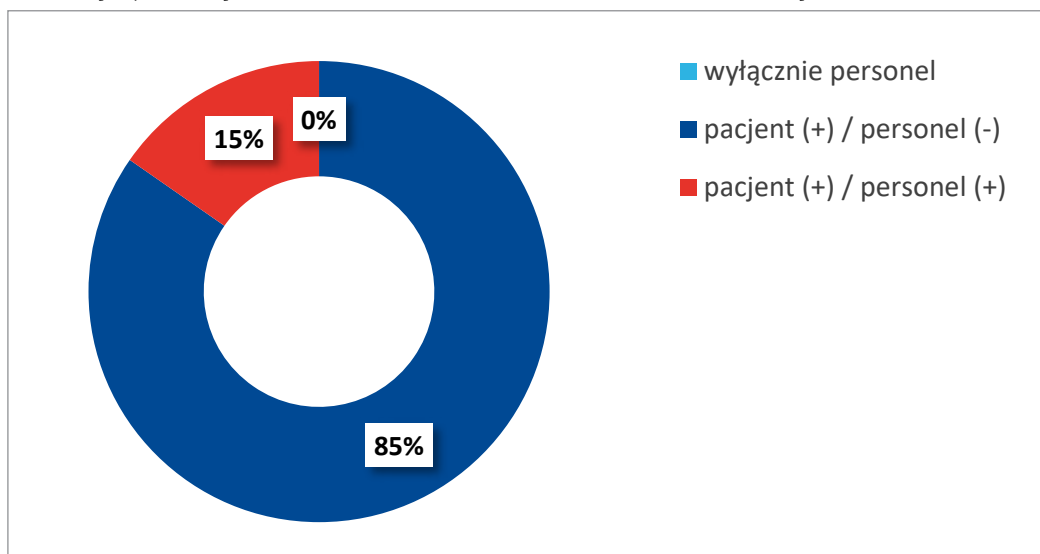
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Rok	Liczba pacjentów z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków wśród pacjentów	Liczba personelu z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków wśród personelu
2020	22 231	22 048	20 697	20 411
2021	35 716	35 711	9076	9069
2022	36 462	36 402	9530	9500
2023	14 296	14 293	907	906
2024	5727	5401	285	260
2025	4589	4177	234	191

85% ognisk wywołanych wirusem SARS-CoV-2 (558 z 659) dotyczyło zakażeń wyłącznie wśród pacjentów. W roku 2025, podobnie jak w roku 2024, nie odnotowano żadnego ogniska wywołanego wirusem SARS-CoV-2, w którym zakażenia objęłyby wyłącznie personel oddziałów.

Wyk. 30 Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2025 roku z podziałem ognisk zakażeń zgłoszonych wśród pacjentów i personelu

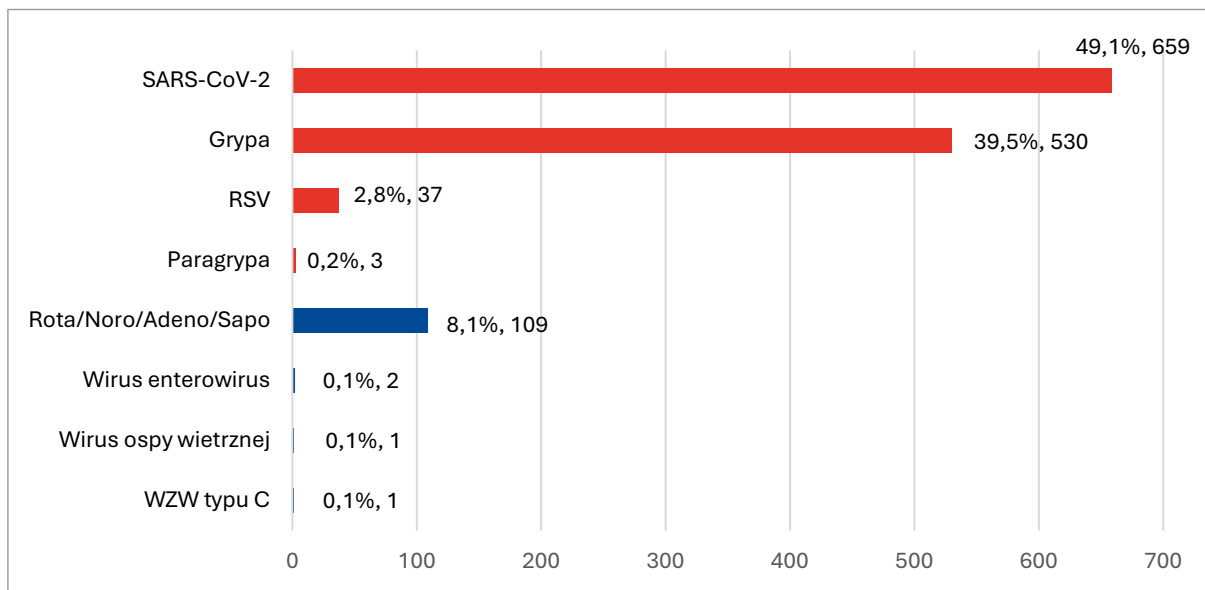
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Ponad 49% wszystkich ognisk epidemicznych wywołanych czynnikami wirusowymi dotyczyło SARS-CoV-2 (659 ognisk), natomiast grypa stanowiła ponad 39% (530 ognisk).

Wyk. 31 Ogniska epidemiczne w 2025 r. wywołane czynnikami wirusowymi

Źródło: opracowanie własne (GIS)



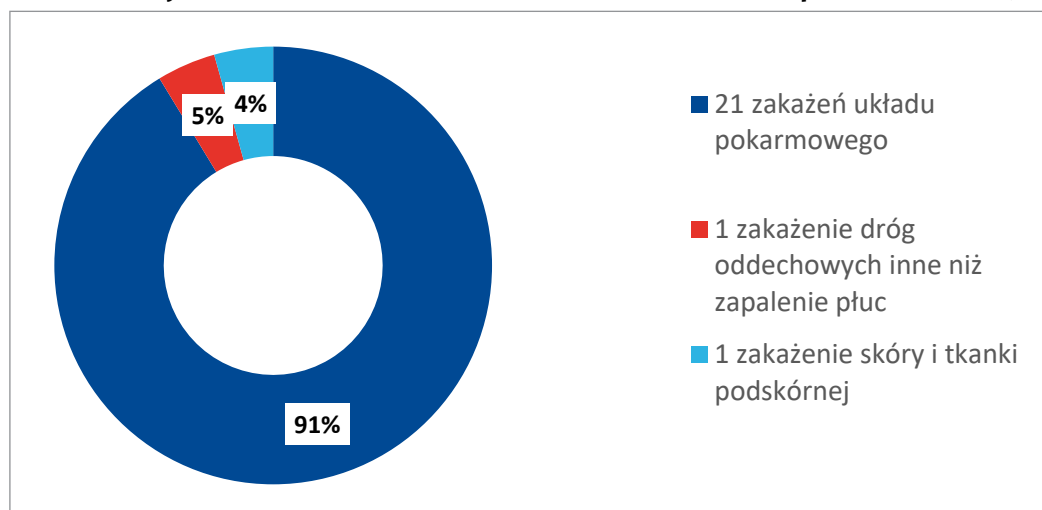
11.3.2. Ogniska zakażeń z wyłączeniem ognisk SARS-CoV-2

W 2025 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 2136 ognisk szpitalnych, w tym 1477 ognisk o innej etiologii niż SARS-CoV-2. Czynniki chorobotwórczy zidentyfikowano w 1454 z 1477 ognisk, co stanowi 98,4%.

Na przestrzeni ostatnich dwóch lat zauważalna jest tendencja wzrostowa dotycząca raportowania liczby ognisk o etiologii innej niż wirus SARS-CoV-2.

W 23 ogniskach z 1477 (1,6%) nie zidentyfikowano czynnika chorobotwórczego. Pacjenci oraz personel zostali włączeni do ognisk według kryteriów epidemiologicznych oraz objawów klinicznych.

Wyk. 32 Ogniska epidemiczne w 2025 roku, w których czynniki etiologiczne nie zostały zidentyfikowane
Źródło: opracowanie własne (GIS)

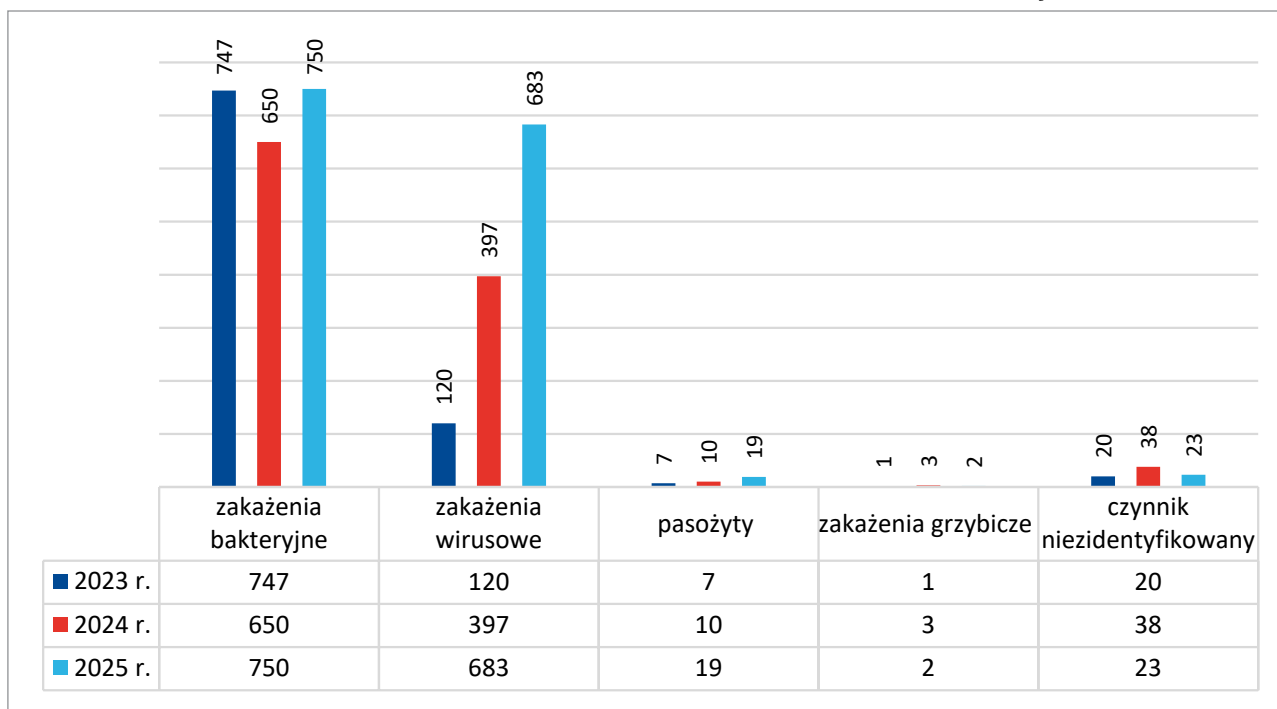


W celu porównania z rokiem ubiegłym poniższa statystyka ognisk została przeprowadzona na liczbie 1477 ognisk, tj. ognisk bez SARS-CoV-2.

Najczęstszymi czynnikami etiologicznymi zidentyfikowanymi w ogniskach były czynniki: bakteryjne – 750 ognisk (50,8%), wirusowe – 683 ogniska (46,2%), pasożytnicze – 19 ognisk (1,3%) oraz grzybicze – 2 ogniska (0,1%).

Wyk. 33 Czynniki etiologiczne w ogniskach zakażeń w latach 2023-2025 (bez SARS-CoV-2)

Źródło: opracowanie własne (GIS)

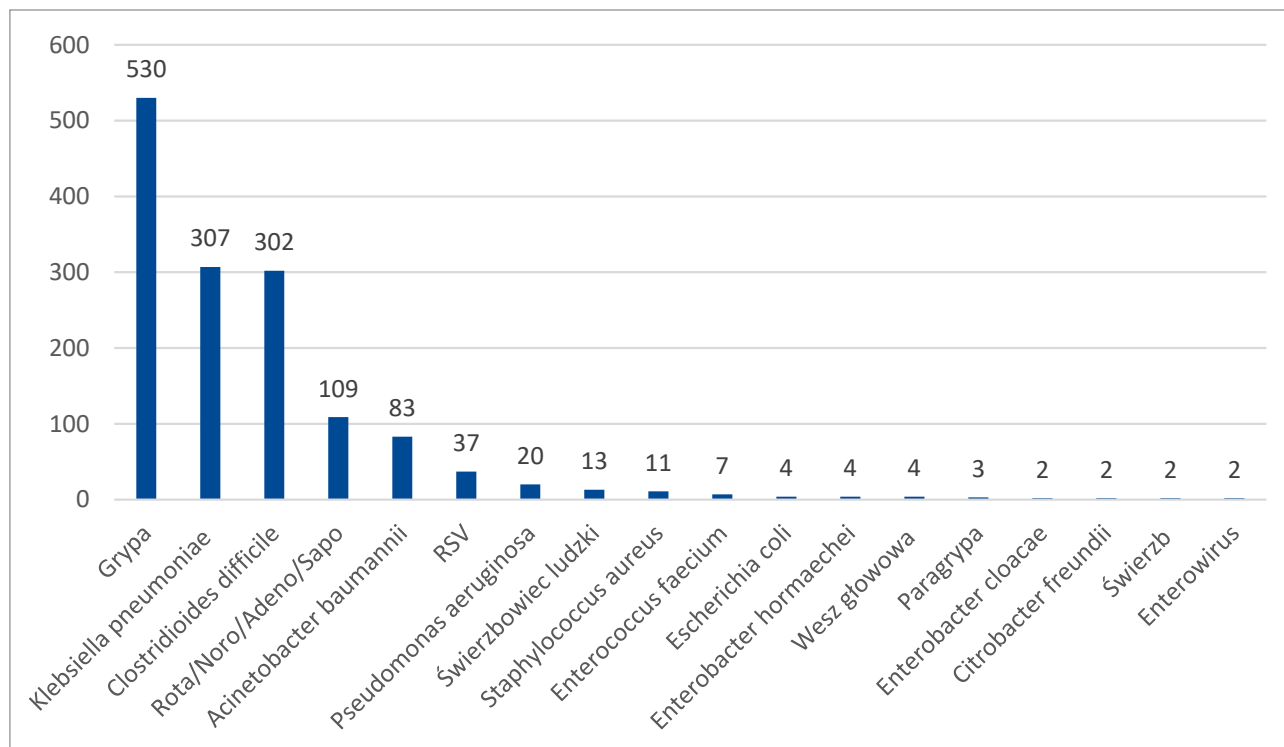


Liczba zarejestrowanych w 2025 r. ognisk epidemicznych z potwierdzonym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym wynosiła łącznie 1454.

W 2025 roku, podobnie jak w roku 2024, zgłoszono najwięcej ognisk wywołanych wirusem grypy oraz ognisk o etiologii *Klebsiella pneumoniae* oraz *Clostridioides difficile*.

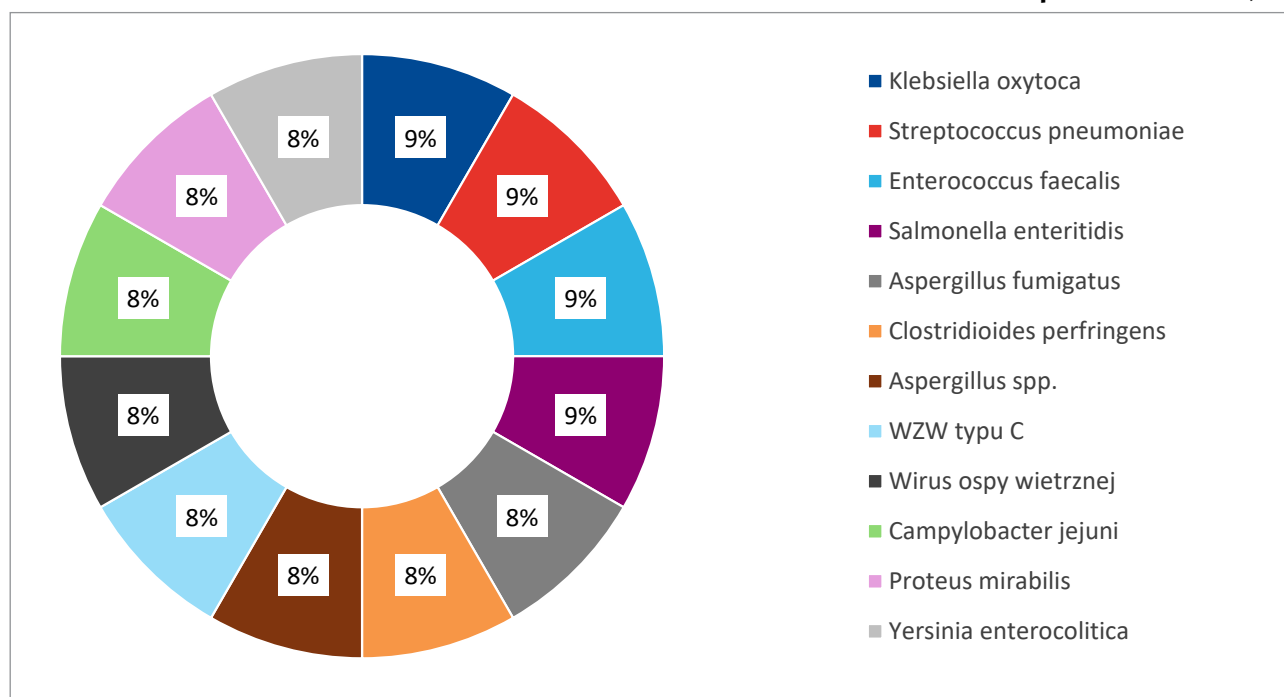
Wyk. 34 Ogniska, w których w 2025 r. wykryto biologiczny czynnik chorobotwórczy

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 35 Pojedyncze ogniska epidemiczne w 2025 r., w których wykryto biologiczny czynnik chorobotwórczy

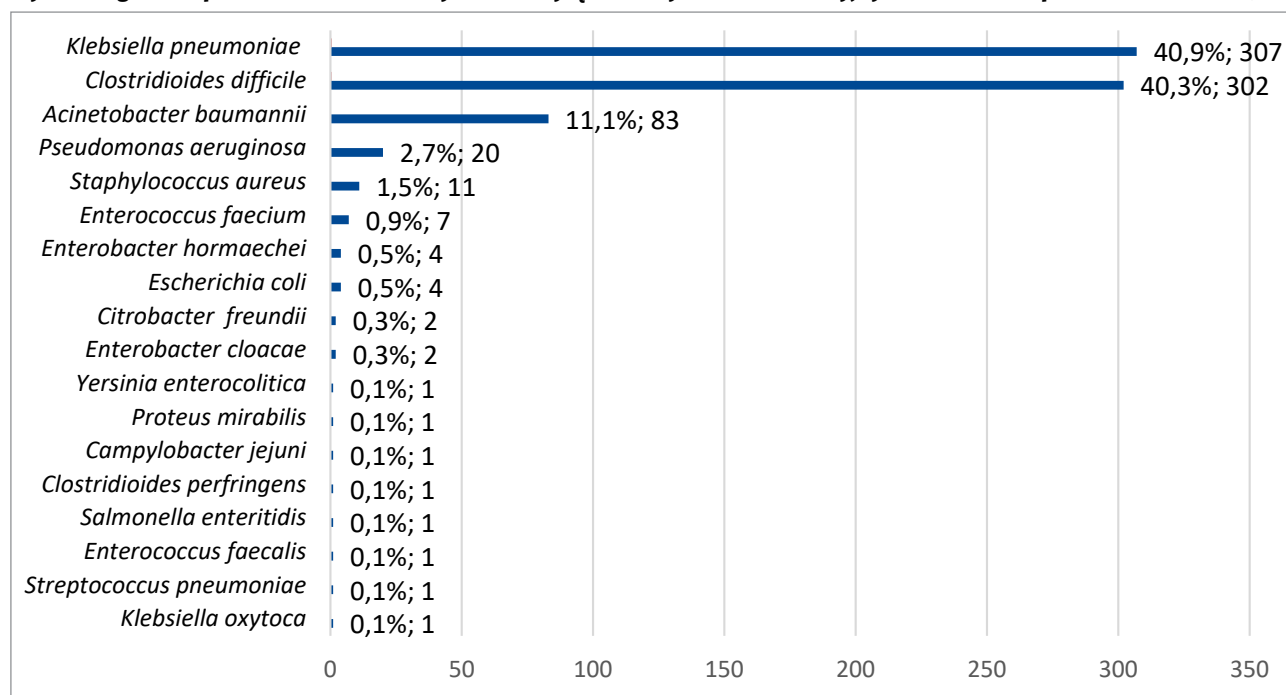
Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2025 roku zarejestrowano większą liczbę zgłoszonych ognisk *Klebsiella pneumoniae* ze szpitali w porównaniu do roku 2024. Ogniska epidemiczne wywołane przez *Klebsiella pneumoniae* stanowiły 40,9% wszystkich bakteryjnych ognisk (307 ognisk). Ogniska *Clostridioides difficile*, które na przełomie ostatnich lat były najczęściej zgłaszanymi ogniskami ze szpitali, w roku 2025 stanowiły 40,3% liczby wszystkich ognisk (302 ogniska). W 2025 r. zarejestrowano mniejszą liczbę zgłoszeń ognisk o etiologii *Acinetobacter baumannii* (83 ogniska, 11,1%) w porównaniu do roku 2024.

Pojedyncze ogniska (8 zgłoszeń) wywołane m.in. przez: *Klebsiella oxytoca*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Salmonella enteritidis*, *Clostridioides perfringens*, stanowiły łącznie 1,1% wszystkich ognisk bakteryjnych.

Wyk. 36 Ogniska epidemiczne w 2025 r. wywołane wyłącznie czynnikami bakteryjnymi Źródło: opracowanie własne (GIS)

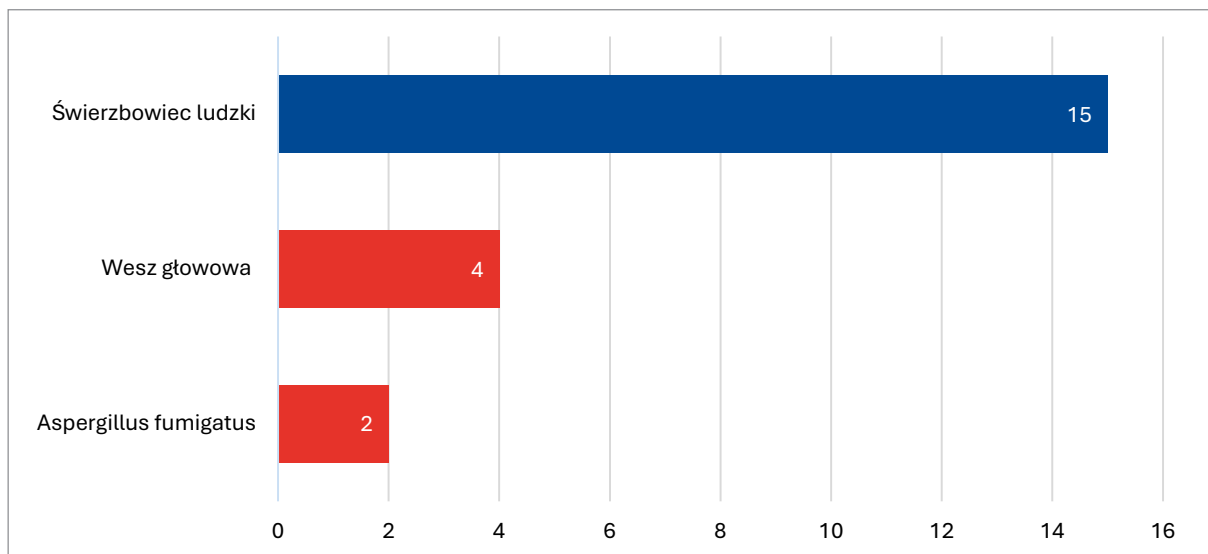
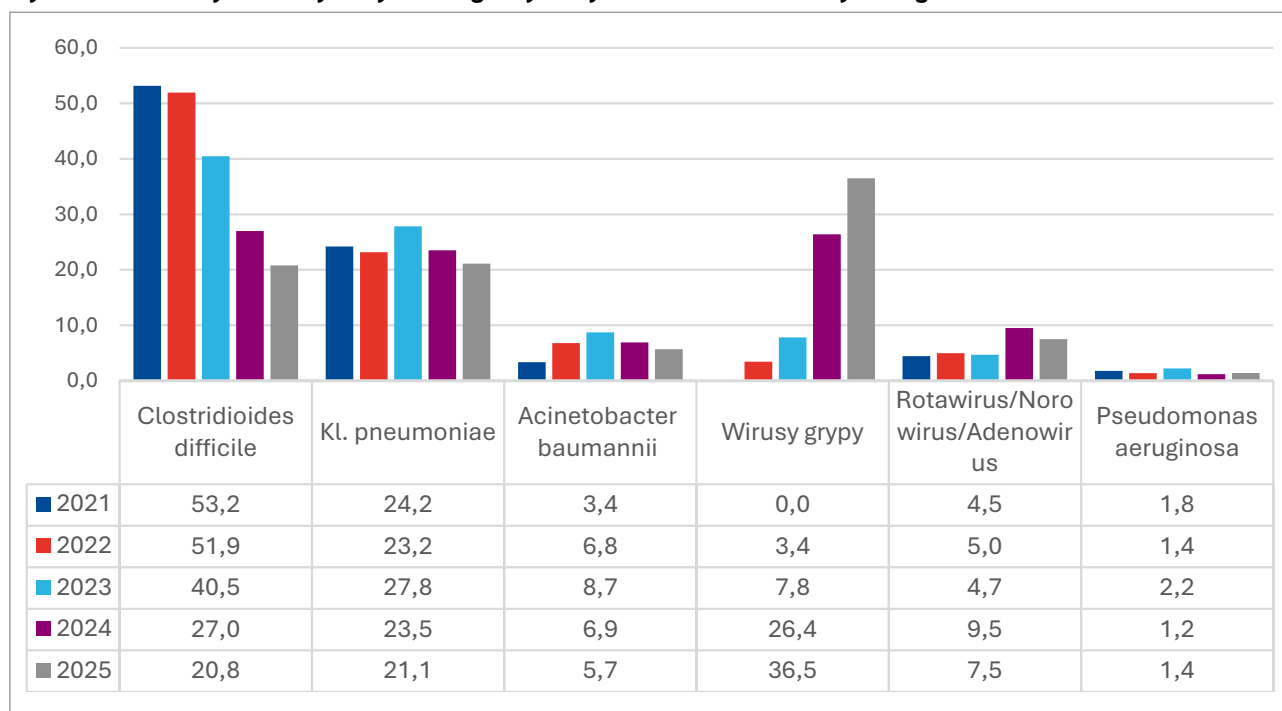


W 2025 r. 19 ognisk epidemicznych wywołanych było przez pasożyty, w tym 15 ognisk wywołanych przez świerzbowiec (79%), a 4 przez wesz głowową (21%).

Wśród wszystkich ognisk zgłoszonych w 2025 r. 2 ogniska wywołane zostały przez czynnik grzybiczy – *Aspergillus (species, fumigatus)*.

Wyk. 37 Ogniska epidemiczne w 2025 r. wywołane czynnikami grzybiczymi i pasożytniczymi

Źródło: opracowanie własne (GIS)

**Wyk. 38 Procentowy udział wybranych biologicznych czynników chorobotwórczych w ogniskach w latach 2021-2025**

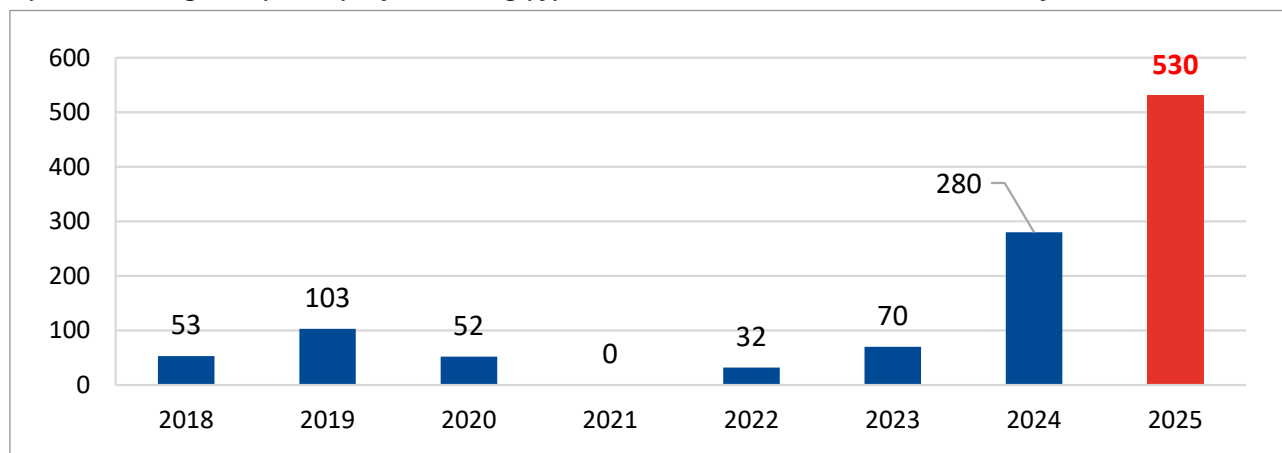
Epidemiczne rozprzestrzenianie się szczepów *Klebsiella pneumoniae* wytwarzających karbapenemazy, zakażenia powodowane przez *Clostridium difficile*, *Acinetobacter baumannii* oraz inne pałeczki niefermentujące ma wpływ na wzrost częstości zachorowań oraz liczbę rejestrowanych szpitalnych ognisk epidemicznych w polskich szpitalach.

Spośród 1454 ognisk 530 (36,5%) stanowiły ogniska wywołane przez wirusy grypy. W roku 2025 r. nastąpił prawie dwukrotny wzrost ognisk wywołanych przez wirus grypy w stosunku do 2024 r. (89,3%). Jest to wyraźnie większa liczba zgłoszeń w porównaniu do lat ubiegłych.



Wyk. 39 Liczba ognisk wywołanych przez wirus grypy w latach 2018-2025

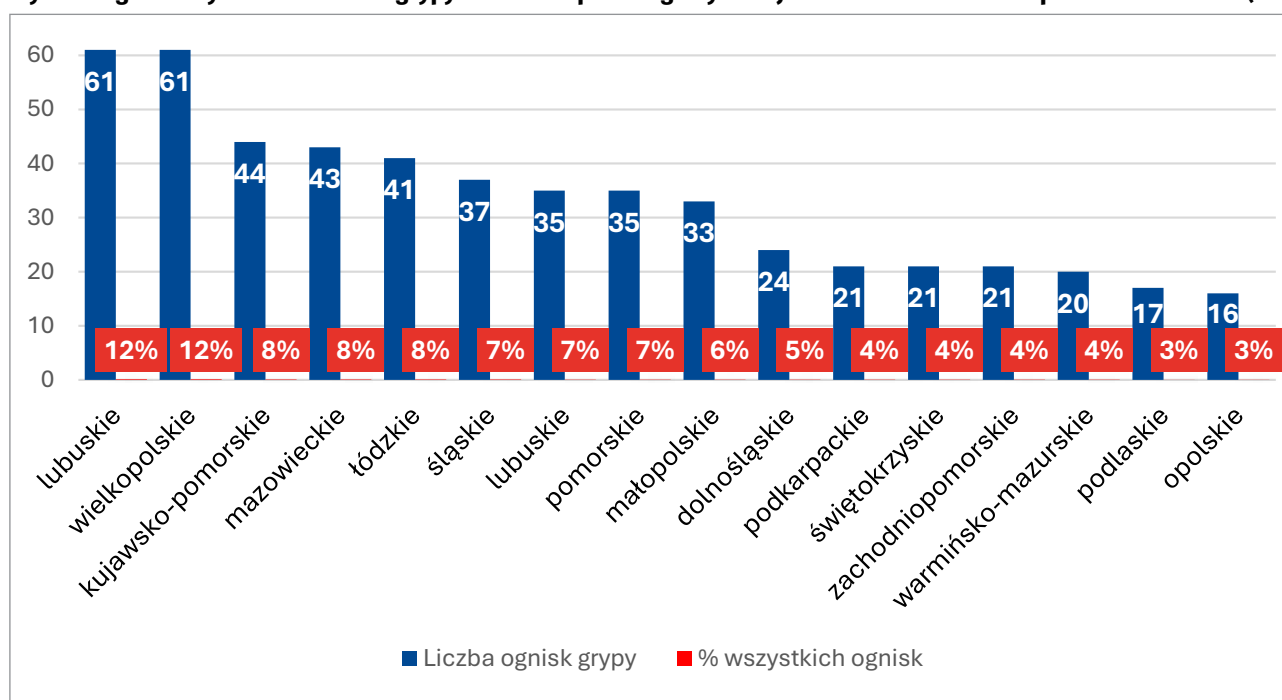
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Największą zgłaszalność ognisk wirusa grypy odnotowano w województwie lubelskim oraz wielkopolskim (po 12%), a najmniejszą w opolskim (3%).

Wyk. 40 Ogniska wywołane wirusem grypy w 2025 r. w poszczególnych województwach

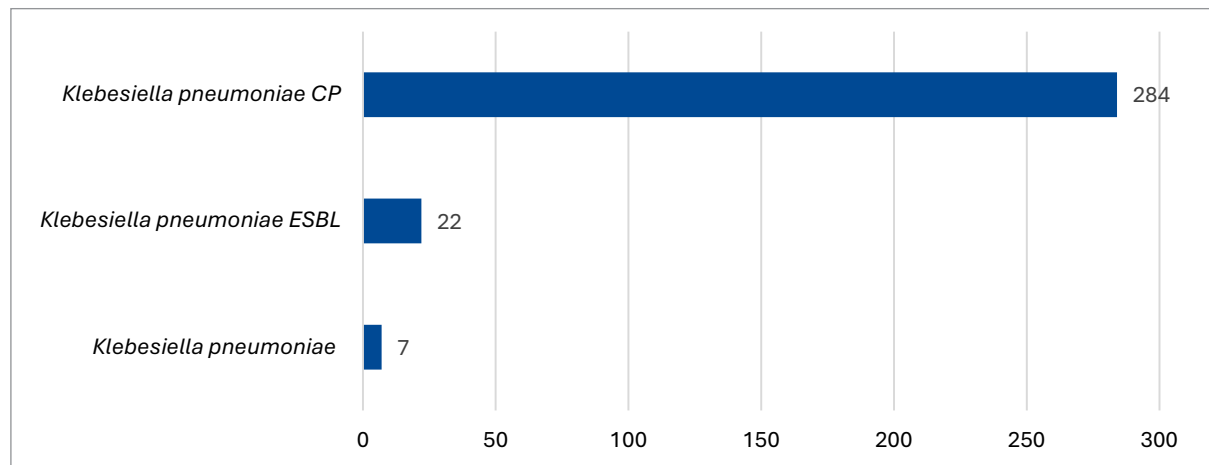
Źródło: opracowanie własne (GIS)



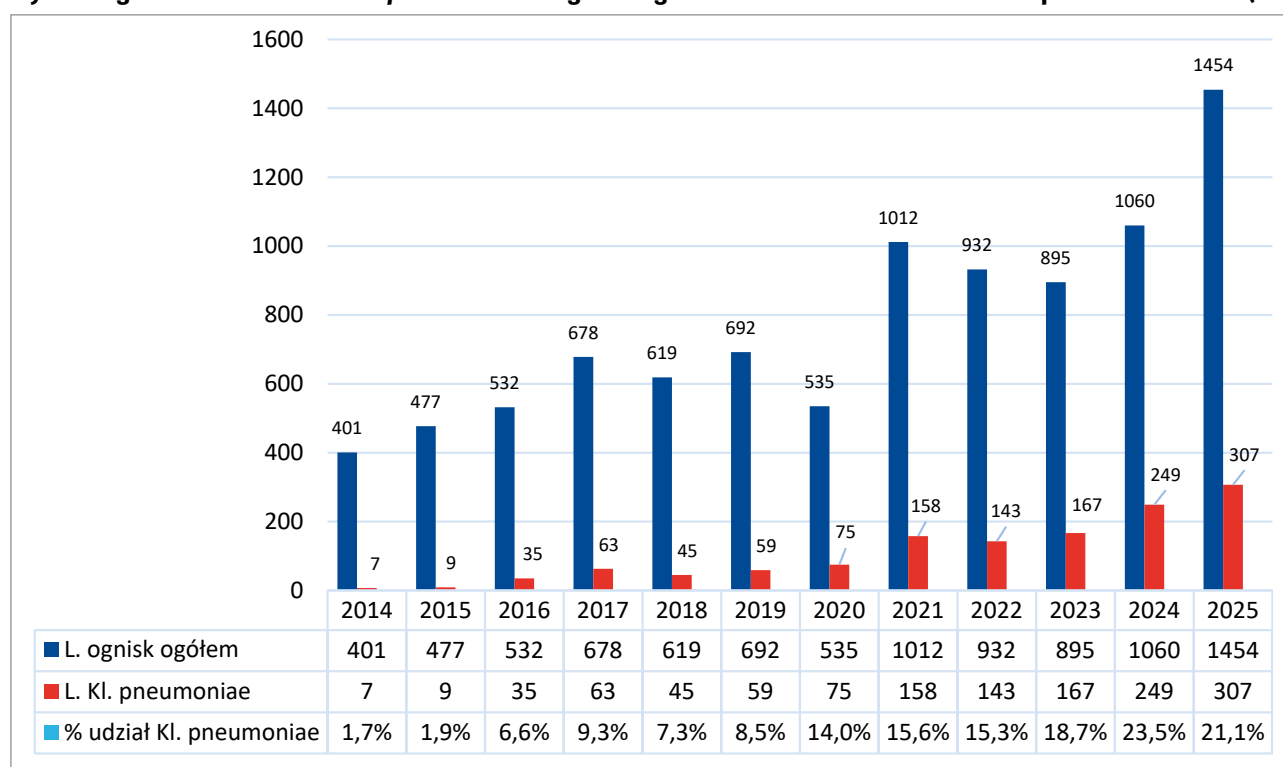
W roku 2025 Gram (-) pałeczka *Klebsiella pneumoniae* była najczęstszą przyczyną bakteryjnych ognisk epidemicznych. Zgłoszono 307 ognisk tego czynnika, co stanowiło łącznie 21,1% zarejestrowanych ognisk zakażeń z 1454 ognisk, w których zidentyfikowano czynnik biologiczny (bez SARS-CoV-2). W ogniskach *Klebsiella pneumoniae* zakażonych było 1080 pacjentów, zaś u 1530 pacjentów wykryto kolonizację przewodu pokarmowego. W porównaniu do roku ubiegłego liczba ognisk *Klebsiella pneumoniae* zwiększyła się o 58 (w 2024 r. – 249 ognisk), co stanowi wzrost o 23,3%. Należy jednak zauważyć, że całkowita liczba wszystkich ognisk wzrosła o ponad 37% (z 1060 na 1454), zatem na tle ogólnej liczby zgłoszeń w 2025 r. ogniska *K. pneumoniae* stanowią mniejszy odsetek niż w 2024 r.

W 284 ogniskach wykryto *K. pneumoniae* produkującą karbapenemazy: KPC, metalo-beta-laktamazy NDM, OXA 48, OXA 181 (klasa D). W 22 ogniskach potwierdzono obecność *K. pneumoniae* wytwarzającą β -laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ang. *extended-spectrum beta-lactamases*, ESBL).

Wyk. 41 *Klebsiella pneumoniae* - lekooporność izolatów w ogniskach w 2025 r. Źródło: opracowanie własne (GIS)



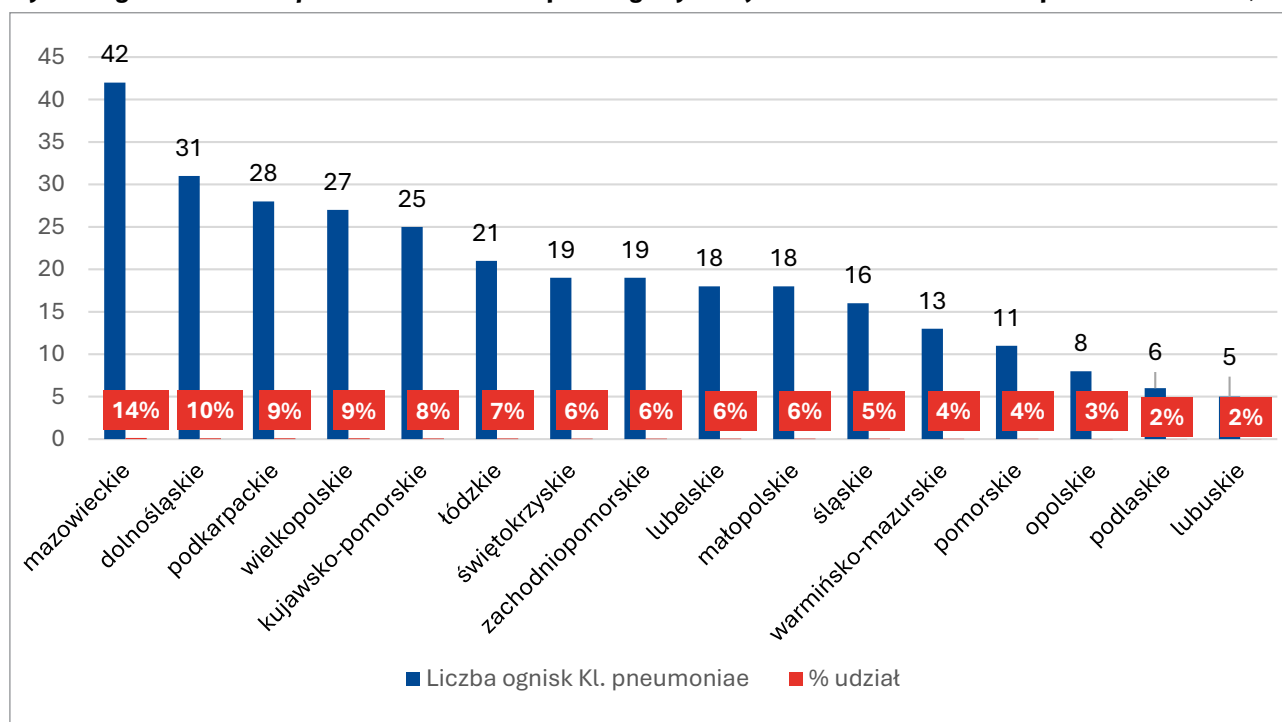
Wyk. 42 Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* vs. ogniska ogółem w latach 2015-2025 Źródło: opracowanie własne (GIS)



Najwięcej ognisk *K. pneumoniae* odnotowano w województwie mazowieckim (42 ogniska, co stanowi 14% ze wszystkich 307), a najmniej w województwie lubuskim (5 ognisk, tj. 2%).

Wyk. 43 Ogniska *Klebsiella pneumoniae* w 2025 r. w poszczególnych województwach

Źródło: opracowanie własne (GIS)



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

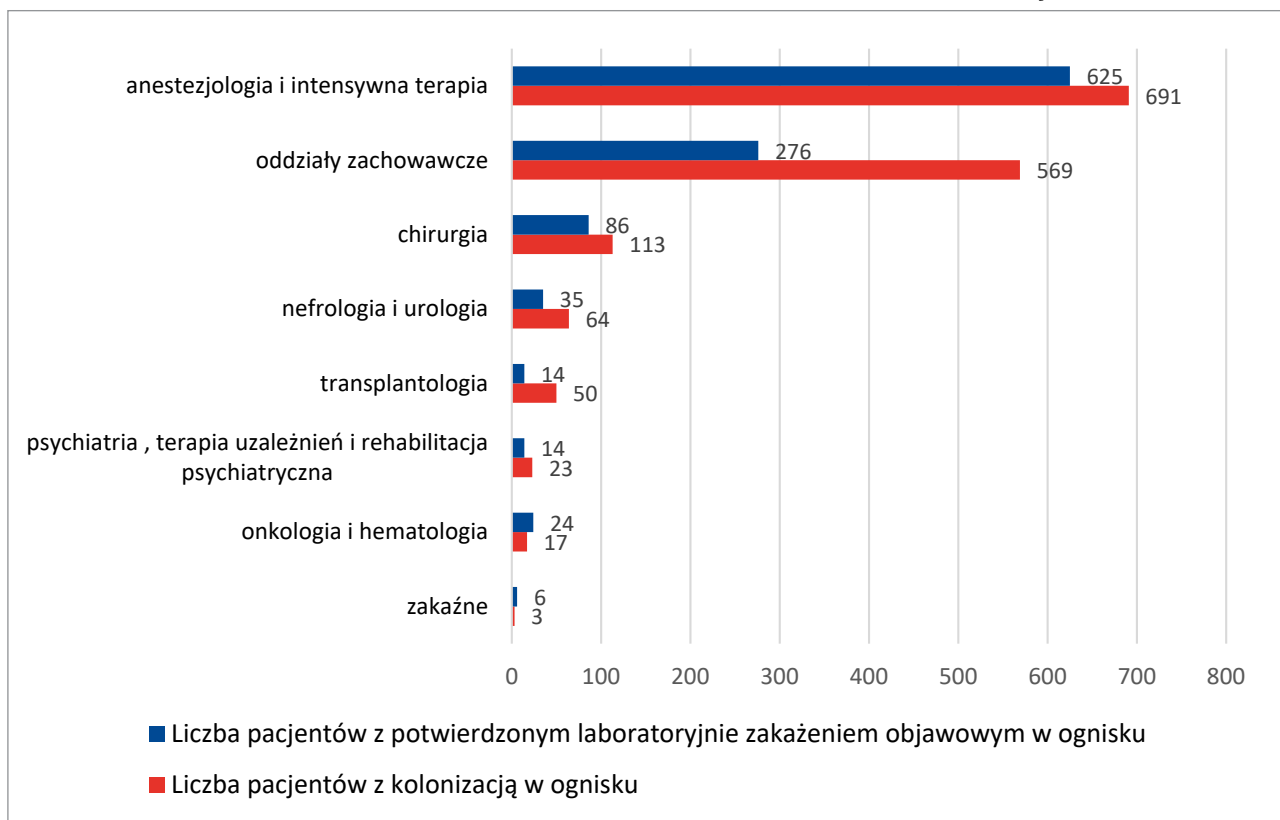
W 2025 r. ogniska wywołane przez *Klebsiella pneumoniae*, podobnie jak w roku ubiegłym, zgłaszane były najczęściej z oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych i dzieci oraz oddziałów wieloprofilowych zachowawczych, tj. chorób wewnętrznych, geriatricznych, zarówno w szpitalach I, II, jak i III stopnia referencyjności.

Drugim bakteryjnym czynnikiem chorobotwórczym wywołującym ogniska epidemiczne w 2025 r. było *Clostridioides difficile*. Zgłoszono 302 ogniska *Clostridioides difficile*, co stanowi łącznie 20,8% zarejestrowanych ognisk zakażeń z 1454 ognisk, w których zidentyfikowano czynnik biologiczny (bez SARS-CoV-2). W ogniskach zakażeniu uległo łącznie 1436 pacjentów, zaś u 20 pacjentów wykryto kolonizację przewodu pokarmowego.

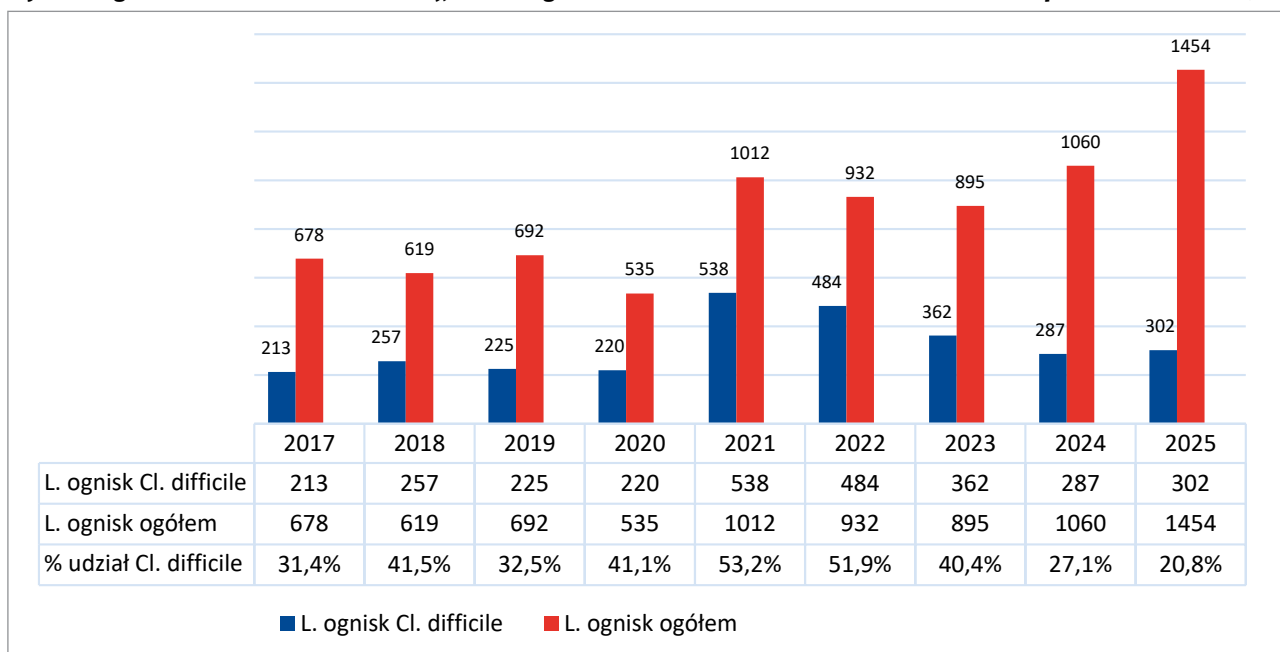
W porównaniu do lat ubiegłych zauważalna jest tendencja spadkowa w rejestrowaniu ognisk wywołanych *Clostridioides difficile* (2024 r. – 27,1%, 2023 r. – 40,4 %; 2022 r. – 51,9%; 2021 r. – 53,2%).

Wyk. 44 Zgłaszalność ognisk zakażeń *Klebsiella pneumoniae* w poszczególnych grupach oddziałów w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Wyk. 45 Ogniska zakażeń *Clostridioides difficile* vs. ogniska zakażeń w latach 2017 - 2025

Źródło: opracowanie własne (GIS)

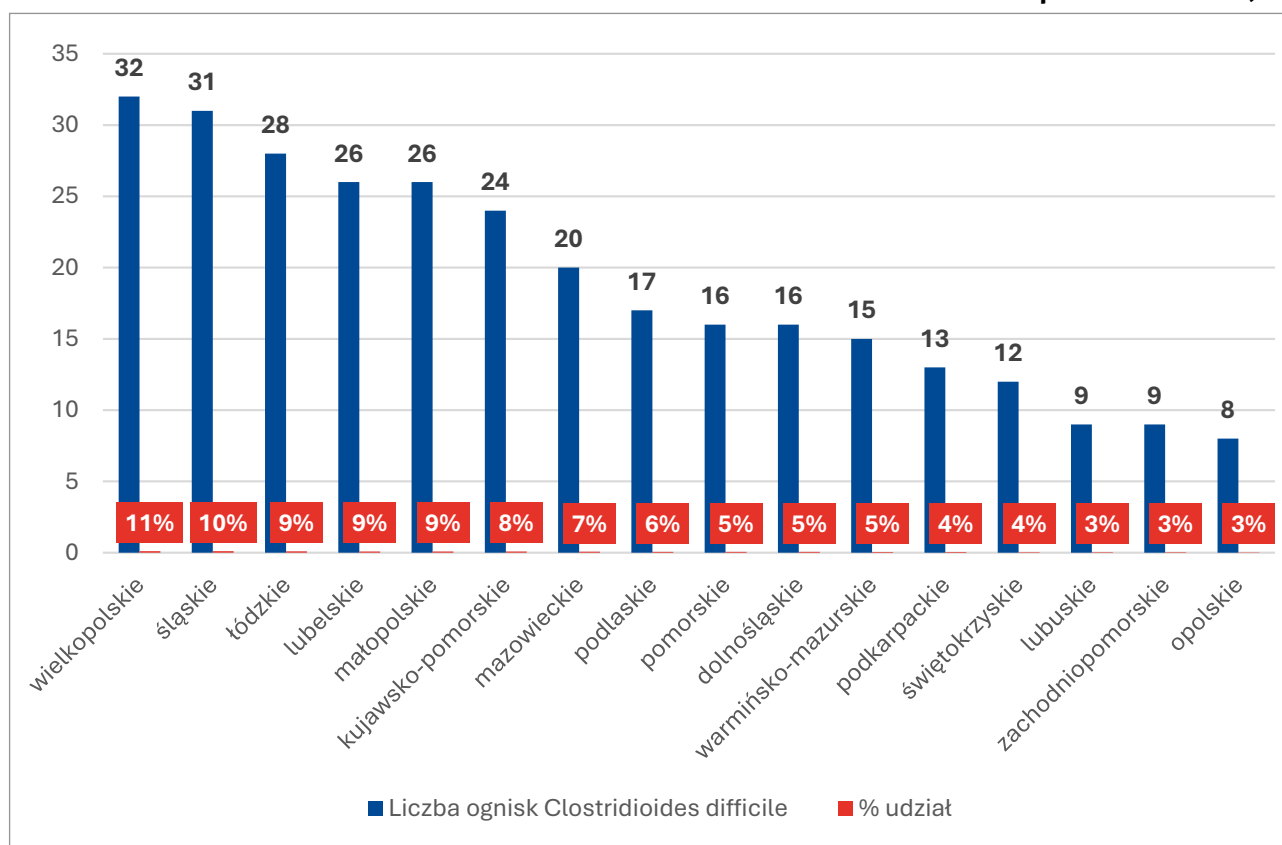


Pomimo tendencji spadkowej w zgłaszaniu ognisk wywołanych *Clostridioides difficile*, zakażenia wywołane przez te laseczki stanowią nadal duży problem ze względu na łatwość rozprzestrzeniania się w szpitalach, ciężki przebieg kliniczny uwarunkowany działaniem wytwarzanych przez nie toksyn, niejednokrotnie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

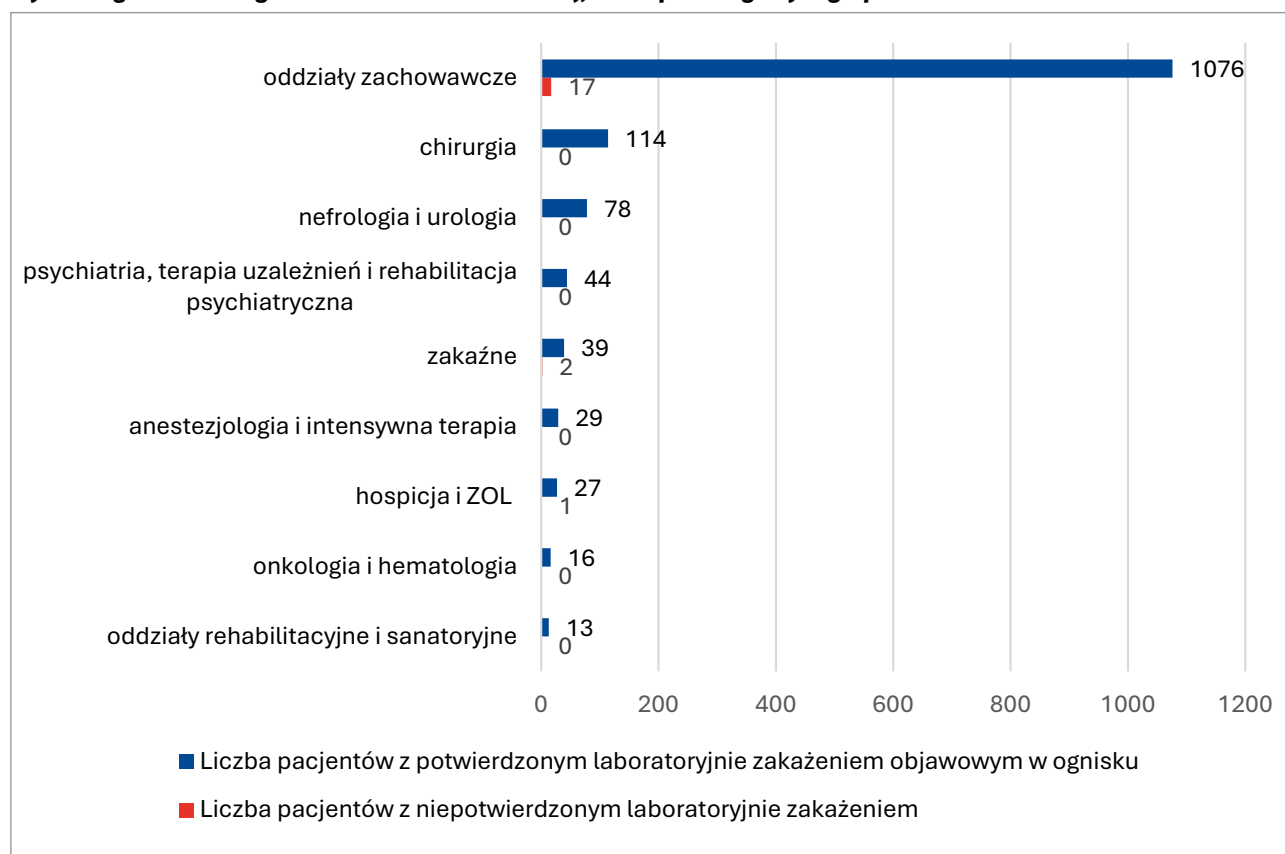
Najwięcej ognisk *Cl. difficile* odnotowano w województwie wielkopolskim (32 ogniska, co stanowi 11% ze wszystkich 302), a najmniej w województwie opolskim (8 ognisk, tj. 3%).

Wyk. 46 Ogniska *Clostridioides difficile* w 2025 r. w poszczególnych województwach

Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2025 r. ogniska *Clostridioides difficile* zgłaszane były najczęściej z oddziałów wieloprofilowych zachowawczych, tj. chorób wewnętrznych, geriatricznych oraz w oddziałach chirurgicznych, nefrologicznych i urologicznych.

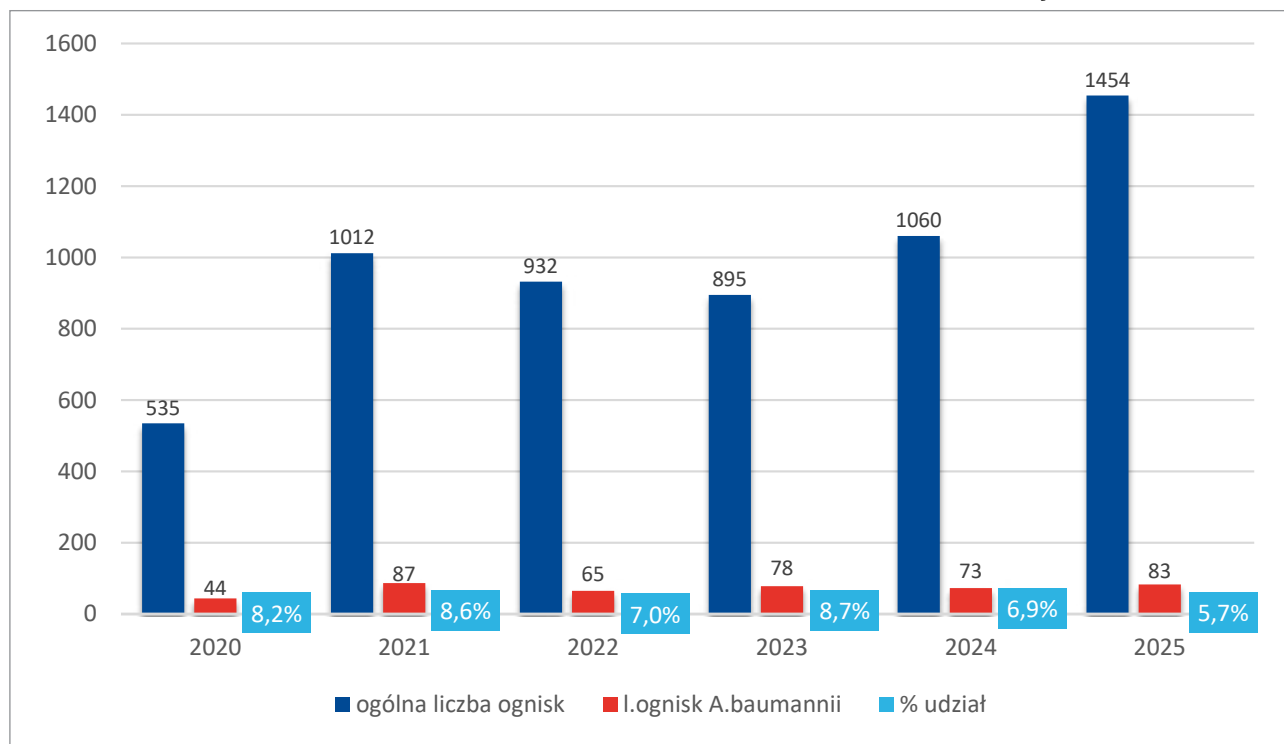
Wyk. 47 Zgłaszalność ognisk zakażeń *Clostridioides difficile* w poszczególnych grupach oddziałów w 2025 r.

Trzecim co do częstości bakteryjnym czynnikiem etiologicznym wywołującym ogniska epidemiczne w szpitalach była, podobnie jak w roku 2024 r., niefermentująca Gram (-) pałeczka ***Acinetobacter baumannii***. W 2025 roku zgłoszono 83 ogniska *Acinetobacter baumannii*, co stanowi łącznie 5,7% zarejestrowanych ognisk zakażeń z 1454 ognisk, w których zidentyfikowano czynnik biologiczny (bez SARS-CoV-2). W ogniskach *Acinetobacter baumannii* zakażonych było 443 pacjentów, zaś u 237 pacjentów wykryto kolonizację.

Najwięcej ognisk *Acinetobacter baumannii* odnotowano w województwie pomorskim (14 ognisk, co stanowi 17% ze wszystkich 83), najmniej w województwie opolskim (1 ognisko, tj. 1%), a w województwie podlaskim nie było zgłoszeń dotyczących ognisk wywołanych tą bakterią.

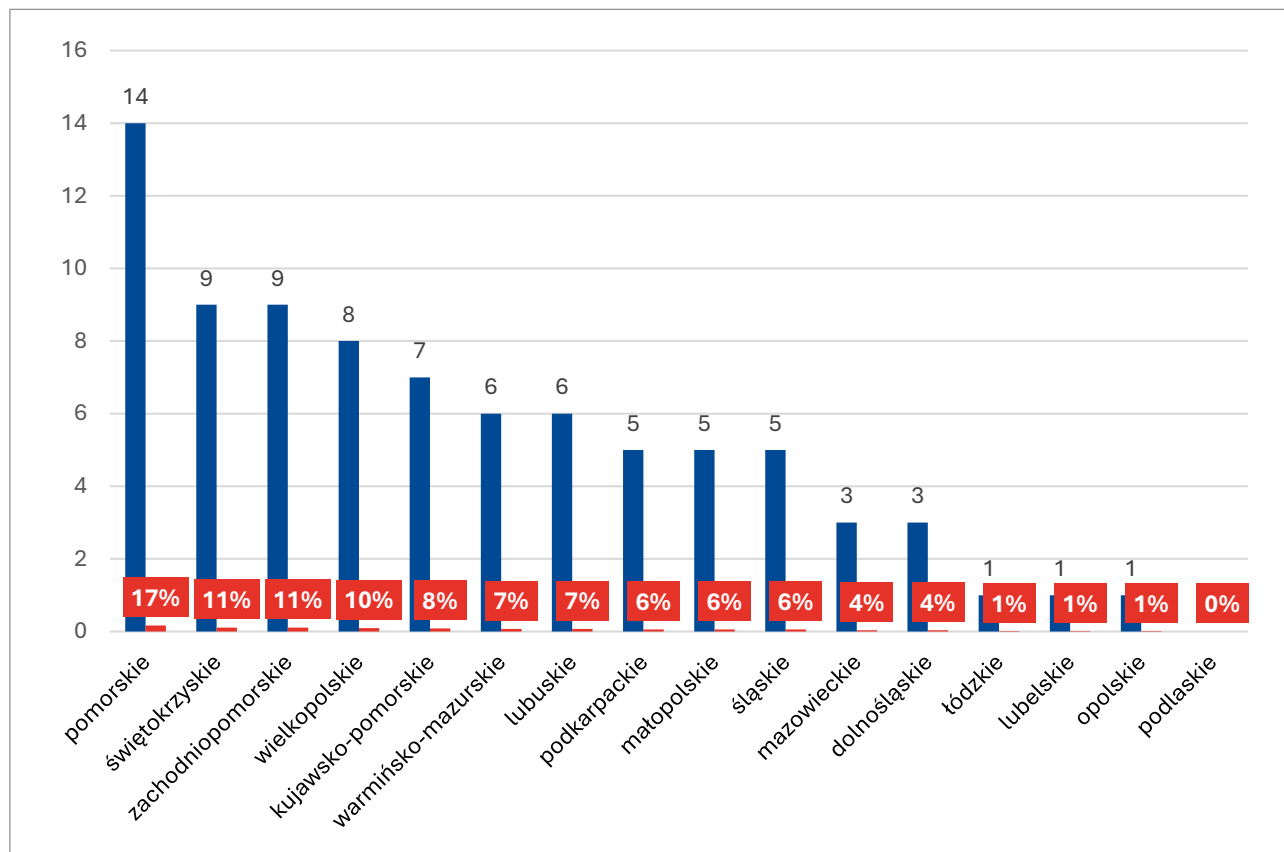
Wyk. 48 Ogniska zakażeń *Acinetobacter baumannii* vs. ogniska ogółem w latach 2020 – 2025

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 49 Ogniska *Clostridioides difficile* w 2025 r. w poszczególnych województwach

Źródło: opracowanie własne (GIS)

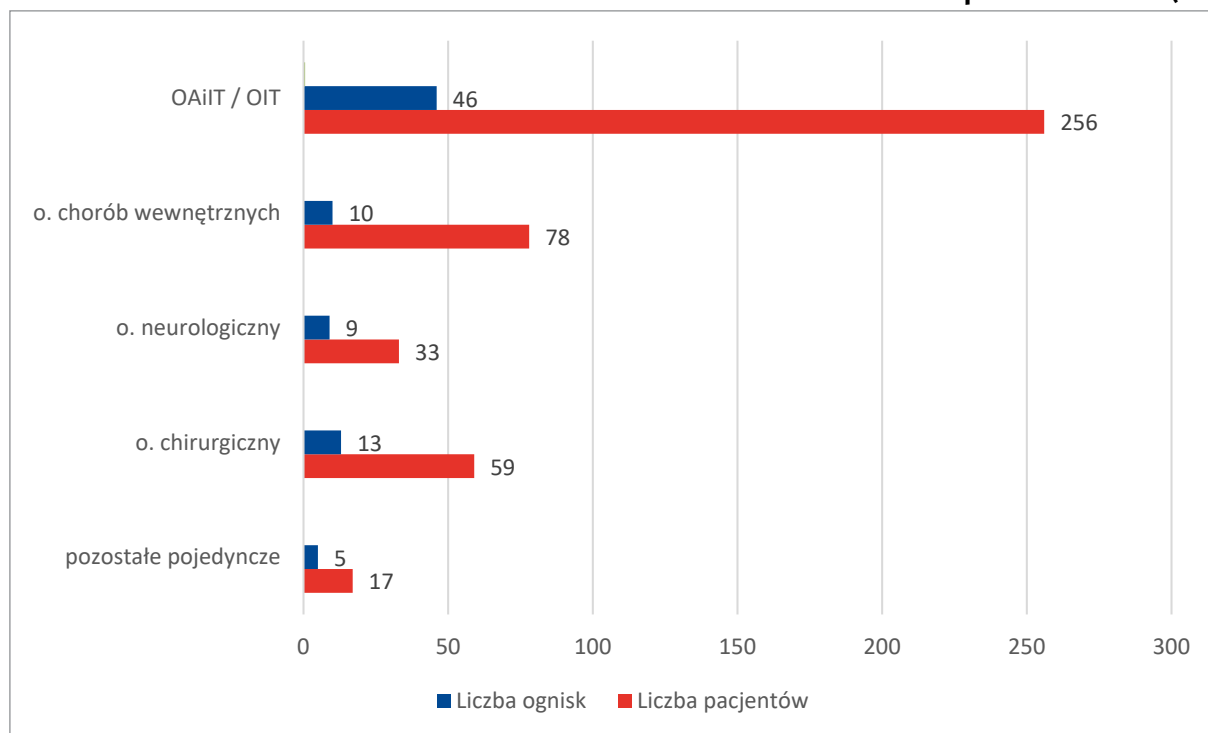




W 2025 r. ogniska zakażeń wywołanych *Acinetobacter baumannii* opornym na karbapenemy występowały najczęściej w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych, oddziałach chirurgicznych i chorób wewnętrznych, neurologicznych. 5 ognisk zgłoszono z oddziałów immunologii, pulmonologii, oddziału leczenia oparzeń.

Wyk. 50 Oddziały szpitalne, w których zgłoszono ogniska *Acinetobacter baumannii* w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



11.4. Sytuacja epidemiologiczna w podmiotach leczniczych innych niż szpitalne w Polsce

W 2025 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono również 68 ognisk z podmiotów niezobowiązanych do ich zgłaszania zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt. 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zgłoszono ogniska z podmiotów leczniczych innych niż zarejestrowane w strukturach szpitala, w tym:

- ◆ 40 ognisk z zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- ◆ 6 ognisk z zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- ◆ 3 ogniska z sanatorium uzdrowiskowego,
- ◆ 5 ognisk z domów pomocy społecznej,
- ◆ 2 ogniska z hospicjum,
- ◆ 12 ognisk z innych podmiotów (m.in. zakład psychiatryczny i leczenia uzależnień, ośrodek opiekuńczo-wychowawczy, ośrodek leczenia odwykowego).

Tab. 16 Liczba ognisk w 2025 r. w poszczególnych województwach

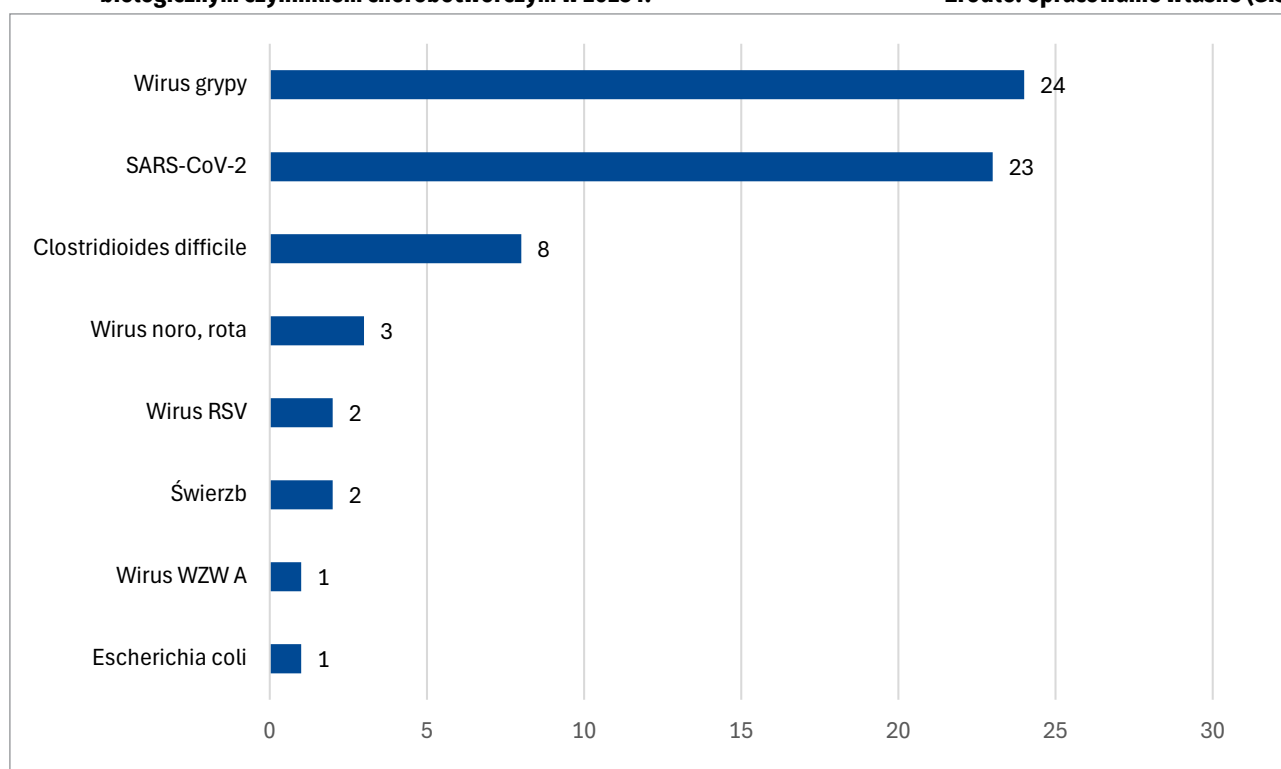
Województwo	Rodzaj podmiotu					
	ZOL (zakład opiekuńczo-leczniczy)	ZPO (zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy)	Sanatorium uzdrowiskowe	DPS (dom pomocy społecznej)	Hospicjum	Inne
dolnośląskie	4	0	2	0	1	0
kujawsko-pomorskie	0	2	0	0	0	0
lubelskie	4	0	0	0	0	0
łódzkie	0	0	0	1	0	0
małopolskie	6	0	1	0	0	0
opolskie	1	0	0	0	0	2
podlaskie	3	0	0	0	0	0
pomorskie	0	0	0	1	0	0
śląskie	4	2	0	2	0	4
świętokrzyskie	0	0	0	0	1	0
zachodniopomorskie	0	0	0	1	0	0
mazowieckie	12	1	0	0	0	0
wielkopolskie	6	1	0	0	0	6
SUMA	40	6	3	5	2	12

W ogniskach epidemicznych zakażeniu uległo 817 osób, w tym 76 osób z personelu. Zakażenia zostały potwierdzone u 536 pacjentów oraz u 26 osób z personelu. W 4 ogniskach (5,9%), w których czynnik biologiczny nie został zidentyfikowany, pacjenci zostali włączeni według kryteriów epidemiologicznych oraz objawów klinicznych.

Najczęstszym zidentyfikowanym czynnikiem chorobotwórczym ognisk w podmiotach leczniczych innych niż szpitalne był wirus grypy, który stanowił 35,5% (24 ogniska). Zgłoszono pojedyncze ognisko wywołane przez wirusa WZW typu A oraz ognisko wywołane czynnikiem bakteryjnym – *Escherichia coli*.

Wyk. 51 Liczba ognisk w podmiotach leczniczych innych niż szpitalne z potwierdzonym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



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

Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala* Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje okresowe sprawozdania dotyczące występowania czynników alarmowych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w danym roku kalendarzowym.

Od bieżącego roku raportowanie w zakresie czynników alarmowych realizowane jest w nowej formule za pośrednictwem platformy e-Sanepid. Wprowadzenie przedmiotowego rozwiązania spowodowało usprawnienie przepływu informacji, ujednolicenie procesu raportowania, a także zwiększenie efektywności gromadzenia i analizy danych na poziomie powiatowym, wojewódzkim oraz centralnym.

W 2025 r. analizę dotyczącą sytuacji epidemiologicznej szpitala w zakresie występowania czynników alarmowych sporządzono na podstawie raportów rocznych przekazanych z 873 podmiotów leczniczych (5436 oddziałów szpitalnych), dysponujących łącznie 149 145 łóżkami. Hospitalizowano łącznie 9 822 717 pacjentów i wykorzystano 76% łóżek szpitalnych.

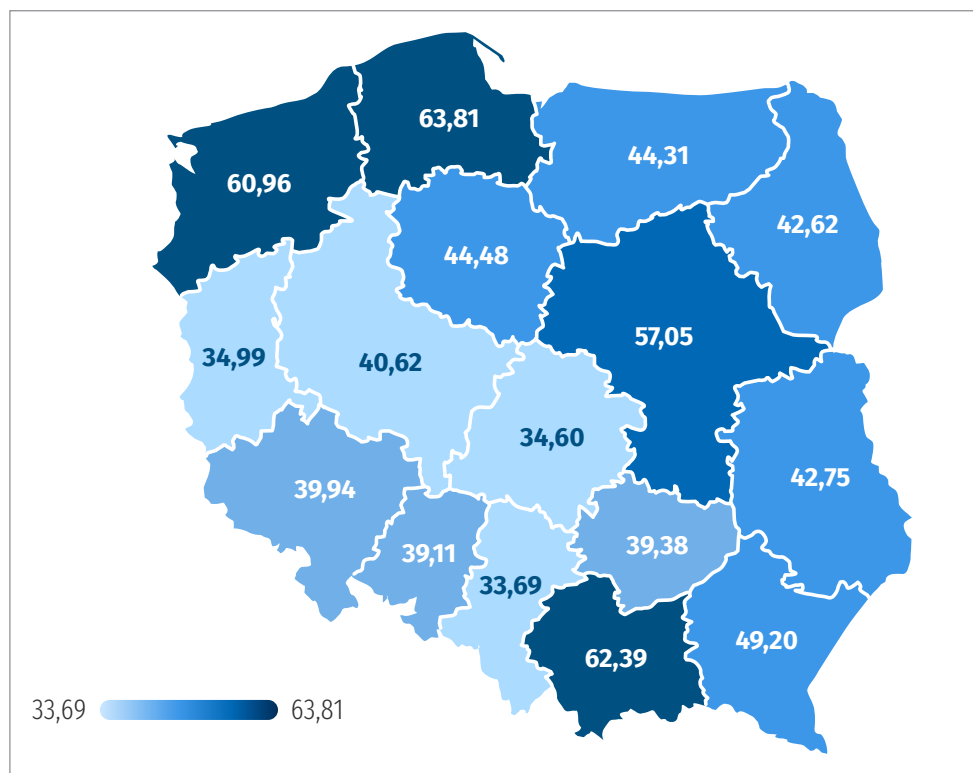
W 2025 r. wykonano ogółem 6 887 186 badań mikrobiologicznych, co stanowiło 70,11 badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na 100 pacjentów (0,7 badania mikrobiologicznego na jednego pacjenta). W stosunku do 2024 r. odnotowano znaczny wzrost średniej liczby wykonanych badań mikrobiologicznych o 11,22 badania/łożko/rok. W roku 2025 średnia liczba badań mikrobiologicznych/łożko/rok wyniosła 46,18 (dla porównania w 2024 r. wynosiła 34,96/łożko/rok, zaś w 2023 r. 29,38/łożko/rok). Najwięcej badań mikrobiologicznych wykonano w województwach: pomorskim, małopolskim, zachodniopomorskim i mazowieckim.

Wzrost obserwowany na przestrzeni ostatnich lat potwierdza coraz większą rolę diagnostyki mikrobiologicznej w nadzorze nad zakażeniami szpitalnymi oraz świadczy o stopniowym wzmocnieniu systemów kontroli zakażeń i monitorowania lekooporności drobnoustrojów.

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

Rys. 3 Badania mikrobiologiczne/tóżko/rok z podziałem na województwa w 2025 r.

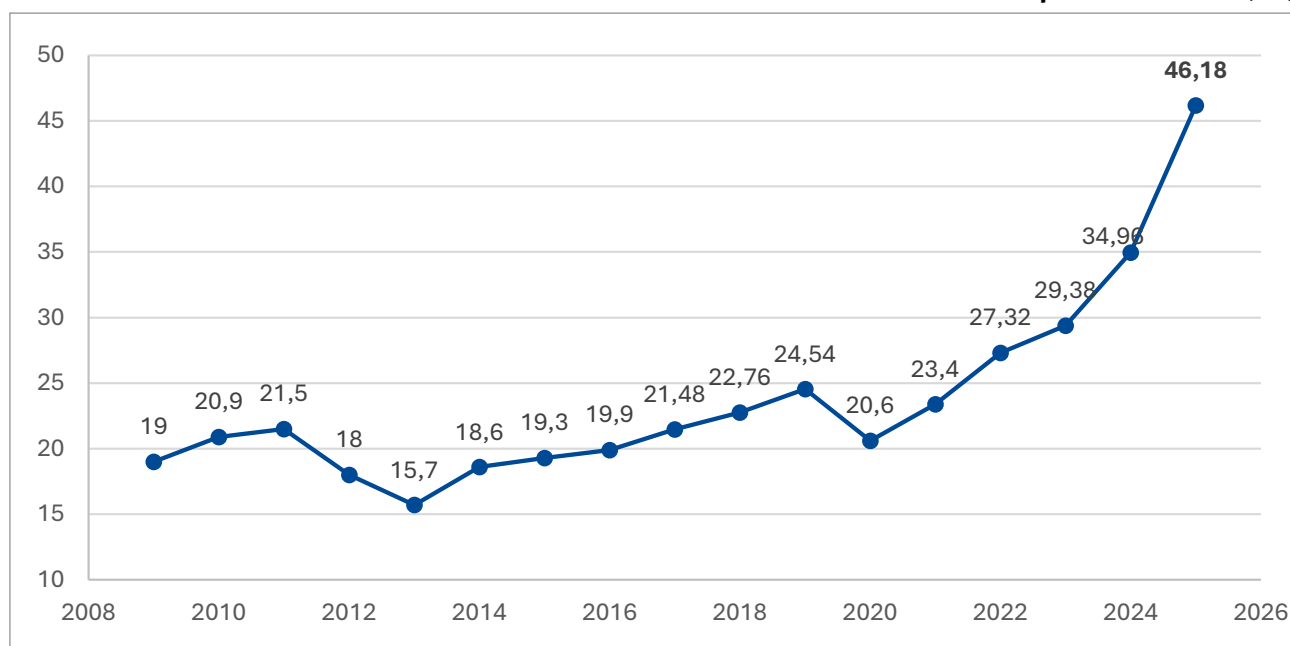
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Rozwój oraz powszechne stosowanie badań mikrobiologicznych są fundamentem skutecznego systemu kontroli zakażeń szpitalnych, a także strategii racjonalnego stosowania antybiotyków. Ze względu na rosnącą oporność drobnoustrojów na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz pojawianie się nowych zagrożeń epidemicznych, znaczenie diagnostyki mikrobiologicznej będzie systematycznie wzrastać.

Wyk. 52 Średnia liczba badań mikrobiologicznych/tóżko/rok w latach 2009 r. – 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Analiza wskaźnika badań mikrobiologicznych na łóżko/rok pokazuje wyraźne zróżnicowanie pomiędzy referencyjnością szpitali a liczbą wykonywanych badań mikrobiologicznych. Najwyższe wskaźniki odnotowano w szpitalach III stopnia referencyjności wieloprofilowych (65,51/łóżko/rok) oraz szpitalach pulmonologicznych (65,43/łóżko/rok).

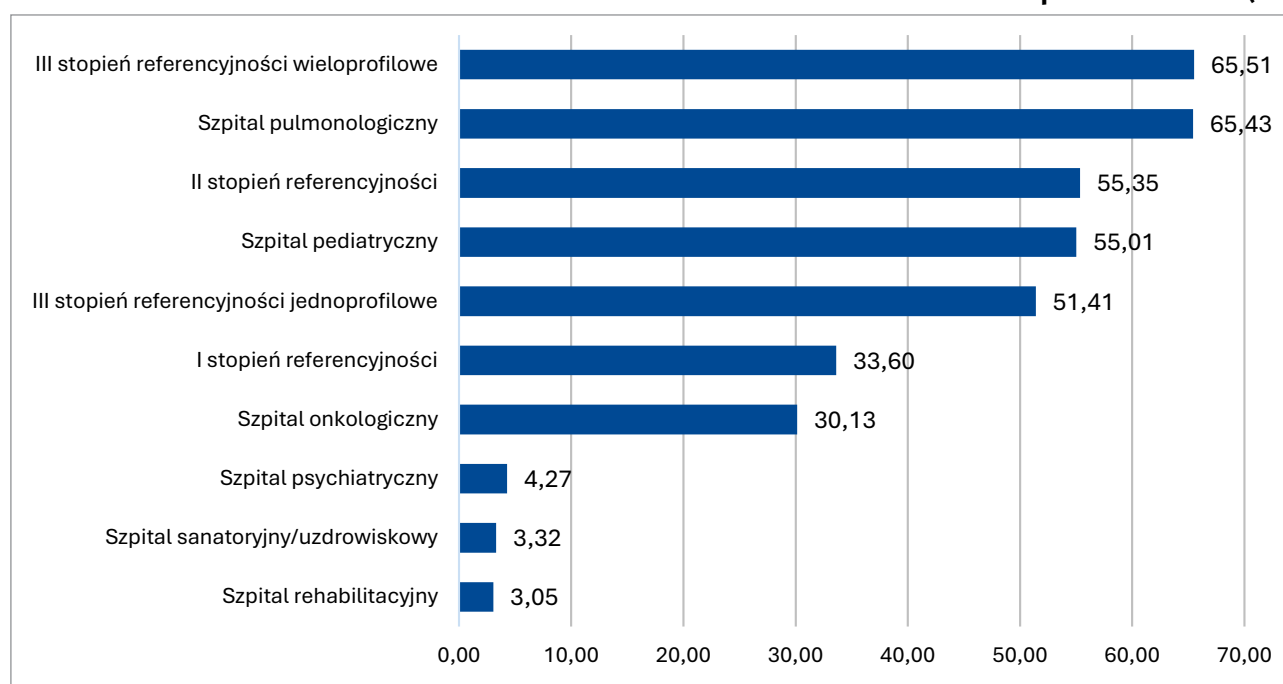
Do grupy jednostek o wysokim wskaźniku badań łóżko/rok należą również szpitale II stopnia referencyjności (55,35/łóżko/rok), pediatryczne (55,01/łóżko/rok) oraz III stopnia referencyjności jednoprofilowe (51,41/łóżko/rok).

Znacznie niższe wskaźniki uzyskano w szpitalach I stopnia referencyjności (33,60/łóżko/rok) oraz szpitalach onkologicznych (30,13/łóżko/rok).

Najmniejszą liczbę badań na łóżko/rok odnotowano w szpitalach psychiatrycznych (4,27/łóżko/rok), sanatoryjno-uzdrowiskowych (3,32/łóżko/rok) oraz rehabilitacyjnych (3,05/łóżko/rok).

Wyk. 53 Badania mikrobiologiczne/łóżko/rok z podziałem na stopień referencyjności szpitala

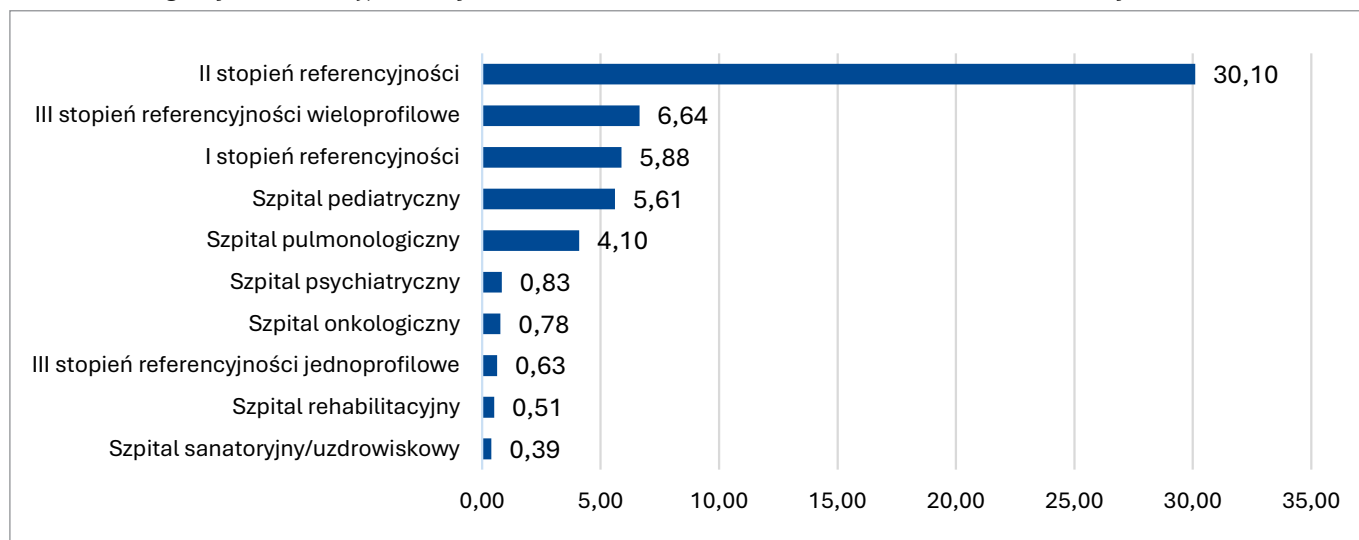
Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2025 r. najwyższy współczynnik zapadalności na zakażenia wywołane biologicznymi czynnikami alarmowymi w przeliczeniu na osobodni hospitalizacji odnotowano w szpitalach II stopnia referencyjności i wyniósł on 30,10. Znacznie niższe wartości uzyskano w szpitalach III stopnia referencyjności wieloprofilowych (6,64), I stopnia referencyjności (5,88) oraz szpitalach pediatrycznych (5,61). W szpitalach pulmonologicznych wskaźnik wyniósł 4,10, natomiast w pozostałych podmiotach utrzymywał się na poziomie poniżej 1,0.

Wyk. 54 Współczynnik zapadalności na zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym według stopnia referencyjności szpitala na 1000 osobodni w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



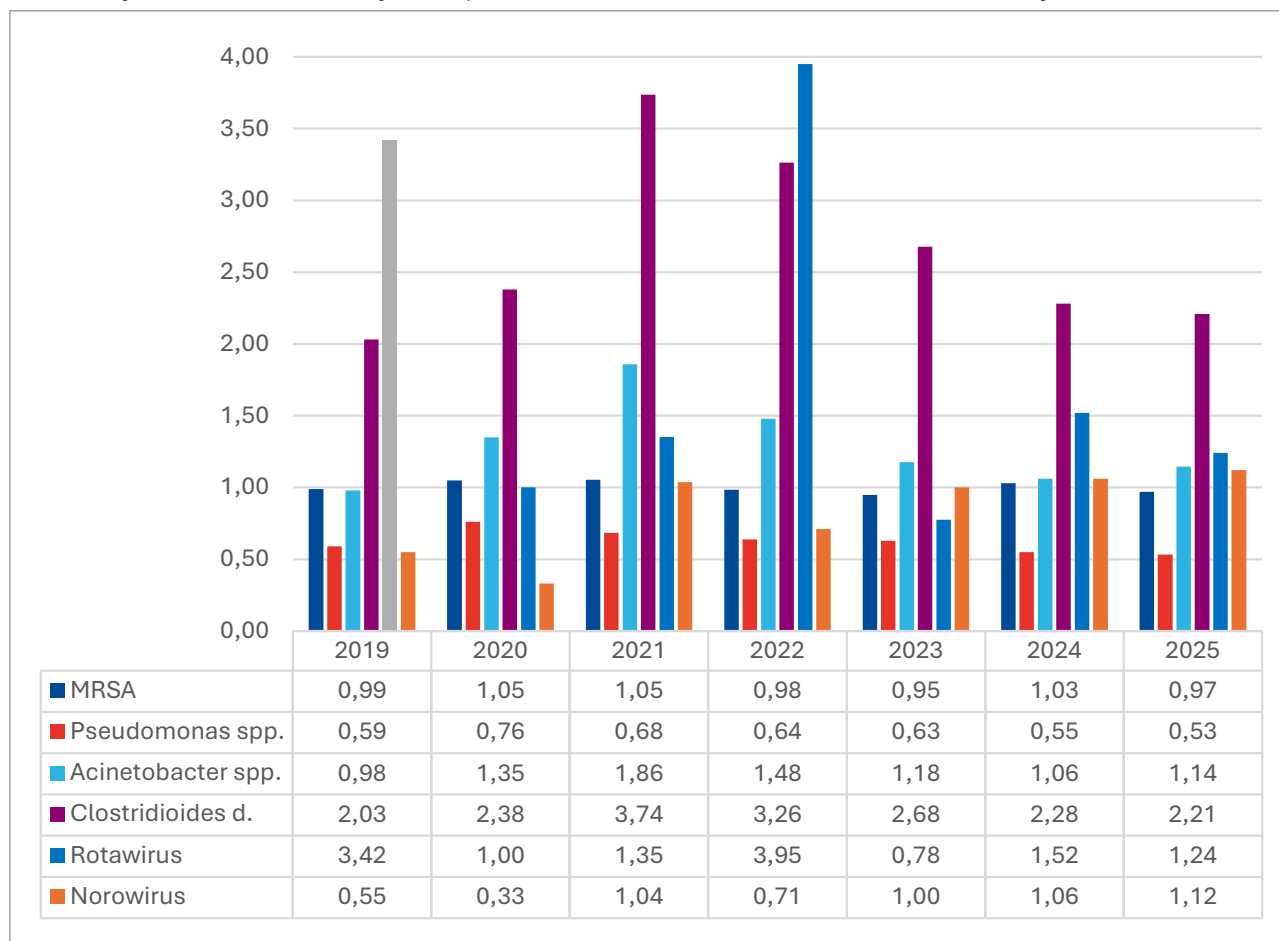
W latach 2019–2025 obserwowano zróżnicowane trendy zapadalności na zakażenia wywołane poszczególnymi czynnikami alarmowymi. Najwyższy współczynnik zapadalności dotyczył zakażeń wywołanych przez *Clostridioides difficile* oraz rotawirusy.

W przypadku zakażeń *Clostridioides difficile* do 2021 r. obserwowano wzrost zapadalności (do 3,74/1000 hospitalizacji), a w kolejnych latach wystąpił stopniowy spadek zapadalności do poziomu 2,21/1000 hospitalizacji w roku 2025.

Najwyższy wskaźnik zapadalności na zakażenia wywołane rotawirusami odnotowano w 2022 r. (3,95/1000 hospitalizacji), co stanowiło wyraźny wzrost względem pozostałych analizowanych lat. W kolejnych latach wskaźnik utrzymywał się na poziomie zbliżonym do wcześniejszych wartości. W przypadku zakażeń wywołanych norowirusami od 2021 r. obserwowano stopniowy wzrost zapadalności, osiągający najwyższą wartość w roku 2025 (1,12/1000 hospitalizacji).

W odniesieniu do *Acinetobacter spp.* widoczny był wzrost zapadalności do 2021 r., po czym obserwowano tendencję spadkową i stabilizację wskaźnika w latach 2024–2025.

Zakażenia wywołane przez *Pseudomonas spp.* utrzymywały się na relatywnie niskim poziomie, z niewielką tendencją malejącą w ostatnich latach.

Wyk. 55 Zapadalność na zakażenia wywołane czynnikami alarmowymi w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w latach 2019-2025**Źródło: opracowanie własne (GIS)**

W 2025 r. zgłoszono łącznie 224 597 zakażeń wywołanych biologicznym czynnikiem alarmowym z uwzględnieniem momentu rozpoznania zakażenia. Spośród zgłoszonych przypadków 138 093 zakażeń (61%) zostało rozpoznanych w ciągu pierwszych 72 godz. hospitalizacji. Natomiast po upływie 72 godz. rozpoznano 86 504 zakażenia (39%) wywołane biologicznymi czynnikami alarmowymi.

W 2025 r. pałeczki *Enterobacterales* stanowiły najliczniejszą grupę drobnoustrojów wywołujących zakażenia czynnikiem alarmowym. Szczepy pałeczek *Enterobacterales* produkujących beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AMPc) wywołały 66 008 zakażeń. Dla porównania w 2024 r. było ich 63 230, co stanowi wzrost liczby zakażeń o 4,4%. Spośród nich 41 639 zakażeń (63,1%) rozpoznano w ciągu pierwszych 72 godz. od przyjęcia do szpitala, natomiast 24 369 (36,9%) po upływie 72 godz.

W 2025 r. szczepy pałeczek *Enterobacterales* odporne na karbapenemy (CRE) wywołały 22 077 zakażeń, co oznacza wzrost w porównaniu do 2024 r. o 7331 (tj. o blisko 50%). Prawie połowa zakażeń 10 659 (48,3%) wystąpiła po 72 godzinach od przyjęcia do szpitala.

W przypadku szczepów *Klebsiella spp.* opornych na karbapenemy – spośród 14 027 zakażeń objawowych, 7917 (56,4%) zostało wykrytych po 72 godz. od przyjęcia do szpitala. Jednocześnie kolonizację szczepami *Klebsiella spp.* opornymi na karbapenemy stwierdzono u 24 159 pacjentów, z czego 15 365 przypadków (63,6%) zidentyfikowano w ciągu pierwszych 72 godz. hospitalizacji, co wskazuje na dużą liczbę pacjentów skolonizowanych już w chwili przyjęcia do szpitala. Zaobserwowano wzrost liczby objawowych zakażeń szczepami *Klebsiella spp.* opornymi na karbapenemy (z 12 581 w 2024 r. do 14 027 w 2025 r.), w tym wzrost liczby zakażeń ujawnionych po upływie 72 godz. (z 53% w 2024 r. do 56,4% w 2025 r.) oraz wzrost liczby kolonizacji (z 20 327 w 2024 r. do 24 159 w 2025 r.), w tym kolonizacji wykrywanej przed upływem 72 godz. (z 60% z 2024 r. do 63,6% w 2025 r.). Analizowana sytuacja zakażeń wywołanych przez pałeczki *Klebsiella spp.* odporne na karbapenemy sugeruje, że źródłem zakażeń mogą być przyjmowani do szpitali bezobjawowi (skolonizowani) pacjenci, do kolonizacji których doszło prawdopodobnie w trakcie wcześniejszych hospitalizacji lub w wyniku styczności z innymi skolonizowanymi osobami przed przyjęciem do szpitala.

W odniesieniu do *Clostridioides difficile* - spośród 21 793 przypadków zakażeń aż 12 249 (56,2%) rozwinęło się po trzeciej dobie hospitalizacji (po 72 godz.), co wskazuje, że do zakażenia doszło już w szpitalu. Taki profil czasowy zakażenia oraz jego patogenеза jednoznacznie wskazują na istotne znaczenie *Clostridioides difficile* jako jednego z kluczowych drobnoustrojów chorobotwórczych związanych z opieką zdrowotną.



Odmienny charakter miały zakażenia wywołane przez *Clostridium perfringens*, spośród których większość (681 z 943 przypadków, tj. 72,2%) została wykryta w ciągu pierwszych 72 godz. hospitalizacji. Może to wynikać z krótszego okresu inkubacji tego patogenu oraz świadczyć o pozaszpitalnym źródle zakażenia.

Wśród patogenów Gram-dodatnich w 2025 r. najczęściej rozpoznawano zakażenia wywołane przez szczepy metycylinoopornego *Staphylococcus aureus* (MRSA) – 9534 przypadków, z czego 5997 (62,9%) rozpoznano do 72 godz. od przyjęcia do szpitala, a 3537 (37,1%) po upływie 72 godz. od przyjęcia do szpitala. W 2025 r. odnotowano spadek liczby zakażeń MRSA o 924 (8,8%) przypadki w porównaniu do 2024 r.

W 2025 r. wykazano 128 zakażeń szczepami *Staphylococcus aureus* opornym na glikopeptydy (VISA lub VRSA) - spadek liczby zakażeń w porównaniu do 2024 r. o 83 przypadki (39,3%).

W minionym roku zarejestrowano również 108 zakażeń wywołanych szczepami *Staphylococcus aureus* opornymi na oksazolidynony (np. na linezolid), co oznacza spadek liczby zakażeń w porównaniu do 2024 r. o 213 przypadków (67,6%).

Tab. 17 Liczba pacjentów z zakażeniem nabytym do 72 godz. i po 72 godz. z podziałem na czynniki alarmowe w 2025 r.

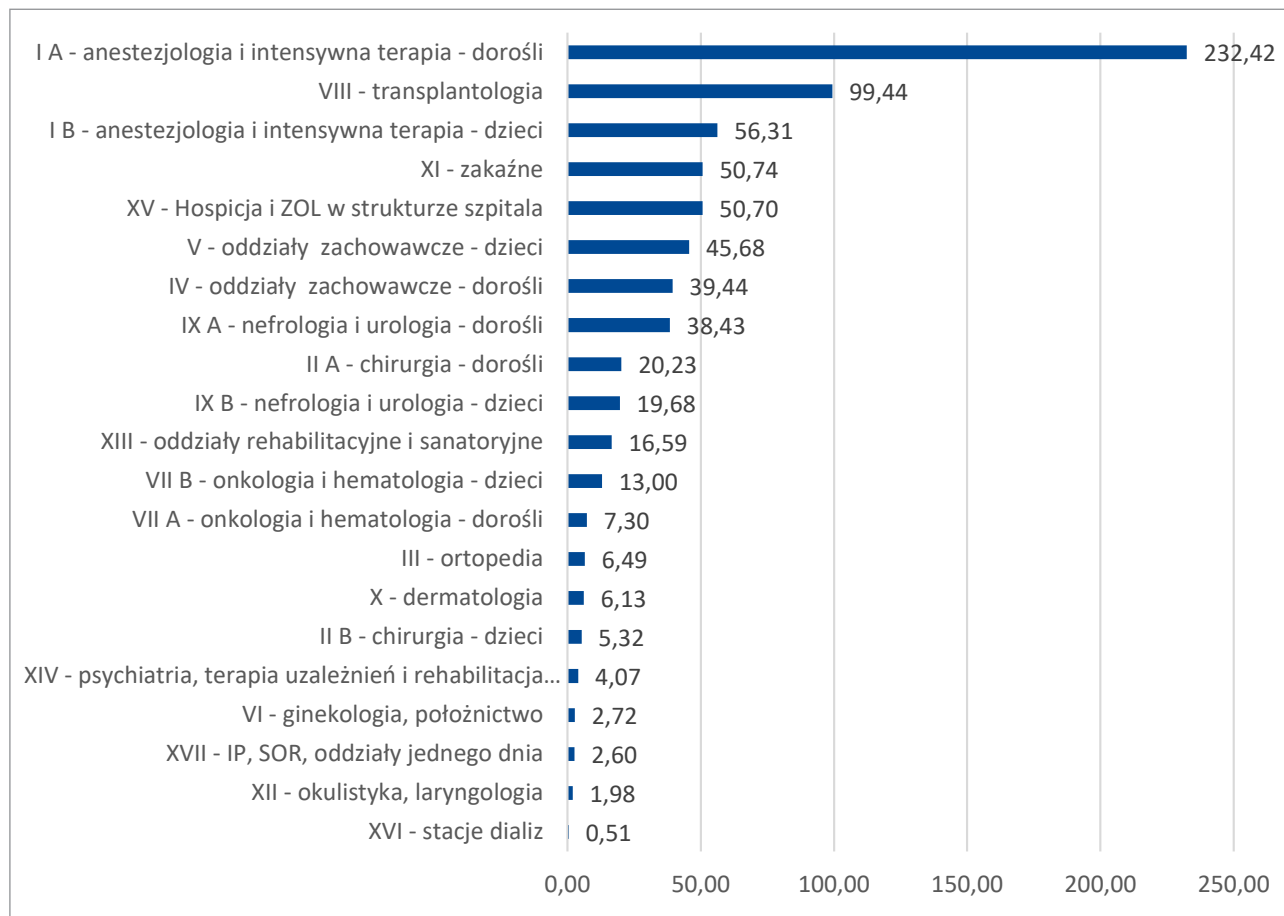
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Patogen	do 72 godz.	po 72 godz.
Metycylinooporny <i>S. aureus</i> (MRSA)	5997	3537
<i>Staphylococcus aureus</i> oporny na glikopeptydy (VISA lub VRSA)	91	37
<i>Staphylococcus aureus</i> oporny na oksazolidynony (np. linezolid)	71	37
<i>Enterococcus spp.</i> oporny na wankomycynę (VRE)	611	999
<i>Enterococcus spp.</i> oporny na oksazolidynony	171	176
<i>Enterobacterales</i> wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AmpC)	41 639	24 369
<i>Enterobacterales</i> oporne na polimyksyny (kolistyna)	1634	1547
<i>Enterobacterales</i> oporne na karbapenemy (CRE)	11 418	10 659
<i>Klebsiella spp.</i> oporne na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) - zakażenia objawowe	6110	7917
<i>Klebsiella spp.</i> oporne na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) – kolonizacja	15 365	8794
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> oporne na karbapenemy lub dwie inne grupy leków	2290	2572
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> oporne na polimyksyny (kolistyna)	195	182
<i>Acinetobacter spp.</i> oporne na polimyksyny (kolistyna)	326	519
<i>Clostridioides difficile</i>	9544	12 249
<i>Clostridium perfringens</i>	681	262
<i>Streptococcus pneumoniae</i> oporny na penicylinę lub cefalosporyny III gen	459	72

W 2025 r. najwyższy wskaźnik zapadalności na 1000 hospitalizacji odnotowano w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych i wyniósł on 232,42. Kolejno wysokie wartości zarejestrowano na oddziałach transplantologii (99,44), anestezjologii i intensywnej terapii dzieci (56,31), oddziałach zakaźnych (50,74), hospicjach i ZOL w strukturze szpitala (50,70) oraz zachowawczych oddziałach dziecięcych (45,68). W przypadku pozostałych oddziałów wskaźnik zapadalności utrzymywał się poniżej 40,00 na 1000 pacjentów.

Wyk. 56 Wskaźnik zapadalności na 1000 hospitalizacji z podziałem na grupy oddziałów w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2025 r. największą liczbę pacjentów z zakażeniem czynnikiem alarmowym odnotowano w oddziałach zachowawczych dla dorosłych, gdzie łącznie potwierdzono 81 857 przypadków zakażeń. W tej grupie oddziałów hospitalizowanych było 2 075 247 pacjentów przez 11 267 309 osobodni.

Drugą pod względem liczby zakażeń czynnikami alarmowymi grupą były oddziały zachowawcze dla dzieci – 34 015 (744 632 hospitalizacji przez 2 453 154 osobodni).

Na wysoką liczbę zakażeń w oddziałach zachowawczych wpływa m.in. długotrwały pobyt pacjentów oraz wielochorobowość osób hospitalizowanych, które zwiększają ryzyko wystąpienia zakażeń, w tym wywołanych biologicznymi czynnikami alarmowymi.

Znaczną liczbę patogenów odnotowano również w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych, gdzie łącznie zarejestrowano 33 631 zakażeń. Mimo mniejszej liczby hospitalizacji (144 697) niż w oddziałach zachowawczych, pacjenci OIOM pozostają w ciężkim stanie klinicznym, wymagają długotrwałego leczenia oraz licznych procedur inwazyjnych, takich jak wkłucia/cewniki naczyniowe, wentylacja mechaniczna czy cewnikowanie pęcherza moczowego, co istotnie zwiększa ryzyko zakażeń.

Kolejnymi grupami pod względem liczby występujących zakażeń biologicznymi czynnikami alarmowymi były oddziały chirurgiczne dla dorosłych (24 064 przypadki); w następnej kolejności oddziały zakaźne (16 081 zakażeń).

W oddziałach chirurgicznych 11 659 przypadków (50,1%) zakażeń biologicznymi czynnikami alarmowymi wykryto po upływie 72 godz. od przyjęcia do szpitala, co może wskazywać na związek tych zakażeń z hospitalizacją (zakażenia miejsca operowanego i powikłania po zabiegach). Natomiast w oddziałach zakaźnych, ze względu na specyfikę działalności polegającą na leczeniu pacjentów już hospitalizowanych z powodu infekcji, większość patogenów wykrywano przed upływem 72 godz. od chwili przyjęcia – dotyczyło to 10 710 przypadków zakażeń (73,1%). Jedynie 3939 zakażeń (26,9%) wykryto po upływie 72 godz. od rozpoczęcia hospitalizacji.

W oddziałach nefrologicznych i urologicznych dla dorosłych wykryto łącznie 12 792 zakażenia biologicznym czynnikiem alarmowym, znacząco przeważały (72,2%) przypadki zakażeń, które wystąpiły przed upływem 72 godz. od chwili przyjęcia do szpitala. Może to wskazywać na fakt, że pacjenci nefrologiczni i urologiczni często przyjmowani są do szpitala z zakażeniami układu moczowego i powikłaniami urologicznymi sprzyjającymi zakażeniom (np. chorzy przewlekłe cewnikowani).

Z analizy występowania zakażeń biologicznymi czynnikami alarmowymi w poszczególnych grupach oddziałów szpitalnych wynika, że wysoką liczbę zakażeń w stosunku do liczby hospitalizowanych pacjentów odnotowano w oddziałach onkologii i hematologii dorosłych (5247 zakażeń przy 719 142 hospitalizacjach przez 1 664 786 osobodni); z czego 53,3% (2658 zakażeń) wykrywano przed upływem 72 godz. od chwili przyjęcia do szpitala, natomiast 2329 zakażeń (46,7%) po upływie 72 godz. W oddziałach transplantologii odnotowano 1680 zakażeń przy 16 895 hospitalizacjach przez 109 007 osobodni; z czego udział zakażeń wykrywanych po 72 godzinach od przyjęcia do szpitala wyniósł 54,2%.

Odminną sytuację obserwuje się w oddziałach psychiatrycznych, terapii uzależnień i rehabilitacji psychiatrycznej, gdzie stwierdzono jedynie 883 przypadki zakażeń biologicznym czynnikiem alarmowym przy 204 506 hospitalizacjach przez 3 072 135 osobodni pobytu w szpitalu. Stanowi to jeden z najniższych wskaźników spośród analizowanych grup oddziałów.

Uzyskane wyniki wskazują, że długość hospitalizacji sama w sobie nie stanowi kluczowego czynnika determinującego ryzyko występowania zakażeń i wykrywania patogenów. Znacznie większe znaczenie

mają: charakterystyka kliniczna pacjentów, stopień obciążenia chorobami współistniejącymi, obecność immunosupresji oraz konieczność stosowania procedur inwazyjnych i intensywnego leczenia.

Tab. 18 Zakażenia czynnikami alarmowymi w 2025 r. z podziałem na grupy oddziałów

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Grupa oddziałów	Suma
IV - oddziały zachowawcze - dorośli	81 857
V - oddziały zachowawcze - dzieci	34 015
I A - anestezjologia i intensywna terapia - dorośli	33 631
II A - chirurgia - dorośli	24 064
XI - zakaźne	16 081
IX A - nefrologia i urologia - dorośli	12 792
VII A - onkologia i hematologia - dorośli	5247
XVII - IP, SOR, oddziały jednego dnia	4041
XIII - oddziały rehabilitacyjne i sanatoryjne	3788
III - ortopedia	3303
XV - Hospicja i ZOL w strukturze szpitala	2525
VI - ginekologia, położnictwo	1949
VIII - transplantologia	1680
XIV - psychiatria, terapia uzależnień i rehabilitacja psychiatryczna	883
VII B - onkologia i hematologia - dzieci	724
II B - chirurgia - dzieci	715
XII - okulistyka, laryngologia	689
IX B - nefrologia i urologia - dzieci	677
I B - anestezjologia i intensywna terapia - dzieci	511
X - dermatologia	381
XVI - stacje dializ	146

W 2025 r. najwięcej zakażeń bakteryjnych dotyczyło szczepów pałeczek *Enterobacterales* wytwarzających beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym oporności ESBL/AmpC (66 008 zakażeń). Odnotowano również wysoką liczbę zakażeń szczepami pałeczek *Enterobacterales* opornymi na karbapenemy (CRE) (22 077 zakażeń) oraz szczepami *Klebsiella spp.* (CRE) (14 027 zakażeń), co świadczy o znacznym problemie oporności antybiotykowej bakterii Gram-ujemnych jelitowych, szczególnie z rzędu *Enterobacterales*.

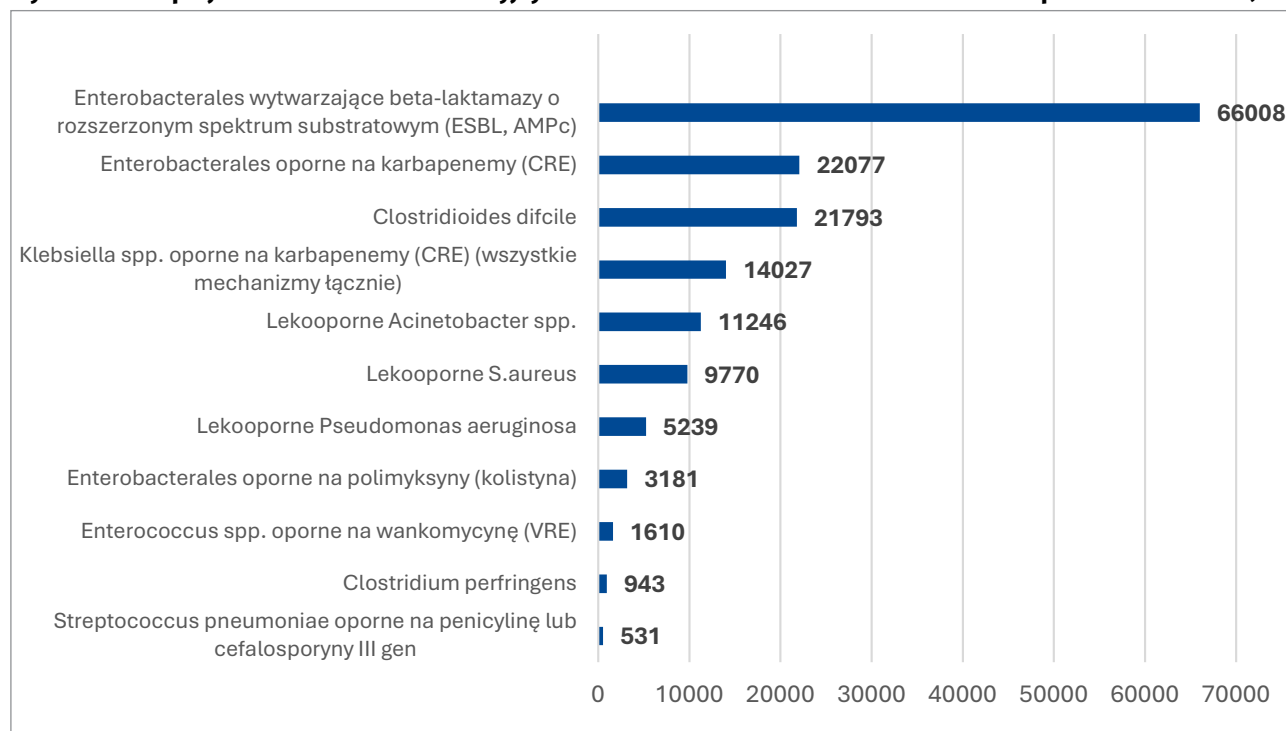
Choć liczba zakażeń wywołanych przez szczepy pałeczek *Enterobacterales* odporne na kolistynę (3181 zakażeń) jest niższa niż w przypadku innych *Enterobacterales*, ich znaczenie epidemiologiczne pozostaje bardzo duże. Oporność na kolistynę dotyczy bowiem antybiotyku stosowanego często jako lek „ostatniej szansy” w leczeniu ciężkich zakażeń. Może to wskazywać na narastanie problemu wielolekooporności oraz utrwalanie się szczepów trudnych do leczenia w środowisku szpitalnym, dlatego zjawisko to wymaga szczególnie uważnego monitorowania i ścisłej kontroli epidemiologicznej.

Istotnym problemem epidemiologicznym pozostają również zakażenia wywołane przez toksynotwórcze szczepy *Clostridioides difficile* (21 793 zakażenia). Tak wysoka liczba zachorowań może świadczyć o częstym stosowaniu antybiotyków, które zaburzą naturalną florę bakteryjną jelit i sprzyjają rozwojowi tego patogenu. Z epidemiologicznego punktu widzenia jest to ważny wskaźnik obciążenia systemu ochrony zdrowia zakażeniami związanymi z hospitalizacją oraz skuteczności działań w zakresie kontroli zakażeń i racjonalnej antybiotykoterapii.

W grupie patogenów szpitalnych zauważalna jest również obecność *Acinetobacter spp.* (11 246 zakażeń), *Staphylococcus aureus* (9770 zakażeń) oraz *Pseudomonas aeruginosa* (5239 zakażeń).

Wyk. 57 Liczba pacjentów z zakażeniem bakteryjnym

Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2025 r. najwięcej zakażeń biologicznym czynnikiem alarmowym o etiologii wirusowej dotyczyło zakażeń wywołanych syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) – 16 699 przypadków, co potwierdza utrzymujące się wysokie znaczenie zakażeń dróg oddechowych w epidemiologii szpitalnej.

Drugimi pod względem liczby zakażeń były zakażenia wywołane rotawirusami – 12 232 przypadki. Rotawirusy nadal należą do głównych przyczyn zakażeń przewodu pokarmowego, szczególnie u dzieci. W porównaniu z rokiem 2024, w którym zarejestrowano 15 476 przypadków, liczba zakażeń zmniejszyła się o 21%.

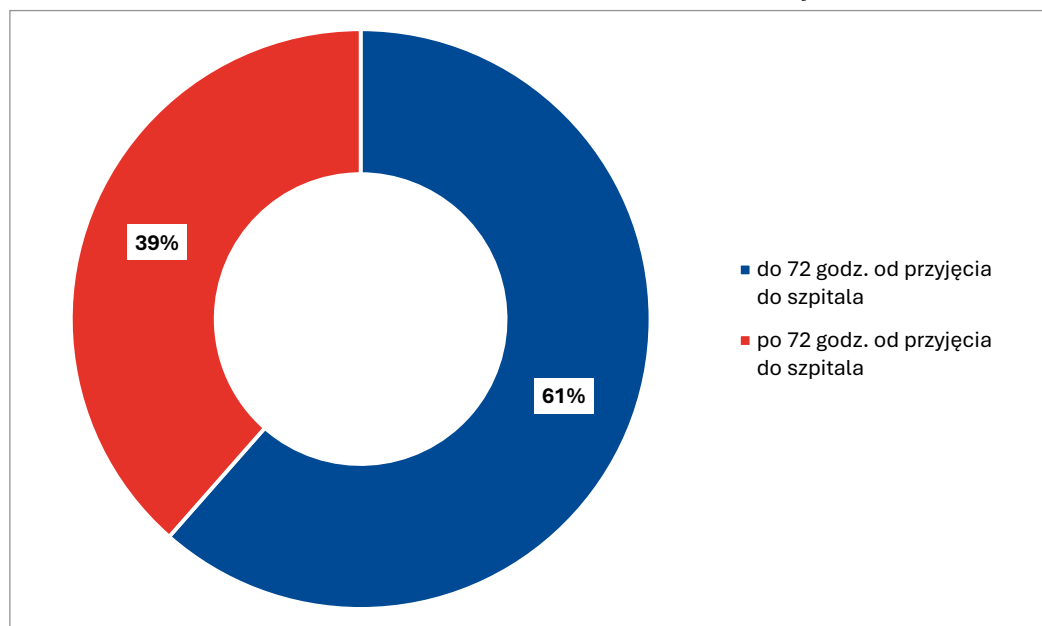
Liczba zakażeń wywołanych przez norowirusy była zbliżona do liczby zakażeń rotawirusowych i wyniosła 11 516 przypadków. Wskazuje to na utrzymujące się wysokie znaczenie zakażeń przewodu pokarmowego wśród hospitalizowanych pacjentów.

Wśród pozostałych analizowanych czynników zakaźnych odnotowano:

- ◆ zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) – 2964 przypadki,
- ◆ zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) – 2055 przypadków,
- ◆ zakażenia lekoopornymi szczepami *Candida spp.* – 2013 przypadków,
- ◆ zakażenia *Aspergillus spp.* – 1206 przypadków,
- ◆ zakażenia HIV – 800 przypadków.

Wyk. 58 Liczba pacjentów z zakażeniem nabytym do 72 godz. i po 72 godz. w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Analiza rozkładu zakażeń wirusowych wskazuje na wyraźną koncentrację przypadków w oddziałach pediatrycznych, co odzwierciedla charakter epidemiologii zakażeń wieku dziecięcego. Największą liczbę zakażeń norowirusowych, rotawirusowych oraz RSV odnotowano w grupie V – oddziały zachowawcze dziecięce, gdzie zarejestrowano odpowiednio 8950 zakażeń norowirusowych, 12 834 RSV oraz 9868 zakażeń wywołanych rotawirusami. Wysokie wartości obserwowano również w oddziałach zakaźnych oraz pediatrycznych oddziałach specjalistycznych, takich jak nefrologia i urologia czy onkologia i hematologia. Zakażenia norowirusowe w oddziałach pediatrycznych stanowią 82% wszystkich przypadków (9448

z 11 516 zakażeń). Zakażenia rotawirusowe w oddziałach pediatrycznych stanowiły 82,3% wszystkich przypadków (10 067 z 12 232 zakażeń). Zakażenia RSV w oddziałach pediatrycznych stanowiły 80,5% wszystkich przypadków (13 438 z 16 699 zakażeń).

Analiza danych dotyczących zakażeń wywołanych przez biologiczne czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dorosłych wskazuje, że w 2025 r. utrzymał się wysoki poziom zakażeń wywołanych przez *Enterobacterales* wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AmpC) (28 086 zakażeń). Liczba przypadków wzrosła z 25 863 w 2024 r. do 28 086 w 2025 r., co oznacza wzrost o 8,6%.

Niepokojący jest również wzrost zakażeń wywołanych przez *Enterobacterales* odporne na karbapenemy (CRE). W 2024 r. odnotowano 5816 przypadków, natomiast w 2025 r. już 9715, co oznacza wzrost o około dwie trzecie.

Zakażenia wywołane przez *Clostridioides difficile* nadal należą do najczęściej występujących zakażeń alarmowych w oddziałach zachowawczych dla dorosłych, jednak w 2025 r. odnotowano niewielki spadek liczby przypadków z 12 747 do 11 961, czyli o 6,2%.



Tab. 19 Rozkład zachorowań na wybrane czynniki wirusowe z podziałem na grupy oddziałów**Źródło: opracowanie własne (GIS)**

Grupa oddziałów	Norowirus	RSV	Rotawirus
I A - anestezjologia i intensywna terapia – dorośli	48	93	12
I B - anestezjologia i intensywna terapia – dzieci	53	66	20
II A - chirurgia – dorośli	51	49	29
II B - chirurgia – dzieci	209	29	84
III – ortopedia	3	13	7
IV - oddziały zachowawcze – dorośli	714	1033	583
IX A - nefrologia i urologia – dorośli	57	61	36
IX B - nefrologia i urologia – dzieci	117	342	54
V - oddziały zachowawcze – dzieci	8950	12 834	9868
VI - ginekologia, położnictwo	43	38	25
VII A - onkologia i hematologia – dorośli	82	199	42
VII B - onkologia i hematologia – dzieci	119	167	41
VIII – transplantologia	23	25	7
X – dermatologia	2	2	3
XI – zakaźne	782	842	1186
XII - okulistyka, laryngologia	20	7	6
XIII - oddziały rehabilitacyjne i sanatoryjne	77	61	52
XIV - psychiatria, terapia uzależnień i rehabilitacja psychiatryczna	11	40	8
XV - hospicja i ZOL w strukturze szpitala	51	15	19
XVI - stacje dializ	1	7	0
XVII - IP, SOR, oddziały jednego dnia	103	773	149

W przypadku objawowych zakażeń wywołanych przez szczepy *Klebsiella spp.* odporne na karbapenemy liczba przypadków wzrosła z 4934 do 5848 (wzrost o 18,5%).

Liczba zakażeń MRSA zwiększyła się z 2829 w 2024 r. do 3285 w 2025 r., co oznacza wzrost o 16,1%.

W grupie zakażeń wirusowych zwraca uwagę wyraźny wzrost liczby zakażeń RSV z 419 do 1033 przypadków (wzrost o 146,5%). Może to świadczyć o większej transmisji zakażeń dróg oddechowych wśród hospitalizowanych pacjentów dorosłych.

Liczba zakażeń wirusem HCV zmniejszyła się z 1307 do 902 przypadków, czyli o 31%, podobnie jak liczba zakażeń norowirusowych i rotawirusowych.

Tab. 20 Zakażenia wywołane przez czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dorosłych w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Patogen	Liczba
<i>Enterobacterales</i> wytwarzający beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AmpC)	28 086
<i>Clostridioides difficile</i>	11 961
<i>Klebsiella spp.</i> odporne na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) - kolonizacja	10 905
<i>Enterobacterales</i> odporne na karbapenemy (CRE)	9715
<i>Klebsiella spp.</i> odporne na karbapenemy (CRE) (wszystkie mechanizmy łącznie) - zakażenia objawowe	5848
<i>S. aureus</i> odporne na metycylinę (MRSA)	3285
<i>Acinetobacter spp.</i> odporne na karbapenemy lub dwie inne grupy leków	3043
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> odporne na karbapenemy lub dwie inne grupy leków	1297
<i>Enterobacterales</i> odporne na polimyksyny (kolistyna)	1220
RSV	1033
Wirus zapalenia wątroby typu C	902
Norowirus	714
<i>Enterococcus spp.</i> odporne na wankomycynę (VRE)	653
Lekooporny <i>Candida</i>	615
Rotawirus	583
<i>Clostridium perfringens</i>	266
<i>Acinetobacter spp.</i> odporne na polimyksyny (kolistyna)	205
HIV	183
<i>Aspergillus</i>	182
<i>Enterococcus spp.</i> odporne na oksazolidynony (np. linezolid)	180
<i>Streptococcus pneumoniae</i> odporne na penicylinę lub cefalosporyny III gen	171
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> odporne na polimyksyny (kolistyna)	151
<i>S. aureus</i> odporne na glikopeptydy (VISA lub VRSA)	89
<i>S. aureus</i> odporne na oksazolidynony (np. Linezolid)	70

W 2025 r. w oddziałach zachowawczych dla dzieci zgłoszono łącznie 34 015 przypadków zakażeń wywołanych czynnikami alarmowymi. Struktura etiologiczna zakażeń w tej grupie wiekowej znacząco różni się od obserwowanej u dorosłych. Dominującą rolę odgrywały infekcje wirusowe, które stanowiły zdecydowaną większość zachorowań.

Najczęściej identyfikowanymi patogenami były:

- ◆ syncytialny wirus oddechowy (RSV) – 12 834 przypadki (37,7%),
- ◆ rotawirus – 9868 przypadków (29,0%),
- ◆ norowirus – 8950 przypadków (26,3%).

Łącznie zakażenia wywołane przez te trzy wirusy odpowiadały za 93% wszystkich zakażeń czynnikiem alarmowym odnotowanych w oddziałach zachowawczych dla dzieci, co podkreśla dominującą rolę wirusowych zakażeń układu oddechowego i przewodu pokarmowego w populacji pediatrycznej.

W porównaniu z rokiem 2024 liczba zakażeń rotawirusowych zmniejszyła się z 12 168 do 9868 zakażeń, co oznacza spadek o 18,9%.

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

- ◆ *Enterobacterales* produkujące ESBL/AmpC – 1307 przypadków (3,8%),
- ◆ *Clostridioides difficile* – 625 przypadków (1,8%),
- ◆ *Staphylococcus aureus* MRSA – 156 przypadków (0,5%).

W porównaniu z rokiem 2024 obserwowano korzystną tendencję spadkową. Liczby zakażeń wywołanych przez szczepy pałeczek *Enterobacterales* oporne na karbapenemy (CRE), która zmniejszyła się z 115 do 46 przypadków, czyli o 60%. Podobnie liczba objawowych zakażeń wywołanych przez szczepy *Klebsiella spp.* oporne na karbapenemy spadła z 44 do 19 przypadków, co oznacza spadek o 57%. Zmniejszeniu uległa również liczba zakażeń MRSA oraz zakażeń wywołanych przez szczepy *Pseudomonas aeruginosa* oporne na karbapenemy.

Zakażenia wywołane przez pozostałe czynniki alarmowe, takie jak metycylinooporny *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Acinetobacter spp.*, lekooporne drożdżaki z rodzaju *Candida* były w 2025 r. rejestrowane sporadycznie – w liczbie od kilku do kilkudziesięciu przypadków.

Oddziały anestezjologii i intensywnej terapii (OIT) pozostają obszarem wysokiego ryzyka występowania zakażeń szpitalnych, zwłaszcza wywoływanych przez drobnoustroje wielolekooporne, co wynika z obecności licznych czynników ryzyka zakażenia, takich jak ciężki stan kliniczny pacjentów, choroby współistniejące, liczne procedury inwazyjne oraz szerokie stosowanie antybiotyków. Analiza danych dotyczących zapadalności na zakażenia wywołane czynnikami alarmowymi w OIT dla dorosłych potwierdza istnienie istotnego problemu epidemiologicznego.

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

Tab. 21 Zakażenia wywołane przez czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dzieci w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Patogen	Liczba
RSV	12 834
Rotavirus	9868
Norowirus	8950
Enterobacterales wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL, AmpC)	1307
Clostridioides difficile	625
Staphylococcus aureus oporne na metycylinę (MRSA)	156
Enterobacterales oporne na karbapenemy (CRE)	46
Pseudomonas aeruginosa oporne na karbapenemy lub dwie inne grupy leków	46
Streptococcus pneumoniae oporne na penicylinę lub cefalosporyny III gen	37
Klebsiella spp. oporne na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) - kolonizacja	36
Aspergillus	20
Klebsiella spp. oporne na karbapenemy (wszystkie mechanizmy łącznie) - zakażenia objawowe	19
Enterobacterales oporne na polimyksyny (kolistyna)	17
Wirus zapalenia wątroby typu C	13
Lekooporny Candida	11
HIV	10
Lekooporny Acinetobacter spp.	8
Enterococcus spp. oporne na wankomycynę (VRE)	7
Enterococcus spp. oporne na oksazolidynony (np. linezolid)	2
Pseudomonas aeruginosa oporne na polimyksyny (kolistyna)	1

substratowym (ESBL), osiągając poziom 60,72/1000 hospitalizacji. W porównaniu z rokiem 2024 (55/1000 hospitalizacji) odnotowano wzrost występowania tych zakażeń i utrzymywanie dominującej pozycji tej grupy patogenów w OIT.

Znaczący wzrost odnotowano również dla *Enterobacterales* opornych na karbapenemy (CRE), których zapadalność wzrosła z 23,7 do 34,44/1000 hospitalizacji. Wzrost ten wskazuje na nasilający się problem zakażeń wywoływanych przez szczepy o bardzo ograniczonych możliwościach terapeutycznych.

Podobną tendencję obserwowano w przypadku szczepów *Klebsiella spp.* opornych na karbapenemy, dla których wskaźnik zapadalności osiągnął 27,19/1000 hospitalizacji wobec 21,8/1000 w roku 2024.

Równocześnie zwiększyła się zapadalność na zakażenia wywołane przez szczepy *Acinetobacter spp.* odporne na karbapenemy – z 29,6/1000 hospitalizacji do 30,10/1000 hospitalizacji. Wskaźnik zapadalności na zakażenia wywołane przez szczepy *Acinetobacter spp.* odporne na kolistynę wyniósł 3,32/1000 hospitalizacji, co również oznacza wzrost względem roku 2024 (2,4/1000 hospitalizacji).

W przypadku szczepów *Pseudomonas aeruginosa* opornych na karbapenemy odnotowano niewielki spadek zapadalności – z 12,2/1000 hospitalizacji do 10,88/1000 hospitalizacji. Jednocześnie znacząco zmniejszyła się zapadalność na zakażenia szczepami *Pseudomonas aeruginosa* opornymi na kolistynę (0,46/1000 hospitalizacji wobec 1,4/1000 hospitalizacji w 2024 roku).

Wśród bakterii Gram-dodatnich widoczny jest wyraźny spadek zapadalności na zakażenia wywołane przez metycylinoopornego *Staphylococcus aureus* (MRSA) – z 18,1/1000 hospitalizacji do 10,86/1000 hospitalizacji. Znacznie obniżyła się również zapadalność dotycząca *Enterococcus spp.* opornych na wankomycynę (VRE), z 13,4/1000 hospitalizacji do 2,79/1000 hospitalizacji. Oporność *Enterococcus spp.* na linezolid utrzymała się na bardzo niskim poziomie (0,36/1000 hospitalizacji), podobnie jak oporność *S. aureus* na oksazolidynony (0,14/1000 hospitalizacji) oraz glikopeptydy VISA/VRSA (0,06/1000 hospitalizacji).

Zapadalność na zakażenia wywołane przez *Clostridioides difficile* pozostała na zbliżonym poziomie – 6,40/1000 hospitalizacji wobec 6/1000 hospitalizacji w roku poprzednim.

W 2025 r. nadal obserwowano obecność innych czynników alarmowych, takich jak: szczepy *Candida spp.* (4,16/1000 hospitalizacji), szczepy *Aspergillus spp.* (2,31/1000 hospitalizacji), szczepy *Streptococcus pneumoniae* odporne na penicylinę (0,68/1000). Wskaźniki zapadalności na zakażenia wywołane przez wirusy RSV, HBV, HCV i HIV pozostawały niskie.

Porównanie danych z lat 2024–2025 wskazuje na poprawę sytuacji w zakresie niektórych patogenów Gram-dodatnich (gronkowców MRSA, VRSA, VISA lub z opornością na oksazolidynony i enterokoków VRE oraz opornych na oksazolidynony) natomiast problem zakażeń wywoływanych przez wielolekooporne pałeczki Gram-ujemne uległ nasileniu. Szczególnie niepokojący jest wzrost częstości zakażeń wywołanych przez pałeczki o rozszerzonym spektrum substratowym oporności (ESBL) oraz szczepy o oporności na karbapenemy CRE, które stanowią obecnie najważniejsze zagrożenie epidemiologiczne w oddziałach intensywnej terapii.

Uzyskane wyniki potwierdzają konieczność dalszego wzmocnienia działań w zakresie profilaktyki szerzenia się zakażeń szpitalnych, obejmujących:

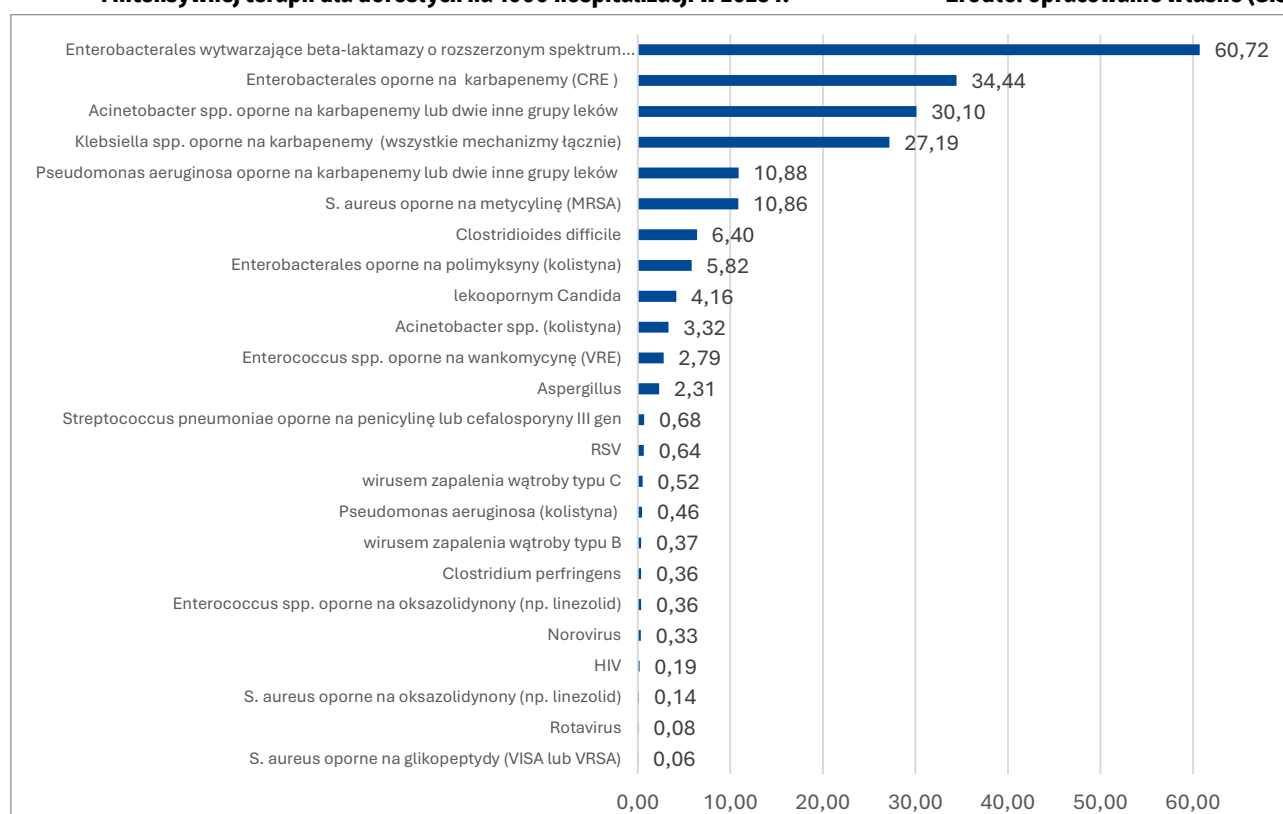
- ◆ ścisłe przestrzeganie przygotowania personelu do pracy, higieny rąk i procedur pracy w warunkach aseptycznych,

- ◆ higienizację pracy szpitala z uwzględnieniem procedur: sprzątania, mycia i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń, zmiany i prania bielizny szpitalnej oraz odzieży roboczej, przygotowania i wydawania posiłków,
- ◆ aktywny nadzór nad kolonizacją pacjentów (wykrywanie osób skolonizowanych badaniami przesiewowymi),
- ◆ izolację pacjentów zakażonych lub skolonizowanych szczepami o szczególnej zjadliwości lub oporności na leki przeciwdrobnoustrojowe,
- ◆ racjonalizację antybiotykoterapii zakażeń, w tym ograniczenie empirycznego stosowania antybiotyków szerokospektralnych na rzecz leczenia celowanego w oparciu o potwierdzoną badaniami mikrobiologicznymi wrażliwość na antybiotyki,
- ◆ systematyczny monitoring epidemiologiczny występowania czynników alarmowych i analizę trendów oporności.

Zakażenia szpitalne pozostają jednym z kluczowych wyzwań współczesnej intensywnej terapii, wpływając zarówno na bezpieczeństwo pacjentów, jak i na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia poprzez wydłużenie hospitalizacji, wzrost kosztów leczenia oraz zwiększenie śmiertelności pacjentów w stanie ciężkim. Kluczowym elementem skutecznego przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym jest identyfikacja źródła zakażenia, która umożliwia wdrożenie ukierunkowanych działań zapobiegawczych. Szczególne znaczenie ma szybkie i trafne rozpoznanie czynnika etiologicznego, analiza mechanizmów jego transmisji oraz bieżąca współpraca personelu medycznego z zespołami ds. kontroli zakażeń szpitalnych.

Wyk. 59 Zapadalność na wybrane patogeny w grupie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych na 1000 hospitalizacji w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ
DO SPOŻYCIA**

1. Wstęp – Jakość wody przeznaczonej do spożycia

Bezpieczeństwo zdrowotne wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi regulują krajowe akty prawne¹. Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. *w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi*².

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

W sytuacji, gdy woda nie odpowiadała wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitorowały wywiązywanie się dostawców wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych. Każdorazowo po stwierdzeniu, że jakość wody uległa zmianie i odbiega od norm krajowych, właściwy państwowy inspektor sanitarny opracowywał komunikat o jakości wody i zasadach jej użytkowania. Komunikaty rozpowszechniane były natomiast przez właściwego wójta, burmistrza czy prezydenta miasta, w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi konsumentów z obszaru, dla którego wydano komunikat. Komunikaty umieszczane były również na stronach internetowych właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Podejmowane działania w ramach obowiązujących przepisów krajowych przyczyniały się do zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

¹ Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2024 r. poz. 757); Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 416); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. *w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. *w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

2. Zaopatrzenie ludności w wodę

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków, zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi jest zadaniem własnym gminy. Przepisy ustawy regulują zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura stref zaopatrzenia w wodę dostawców wody w ramach zbiorowego zaopatrzenia w 2025 r. przedstawiona została w poniższej tabeli, gdzie strefa zaopatrzenia w wodę to obszar geograficzny, na którym woda przeznaczona do spożycia przez ludzi pochodzi z jednego źródła lub większej ich liczby i na którym jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi jest w przybliżeniu jednolita. W niniejszym raporcie przyjęto nazewnictwo „strefy zaopatrzenia w wodę”, odpowiadające dotychczasowemu określeniu „wodociągi”.

Tab. 22 Struktura wodociągów w 2025 r.

(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę		Skontrolowane wodociągi spełniające wymagania procentowo
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom [1]	łącznie	odpowiadającą wymaganiom	
≤100	3068	2997	1 mln 257 tys.	1 mln 240 tys.	99%
101-1000	4542	4504	10 mln 194 tys.	10 mln 138 tys.	99%
1001-10 000	776	768	12 mln 407 tys.	12 mln 368 tys.	100%
10 001-100 000	67	65	7 mln 020 tys.	7 mln 020 tys.	100%
>100 000	5	5	4 mln 002 tys.	4 mln 002 tys.	100%
SUMA	8458	8339	34 mln 880 tys.	34 mln 768 tys.	-

[1] Liczba obiektów, które odpowiadają (w tym warunkowo) wymaganiom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, na podstawie oceny jakości wody produkowanej przez urządzenia dostarczające wodę z uwzględnieniem szacowania ryzyka zdrowotnego.

W 2025 r. w Polsce funkcjonowało 8458 stref zaopatrzenia w wodę dostawców wody, które w ramach zbiorowego zaopatrzenia dostawców w wodę, dostarczały wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi, około 34,9 mln konsumentów. W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły kontrole 8428 stref zaopatrzenia w wodę w zakresie stanu sanitarnego, co stanowi 99,6% wszystkich stref zaopatrzenia w wodę oraz nadzorowały jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi we wszystkich strefach zaopatrzenia w wodę. Małe strefy zaopatrzenia w wodę, czyli produkujące poniżej 1000 m³/d wody, stanowią prawie 90% wszystkich stref zaopatrzenia w wodę i zaopatrują ponad 11 mln ludności, co stanowi 33% ludności zaopatrywanej w wodę. Z informacji o skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 r. strefach zaopatrzenia w wodę pod względem spełniania wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia wynika, że to duże strefy zaopatrzenia w wodę o produkcji powyżej

1000 m³/dobę dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%. Dlatego też w miarę możliwości należy dążyć do łączenia małych stref zaopatrzenia w wodę, celem zapewnienia najwyższej jakości wody przeznaczonej do spożycia odpowiadającej wymaganiom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

W Polsce około 34,9 mln ludzi jest zaopatrywanych w wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę do spożycia, natomiast pozostała część zaopatrywana jest w wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć wody. W celu zabezpieczenia osób w budynkach priorytetowych przepisy regulujące kwestię bezpieczeństwa wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, poza strefami zaopatrzenia w wodę dostawców wody w ramach zbiorowego zaopatrzenia, obejmują również podmioty dostarczające lub wykorzystujące wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć w ramach działalności gospodarczej lub w budynkach użyteczności publicznej, budynkach zamieszkania zbiorowego lub w podmiotach działających na rynku spożywczym wykorzystujących wodę. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody w innych podmiotach, takich jak m.in.: szpitale, szkoły, domy pomocy społecznej oraz ośrodki wypoczynkowe, które posiadają źródło wody na potrzeby własne.

W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 r. znajdowało się 3240 podmiotów posiadających własne ujęcia w zakresie zbiorowego zaopatrzenia. W ramach nadzoru sanitarnego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 2843 podmiotów, co stanowi 88% wszystkich podmiotów tej grupy znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Spośród wszystkich skontrolowanych podmiotów 2810 z nich spełniło wymagania krajowych norm jakości wody, co stanowi 99% podmiotów skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

3. Jakość wody dostarczanej przez strefy zaopatrzenia w wodę

Zapewnienie odpowiedniej jakości i ilości wody do spożycia to złożone zadanie, mające bezpośredni wpływ na zdrowie publiczne. Jakość wody zależy nie tylko od procesu jej uzdatniania, ale również od sposobu dystrybucji – zwłaszcza stanu technicznego systemów zaopatrzenia w wodę, czasu ich eksploatacji i stosowanych materiałów. Istotny wpływ ma także wewnętrzny system wodociągowy w budynkach, który – jeśli jest w złym stanie – może powodować wtórne zanieczyszczenie wody. W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 39 977 poborów prób wody z punktów zgodności.

Właściciele i zarządcy stref zaopatrzenia w wodę w ramach kontroli wewnętrznej w 2025 r. dokonali 68 985 poborów prób wody z punktów zgodności ustalonych z właściwymi państwowymi inspektorami sanitarnymi. Informacje o wynikach badań jakości wody były przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej przez dostawców wody.

Dane zgromadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej za 2025 r. oraz za lata wcześniejsze potwierdzają utrzymywanie się bardzo wysokiego poziomu jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Systematyczna poprawa w tym zakresie widoczna jest na przestrzeni lat – w 2006 r. wodę spełniającą wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dostarczano do ok. 91% odbiorców, w 2009 r. do ok. 93%, a w 2013 r. już do ok. 96% ludności objętej zbiorowym zaopatrzeniem w wodę. Korzystny trend utrzymywał się w kolejnych latach, kiedy w okresie 2014-2024 odsetek ten wynosił ok. 98-99%.

W 2025 r. niemal 100% ludności objętej zbiorowym zaopatrzeniem korzystało z wody o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w przepisach, w tym wody dopuszczonej warunkowo lub na podstawie czasowych odstępstw. Jedynie niespełna 0,5% ludności miało okresowy dostęp do wody niespełniającej norm jakościowych, przy czym w żadnym przypadku nie dopuszczono do dostarczania wody stwarzającej zagrożenie dla zdrowia ludzi.

W sytuacjach wystąpienia niezgodności zapewniano mieszkańcom wodę o odpowiedniej jakości z alternatywnych źródeł, głównie za pośrednictwem przedsiębiorstw wodociągowych. Każdorazowe dopuszczenie wody do spożycia w warunkach odstępstwa lub warunkowej przydatności było poprzedzone oceną ryzyka przeprowadzaną przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Organy te sprawowały również nadzór nad realizacją działań naprawczych oraz zapewniały bieżące informowanie ludności o jakości wody i zasadach jej użytkowania.



4. Działania w zakresie przekroczeń parametrów

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poprzez ocenę jej zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, w szczególności w zakresie zagrożeń dla zdrowia. Organy te na bieżąco analizują wyniki badań jakości wody, zarówno w ramach własnego nadzoru, jak i kontroli wewnętrznych prowadzonych przez podmioty odpowiedzialne za zbiorowe zaopatrzenie w wodę oraz podejmują działania wynikające z obowiązujących przepisów.

Zapewnienie powszechnego dostępu do wody o odpowiedniej jakości i ilości ma kluczowe znaczenie dla ochrony zdrowia publicznego, wobec czego szczególny nacisk kładzie się na ochronę zasobów wodnych oraz skuteczne procesy uzdatniania i dezynfekcji.

W przypadku stwierdzenia niezgodności jakości wody w strefach zaopatrzenia w wodę dostawców wody w ramach zbiorowego zaopatrzenia, podejmowano działania naprawcze mające na celu identyfikację przyczyn przekroczeń parametrów oraz wdrażanie odpowiednich środków naprawczych, w tym m.in. modyfikację procesów uzdatniania i dezynfekcji, płukanie i dezynfekcję systemów zaopatrzenia w wodę, intensyfikację kontroli jakości wody oraz usuwanie awarii sieci.

5. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa

Gdy woda nie spełnia wymagań chemicznych (poza bromianami i ołowiem) oraz nie jest możliwe przywrócenie jej jakości do stanu wymaganego przepisami krajowymi w terminie 30 dni, podmioty prowadzące zbiorowe zaopatrzenie w wodę mogą wystąpić o zgodę na odstępstwo od tych wymagań. Zgoda może być udzielona tylko wtedy, gdy brak jest zagrożenia dla zdrowia i nie ma innych sposobów na zapewnienie odpowiedniej jakości wody. Przyznawanie odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej umożliwia podmiotom produkującym wodę na stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Podstawowym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed potencjalnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, które mogłyby wystąpić wskutek spożywania wody o nieodpowiedniej jakości. Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku.

W 2025 r. obowiązywało 16 zgód na odstępstwo od wymaganej jakości wody do spożycia. Najwięcej odstępstw dotyczyło azotanów – 6 (w strefach zaopatrzenia w woj. opolskim, świętokrzyskim, śląskim, zachodniopomorskim), 2 dotyczyły fluorków (w strefach zaopatrzenia w woj. śląskim, opolskim), 6 dotyczyło pestycydów i metabolitu chloridazonu (w strefach zaopatrzenia w woj. dolnośląskim i zachodniopomorskim), oraz 1 dotyczące niklu (w strefie zaopatrzenia w woj. podkarpackim), a także 1 dotyczące arsenu (w strefie zaopatrzenia w woj. świętokrzyskim).

W 2025 r. sześciu dostawców wody wystąpiło do Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskami o udzielenie zgody na odstępstwo od wymagań chemicznych dotyczących jakości wody, w tym: dwa wnioski dotyczyły pestycydów, trzy – azotanów, a jeden – arsenu. Przed wydaniem zgody organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej każdorazowo oceniały czy odstępstwo nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzi oraz czy zapewnienie wody o odpowiedniej jakości nie może zostać niezwłocznie zrealizowane za pomocą innych środków. W związku z wnioskami dostawców wody wydano 6 decyzji udzielających zgody na odstępstwo. W każdej z nich określono maksymalną dopuszczalną wartość parametru objętego odstępstwem, okres obowiązywania zgody oraz warunki, które muszą zostać spełnione w czasie jej obowiązywania, z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów.

Ww. decyzje dotyczyły dostawców wody z województwa dolnośląskiego (strefa zaopatrzenia Turzany – do 20.04.2028 r. udzielono drugiej zgody na odstępstwo w zakresie pestycydu chloridazon-desfenyl i sumy pestycydów), z województwa śląskiego (strefy zaopatrzenia Borowe i Szarlejka – w obu przypadkach do 22.05.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie parametru azotany), z województwa świętokrzyskiego (strefa zaopatrzenia Wyszyna Fałkowska – do 31.12.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie arsenu) oraz z województwa zachodniopomorskiego (strefa zaopatrzenia Kamionka – do 28.02.2028 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie pestycydu chloridazon-desfenyl, chloridazon-metyl-desfenyl oraz strefa zaopatrzenia Rzyszczewo – do 04.08.2027 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie azotanów).

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

Dzięki skutecznym działaniom naprawczym dostawców wody, w 2025 r. zakończyły się odstępstwa od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dostarczanej przez strefy zaopatrzenia Borowe i Szarlejka w woj. śląskim.

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

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

Jednym z czynników wpływających na jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na etapie jej dostarczania jest instalacja wewnętrzna budynków – tzw. wewnętrzny system wodociągowy. Niewłaściwe projektowanie, montaż i eksploatacja wewnętrznych systemów wodociągowych oraz niedostosowanie starych instalacji do aktualnych potrzeb i wymagań, niewłaściwy lub niewystarczający nadzór sanitarno-higieniczny nad urządzeniami i wewnętrznymi systemami wodociągowymi, mogą być przyczyną powstawania sprzyjających warunków do namnażania się niepożądanych w środowisku mikroorganizmów, w tym bakterii *Legionella* sp.

Ze względu na ryzyko zakażeń drogą wziewną (poprzez wdychanie aerozolu wodnego), od 2007 r. polskie przepisy regulują badania obecności *Legionella* sp. w ciepłej wodzie użytkowej. Badania ciepłej wody w kierunku występowania bakterii z rodzaju *Legionella* sp. powinny być wykonywane w przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz w budynkach użyteczności publicznej, w których w trakcie ich użytkowania wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny. Szczególne zagrożenie szczepami *Legionella* sp. dotyczy m.in. instalacji ciepłej wody w budynkach, natomiast jej namnażaniu sprzyja gromadzenie się osadów, kamienia, rdzy, glonów i mułu w systemach wodociągowych.

W 2025 r. wykonano około 6936 badań ciepłej wody w kierunku oznaczenia bakterii z rodzaju *Legionella* sp. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 2965 badań pałeczek *Legionella* sp. w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, natomiast właściciele i zarządcy podmiotów i obiektów, wskazanych w przepisach krajowych do kontroli jakości wody ciepłej w zakresie tej bakterii, zleciły wykonanie 3 971 badań.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz zarządcy obiektów w 2025 r. przeprowadzili badania na obecność pałeczek *Legionella* sp. w wytypowanych obiektach na terenie całego kraju. W wyniku wykonania 6936 badań, zły stan instalacji wodociągowej wody ciepłej stwierdzono w 1212 przypadkach (17%).

Na obecność bakterii *Legionella* sp. w ciepłej wodzie użytkowej skontrolowano 3832 podmiotów leczniczych (szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i innych obiektów świadczących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne) całego kraju. Obecność pałeczek *Legionella* sp. w ilości większej niż dopuszcza rozporządzenie stwierdzono w 706 obiektach (18%). W związku ze stwierdzoną obecnością *Legionella* sp. na oddziałach szpitalnych, w ilości większej niż wartość dopuszczalna, wydano decyzje administracyjne nakazujące podjęcie działań zmierzających do redukcji liczby bakterii. Ponadto, próbki wody do badań pobrano w 594 domach pomocy społecznej, a ponadnormatywne skażenie wykazano w 84 obiektach (14%).

W 2025 r. w Polsce przebadano na obecności bakterii *Legionella* sp. instalacje ciepłej wody użytkowej w 719 obiektach noclegowych (hotele, motele, pensjonaty, pokoje gościnne itp.) oraz 980 obiektach



przeznaczonych na pobyt dzieci i młodzieży (internaty, ośrodki szkolno-wychowawcze, domy dziecka). Przekroczenia dopuszczalnych wartości pałeczek *Legionella* sp. stwierdzono w 109 obiektach noclegowych tj. 15% zbadanych oraz 201 obiektach przeznaczonych na pobyt dzieci i młodzieży tj. 21% zbadanych. W wyniku stwierdzonych przekroczeń pałeczek *Legionella* sp. w ww. obiektach wydano decyzje administracyjne nakazujące podjęcie stosownych działań, w celu doprowadzenia jakości wody ciepłej użytkowej, w tego typu obiektach, do wartości zgodnych z rozporządzeniem.

7. ELDSNet – Europejska Sieć Nadzoru nad Chorobą Legionistów

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

W 2025 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, po otrzymaniu zgłoszeń od punktu kontaktowego³ o wystąpieniu potwierdzonego laboratoryjnie przypadku zachorowania na legionellozowe zapalenie płuc u turysty, który przed zachorowaniem przebywał w danym obiekcie turystycznym, prowadziła działania mające na celu sprawdzenie bezpieczeństwa zdrowotnego ciepłej wody użytkowej w 10 obiektach turystycznych. 4 obiekty znajdowały się na terenie województwa śląskiego, 3 na terenie województwa zachodniopomorskiego i po 1 w województwach: małopolskim, pomorskim i świętokrzyskim. Obiekty te były objęte przez właściwe powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne wzmożonym nadzorem sanitarnym, i jakość ciepłej wody użytkowej w obiekcie – po przeprowadzonych działaniach naprawczych przez właściciela obiektu – każdorazowo była weryfikowana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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

Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością wody obejmował również nadzór nad laboratoriami wykonującymi badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi – zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w 2025 r., jak i w latach ubiegłych, musiały posiadać aktualne zatwierdzenie do badania jakości wody, dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zatwierdzanie systemu jakości prowadzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego w ramach bieżącego nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody.

³ Punktem kontaktowym ELDSNet w Polsce jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w 2025 r. wynosiła 97 (69 powiatowych i 28 wojewódzkich).

Przygotowanie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej do zmian związanych z wdrożeniem dyrektywy 2020/2184 z 16 grudnia 2020 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

W 2025 r. Główny Inspektorat Sanitarny podejmował działania mające na celu przygotowanie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej do realizacji zadań wynikających z nowych regulacji krajowych, związanych z trwającym procesem legislacyjnym wdrażającym dyrektywę 2020/2184 do polskiego porządku prawnego. Działania te obejmowały organizację cyklu dedykowanych szkoleń, służących zapoznaniu uczestników z założeniami oraz kierunkami zmian wprowadzanych ww. dyrektywą. Do najważniejszych przedsięwzięć należą realizowane obecnie szkolenia prowadzone w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji pracowników i pracowniczek Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia, higieny środowiska oraz higieny radiacyjnej”, nr FERS.01.13-IP.07-0005/24. W ramach realizacji ww. projektu, w zakresie Zadania 1.1 „Nadzór nad produkcją wody w zakresie dotyczącym bezpieczeństwa zdrowotnego wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, w kontekście wprowadzenia podejścia opartego na ryzyku”, przeprowadzono szkolenia dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze wszystkich województw. Szkolenia były ukierunkowane na wdrażanie podejścia opartego na ryzyku w całym łańcuchu dostaw wody – od obszaru zasilania ujęcia, poprzez pobór, uzdatnianie, magazynowanie i dystrybucję, aż do punktu zgodności – w tym również na ocenę ryzyka w wewnętrznych systemach wodociągowych.





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**NADZÓR NAD JAKOŚCIĄ
WODY NA PŁYWALNIACH**

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

Za zapewnienie bezpieczeństwa osobom korzystającym z pływalni² odpowiedzialny jest zarządzający pływalnią jako podmiot prowadzący działalność w zakresie sportu lub rekreacji, zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. *o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych*. W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wody, zarządzający pływalnią zobowiązany jest realizować zadania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach*. Dotyczy to w szczególności dokonywania oceny spełniania przez wodę wymagań określonych w przepisach ww. rozporządzenia i właściwego informowania osób korzystających z pływalni o jakości wody na pływalni.

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

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

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

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

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



Wszystkie pływalnie podlegają zarówno wewnętrznej kontroli jakości wody, prowadzonej przez zarządców obiektów, jak i kontroli urzędowej, prowadzonej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zarządzający pływalniami wykonują badania jakości wody, zgodnie z harmonogramami ustalonymi z właściwymi terenowo państwowymi inspektorami sanitarnymi, uwzględniającymi zakres i częstotliwość badań wody. Zarządzający niezwłocznie powiadamiają właściwych państwowych inspektorów sanitarnych o stwierdzanych przypadkach przekroczeń parametrów jakości wody. W przypadku wystąpienia przekroczeń, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni zobowiązują zarządzających do podjęcia natychmiastowych działań naprawczych, a w przypadkach, gdy jakość wody stwarza zagrożenie dla zdrowia, wydają decyzje administracyjne nakazujące podjęcie działań w celu ochrony zdrowia korzystających z pływalni.

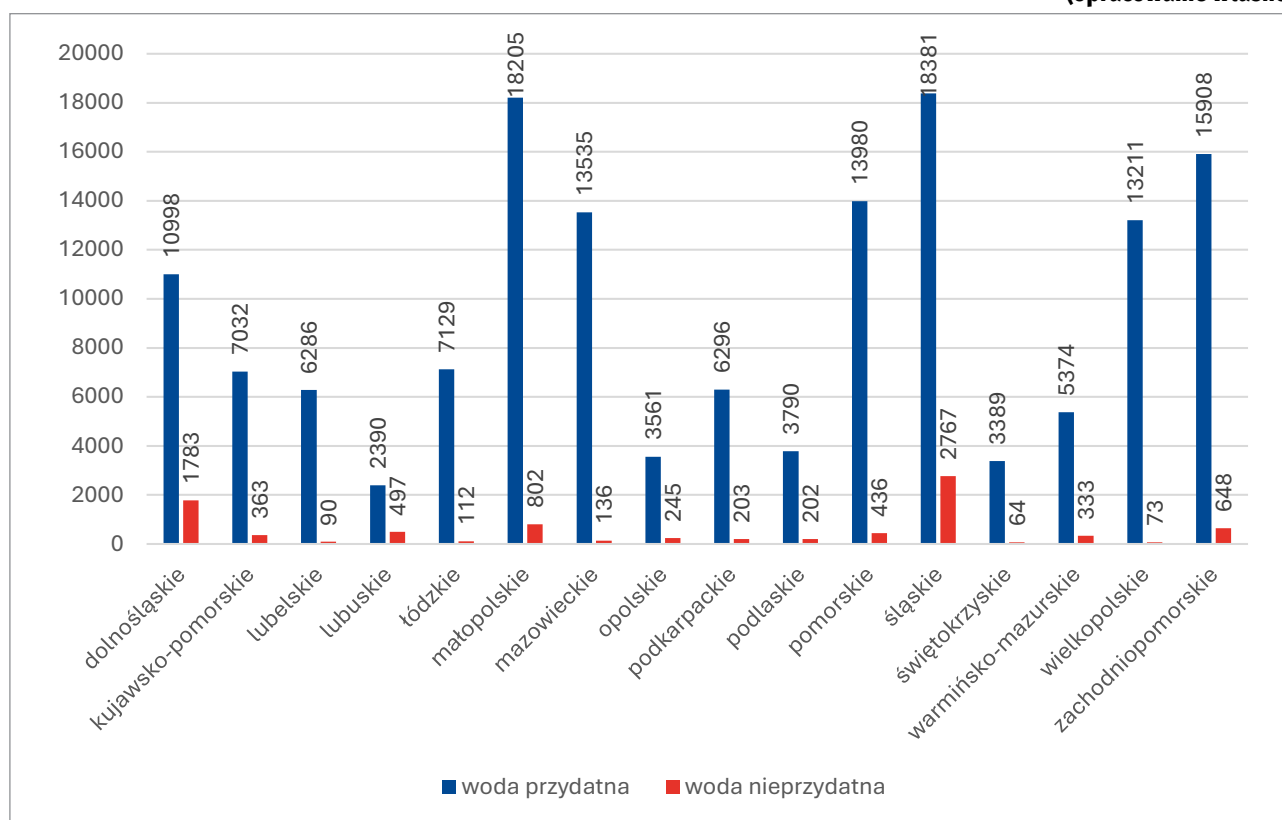
Na koniec 2025 r. w ewidencji pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1446 pływalni krytych, 320 pływalni odkrytych, 124 pływalni mieszanych (kryto-odkrytych) oraz 79 parków wodnych³.

W 2025 r. pływalnie podlegały nadzorowi sanitarnemu, ukierunkowanemu na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego użytkowników pływalni. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 r., w ramach sprawowanego nadzoru nad jakością wody na pływalniach, monitorowały realizację ustalonych harmonogramów badania wody na pływalniach. Na podstawie danych raportowanych przez stacje

³ MZ-46 Sprawozdanie z działalności w zakresie higieny komunalnej za rok 2025

sanitarno-epidemiologiczne w 2025 r., organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru wykonały 13 507 badań jakości wody na pływalniach, a w ramach kontroli wewnętrznej zarządzający pływalniami wykonali 145 500 badań jakości wody na pływalniach. W 2025 r. w ramach kontroli wewnętrznej i nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydano w sumie **150 253 ocen o przydatności wody do kąpielii, co stanowi 95% wszystkich wydanych ocen**. W 2025 r., w porównaniu do roku 2024, udział ocen o przydatności wody do kąpielii wzrósł o 2,8 punktu procentowego i jednocześnie jest to najlepszy wynik w latach 2022-2025.

Wyk. 60 Liczba wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i zarządców pływalni ocen jakości wody na pływalniach w 2025 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach
(opracowanie własne)



Istotnym elementem nadzoru sprawowanego nad jakością wody na pływalniach jest dokonywanie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni, opracowywanej na podstawie całorocznego nadzoru sanitarnego prowadzonego na danym obiekcie. Celem zbiorczej rocznej oceny jest przede wszystkim weryfikacja, czy woda na pływalni była bezpieczna dla użytkowników przez cały okres objęty oceną. Ocena ta pozwala również na analizę stopnia realizacji przez zarządzających pływalniami obowiązków wynikających z istniejących przepisów prawa. Wyniki zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalniach stanowią istotne źródło informacji zarówno dla zarządzających obiektami, jak i dla organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ich analiza umożliwia ocenę skuteczności realizowanych działań nadzorczych, identyfikację obszarów wymagających poprawy w zakresie nadzoru nad jakością wody na pływalniach, a także określenie kierunków ewentualnego wzmocnienia działań nadzorczo-kontrolnych prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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

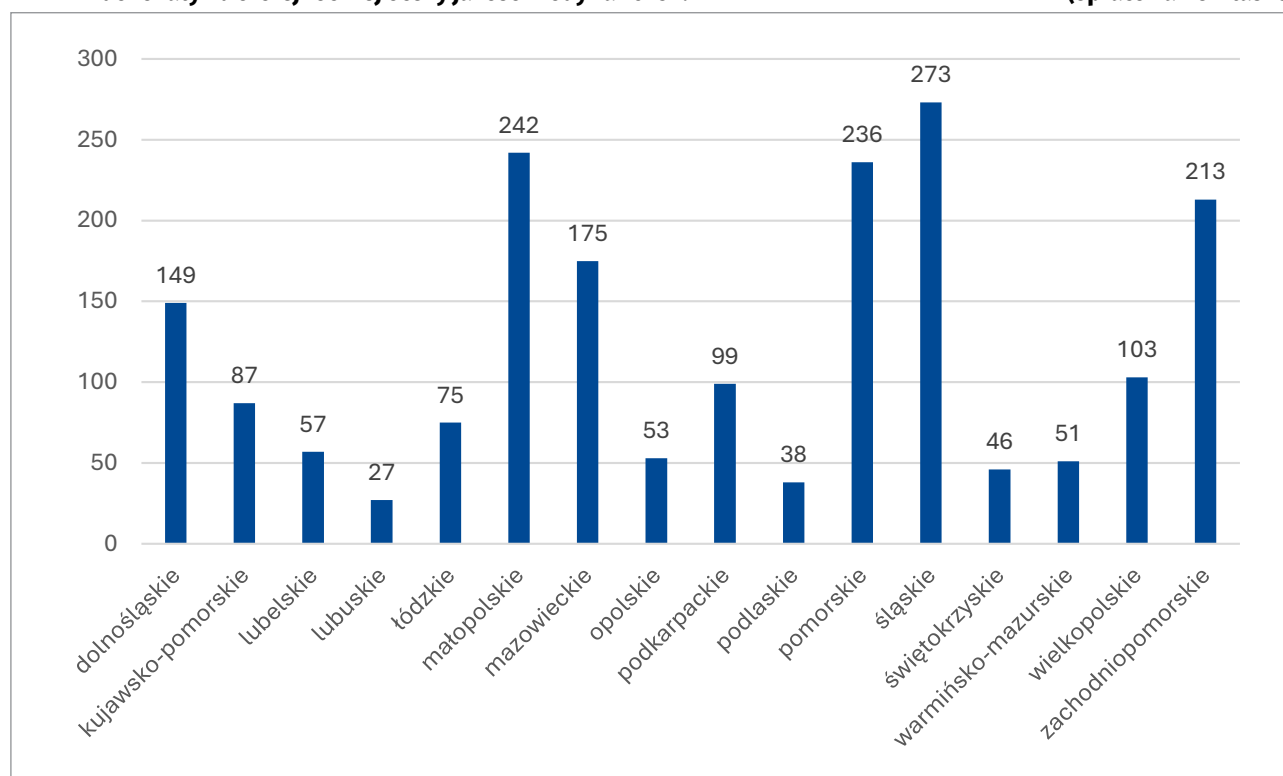
- ◆ parametrów jakości wody na pływalni ocenionych na podstawie wymagań określonych w przepisach krajowych,
- ◆ wyników badań wody na pływalni wykonanych przez zarządzającego pływalnią,
- ◆ zakresu i częstotliwości wykonywania badań wody przez zarządzającego pływalnią oraz zastosowanych metodyk referencyjnych analiz,
- ◆ wyników badań wody na pływalni wykonywanych przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego w roku kalendarzowym, którego dotyczy ocena.

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

W ramach dokonywania zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni za 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zweryfikowały badania wykonane przez zarządzającego pływalnią w zakresie wymaganych parametrów i częstotliwości ich badania. Zbiorcze roczne oceny wody na pływalniach wydawane były w oparciu o badania wykonane w ramach nadzoru przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz badania wykonane przez zarządzających pływalniami.

Wyk. 61 Liczba pływalni, dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały zbiorczej rocznej oceny jakości wody za 2025 r.

(opracowanie własne)



Z danych raportowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynika, że za 2025 r. łącznie dokonano 1924 zbiorcze oceny roczne, w tym:

- ◆ 1902 oceny pozytywne (tj. woda odpowiadała wymaganiom przepisów krajowych),
- ◆ 22 oceny negatywne (tj. woda nie odpowiadała wymaganiom przepisów krajowych).

Dla zdecydowanej większości obiektów wydano ocenę pozytywną. **Oceny pozytywne za 2025 r. stanowiły 99% wszystkich wydanych ocen.** W porównaniu do 2024 r. odsetek ocen pozytywnych wzrósł o 1 punkt procentowy, a w porównaniu do 2023 r. – o 2 punkty procentowe.

Ocenę negatywną wydano ze względu na:

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

Z kolei wyniki dokonanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zbiorczych rocznych ocen jakości wody na pływalniach za 2025 r. w poszczególnych województwach kształtowały się następująco:

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

Analiza powyższych wyników wskazuje na wysoką skuteczność prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działań w zakresie sprawowanego nadzoru nad jakością wody na pływalniach oraz prawidłową realizację obowiązków przez zarządzających pływalniami, co wpływa na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego użytkowników pływalni.

Reasumując, w 2025 r. utrzymywała się na wysokim poziomie jakość usług świadczonych na pływalniach, natomiast dobra współpraca podmiotów oraz szybka reakcja organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozwoliła na natychmiastowe eliminowanie zagrożeń zdrowotnych. Dzięki takiej współpracy, gwarantującej zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, wzrasta zaufanie użytkowników pływalni do podmiotów zarządzających pływalniami oraz niezależnych organów nadzorczych, czuwających nad ich bezpieczeństwem.





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**KĄPIELISKA I MIEJSCA OKAZJONALNIE
WYKORZYSTYWANE DO KĄPIELI**

1. Wstęp

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

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

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne* sezon kąpielowy obejmuje okres między 1 czerwca a 30 września. W sezonie kąpielowym w 2025 r. średni czas funkcjonowania kąpieliska wynosił 67 dni – najdłuższy 121 dni, a najkrótszy 43 dni. Terminy funkcjonowania kąpielisk są indywidualnie ustalane przez organizatora kąpieliska. Informacje o dacie otwarcia i zamknięcia każdego kąpieliska można znaleźć w internetowym Serwisie Kąpieliskowym prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W sezonie kąpielowym w 2025 r. na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony został wykaz wszystkich miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli, nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który był aktualizowany co dwa tygodnie w czasie trwania sezonu kąpielowego.

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

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami i miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpeli należy ocena jakości wody. Jest ona realizowana zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli, poprzez analizę laboratoryjną występowania

¹ Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz.U. z 2024 r. poz. 1087 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. *w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpeli* (Dz.U. poz. 255); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. *w sprawie ewidencji oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli* (Dz. U. poz. 2476); Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 listopada 2019 r. *w sprawie profilu wody w kąpielisku* (Dz. U. z 2022 r. poz. 2499).

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

parametrów mikrobiologicznych: *Escherichia coli* i enterokoków oraz systematyczny nadzór wizualny wody w zakresie zakwitów sinic i obecności w wodzie zanieczyszczeń takich jak: materiały smoliste, szkło, tworzywa sztuczne, guma lub inne odpady (w ilości niedającej się natychmiast usunąć).

W 2025 r. pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 710 kąpielisk i 211 miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli. W porównaniu z rokiem ubiegłym przybyło 7 kąpielisk i ubyło 1 miejsce okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli.

Tab. 23 Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2025

(opracowanie własne)

	Liczba kąpielisk											
Rodzaj wody	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Wody przybrzeżne i przejściowe	84	82	88	97	146	163	166	173	179	182	181	184
Wody śródlądowe	117	115	113	108	337	443	436	484	492	501	522	526
Razem	201	197	201	205	483	606	602	657	671	683	703	710

Najwięcej kąpielisk w 2025 r. znajdowało się na obszarze województwa zachodniopomorskiego (144) i pomorskiego (141). Najmniej kąpielisk w 2025 r. zlokalizowanych było w województwie podkarpackim (10). W sezonie kąpielowym 2025 r. utworzonych było 184 kąpielisk na wodach przybrzeżnych i przejściowych, które stanowią ok. 26% wszystkich kąpielisk. Największa liczba kąpielisk śródlądowych w 2025 r. zlokalizowana była w województwie wielkopolskim – 99.



Tab. 24 Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj kąpieliska

(opracowanie własne)

Województwo	Kąpieliska		
	ogółem	śródlądowe	morskie
dolnośląskie	18	18	-
kujawsko-pomorskie	40	40	-
lubelskie	36	36	-
lubuskie	29	29	-
łódzkie	21	21	-
małopolskie	18	18	-
mazowieckie	32	32	-
opolskie	15	15	-
podkarpackie	10	10	-
podlaskie	18	18	-
pomorskie	141	62	79
śląskie	25	25	-
świętokrzyskie	14	14	-
warmińsko-mazurskie	50	50	-
wielkopolskie	99	99	-
zachodniopomorskie	144	39	105
POLSKA	710	526	184

Liczbę miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpiel i funkcjonujących w sezonie kąpielowym w 2025 r., z podziałem na województwa przedstawiono w tabeli nr 25.

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały w sumie 3743 oceny o jakości wody w kąpieliskach, w tym:

- ◆ 3395 ocen o przydatności wody do kąpiel dla 710 kąpielisk;
- ◆ 348 ocen o tymczasowym zakazie kąpiel dla 172 kąpielisk – głównie ze względu na wystąpienie zakwitów sinic lub przekroczenia parametrów mikrobiologicznych.

W sezonie kąpielowym w 2025 r. wydano 274 oceny o zakazie kąpiel z uwagi na zakwit sinic. Czynnikiem sprzyjającym zakwitowi sinic jest m.in. obecność znacznych ilości azotu i fosforu, wysoka temperatura, bezwietrzna aura i brak intensywnego mieszania wody.

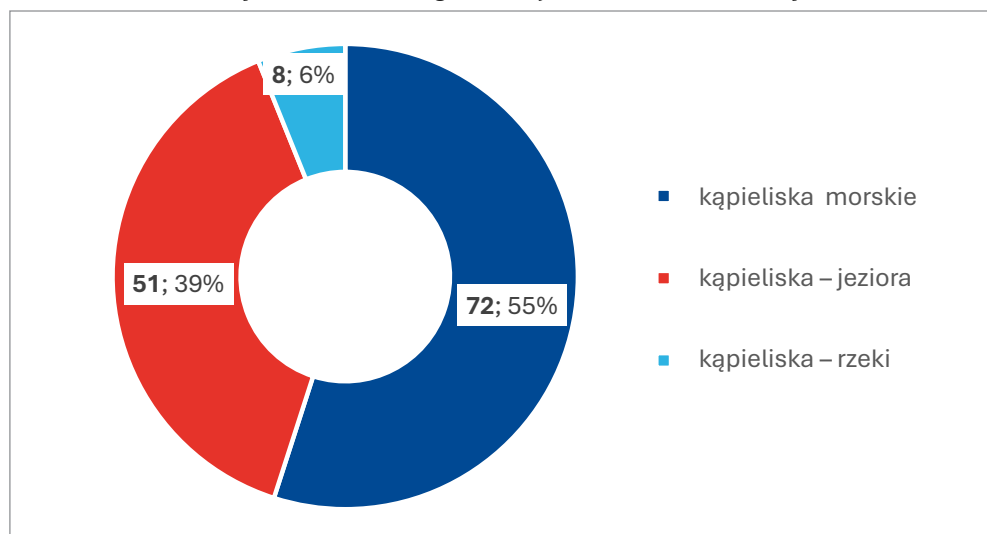
Tab. 25 Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpiel w poszczególnych województwach (opracowanie własne)

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

Tab. 26 Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2025 r. (opracowanie własne)

			Liczba ocen bieżących	Liczba kąpielisk, dla których wydana została ocena bieżąca
Wszystkich			3743	710
Woda przydatna do kąpiel			3395	710
Tymczasowy zakaz kąpiel	wszystkie		348	172
	ze względu na parametry:	mikrobiologiczne	48	40
		mikrobiologiczne i inne wymagania	3	2
		inne wymagania	297	139
		w tym zakwit sinic	274	131

Wyk. 62 Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym 2025 r., w których stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody (opracowanie własne)



W każdym przypadku okresowych zanieczyszczeń mikrobiologicznych, nadmiernego zakwitnięcia sinic lub innych przekroczeń, organizatorzy kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowali natychmiastowe środki zarządzania w odniesieniu do bezpieczeństwa osób kąpiących się oraz wód, na których zostały zlokalizowane. Polegały one na określeniu i ocenie przyczyn zanieczyszczenia, skutecznym informowaniu osób kąpiących się (w tym zamieszczaniu stosownych informacji w internetowym Serwisie Kąpieliskowym³), podejmowaniu czynności mających na celu zapobieganie narażeniu osób kąpiących się na działanie zanieczyszczeń oraz obniżenie ryzyka zanieczyszczenia.

Główny Inspektor Sanitarny, zgodnie z ustawą *Prawo wodne*, sporządził w terminie do dnia 29.12.2025 r., sprawozdanie o jakości wody w kąpieliskach w Polsce wraz z informacją o podjętych środkach zarządzania oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej, które przekazał Komisji Europejskiej. Na podstawie danych krajowych za 2025 r. Europejska Agencja Środowiska publikuje coroczny raport o jakości wody w kąpieliskach w Unii Europejskiej⁴.

3. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

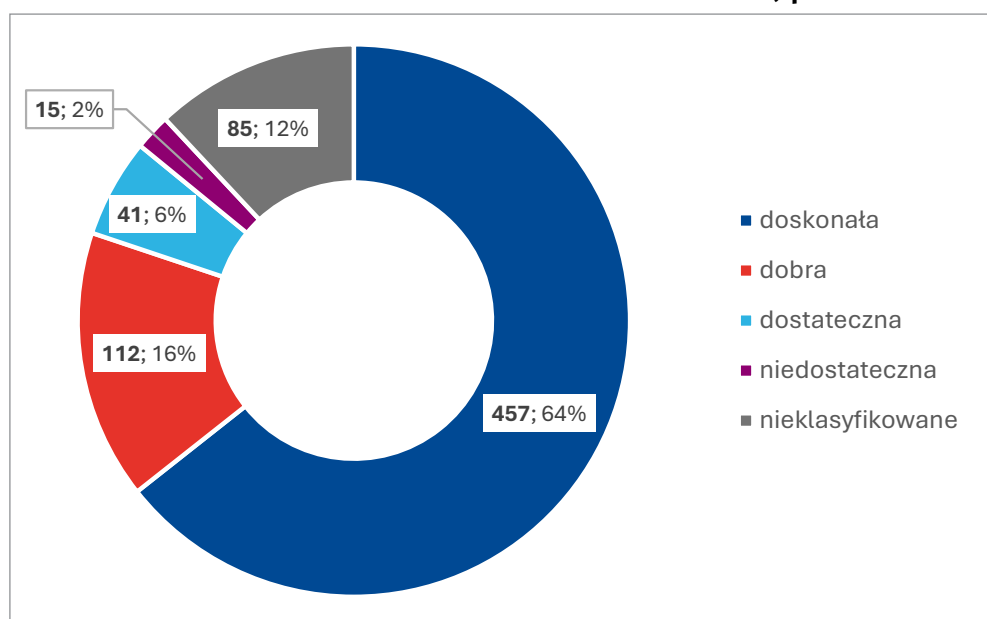
Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej po zakończeniu sezonu kąpielowego w 2025 r. przeprowadziły klasyfikację jakości wody dla kąpielisk. Klasyfikacja kąpieliska jest dokonywana zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. *w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli*. Klasyfikacja w kąpielisku

³ <https://sk.gis.gov.pl/>

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

przeprowadzana jest na podstawie zestawu danych o jakości wody w kąpielisku, opracowanego w odniesieniu do danego sezonu kąpielowego oraz trzech poprzedzających sezonów kąpielowych. Zgodnie z wymaganiami Komisji Europejskiej, klasyfikacja wody w kąpielisku, o której mowa w ustawie *Prawo wodne*, została sporządzona po uzyskaniu pełnego zestawu danych o jakości wody na podstawie wyników badań parametrów: *Escherichia coli* i enterokoki. W sezonie kąpielowym w 2025 r. klasyfikacja mogła zostać wykonana dla 625 kąpielisk – z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody, niezbędnych do przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. 85 kąpielisk nie zostało sklasyfikowanych z uwagi, że były nowymi kąpieliskami i nie posiadały pełnego zestawu danych.

Wyk. 63 Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2025 r.
(opracowanie własne)



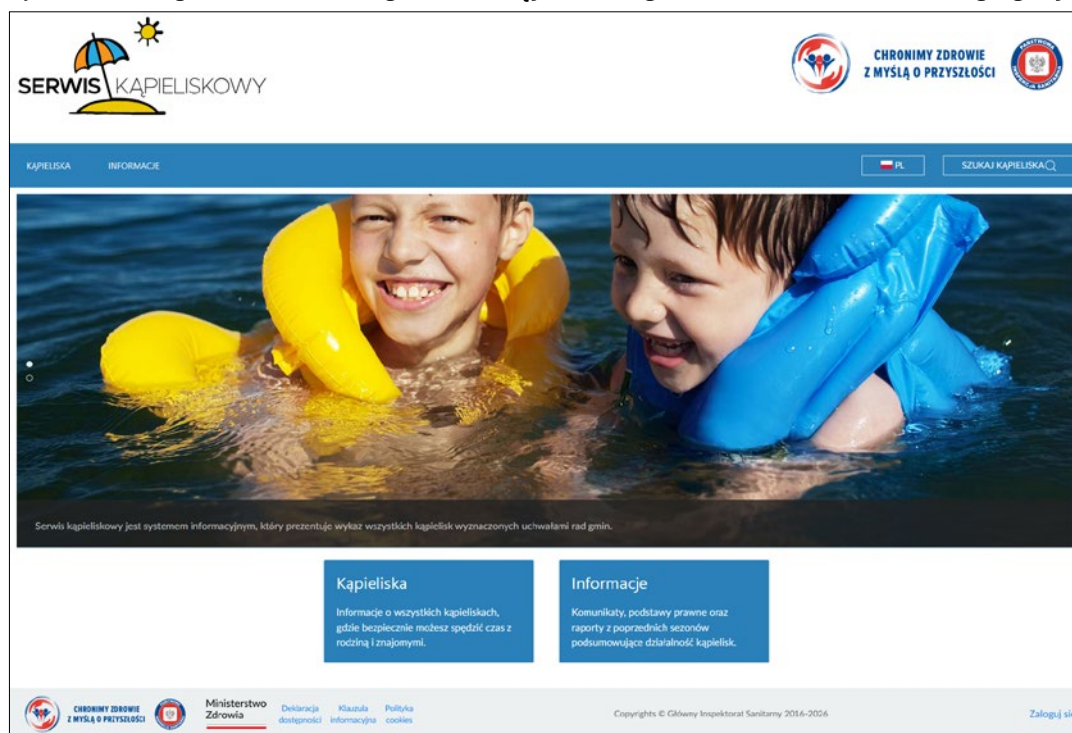
4. Serwis kąpieliskowy

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

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

Rys. 4 Strona główna internetowego Serwisu Kąpieliskowego

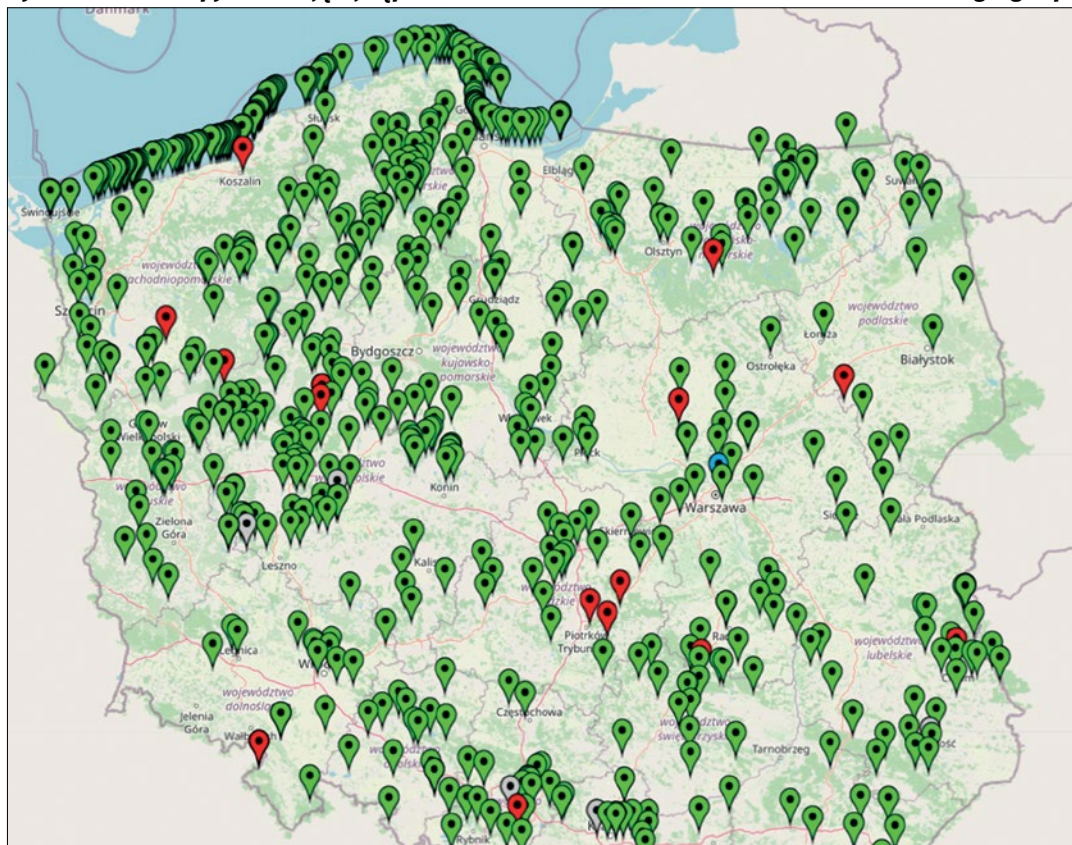
(źródło: sk.gis.gov.pl)



Bieżące informacje o jakości wody w kąpieliskach zamieszczane były również na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego (sk.gis.gov.pl), Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych oraz na stronach internetowych państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

Rys. 5 Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce

(źródło: sk.gis.gov.pl)



Internetowy Serwis kąpieliskowy zawiera informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności: wykaz kąpielisk i bieżącą ocenę jakości wody w kąpielisku; informacje o zakazie kąpieli wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informacje 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 krótkotrwałych zanieczyszczeniach i o rodzaju oraz spodziewanym czasie trwania sytuacji wyjątkowej, której występowania nie przewiduje się przeciętnie częściej niż raz na cztery lata (jeśli takie przypadki mają miejsce).

Rys. 6 Widok wykazu kąpielisk

(źródło: sk.gis.gov.pl)

	Sopot-32A-33					
Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
Morze Bałtyckie	Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	1/07/2024 - 31/08/2024	-	Woda przydatna do kąpieli Wynik badania z dnia 27/06/2024	★★★★ 2023 - Jakość dobra	
	Sopot-K22					
Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
Morze Bałtyckie	Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	1/07/2024 - 31/08/2024	-	Woda przydatna do kąpieli Wynik badania z dnia 27/06/2024	★★★★ 2023 - Jakość dobra	
	Sopot - 13-17					
Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
Morze Bałtyckie	Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	1/07/2024 - 31/08/2024	-	Woda przydatna do kąpieli Wynik badania z dnia 27/06/2024	★★★★★ 2023 - Jakość doskonała	
	Sopot Park Północny					
Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
Morze Bałtyckie	Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	1/07/2024 - 31/08/2024	-	Woda przydatna do kąpieli Wynik badania z dnia 27/06/2024	★★★★★ 2023 - Jakość doskonała	

Rys. 7 Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska

(źródło: sk.gis.gov.pl)

[Powrót do mapy](#)

Kąpielisko nad jez. Skrzynki Duże w Nowym Karpnie

 Czerwona flaga. [Sprawdź szczegóły](#)

Adres

Nowe Karpno, nad j. Skrzynki Duże od strony torów kolejowych
woj. pomorskie, pow. kościerski

Długość linii brzegowej

15m

Godziny otwarcia

10:00 - 18:00

Ocena wody

 Woda nieprzydatna do kąpieli ze względu na inne wymagania
Data oceny: 09/07/2025
Następne badanie: 09/07/2025

[Pokaż oceny wody w kąpielisku](#)

Profil

Kąpielisko nad jeziorem Skrzynki Duże w Karpnie znajduje się na wysokości 150,3 m.n.p.m. Powierzchnia jeziora to 13,29 ha. Głębokość maksymalna to 35,2 m, a średnia głębokość wynosi 13,4 m. Kąpielisko posiada pomosty drewniane, piaszczystą plażę, przebieralnię, toalety, boisko do siatkówki plażowej, baldachy chroniące od słońca, sezon kąpielowy od 25 czerwca 2022r. do 31 sierpnia 2022 r. Woda przydatna do kąpieli.

[Przejdź do strony z profilem wody](#)

[Pobierz profil wody w kąpielisku](#)

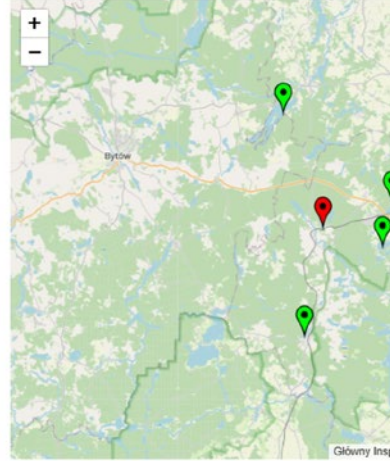
Akwen

Jezioro Skrzynki Duże

Sezon kąpielowy

28/06/2025 - 31/08/2025

MAPA **NAJBLIŻSZE KĄPIELISKA**



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

Rys. 8 Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska

(źródło: sk.gis.gov.pl)

Infrastruktura

 Wyznaczona strefa w wodzie
  Kosze na śmieci
  Maszt z flagą WOPR

 Do wglądu regulamin kąpieliska
  Ratownik
  Zakaz wprowadzania zwierząt domowych

 Tablica informacyjna

Warunki

Data ostatniego pomiaru: 11/07/2025
 Temperatura powietrza: 16°C
 Temperatura wody: 15°C
 Prędkość wiatru: 9 m/s
 Flaga: Czerwona
 Powód wywieszenia czerwonej flagi: Silne prądy wsteczne, wysoka powyżej 90 cm załamująca się fala
 * Dane wprowadzane przez organizatora.

Organizator

Urząd Gminy Ustka
 ul. Dunina 24, 76-270 Ustka
a.zupnik@ustka.ug.gov.pl
 59 815 24 00, 59 815 24 22

Stacja nadzorująca

PSSE w Słupsku
 ul. Piotra Skargi 8, 76-200 Słupsk
psse.slupsk@sanepid.gov.pl
 (59) 843-12-91

W 2025 r. z internetowego Serwisu kąpieliskowego skorzystało 671 471 aktywnych użytkowników. Największą aktywność odnotowano 22 lipca 2025 r.

W Serwisie kąpieliskowym publikowane są m.in. raporty podsumowujące sezony kąpielowe z lat 2010–2024 oraz kompendia wiedzy, skierowane zarówno do społeczeństwa, jak i pracowników ochrony zdrowia – m.in. na temat wibriozy. Dużym zainteresowaniem cieszył się także materiał informacyjny pt. „Przyczyny występowania i zagrożenia wynikające z obecności potencjalnie toksycznych cyjanobakterii (sinic) w wodzie”.

5. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

Główny Inspektorat Sanitarny, po sporządzeniu raportu dotyczącego jakości wody w kąpieliskach za rok 2025, przekazał Państwowemu Gospodarstwu Wodnemu Wody Polskie oraz Głównemu Inspektorowi Ochrony Środowiska zestawienie kąpielisk, w których odnotowano pogorszenie klasyfikacji jakości wody, wraz z prośbą o podjęcie działań na rzecz poprawy stanu ochrony wód powierzchniowych przed zanieczyszczeniami.

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

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





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

Państwowa Inspekcja Sanitarna w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wykonuje zadania z zakresu zdrowia publicznego na etapie planowania i realizacji przedsięwzięć strategicznych:

- ◆ na szczeblu krajowym i regionalnym (wojewódzkim, powiatowym i gminnym),
- ◆ oraz indywidualnych,

wpisując się w ochronę zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobieganie powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

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

1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

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

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

1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

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

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

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

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

- ◆ oddzielenie obszarów przeznaczonych na zabudowę mieszkaniową od obszarów przemysłowych, tras komunikacyjnych, itp. w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania na mieszkańców;
- ◆ zapewnienie właściwej gospodarki wodno-ściekowej;
- ◆ eliminację lub ograniczenie emisji zanieczyszczeń do środowiska w celu zapewnienia wymaganej jakości jego komponentów, w tym powietrza, wody i gleby na terenach zamieszkania i pobytu ludzi, ujęć wody, kąpielisk, terenów rekreacyjnych, między innymi poprzez zastosowanie odpowiednich technologii przemysłowych, rozwiązań technicznych i urządzeń redukujących lub pochłaniających substancje szkodliwe dla zdrowia ludzi;
- ◆ zagwarantowanie odpowiednich pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków pobytu ludzi w budynkach, w odniesieniu do funkcji pomieszczeń, m.in. w zakresie właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (prawidłowej wymiany i czystości powietrza, temperatury, wilgotności);
- ◆ zapewnienie pracownikom odpowiednich higienicznych i zdrowotnych warunków pracy, biorąc pod uwagę m.in. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń chemicznych i fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi oraz szkodliwe czynniki biologiczne.

W 2025 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna zajęła ogółem 398 091 stanowisk, w tym 1080 negatywnych, co stanowi 0,3% (w 2024 r. 175 031 stanowisk, w tym 1000 negatywnych, co stanowiło 0,6%).

W ramach powyższych działań dokonano: 36 503 uzgodnień dokumentacji projektowej inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2024 r. 33 690 uzgodnień), w tym przez:

- ◆ organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – 4949 uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2024 r. – 4812 uzgodnień),
- ◆ rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych – 31 554 uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2024 r. – 28 878 uzgodnień).

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

- ◆ 10 625 uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2024 r. – 8712);
- ◆ 4360 opinii dotyczących projektów planów ogólnych, projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko oraz zintegrowanych planów inwestycyjnych (w 2024 r. – 2962);
- ◆ 271 484 stanowisk w sprawie uzgodnienia warunków zabudowy i zagospodarowania terenu;
- ◆ 17 514 opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (w 2024 r. – 14 886);
- ◆ 3322 stanowisk dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym zakresie warunków technicznych (w 2024 r. – 3901);
- ◆ 24 288 stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego (w 2024 r. – 17 830);
- ◆ 148 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowywanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2024 r. – 209);
- ◆ 462 opinii do projektów gminnych programów rewitalizacji i planów remediacji oraz warunków przeprowadzania działań naprawczych w środowisku (w 2024 r. – 364),
- ◆ 29 357 innych spraw (w 2024 r. – 92 477).



W związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 17 731 kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów (w 2024 r. - 18 027).

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

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

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

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

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

W 2025 r. Główny Inspektor Sanitarny nadał 10 osobom uprawnienia rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych (w 2024 r. – 7 osobom, w 2023 r. – 5 osobom, w 2022 r. – 1 osobie, w 2021 r. - 7 osobom, w 2020 r. – 7 osobom, w 2019 r. - 7 osobom, w 2018 r.- 11 osobom, w 2017 r. - 7 osobom).

W roku sprawozdawczym na terenie całego kraju zarejestrowanych było 341 rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, w tym 264 dokonało uzgodnienia dokumentacji projektowej.

1.3. Podsumowanie

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



planów inwestycyjnych. Liczba stanowisk zależy w dużej mierze od liczby przedsięwzięć planowanych i realizowanych w kraju w danym roku.

Należy zauważyć, że w związku z nowelizacją przepisów dot. systemu planowania przestrzennego, w roku 2025 nastąpił znaczący wzrost – o ok. 127% zajmowanych stanowisk, w porównaniu z rokiem 2024. Przyczyniło się to do szerszego nadzoru zapobiegawczego poprzez weryfikację wymagań higienicznych i zdrowotnych podczas uzgadniania wniosków.

Dodatkowo, należy zwrócić uwagę, że w związku z nowelizacją przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – *Prawo budowlane* zniesiono obowiązek powiadamiania przez inwestora organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o zakończeniu budowy obiektu budowlanego i zamiarze przystąpienia do jego użytkowania. Jednocześnie, mając na uwadze bardzo szybki postęp technologiczny i rozwój gospodarki w zakresie infrastruktury i inwestycji, działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze zapobiegawczego nadzoru sanitarnego będą koncentrować się, w najbliższych latach, w szczególności na kwestiach związanych ze środowiskowymi uwarunkowaniami zdrowia, które mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zwrotnego ludzi i stanowią istotne przełożenie w kontekście warunków oraz jakości życia obywateli. Prewencyjne działania Inspekcji w obszarze zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, w postaci eliminacji bądź minimalizacji negatywnego oddziaływania różnego rodzaju działalności gospodarczych/rolniczych na zdrowie i warunki życia ludzi, które wynikają m.in. z zanieczyszczeń do powietrza, wody czy gleby, są ściśle powiązane z:

- ◆ bezpieczeństwem zdrowotnym wody, zarówno w kontekście potencjalnie negatywnego wpływu planowanej inwestycji na jakość ujmowanej wody, ale również na jakość wody dystrybuowanej przez dostawcę wody;
- ◆ eliminacją bądź minimalizacją powstania uciążliwości związanych z zapyleniem oraz emisją odorów;
- ◆ kumulacją negatywnego oddziaływania planowanej inwestycji z działalnościami już funkcjonującymi na danym terenie.

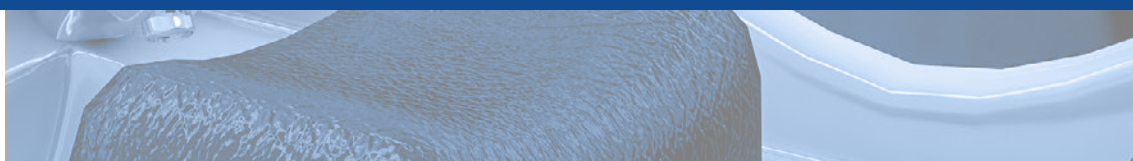


**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ



1. Zadania pionu Higieny Komunalnej

Do zakresu działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy w szczególności kontrola warunków stanu sanitarno-higienicznego nieruchomości, obiektów i urządzeń użyteczności publicznej oraz transportu publicznego.

Bieżącym nadzorem objęta jest bardzo duża liczba obiektów i podmiotów o różnorodnym i szerokim stopniu zróżnicowania i potencjalnego wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne osób przebywających w tego rodzaju obiektach. Dobór częstotliwości kontroli zależy od analizy ryzyka związanego z potencjalnie występującymi zagrożeniami.

2. Kontrola i nadzór

W odniesieniu do wszystkich obiektów kontroli podlega m. in.:

- ◆ zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- ◆ postępowanie z nieczystościami płynnymi i odpadami komunalnymi,
- ◆ procedury m.in. utrzymania czystości, postępowania z brudną i czystą bielizną, zaopatrzenia w środki czystości i dezynfekcyjne,
- ◆ warunki eksploatacji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- ◆ ogólny stan porządkowy i techniczny pomieszczeń oraz terenu wokół obiektu.

Oceniając stan sanitarny obiektów, wyróżnia się trzy kategorie nieprawidłowości:

- ◆ zły stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy i techniczny, dot. zachowania ogólnej, bieżącej czystości i porządku w obiekcie, np. zabrudzone powierzchnie, przepełnione kosze na odpady komunalne;
- ◆ zły stan tylko higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy;
- ◆ zły stan tylko techniczny, dot. infrastruktury i wyposażenia obiektu, np. ubytki w ścianach lub podłogach, zniszczone meble.

W 2025 r. ogółem skontrolowano **62 260** obiektów użyteczności publicznej, co stanowiło 36,47% spośród **170 712 ujętych w ewidencji**, tj. m.in.:

zakłady/salony świadczące usługi w branży beauty – skontrolowano 32 509 spośród 79 338 zarejestrowanych podmiotów, co stanowiło 40,98%

Obiekty szeroko rozumianej branży beauty w dalszym ciągu stanowią najliczniejszą grupę. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba podmiotów zwiększyła się o 4126, pojawiają się też nowe usługi i trendy kosmetyczne. W ewidencji PIS znajdowało się:

- ◆ 35 671 zakładów fryzjerskich oraz fryzjersko-barberskich,
- ◆ 28 140 zakładów/salonów wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek, w tym kosmetycznych, tatuażu, piercingu i innych,
- ◆ 9217 zakładów kosmetycznych bez przerywania ciągłości tkanek,
- ◆ 1460 solariów,
- ◆ 4860 zakładów odnowy biologicznej bez przerywania ciągłości tkanek.

Pomimo zwiększenia się liczby podmiotów oferujących usługi, zaobserwowano, iż w porównaniu z rokiem poprzednim, zmniejszyła się liczba obiektów, w których stwierdzono jakiekolwiek uchybienia podczas kontroli.

Stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ 175 przypadków ze stwierdzonym złym stanem higieniczno-sanitarnym, w tym porządkowym i technicznym (co stanowiło 0,22%). W 2024 r. odnotowano 203 uchybienia.
- ◆ 373 przypadki ze stwierdzonym złym stanem tylko higieniczno-sanitarnym, w tym porządkowym (0,47%). W 2024 r. stwierdzono 665 uchybień.
- ◆ 153 przypadki ze stwierdzonym złym stanem tylko technicznym (0,19%). W 2024 r. stwierdzono 173 uchybienia.

Ocenie podlega przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i sanitarne. Mając na uwadze zagrożenia czynnikami chorobotwórczym wynikającymi z możliwości naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, szczególna uwaga koncentruje się na weryfikacji procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami, o których mowa w art. 16 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*¹. Procedury te powinny wskazywać sposób postępowania przy wykonywaniu czynności, w trakcie których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, zasady stosowania sprzętu poddawanego sterylizacji oraz sposoby przeprowadzania dezynfekcji skóry i błon śluzowych oraz dekontaminacji pomieszczeń i urządzeń.

Kontroli poddano także świadczenia mobilnych usług z branży beauty – skontrolowano 289 podmiotów spośród 877, co stanowiło 32,95%.

¹ Dz.U. z 2025 r. poz. 1675

Organy PIS w ramach bieżącego nadzoru kontrolują również usługi solaryjne w związku z przepisami Ustawy z dnia 15 września 2017 r. *o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium*².

Przeprowadzono 1 423 kontrole w 1 393 podmiotach świadczących usługi solaryjne. Kontrole wykazały, że 99,8% obiektów świadczących usługi w zakresie udostępniania solarium spełnia wymagania określone w ww. ustawie. W ciągu ostatnich kilku lat maleje liczba solariów zarejestrowanych w ewidencji PIS – spada także liczba solariów, w których stwierdza się uchybienia i nakłada kary finansowe.

domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie, ogrzewalnie, schroniska dla bezdomnych itp. – skontrolowano 2262 spośród 3563 ujętych w ewidencji, co stanowiło 63,49%

Z uwagi na uwarunkowania zdrowotne populacji, uwzględniające często osoby chore, starsze i z obniżoną odpornością przebywające w tego typu obiektach, ocena warunków higieniczno-sanitarnych wymaga większej uwagi.

W 2025 r. w ww. obiektach stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ 47 przypadków ze stwierdzonym złym stanem higieniczno-sanitarnym, w tym porządkowym i technicznym (co stanowiło 1,32%),
- ◆ 25 przypadków ze stwierdzonym złym stanem tylko higieniczno-sanitarnym, w tym porządkowym (0,70%),
- ◆ 43 przypadki ze stwierdzonym złym stanem tylko technicznym (1,21%). Do tej grupy uchybień zaliczyć można np. uszkodzone meble będące wyposażeniem danego pomieszczenia.

domy przedpogrzebowe oraz zakłady przedpogrzebowe – skontrolowano 1167, spośród 2663, co stanowiło 43,82%

Do tej grupy zalicza się obiekty o różnych profilach usług tj. świadczące usługi w zakresie przechowywania, przenoszenia / przewozu zwłok, ekshumacji, kremacji a także świadczące usługi inwazyjne związane z przygotowaniem zwłok do pochowania w zakresie balsamacji, konserwacji, usuwania elektrod/ rozruszników.

Zakres kontroli obejmował stan higieniczno-sanitarny oraz techniczny poszczególnych pomieszczeń z uwzględnieniem inwazyjnych usług związanych z przygotowaniem zwłok do pochowania. Pośród najczęściej stwierdzonych uchybień był zły stan techniczny (15 przypadków, co stanowiło 0,56%). 11 przypadków dotyczyło złego stanu higieniczno-sanitarnego, w tym porządkowego i technicznego (co stanowiło 0,41%). W 7 przypadkach stwierdzono zły stan tylko higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy (0,26%).

Wśród tej grupy obiektów znajdują się także podmioty realizujące wyłącznie usługi przewozu zwłok, kremacji czy też ekshumacji. Skontrolowano 77 podmiotów ze 186 ujętych w ewidencji.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 2111

pralnie – skontrolowano 294 spośród 787, co stanowiło 37,36%

W ewidencji PIS znajdowało się:

- ◆ 31 pralni szpitalnych (z czego skontrolowano 25),
- ◆ 30 pralni poza szpitalem, świadczących usługi dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (z czego skontrolowano 21),
- ◆ 606 pralni świadczących usługi podmiotom innym niż wykonującym działalność leczniczą (z czego skontrolowano 186),
- ◆ 120 pralni świadczących usługi dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą – poza szpitalem oraz świadczących usługi podmiotom innym niż wykonującym działalność leczniczą (z czego skontrolowano 62).

W 9 przypadkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy i techniczny. Zły stan techniczny stwierdzono w 6 przypadkach. W 3 przypadkach stwierdzono zły stan tylko higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy.

W pralniach oferujących usługi dla podmiotów leczniczych zwracano szczególną uwagę na kwestie niekrzyżowania się dróg bielizny ze strefy brudnej ze strefą czystą, w tym sposób transportu bielizny czystej i brudnej na terenie obiektu.



obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, agroturystyka i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 7409 spośród 24 424 ujętych w ewidencji, co stanowiło 30,33%

W 128 przypadkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy i techniczny (co stanowiło 0,52%). Zły stan techniczny stwierdzono w 85 przypadkach (0,35%). W 83 przypadkach stwierdzono zły stan tylko higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy (0,34%).

Biorąc pod uwagę odsetek uchybień w porównaniu z rokiem poprzednim, można stwierdzić, że stan higieniczno-sanitarny (zarówno porządkowy i techniczny) oraz tylko techniczny w tych obiektach uległ poprawie.

W ramach kontroli weryfikowano także obiekty wchodzące w skład kompleksu hotelowego oraz sposób prania bielizny (własna pralnia/poza obiektem).

cmentarze – skontrolowano 2249, spośród 9238, co stanowiło 24,34%

W 18 przypadkach stwierdzono zły stan techniczny. W 4 przypadkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy i techniczny. W 5 przypadkach zły stan tylko higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy. W porównaniu z rokiem poprzednim poprawie uległ stan techniczny skontrolowanych cmentarzy (w 2024 r. odnotowano 36 nieprawidłowości w tym zakresie).

W ramach nadzoru ocenie poddawano m. in. postępowanie z odpadami, stan sanitarny (porządkowy i techniczny) terenu cmentarza, kwestie ogrodzenia terenu cmentarza, wyznaczającego jego granice – w aspekcie zachowania pasów izolujących teren cmentarny od innych terenów, a w szczególności terenów mieszkaniowych oraz zapewnienia stref ochronnych od ujęć wody. Weryfikowano także źródło zaopatrzenia w wodę (wodociąg sieciowy/własne ujęcie).

W 2025 r. nadzorem objęto także takie obiekty użyteczności publicznej jak:

dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze i morskie, przystanie żeglugi morskiej i śródlądowej, stacje metra oraz jednostki pływające rekreacyjne i sportowe – skontrolowano 606 spośród 1287 ujętych w ewidencji, co stanowiło 47,09%

Skontrolowano 496 dworców i stacji (autobusowe, kolejowe, metra) na 1 079 znajdujących się w ewidencji. W 3 przypadkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy i techniczny oraz tylko techniczny. W 1 przypadku stwierdzono zły stan tylko higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy.

Skontrolowano ogółem również 4830 środków transportu (w tym: autobusów komunikacji publicznej i turystycznych, tramwajów i trolejbusów, wagonów w metrze czy szybkiej kolei miejskiej, wagonów w pociągach dalekobieżnych i podmiejskich, statków i promów pasażerskich morskich i żeglugi śródlądowej, samolotów pasażerskich, samochodów do przewozu chorych, zwłok i szczątków ludzkich, bielizny, a także innych środków transportu).

W 83 przypadkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy i techniczny.

W 4 przypadkach stwierdzono zły stan tylko higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy. Zły stan techniczny stwierdzono tylko w przypadku jednego skontrolowanego samochodu do przewozu bielizny.

- ◆ strzeżone ośrodki i areszty śledcze dla cudzoziemców – skontrolowano 5 spośród 10 ujętych w ewidencji, co stanowiło 50% oraz izby wytrzeźwień – skontrolowano 16 spośród 29 ujętych w ewidencji, co stanowiło 55,17%;
- ◆ ustępy – skontrolowano 1498 ustępów publicznych i 552 ustępy ogólnodostępne w obiektach użyteczności publicznej spośród 4011 ujętych w ewidencji, co stanowiło 51,11%;
- ◆ przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 45 spośród 54 ujętych w ewidencji, co stanowiło 83,33%;
- ◆ tereny rekreacyjne (tereny zieleni, obiekty sportowe, plaże przy kąpieliskach, plaże bez kąpieliska) – skontrolowano 4731 spośród 15 073 ujętych w ewidencji, co stanowiło 31,39%;
- ◆ zakłady karne i areszty śledcze – skontrolowano 102 spośród 167 ujętych w ewidencji, co stanowiło 61,08%.



Ponadto kontroli w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego podlegały: miejsca obsługi podróżnych (MOP), parkingi oraz inne obiekty i urządzenia użyteczności publicznej (obiekty policji, obiekty straży pożarnej, obiekty straży granicznej, apteki i inne).

3. Działania informacyjne podnoszące świadomość przedsiębiorców/usługodawców oraz zarządzających podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą na temat potencjalnych zagrożeń zdrowotnych

W ramach działalności pionu każdorazowo podczas kontroli podejmowano działania informacyjne podnoszące świadomość przedsiębiorców/usługodawców oraz zarządzających podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą na temat potencjalnych zagrożeń zdrowotnych. Działania te przeprowadzono w trakcie 81 645 kontroli obiektów. Liczba kontroli, w stosunku do których podjęto działania informacyjne podnoszące świadomość stanowiła 87%, a uzyskany wynik był o 13% większy w porównaniu z rokiem poprzednim. Pozwala to na stwierdzenie, że organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stopniowo realizują zadania z zakresu zwiększania świadomości społeczeństwa na temat ewentualnych zagrożeń w aspekcie bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi.

Działania informacyjne dotyczyły w szczególności:

- ◆ właściwej eksploatacji wewnętrznej sieci wodociągowej,
- ◆ postępowania z odpadami medycznymi,
- ◆ postępowania z bielizną czystą i brudną,
- ◆ zasad właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji, klimatyzacji,
- ◆ utrzymania właściwego stanu higieniczno – sanitarnego i technicznego pomieszczeń/urządzeń danego obiektu,
- ◆ opracowania / wdrożenia /stosowania procedur (np. mycia, dezynfekcji, sterylizacji itp.).

Działania w powyższym zakresie są kontynuowane w roku 2026.

Obiekty wysokiego ryzyka takie jak: szpitale, zakłady (opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, rehabilitacji leczniczej, lecznictwa uzdrowiskowego), hospicja, domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorych, w podeszłym wieku oraz pływalnie stanowią grupę obiektów, w których przebywają szczególnie wrażliwe osoby. W ramach bieżącego nadzoru sanitarnego przeprowadzono także działania informacyjne w zakresie profilaktyki *Legionelli* sp. w obiektach wysokiego ryzyka, obiektach wytwarzających aerozol wodno-powietrzny oraz instalacjach wentylacyjno-klimatyzacyjnych. Działania te dotyczyły właściwej eksploatacji i utrzymania instalacji, urządzeń, elementów wewnętrznego systemu wodociągowego oraz wentylacyjno-klimatyzacyjnych. Liczba obiektów, w których podjęto działania w zakresie *Legionelli* sp., wynosiła 4654 (co

stanowiło 70% obiektów skontrolowanych). Uzyskany wynik procentowy był na porównywalnym poziomie w stosunku do roku poprzedniego.

4. Podnoszenie kompetencji pracowników PIS

Przeprowadzono cykl szkoleń realizowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji pracowników i pracowniczek Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia, higieny środowiska oraz higieny radiacyjnej” Nr FERS.01.13-IP.07 – 0005/24 w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Priorytet FERS.01 Umiejętności, Działanie FERS.01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia. Szkolenia w zakresie czynników mających wpływ na prowadzenie nadzoru w obszarze higieny komunalnej opartego na analizie i ocenie ryzyka kierowane były do pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zakres szkoleń obejmował obszary podlegające ocenie stanu sanitarnego poszczególnych obiektów, będących pod nadzorem pionu higieny komunalnej wraz z szacowaniem ryzyka w przypadku ewentualnych zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi.

5. Podsumowanie

Bieżącym nadzorem higieny komunalnej objęta jest szeroka grupa obiektów użyteczności publicznej. W każdym obiekcie konieczne jest zapewnienie odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych mających na celu ochronę zdrowia ludzi przed potencjalnymi zagrożeniami. Analiza ryzyka w obiektach użyteczności publicznej jest kluczowym elementem identyfikacji zagrożeń.

W 514 skontrolowanych obiektach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy i techniczny (co stanowiło 0,30%). Zły stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy stwierdzono w 555 obiektach (co stanowiło 0,32%). Zły stan techniczny stwierdzono w 483 obiektach (0,28%). Biorąc pod uwagę wielość i różnorodność wszystkich obiektów zewidencjonowanych, odsetek nieprawidłowości utrzymuje się na bardzo niskim poziomie.

Oprócz kontroli bieżących, organy PIS w 2025 r. podejmowały działania informacyjne podnoszące świadomość w szerokim obszarze nadzorowanym przez pion higieny komunalnej, ponadto znaczna część pracowników PIS uczestniczyła w szkoleniach merytorycznych poświęconych szacowaniu ryzyka w poszczególnych obiektach.

Wzrost efektywności w obszarze zdrowia publicznego wynika z synergii systematycznych działań kontrolnych, edukacji społeczeństwa oraz podnoszenia kompetencji pracowników.



**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**NADZÓR NAD WARUNKAMI
SANITARNO-HIGIENICZNYMI
ŚRODOWISKA PRACY**

1. Zadania pionu Higieny Pracy:

- ◆ nadzór nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy (ochrona zdrowia zatrudnionych przed czynnikami szkodliwymi i uciążliwymi);
- ◆ działania podnoszące świadomość w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego pracowników;
- ◆ postępowanie administracyjne w sprawie chorób zawodowych.

2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Liczba zakładów pod nadzorem - **149 440**, które zatrudniają ogółem **5 420 598** pracowników.

Na podstawie danych z ostatnich 5 lat, obserwuje się wzrost liczby zakładów pod nadzorem.

W **2025 r.** przeprowadzono **49 585** kontroli (w 2024 r. – 51 031 kontroli) w **40 160** zakładach (w 2024 r. – w 43 256 zakładach), zatrudniających łącznie **2 138 336** pracowników (w 2024 r. – 2 349 875 pracowników). Nadzorem objętych zostało **27%** zewidencjonowanych podmiotów.

Na podstawie danych z ostatnich 5 lat, procent zewidencjonowanych podmiotów objętych nadzorem w każdym roku, utrzymuje się na podobnym poziomie.

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w **3474** zakładach pracy. W warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2025 r. zatrudnionych było **196 901** pracowników.

Wydano ogółem **10 813 decyzji** (w 2024 r. – 12 131 decyzji), w tym aż **5897 decyzji** (w 2024 r. – 6937 decyzji) dotyczących poprawy warunków pracy, **8 decyzji** unieruchamiających stanowisko pracy.

Nakazy w decyzji w liczbie **39 040** dotyczyły, tak jak w latach ubiegłych, głównie:

- ◆ badań i pomiarów czynników szkodliwych – co stanowiło **21%** skontrolowanych zakładów pracy;
- ◆ substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym w środowisku pracy – co stanowiło **12,5%** skontrolowanych;
- ◆ oceny ryzyka zawodowego – co stanowiło **8,9%** skontrolowanych zakładów pracy;
- ◆ substancji chemicznych i ich mieszanin stwarzających zagrożenie – co stanowiło **6,8%** skontrolowanych zakładów pracy;
- ◆ obniżenia normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – co stanowiło **3,7%** skontrolowanych zakładów pracy;
- ◆ czynników biologicznych w środowisku pracy – co stanowiło **2,2%** skontrolowanych zakładów pracy.

Liczba wydanych postanowień o nałożeniu grzywien celem przymuszenia do wykonywanych decyzji w roku 2025 wyniosła **148**. W drodze mandatu karnego nałożono **239 grzywien** na łączną kwotę: **56 350 PLN**.

3. Nadzór nad substancjami o działaniu reprotoksycznym

Z uwagi na wejście w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2024 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym w środowisku pracy¹, w roku 2025 pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej rozpoczął realizację zamierzenia, pn.: „Działania kontrolne oraz edukacyjne w zakresie warunków pracy i oceny narażenia zawodowego pracowników narażonych na substancje reprotoksyczne w środowisku pracy”. Jest ono kontynuowane w roku 2026.

Podczas działań kontrolnych sprawdzane są warunki pracy, wypełnianie przez pracodawców ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz obowiązków wynikających z zatrudniania pracowników w warunkach narażenia na substancje reprotoksyczne w środowisku pracy.

Podczas kontroli prowadzone są również działania podnoszące świadomość w przedmiotowym zakresie.

W **2025 r.** skontrolowano **3921** zakładów pracy, w których występują substancje o działaniu reprotoksycznym. Liczba pracowników narażonych na ww. czynniki wyniosła **107 691**. Wydano **1274** decyzje, co stanowiło **32%** skontrolowanych zakładów pracy, w których występują ww. czynniki szkodliwe.

Najczęściej stwierdzane uchybienia dotyczyły braku:

- ◆ rejestru prac, których wykonanie powoduje konieczność kontaktu z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym;
- ◆ rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym;
- ◆ oceny i udokumentowania ryzyka zawodowego;
- ◆ przekazywania do właściwego PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym w środowisku;
- ◆ badań i pomiarów substancji reprotoksycznych w środowisku pracy.

¹ rozporządzenie weszło w życie w dniu 28 lipca 2024 r. - w zakresie swojej regulacji obejmuje, oprócz dotychczasowych rozwiązań, dodatkowo ochroną pracowników przed zagrożeniem dotyczącym narażenia na działanie substancji reprotoksycznych

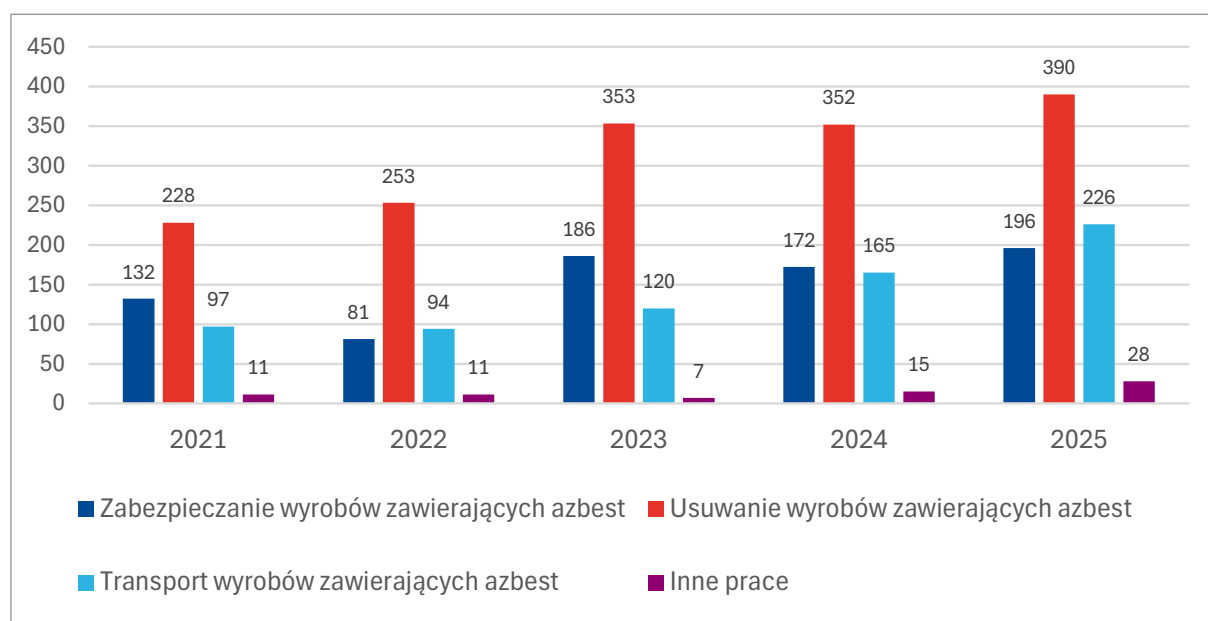


4. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest

W ramach „Programu oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” jak w latach ubiegłych, prowadzono nadzór nad przestrzeganiem przez pracodawców przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny podczas prac związanych z usuwaniem bądź zabezpieczaniem wyrobów zawierających azbest.

Liczba firm w ewidencji zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest w roku 2025 wyniosła 307 firm. **Liczba firm w ewidencji w ciągu 5 lat spadła o 26%.**

Wyk. 64 Przeprowadzone kontrole w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem (2021-2025)



Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły braku:

- ◆ rejestru prac, których wykonanie powoduje konieczność kontaktu z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym;
- ◆ rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym;
- ◆ oceny i udokumentowania ryzyka zawodowego;
- ◆ przekazywania do właściwego PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym w środowisku;
- ◆ planu usuwania wyrobów zawierających azbest;
- ◆ wyposażenia pracowników w odpowiednią odzież i obuwie robocze oraz środki ochrony indywidualnej;

- ◆ oznaczenia strefy, w której prowadzona są prace związane z zabezpieczaniem/usuwaniem wyrobów zawierających azbest;
- ◆ aktualnych orzeczeń lekarskich, stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku.

Tab. 27 Zestawienie stwierdzonych przypadków chorób zawodowych spowodowanych pracą w kontakcie z azbestem w latach 2021 – 2025

Pozycja	Jednostka chorobowa	2021	2022	2023	2024	2025	suma (choroby)
3.5	pylica azbestowa	47	115	123	144	120	549
17.2	międzybłoniak opłucnej	16	15	13	15	10	69
17.1	rak płuca, rak oskrzela	6	10	15	13	1	45
4.1	rozległe zgrubienie opłucnej	3	6	1	7	4	21
17.7	rak krtani	0	0	1	4	1	6
4.2	rozległe blaszki opłucnej lub osierdzia	6	9	8	1	7	31
3.1	pylica krzemowa	0	0	0	1	0	1
suma		78	155	161	185	143	722

W **2025 r.** przeprowadzono **11 225** kontroli w **9677** obiektach, co stanowiło **36,09%** skontrolowanych zakładów pracy, w których występują czynniki o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym. Liczba pracowników narażonych na ww. czynniki wyniosła **240 543**, w tym **61 567** kobiet i **178 976** mężczyzn. Wydano **2098** decyzji, co stanowiło **21,61%** skontrolowanych zakładów pracy, w których występują ww. czynniki szkodliwe.

Liczba obiektów pod nadzorem w ewidencji, w których pracownicy narażeni są na czynniki rakotwórcze, mutagenne lub reprotoksyczne **w ostatnich 6 latach wzrosła aż o 148,7%, tj. z 10 783 w roku 2020 do 26 815 w roku 2025.**

5. Szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy

W **2025 r.** skontrolowano **10 243** zakłady pracy, co stanowiło **22,5%** zewidencjonowanych podmiotów, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne. Liczba pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne wyniosła ogółem **450 044**, w tym **444 132 osoby** narażone na grupę 2 zagrożenia i **284 946 osób** na grupę 3 zagrożenia. Wydano łącznie **547** decyzji, co stanowiło **5,3%** skontrolowanych zakładów pracy, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne.

Najczęściej stwierdzane uchybienia dotyczyły braku:

- ◆ rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4;
- ◆ oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne;
- ◆ rejestru pracowników pracujących w narażeniu na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4;
- ◆ stosownych procedur i instrukcji;
- ◆ szkoleń pracowników.

Na podstawie danych za lata 2022 – 2025 liczba skontrolowanych zakładów pracy, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne oraz wydawanych decyzji utrzymuje się na podobnym poziomie.

6. Działania podnoszące świadomość pracodawców i pracowników

W roku **2025** prowadzono działania mające na celu podniesienie świadomości pracodawców i pracowników w zakresie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy i ochrony zdrowia zatrudnionych.

Działania podejmowane każdorazowo w ramach kontroli, zwiększające wiedzę i wpływające na świadomość pracodawców i pracowników na temat zagrożeń środowiska pracy, dotyczyły przede wszystkim:

- ◆ uwzględnienia wszystkich czynników szkodliwych i uciążliwych występujących na stanowisku pracy w skierowaniach na badania profilaktyczne;
- ◆ informowania pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami;
- ◆ częstotliwości wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- ◆ zapewnienia przez pracodawcę środków ochrony indywidualnej adekwatnych do istniejących zagrożeń w środowisku pracy;
- ◆ opracowania i wdrożenia stosownych procedur (np. bezpiecznego postępowania ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi);
- ◆ substancji chemicznych i ich mieszaniny stwarzających zagrożenie w środowisku pracy;
- ◆ zakazu palenia wyrobów tytoniowych w miejscu pracy;
- ◆ utrzymania właściwego stanu pomieszczeń pracy oraz pomieszczeń i urządzeń higieniczno-sanitarnych.

Liczba kontroli, w ramach których przeprowadzono działania podnoszące świadomość wyniosła łącznie 37 159, czyli wzrost o 8% względem roku 2024.

7. Choroby zawodowe

W **2025 r.** postępowania administracyjne w sprawie chorób zawodowych prowadzone były na podstawie przepisów określonych w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych² oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób³.

W **2025 r.** zgłoszono **5138** podejrzeń w sprawie choroby zawodowej. Wydano **2432** decyzje o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz **2159** decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. Łącznie w **2025 r.** po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono **2377** chorób zawodowych.

Najwięcej chorób zawodowych, tak jak w latach ubiegłych, stwierdzono w następujących jednostkach chorobowych:

- ◆ choroby zakaźne lub pasożytnicze – **866** przypadków (w 2024 r. – **1138** przypadków);
- ◆ pylica płuc – **494** przypadki (w 2024 r. – **557** przypadków);
- ◆ schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym – **377** przypadków (w 2024 r. – **374** przypadki);
- ◆ przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie **293** przypadki (w 2024 r. – **290** przypadków);
- ◆ przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy – **125** przypadków (w 2024 r. – **121** przypadków).

Na podstawie danych za lata 2022 - 2025 liczba zgłoszeń podejrzeń w sprawie chorób zawodowych utrzymuje się na podobnym poziomie. Obserwuje się minimalny spadek wydawanych decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz wzrost liczby decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Z dniem 21 grudnia 2025 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 listopada 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych. Przepisy ww. rozporządzenia wdrażają postanowienia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2023/2668 z dnia 22 listopada 2023 r. w sprawie zmiany dyrektywy 2009/148/WE w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie azbestu w miejscu pracy. Zmiana przepisów rozszerza katalog chorób zawodowych, wynikających z narażenia na działanie azbestu w miejscu pracy, przez uzupełnienie załącznika do rozporządzenia pn. „Wykaz chorób zawodowych wraz z okresem, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym” o choroby zawodowe, wskazane

² t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1836

³ t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1542

w dyrektywie, tj. raka jajnika oraz nowotwór przewodu pokarmowego. Ponadto, z uwagi na aktualną wiedzę medyczną, nadano nowe brzmienie definicji dotyczącej przewlekłego obturacyjnego zapalenia oskrzeli oraz ubytku słuchu. Przepisy rozporządzenia po jego nowelizacji umożliwiają stwierdzenie choroby zawodowej u większej liczby osób ubiegających się o stwierdzenie choroby zawodowej niż na podstawie przepisów obowiązujących przed wejściem w życie wskazanego na wstępie rozporządzenia.





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





HIGIENA RADIACYJNA

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze higieny radiacyjnej realizowane są przez Głównego Inspektora Sanitarnego oraz państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych. Obejmują nadzór nad warunkami pracy oraz ochronę zdrowia pacjentów, pracowników i ludności przed promieniowaniem jonizującym i elektromagnetycznym.

Nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie wykorzystania promieniowania jonizującego w działalności medycznej jest szczególnie istotny, ponieważ wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii, medycyny nuklearnej, radiologii zabiegowej i rentgenodiagnostyki jest uznawane za działanie obarczone dużym poziomem ryzyka. W związku z powyższym, kwestie związane z realizacją procedur radiologicznych są objęte zwiększonym nadzorem m.in. poprzez wydawanie przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych zezwoleń na uruchamianie i stosowanie urządzeń radiologicznych oraz uruchamianie pracowni rentgenowskich, a także wydawanie przez Głównego Inspektora Sanitarnego oraz państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych zgód na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

1. Zgody i zezwolenia

Główny Inspektor Sanitarny wydaje zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (art. 33p ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*). W ramach realizacji ww. zadania, Główny Inspektor Sanitarny w 2025 r. wydał 11 zgód. **Poza zgodami na typowe procedury z zakresu radioterapii i medycyny nuklearnej, w 2025 r. Główny Inspektor Sanitarny wydawał zgody na terapię raka gruczołu krokowego izotopem Lu-177, która jest nową formą leczenia izotopowego osób chorych onkologicznie.**

W ramach sprawowania nadzoru nad wykorzystaniem promieniowania jonizującego do celów medycznych, państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydają zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (art. 33q ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*). W 2025 roku państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydali 1323 zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych.

W celu ujednolicenia wymagań dotyczących składania i rozpatrywania wniosków o wydanie zgody na prowadzenie działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych, w Głównym Inspektoracie Sanitarnym opracowane zostały wytyczne dla państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych.

Ponadto państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydają zezwolenia na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich przeznaczonych do celów rentgenodiagnostyki oraz radiologii zabiegowej oraz na uruchamianie medycznych pracowni rentgenowskich, w których stosowane są takie aparaty.

W zaktualizowanych wytycznych:

- ◆ uszczegółowiono, jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o wydanie zezwolenia,
- ◆ uporządkowano proces rozpatrywania przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych wniosków o wydanie zezwoleń, w celu ujednolicenia wymagań dotyczących zapewnienia ochrony radiologicznej pacjentów, pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz osób z ogółu ludności na terenie całego kraju.

W 2025 roku państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydali 2015 zezwoleń na uruchamianie pracowni oraz 3011 zezwoleń na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich.

Liczba wydawanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych zgód i zezwoleń utrzymuje się w ostatnich trzech latach na podobnym poziomie.

2. Nadzór i kontrola nad jednostkami ochrony zdrowia, które wykorzystują promieniowanie jonizujące

Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2025 roku sprawowała nadzór nad 14 333 jednostkami ochrony zdrowia, w których znajdowało się 17 388 medycznych pracowni rentgenowskich. Dużą liczbę obiektów kontrolowanych stanowią jednostki ochrony zdrowia, w których są stosowane stomatologiczne aparaty rentgenowskie. **W ostatnich latach, w działalności kontrolnej obszaru higieny radiacyjnej zwraca się szczególną uwagę na typowanie do kompleksowych kontroli jednostek ochrony zdrowia wykonujących świadczenia szpitalne, których działalność stwarza ryzyko wystąpienia największych zagrożeń dla zdrowia pacjentów i pracowników, przy wykorzystaniu promieniowania jonizującego do celów medycznych.**

W 2025 r. w ramach działalności kontrolnej przeprowadzono 4351 kontroli w tych jednostkach organizacyjnych. Podczas kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zweryfikowali stan ochrony radiologicznej, wykonując pomiary dozymetryczne oraz pomiary w zakresie kontroli jakości urządzeń radiologicznych. W 2025 r. przeprowadzono 1659 pomiarów przy aparatach rentgenowskich. Podczas kontroli weryfikowane jest także wykonywanie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych z zachowaniem odpowiedniej częstotliwości. Ma to duże znaczenie dla zapewnienia ochrony radiologicznej pacjentów oraz pracowników wykonujących procedury medyczne.



W celu zapewnienia ochrony radiologicznej pracowników wykonujących procedury medyczne z wykorzystaniem promieniowania jonizującego organy Państwowej inspekcji Sanitarnej kontrolują spełnienie przez pracodawców wymagań dotyczących prowadzenia oceny narażenia na promieniowanie jonizujące pracowników zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia. W 2025 r. – 48 512 osób podlegało kontroli dawek indywidualnych, czyli monitorowaniu i rejestrowaniu ilości promieniowania, na które narażony jest każdy pracownik w trakcie wykonywania swojej pracy.

W związku dużym ryzykiem, które występuje przy prowadzeniu działalności medycznej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego konieczne jest realizowanie obowiązków z zakresu ochrony radiologicznej przez pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz kierowników jednostek ochrony zdrowia odpowiedzialnych za ochronę radiologiczną przy wykonywaniu działalności z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

Do nieprawidłowości, które były stwierdzane podczas kontroli w 2025 r., stanowiących naruszenie obowiązków w stopniu wysokim i średnim należy zaliczyć:

- ◆ wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące bez uzyskania wymaganych zezwoleń i zgód,
- ◆ niezapewnienie kontroli urządzeń radiologicznych i pomocniczych stosowanych w jednostce ochrony zdrowia, poprzez niewykonywanie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych z zachowaniem odpowiedniej częstotliwości.

Nieprawidłowości dotyczące niezapewnienia warunków bezpiecznej pracy przy źródłach promieniowania jonizującego, które również można zakwalifikować do naruszeń obowiązków w stopniu wysokim i średnim, to brak orzeczeń lekarskich dopuszczających pracowników do pracy w narażeniu na promieniowanie jonizujące, a także brak prowadzenia systematycznej kontroli narażenia pracowników wykonujących pracę w narażeniu na promieniowanie jonizujące.

3. Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej

Przejawem nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznych w jednostkach ochrony zdrowia jest zapewnienie inspektora ochrony radiologicznej. W związku z koniecznością aktualizacji wiedzy i stałego podnoszenia kompetencji przez osoby sprawujące tę funkcję w jednostkach ochrony zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny nadaje uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej osobom, które ukończyły wymagane szkolenie. Inspektor ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia sprawuje nadzór nad bezpiecznym stosowaniem promieniowania jonizującego do celów medycznych, chroniąc pacjentów, personel oraz innych ludzi przed jego szkodliwym wpływem.

W 2024 r. wydane zostało 676 decyzji nadających uprawnienia, co wynikało z przedłużenia uprawnień inspektorów ochrony radiologicznej w związku z epidemią Covid-19. Natomiast w 2025 r. uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej uzyskało 276 osób. Jest to podobna liczba osób jak w 2020 r., gdyż uprawnienia te są wydawane na 5 lat i po tym okresie osoba ubiegająca się o nadanie uprawnień jest zobowiązana do odbycia szkolenia w celu aktualizacji posiadanej wiedzy oraz zdania egzaminu.

Od 2025 r. egzaminy dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej nie są przeprowadzane w siedzibach jednostek prowadzących szkolenia, ale odbywają się w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

4. Ochrona przed polem elektromagnetycznym

Osoby pracujące przy urządzeniach emitujących pola elektromagnetyczne, takich jak sprzęt medyczny, urządzenia energetyczne, przemysłowe czy stosowane w radiokomunikacji, muszą znać zasady bezpiecznej pracy z tego typu technologią. Ważne jest, żeby ograniczyć narażenie na promieniowanie elektromagnetyczne i chronić zdrowie pracowników oraz osób postronnych.

W 2025 roku Inspekcja Sanitarna przeprowadziła kontrole 5007 urządzeń wykorzystywanych w różnych branżach – między innymi w ochronie zdrowia, energetyce, przemyśle i łączności radiowej. Przy tych urządzeniach pracowało łącznie 101 645 osób. **Dzięki regularnym kontrolom możliwe jest wczesne wykrycie ewentualnych zagrożeń i wprowadzenie działań zapobiegających przekroczeniu dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych.**

5. Pomiary skażeń promieniotwórczych

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach działalności placówek podstawowych pomiarów skażeń promieniotwórczych wykonuje pomiary skażeń promieniotwórczych w wodzie, żywności i paszach. Pomiary zawartości radionuklidów w żywności, wodzie i paszach wykonuje się dwiema metodami: spektrometrii promieniowania gamma i radiochemiczną. Placówki podstawowe uzyskują pozytywne wyniki w ramach prowadzonych badań porównawczych.

Na terytorium Polski jest prowadzony stały monitoring radiacyjny, którego celem jest wczesne wykrywanie potencjalnych zagrożeń wynikających z przekroczenia dopuszczalnego poziomu izotopów promieniotwórczych w środowisku i produktach spożywczych. W ramach badań służących do monitoringu radiacyjnego kraju w 2025 r. wykonano 1544 badania skażeń promieniotwórczych w wodzie, żywności i paszach, w tym: 127 (metoda radiochemiczna) oraz 1417 (metoda spektrometryczna) oznaczeń Cs-137 oraz 23 oznaczeń Sr-90.

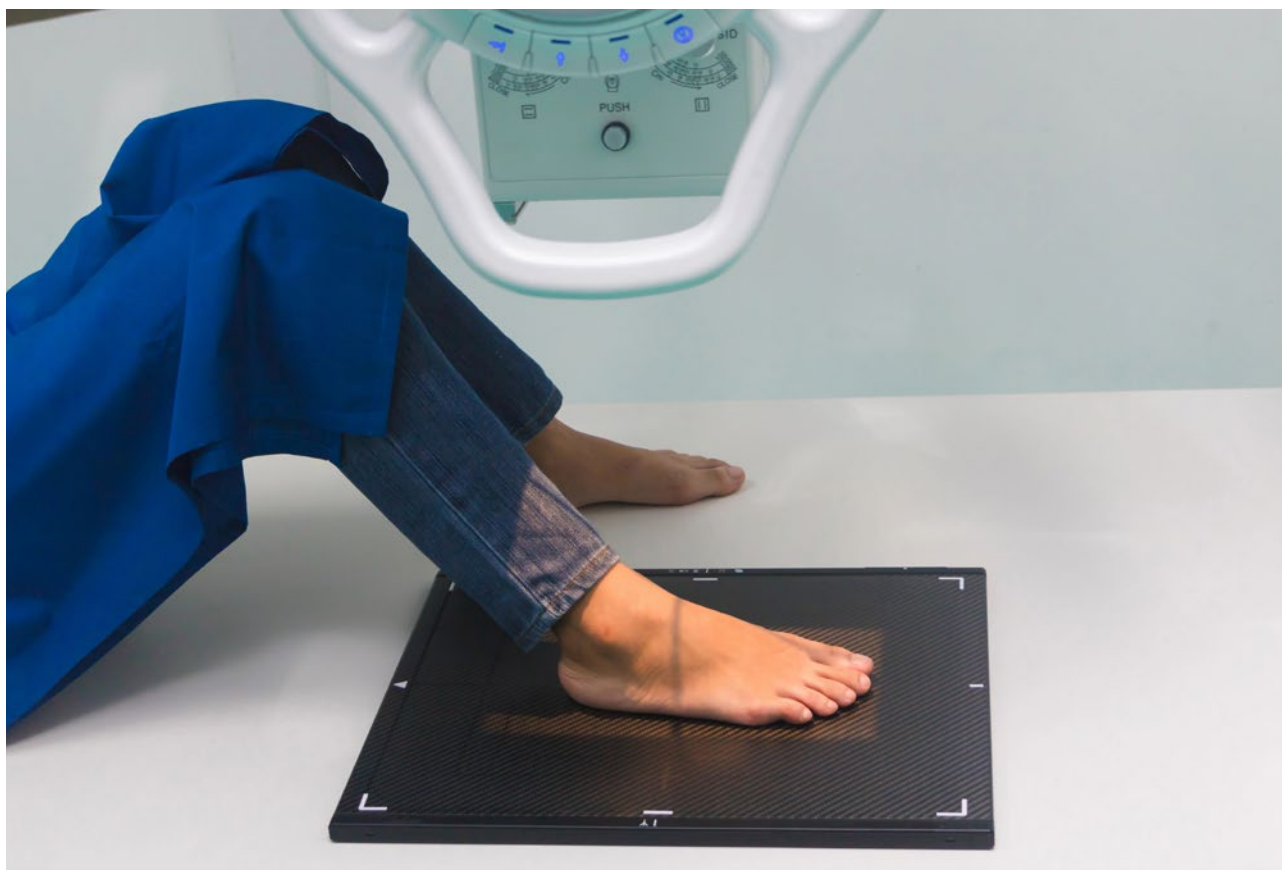
W ostatnich latach nie stwierdzono przekroczeń poziomów izotopów promieniotwórczych, które wskazywałyby na wystąpienie skażeń promieniotwórczych stanowiących zagrożenie dla zdrowia ludzi.

W 2025 r. w ramach nadzoru nad placówkami podstawowymi działającymi w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych, Główny Inspektor Sanitarny – we współpracy z Prezesem Państwowej Agencji Atomistyki i Głównym Inspektorem Ochrony Środowiska – przekazał państwowym wojewódzkim inspektoratom sanitarnym wieloletnie plany pobierania próbek. Plany te zawierają także listy producentów i lokalizacje, z których będą pobierane próbki do badania skażeń promieniotwórczych.

6. Szkolenia pracowników w obszarze higieny radiacyjnej

6.1. Udział pracowników w szkoleniach z zakresu pomiarów skażeń promieniotwórczych prowadzonych przez Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej oraz Politechnikę Łódzką.

W celu podnoszenia poziomu prowadzonych pomiarów skażeń promieniotwórczych w wodzie, żywności i paszach, pracownicy wykonujący pomiary mają zapewnione szkolenia, aby podnosić swoje kwalifikacje i umiejętności. W 2025 r. pracownicy uczestniczyli w praktycznych i zindywidualizowanych szkoleniach z pomiarów skażeń promieniotwórczych prowadzonych przez Centralne Laboratorium Ochrony



Radiologicznej oraz Politechnikę Łódzką. Szkolenia miały charakter praktyczny, a wiedza i umiejętności uzyskane podczas szkoleń wpływają na zapewnienie wysokiej jakości pomiarów prowadzonych w celu wczesnego wykrywania potencjalnych zagrożeń wynikających z przekroczenia dopuszczalnego poziomu izotopów promieniotwórczych w środowisku i produktach spożywczych.

6.2. Udział pracowników pionu higieny radiacyjnej w projekcie pn. „Podniesienie kompetencji pracowników i pracowniczek Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia, higieny środowiska oraz higieny radiacyjnej”.

Projekt mający na celu podnoszenie kompetencji pracowników i pracowniczek Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS), współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Priorytet FERS.01 Umiejętności, Działanie FERS.01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia. W 2025 r. Pracownicy pionu higieny radiacyjnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogli uczestniczyć w trzech szkoleniach z zakresu reagowania na wystąpienie zdarzeń radiacyjnych oraz w dwóch szkoleniach z oceny prawidłowości przeprowadzania testów podstawowych urządzeń radiologicznych i pomocniczych.

Szkolenia z zakresu reagowania na wystąpienie zdarzeń radiacyjnych były prowadzone przez prelegentów z Państwowej Agencji Atomistyki, którzy są wieloletnimi pracownikami Centrum do Spraw Zdarzeń Radiacyjnych, działającego w ramach Państwowej Agencji Atomistyki.

Szkolenia z oceny prawidłowości przeprowadzania testów podstawowych urządzeń radiologicznych i pomocniczych odbywały się w formie on-line (2 dni) i w formie stacjonarnej (2 dni). Szkolenia stacjonarne były prowadzone w małych grupach na terenie szpitala w Łodzi. Podczas szkolenia w formie stacjonarnej, pracownicy pionu higieny radiacyjnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej mieli okazję do samodzielnego wykonywania testów podstawowych przy typowych urządzeniach radiologicznych, takich jak aparat rentgenowski ogólnodiagnostyczny, tomograf komputerowy, mammograf, pantomograf. Celem praktycznego i zindywidualizowanego szkolenia z oceny prawidłowości przeprowadzania testów podstawowych urządzeń radiologicznych i pomocniczych było nabycie – przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczących w kontrolach jednostek ochrony zdrowia – umiejętności w tym zakresie.

Informacje o prawidłowym wykonywaniu testów podstawowych będą przekazywane pracownikom odpowiedzialnym za wykonywanie tych testów podstawowych w jednostkach ochrony zdrowia, co wpłynie na podniesienie poziomu ochrony radiologicznej pacjentów i pracowników realizujących procedury medyczne.

W 2025 r. zostało przeszkolonych 100 pracowników pionu higieny radiacyjnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej z zakresu reagowania na wystąpienie zdarzeń radiacyjnych oraz z oceny prawidłowości przeprowadzania testów podstawowych urządzeń radiologicznych i pomocniczych.

7. Podsumowanie

Celem nadzoru sprawowanego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa radiologicznego. Nadzoru wymagają szczególnie jednostki ochrony zdrowia wykonujące świadczenia szpitalne, których działalność stwarza ryzyko wystąpienia największych zagrożeń dla zdrowia pacjentów i pracowników, przy wykorzystaniu promieniowania jonizującego do celów medycznych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje działania mające na celu stałe podnoszenie poziomu ochrony radiologicznej poprzez kontrolowanie spełnienia wymagań niezbędnych do uzyskania zezwoleń na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich oraz uruchamianie medycznych pracowni rentgenowskich, a także wymagań koniecznych do uzyskania zgód na wykonywanie świadczeń medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. Przy czym należy zaznaczyć, że liczba wydawanych zezwoleń i zgód utrzymuje się od kilku lat na takim samym poziomie.

W ostatnich latach wydane zostały wytyczne dotyczące ujednolicenia wymagań dotyczących zakresu informacji, które powinny być ujęte w dokumentach stanowiących załączniki do wniosków o wydanie zezwoleń i zgód, a także rozpatrywania wniosków o wydanie decyzji pozwalających na wykorzystywanie promieniowania jonizującego do celów medycznych. Ma to wpływ na zapewnienie ochrony radiologicznej pacjentów i pracowników na etapie podejmowania działalności przez jednostki ochrony zdrowia.

Kontrole przeprowadzane w jednostkach ochrony zdrowia mają na celu nie tylko weryfikowanie spełnienia wymagań niezbędnych do wykonywania działalności medycznej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, ale także informowanie pracowników jednostek ochrony zdrowia o wymaganiach w zakresie ochrony radiologicznej, w ramach działalności edukacyjno-informacyjnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W przypadku naruszeń obowiązków, które można uznać za naruszenia w stopniu wysokim i średnim konieczne jest podejmowanie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działań zmierzających do wyegzekwowania stosowania przepisów ustawy *Prawo atomowe*. W tym celu ujednolicono zasady wymierzania kar pieniężnych za działania stwarzające najwyższe ryzyko wystąpienia zagrożeń wywołanych naruszeniem ww. obowiązków.



**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**HIGIENA PROCESÓW NAUCZANIA,
WYCHOWANIA ORAZ WYPOCZYNKU
I REKREACJI DZIECI I MŁODZIEŻY W ROKU 2025**

1. Zadania pionu Higieny Dzieci i Młodzieży

Weryfikacja przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących:

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

W roku **2025 r.** w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się ogółem **49 450 placówek** opieki, wychowania, nauki oraz wypoczynku i rekreacji. W **2025 r.** organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły **39 611 kontroli** sanitarnych w **27 548** placówkach, z których korzystało łącznie **5 045 181** dzieci i młodzieży. Niektóre obiekty skontrolowano więcej niż 1 raz w roku.

Tab. 28 Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2021 – 2025

Rok sprawozdawczy	Liczba placówek będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba skontrolowanych placówek
2021	47 496	22 878	15 983
2022	47 722	34 163	24 455
2023	46 947	39 839	27 655
2024	49 812	42 527	29 425
2025	49 450	39 611	27 548

2. Stan sanitarno-higieniczny oraz techniczny placówek

W **2025 r.** organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach przeprowadzonych czynności kontrolnych w placówkach nauczania i wychowania dzieci i młodzieży stwierdziły nieprawidłowości natury sanitarnej ogółem: w **1110** placówkach, które stanowiły **4%** spośród **27 548** skontrolowanych obiektów, wykazując uchybienia w następujących trzech zakresach:

1. sanitarno-higienicznym i technicznym, występujących jednocześnie – w **2%** skontrolowanych placówek,
2. wyłącznie sanitarno-higienicznym – w **1%** skontrolowanych placówek,
3. wyłącznie technicznym – **1%** skontrolowanych placówek.

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

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

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

W 2025 r. skontrolowano pod kątem gospodarki wodno-ściekowej **26 334** obiekty. Wyniki przeprowadzonych kontroli przedstawiały się następująco:

- ◆ **25 847 (98%)** placówek było podłączonych do wodociągu miejskiego/ gminnego,
- ◆ **488** placówek korzystało z własnego ujęcia wody, co stanowiło **2%** skontrolowanych obiektów,
- ◆ **23 123** obiekty były podłączone do sieci kanalizacyjnej centralnej (miejskiej/gminnej), co stanowi **88%** placówek skontrolowanych,
- ◆ w **3212** obiektach stwierdzono brak podłączenia do sieci kanalizacyjnej (**12%** skontrolowanych obiektów) z czego:
 - ✦ **2409 (75%)** placówek posiadało zbiorniki bezodpływowe (szamba),
 - ✦ **804 (25%)** placówki posiadały własne oczyszczalnie ścieków,
- ◆ w **845** obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie w odniesieniu do liczby urządzeń sanitarnych), co stanowi **3%** skontrolowanych obiektów,
- ◆ **3** placówki spośród wszystkich skontrolowanych korzystało z ustępów zewnętrznych (**0,01%** skontrolowanych).

W **97%** skontrolowanych obiektów, tj. w **25 646** placówkach, nie stwierdzono uchybień w zakresie warunków do utrzymania higieny osobistej. Stwierdzono natomiast następujące uchybienia:

- ◆ **67** placówek wykazało brak bieżącej ciepłej wody,
- ◆ **46** placówek wykazało brak wyposażenia w środki higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, mydła w płynie w dozownikach, ręczników papierowych do suszenia rąk) oraz brak dostępu do ciepłej bieżącej wody,

- ◆ **505** obiektów wykazywało niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- ◆ **142** placówki wykazało zaniedbania dotyczące czystości i porządku.

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku **2025** wydały **500** decyzji administracyjnych.

3.1. Higiena procesu nauczania

Jednym z zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest bieżąca kontrola w zakresie zapewnienia prawidłowych warunków i odpowiedniej organizacji pracy ucznia w celu jego ochrony przed niekorzystnymi warunkami pobytu w placówce edukacyjnej. W celu zintensyfikowania sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego w szkołach, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują również działania o charakterze prewencyjnym. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ukierunkowany na ochronę ucznia przed niekorzystnymi warunkami pobytu w placówce obejmuje m.in.:

- ◆ działania prozdrowotne m.in. w zakresie profilaktyki wad postawy czy wad wzroku,
- ◆ monitoring w zakresie właściwej organizacji procesu nauczania np. higieniczna ocena rozkładu zajęć lekcyjnych, odpoczynek w czasie trwania przerw międzylekcyjnych,
- ◆ promowanie dobrych praktyk, np. w odniesieniu do zapewnienia w placówce dostępu do wody przeznaczonej do spożycia.



3.2. Ocena obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych:

W roku **2025 r.** organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ocenę obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych. Zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego, opierającymi się na wynikach badań WHO, waga tornistra nie powinna przekraczać od 10 do 15% masy ciała ucznia. Dodatkowo ciężar powinien być rozłożony równomiernie, a tornister uczeń powinien nosić na obu ramionach.

W **2025 r.** ważenie tornistrów szkolnych przeprowadzono w **2038** szkołach podstawowych, w **13 423** oddziałach oraz brało w nim udział **207 663** uczniów. Pomiary wykazały, że zbyt ciężkie plecaki nosiło **24 447** uczniów, co stanowi **12%** wszystkich poddanych ocenie. Spośród **16 002** szkół skontrolowanych, tylko **91** z nich nie zapewniło uczniom miejsca na podręczniki i przybory szkolne, co stanowi **1%** skontrolowanych placówek.

3.3. Ergonomia mebli szkolnych

Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku **2025 r.** oceniły dostosowanie mebli do warunków antropometrycznych uczniów i przedszkolaków w **7762** placówkach (**504 921** stanowisk uczniów), co stanowi **49%** skontrolowanych placówek. Nieprawidłowości w powyższym zakresie wykazano w **504** placówkach (**3%** skontrolowanych) oraz **12 297** stanowiskach pracy (**2%** spośród ocenionych).

4. Ocena rozkładów zajęć lekcyjnych

W **2025 r.** Państwowa Inspekcja Sanitarna dokonała oceny rozkładów zajęć lekcyjnych pod względem higienicznym w **8206** szkołach, co stanowi **60%** skontrolowanych placówek. Niezgodność rozkładu zajęć lekcyjnych z zasadami higieny wykazano w **633** szkołach – **5%** szkół skontrolowanych. Podczas czynności kontrolnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracały szczególną uwagę na stałą porę rozpoczynania zajęć lekcyjnych, z nie większą od 1 godziny różnicą czasu rozpoczynania zajęć w poszczególnych dniach tygodnia, jak również różnicę liczby godzin lekcyjnych w kolejnych dniach tygodnia – nie większa od 1 godziny.

Spośród **13 623** placówek skontrolowanych w tym obszarze jedynie **113** z nich zapewnia przerwy krótsze niż 10 minut (**1%** skontrolowanych). W przeważającej większości, w placówkach zapewnione są:

- ◆ przerwy 10 min, z co najmniej jedną przerwą 15-20 minutową (**5613** szkół),
- ◆ przerwy krótsze niż 10 min, ale z co najmniej jedną przerwą 15-20 minutową (**3992** szkoły).

Dodatkowo **63%** skontrolowanych szkół umożliwia uczniom spędzanie przerw na świeżym powietrzu, natomiast w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb uczniów, dyrektorzy placówek umożliwiają uczniom skorzystanie z dystrybutorów wody przeznaczonej do spożycia (źródętka/poidętka) – **ok. 43%** skontrolowanych szkół.

5. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w **2025 r. w 10 729** szkołach wykazano, że z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego wraz z boiskiem, w skład którego wchodzi jedna lub dwie sale sportowe oraz pomieszczenia pomocnicze, tj. przebieralnie, natryskownie, ustępy, przechowalnie sprzętu sportowego, gabinet wychowania fizycznego – pokój nauczycieli, mogli korzystać uczniowie **4665 szkół (43%** skontrolowanych placówek). Zespoły sportowe bez boiska posiadało natomiast **577** placówek.

W **375** skontrolowanych szkołach odnotowano, że pomimo posiadania infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego prowadzono również na korytarzach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku **814** placówek, co stanowi **8%** placówek skontrolowanych. Podczas kontroli oceniano również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach sportowych – w **4510** szkołach uczniowie mieli możliwość korzystania z natrysków po każdych zajęciach sportowych, natomiast nieczynne natryski (nieudostępnione do użytku dla uczniów) posiadało **983** szkoły.

6. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W **2025 r.** w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej zarejestrowano **41 880** turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży. W ramach wypoczynku dzieci i młodzieży podejmowano działania profilaktyczne i prewencyjne zmierzające do zapewnienia bezpiecznego wypoczynku.

Warunki sanitarno-higieniczne skontrolowano podczas **13 368** turnusów, z których skorzystało łącznie **524 236** osób, z czego **329** kontroli miało charakter interwencyjny – **34** spośród zgłoszonych interwencji okazało się uzasadnionych. W **295** przypadkach kontrole wykazały uchybienia w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku. W **121** przypadkach stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu. W **5** przypadkach podjęto decyzję o zamknięciu całości lub części obiektu, w którym odbywał się wypoczynek dzieci i młodzieży.

7. Żłobki i kluby dziecięce

W roku **2025** pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się **6391** żłobków i klubów dziecięcych, w tym skontrolowano **3948** placówek, co stanowi **62%** ogółu ujętych w ewidencji, a liczba wszystkich przeprowadzonych kontroli wyniosła **4567** (niektóre obiekty kontrolowano więcej niż 1 raz w roku). Łącznie nieprawidłowości wykazano jedynie w **38** placówkach (w **20** przypadkach dotyczyły złego stanu higieniczno-sanitarnego).

8. Nadzór nad placówkami z pobytem całodobowym

Do katalogu placówek z pobytem całodobowym zaliczamy m.in. domy studenckie, bursy i internaty, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, domy pomocy społecznej oraz wiele innych obiektów. Ogółem w **2025 r.** skontrolowano tych obiektów **1066**, co stanowi **58%** spośród ujętych w ewidencji. **99%** skontrolowanych obiektów posiadało właściwy stan techniczny mebli i sprzętu, ok. **95%** z nich posiadało właściwy stan pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, natomiast właściwy stan aneksów kuchennych wykazano w **99%** skontrolowanych obiektach.



9. Podsumowanie

Na przestrzeni ostatnich 5 lat znacząco wzrósł odsetek skontrolowanych placówek oświatowych, od **34%** w **2021 r.** do **56%** w **2025 r.** Zniesienie stanu epidemii w 2022 r. oraz stanu zagrożenia epidemicznego w 2023 r. pozwoliło pracownikom pionu Higieny Dzieci i Młodzieży, poprzednio zaangażowanym w działania związane z walką z epidemią COVID-19, na powrót do działań związanych z działalnością pionu Higieny Dzieci i Młodzieży i co za tym idzie, prowadzenie stosownych działań kontrolnych w placówkach oświatowych, wychowawczych oraz podczas wypoczynku dzieci i młodzieży.

W porównaniu z rokiem 2022 zwiększyła się także liczba szkół oraz uczniów, których objęto oceną obciążenia ciężarem tornistrów szkolnych. W roku **2022** przebadano **90 734** uczniów z **812** szkół, natomiast w **2025 r.** przebadano **207 663** uczniów z **2 038** szkół. Równocześnie zmalał odsetek nieprawidłowości w powyższym zakresie z **17%** do **12%** w roku 2025.

Należy podkreślić, że liczba szkół objętych ww. działaniami wzrosła w wyniku prowadzonej od 2024 roku przez Państwową Inspekcję Sanitarną ogólnopolskiej akcji ważenia tornistrów, odbywającej się każdego roku w marcu i październiku. Podczas prowadzonych działań podejmowano także szereg działań edukacyjno-informacyjnych mających na celu uwrażliwienie kadry nauczycielskiej oraz rodziców na problem nadmiernego obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych oraz jego potencjalnych konsekwencji zdrowotnych. W wyniku ww. podejmowanych działań zaobserwowano również wysoki odsetek placówek zapewniających uczniom miejsce na pozostawienie podręczników i przyborów szkolnych, wynoszący **99%**.

Poprawę zaobserwowano także w przypadku odsetka szkół, w których stwierdzono nieprawidłowości w zakresie ergonomii mebli szkolnych – oceniony na poziomie ok. **3%**. W roku 2024 odsetek szkół, w których stwierdzono nieprawidłowości w zakresie ergonomii mebli szkolnych wyniósł **7%**.

W zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku dzieci i młodzieży odnotowano spadek odsetka placówek, w których występowały uchybienia z **3,5%** w roku **2022** do **2%** w **2025** roku.





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**STAN SANITARNY POMIESZCZEŃ I URZĄDZEŃ
PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ**

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje bieżący nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi i technicznymi, jakie powinny spełniać pomieszczenia i urządzenia w obiektach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. **W 2025 r.** pod nadzorem PIS znajdowało się **81 861 podmiotów** udzielających świadczenia zdrowotne.

Ocenie warunków higieniczno-sanitarnych podlegają m.in.:

- ◆ pomieszczenia ogólnodostępne,
- ◆ pomieszczenia porządkowe,
- ◆ zakład patomorfologii z prosekturą, pro-morte, sale wydawania zwłok,
- ◆ pomieszczenia przeznaczone do mycia i dezynfekcji wózków, pojemników i łóżek,
- ◆ pomieszczenia lub miejsca do składowania bielizny czystej i brudnej,
- ◆ pralnie piorące bieliznę szpitalną w tym zakaźną,
- ◆ pomieszczenia lub wydzielone miejsca na tymczasowe składowanie odpadów medycznych do czasu przekazania ich do unieszkodliwienia,
- ◆ pomieszczenia higieniczno-sanitarne.

Z uwagi na potencjalne ryzyka zakażeń, ocenie podlegają:

- ◆ zaopatrzenie w bieżącą wodę (ciepłą i zimną), w tym stan instalacji i urządzeń wodociągowych wewnątrz budynków,
- ◆ zapewnienie odpowiedniej wentylacji poszczególnych pomieszczeń,
- ◆ postępowanie z odpadami medycznymi,
- ◆ postępowanie z bielizną czystą i brudną,
- ◆ postępowanie ze zwłokami osób zmarłych.

Ww. zagadnienia są kontrolowane w zakresie zgodności z wymaganiami wielu przepisów:

- ◆ ustawy o działalności leczniczej¹ wraz z przepisami wykonawczymi^{2, 3},
- ◆ ustawy o odpadach⁴ wraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi wydanym na podstawie art. 33 ust. 2 tej ustawy⁵,
- ◆ ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶,

1 ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156)

2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402)

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

4 ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. z 2023 r. poz. 1587)

5 Dz.U. z 2017 r. poz. 1975

6 ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2025 r. poz. 1675)

- ◆ *Kodeksu pracy*⁷ wraz z przepisami wykonawczymi⁸,
- ◆ *Prawa budowlanego*⁹ wraz z przepisami wykonawczymi do tej ustawy¹⁰,
- ◆ ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków¹¹ wraz z przepisami wykonawczymi¹².

Kontrola stanu sanitarnego pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych obejmuje działalność wykonywaną przez:

- ◆ podmioty lecznicze oferujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, np. szpitale, w tym jednodniowe i uzdrowiskowe, inne niż szpitale,
- ◆ podmioty lecznicze udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych np. (przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, zakłady badań diagnostycznych, laboratoria medyczne, zakłady rehabilitacji leczniczej, w tym uzdrowiskowe),
- ◆ indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, w tym specjalistyczne, np. praktyki lekarzy dentystów,
- ◆ indywidualne i grupowe, w tym specjalistyczne praktyki pielęgniarek, np. praktyki pielęgniarki położnej.

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

W 2025 r. skontrolowano 18 226 (50,67%) spośród 35 968 podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W latach 2023 r. – 2024 r. odsetek skontrolowanych podmiotów stopniowo się zwiększał od 52,91% w 2023 r. 54,32% w 2024 r. W 2025 r. odsetek skontrolowanych obiektów spadł o 3,65%, należy jednak podkreślić, że generalnie z roku na rok rośnie liczba obiektów pod nadzorem PIS.

W 1159 skontrolowanych podmiotach stwierdzono m.in.:

- ◆ nieodpowiedni stan higieniczno-sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w 528 przypadkach, co stanowi zaledwie 2,90% spośród skontrolowanych;
- ◆ nieodpowiedni stan higieniczno-sanitarny w 354 przypadkach (1,94%);

⁷ ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* (Dz.U. z 2025 r. poz. 277)

⁸ m. in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz.U. z 2026 r. poz. 103)

⁹ ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – *Prawo budowlane* (Dz.U. z 2025 r. poz. 418)

¹⁰ rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2022 r. poz. 1225)

¹¹ ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2024 r. poz. 757)

¹² rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

- ♦ oraz w 277 obiektach (1,52% ze skontrolowanych obiektów) stwierdzono tylko niezadowalający stan techniczny.

Tab. 29 Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2022-2025 w odniesieniu do obiektów w ewidencji PIS

rok	objętych nadzorem wg ewidencji PIS stan na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
2023	34 530	18 269	787	274	399
		52,91%	2,28%	0,79%	1,16%
2024	35 929	19 171	646	470	395
		54,32%	1,83%	1,33%	1,12%
2025	35 968	18 226	528	354	277
		50,67%	1,47%	0,98%	0,77%

1.1. Szpitale

W 2025 r. skontrolowano 1051 szpitali na 1215 ujętych w ewidencji. W 350 obiektach stwierdzono następujące uchybienia:

- ♦ w 189 przypadkach (co stanowi 17,98% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego, w tym porządkowego i technicznego łącznie,
- ♦ w 55 przypadkach (co stanowi 5,23% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego, w tym porządkowego,
- ♦ w 106 przypadkach (co stanowi 10,09% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu technicznego.

W porównaniu z latami 2023 – 2024 skontrolowano mniej więcej tyle samo obiektów (tj. w 2023 r. – 85,76%, w 2024 r. – 90,92% a w 2025 r. – 86,50%). Z procentowego wyliczenia obiektów z uchybieniami można wywnioskować, że stan higieniczno-sanitarny, w tym porządkowy i techniczny obiektów świadczących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne pozostał na zbliżonym poziomie.

1.2. Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Do kategorii obiektów udzielających innych niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne zalicza się: zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, sanatoria, hospicja, inne podmioty oferujące usługi lecznicze, m.in. świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, z zakresu opieki długoterminowej, leczenia uzależnień oraz psychiatrycznej opieki zdrowotnej itp.

W 2025 r. skontrolowano 880 podmiotów, co stanowi 72,55%.

1.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują:

- ◆ świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- ◆ badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego,
- ◆ świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających trybu stacjonarnego.

Ww. świadczenia są udzielane w przychodniach, poradniach, uzdrowiskach, w zakładach badań diagnostycznych i medycznych, laboratoriach, w tym w pojazdach specjalnego przeznaczenia a także w miejscach pobytu pacjenta (w ramach wizyt domowych).

Spośród 33 540 podmiotów skontrolowano 16 295, tj. 48,58%.

Odsetek skontrolowanych placówek ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów z tej grupy ujętych w ewidencji PIS w porównaniu z latami 2022 i 2024 utrzymywał się na zbliżonym, niskim poziomie.



Tab. 30 Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem			% skontrolowanych z uchybieniami
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym	
Szpitala	1051	189	55	106	33,30%
w tym szpitale jednodniowe	220	7	3	1	5,00%
w tym szpitale uzdrowiskowe	34	5	2	2	26,47%
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	269	12	4	7	8,55%
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	118	5	2	1	6,78%
Zakłady rehabilitacji leczniczej	69	3	3	4	14,49%
Sanatoria	143	9	6	3	12,59%
Hospicja	100	0	1	0	1,00%
Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	181	5	1	4	5,52%
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	13 003	261	238	127	4,81%
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	876	10	7	7	2,74%
Zakłady rehabilitacji leczniczej	913	20	16	8	4,82%
Inne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ogółem	1503	14	21	10	2,99%
w tym uzdrowiskowe	8	0	0	1	12,50%
Ogółem:	18 226	528	354	277	6,36%

2. Podsumowanie

Ogółem w 2025 r. skontrolowano 30 206 obiektów, w których udzielane są świadczenia zdrowotne przez podmioty lecznicze oraz przez praktyki zawodowe, to jest 36,90% (w 2024 r. – 40,04%, w 2023 r. – 38,93%) spośród 81 861 ujętych w ewidencji PIS. W 1390 obiektach stwierdzono nieodpowiedni stan sanitarny, co stanowi zaledwie 4,60%.

Pośród najczęściej odnotowywanych nieprawidłowości można wymienić, m.in.:

- ◆ uchybienia w postępowaniu z odpadami medycznymi,
- ◆ brak odpowiedniej wentylacji nawiewno-wywiewnej lub klimatyzacji,

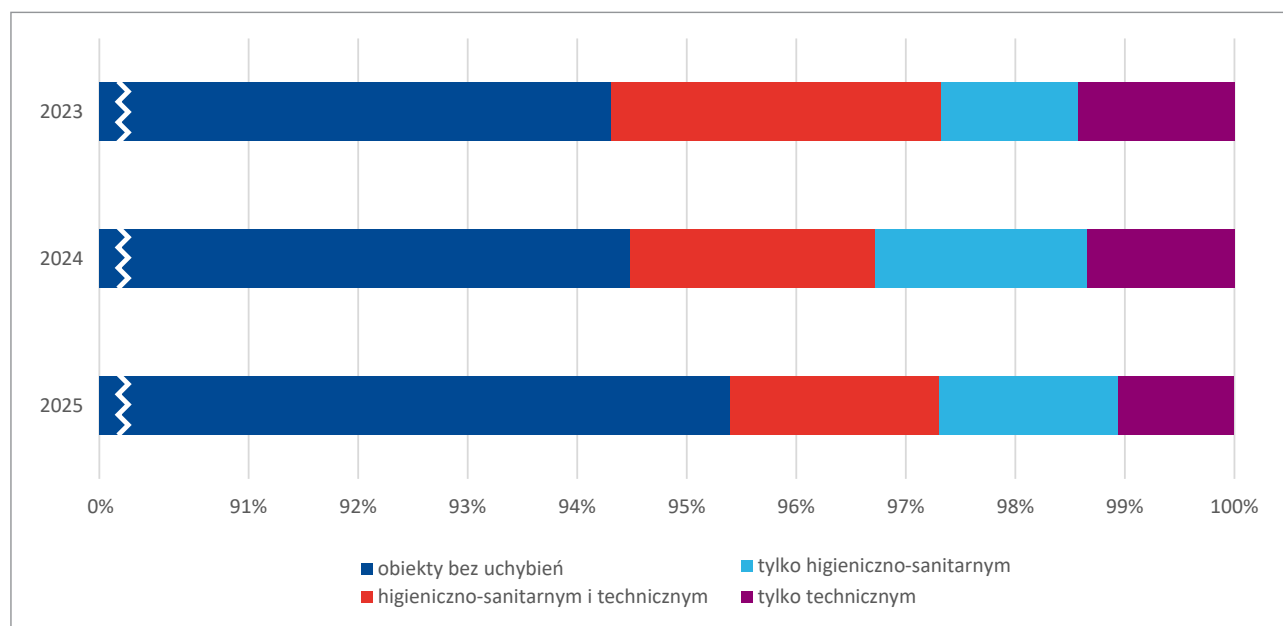
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, sufitów, podłóg, stolarki drzwiowej i okiennej, wyposażenia i armatury sanitariatów, co utrudnia lub uniemożliwia utrzymanie czystości powierzchni i wykonanie skutecznej dezynfekcji.

Podmioty lecznicze, w których najczęściej występują uchybienia pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym to szpitale uzdrowiskowe, sanatoria i zakłady rehabilitacji leczniczej. W pozostałych podmiotach prowadzących działalność leczniczą (mając na uwadze odsetek obiektów bez uchybień oscylujący w granicach od 84-99% ze skontrolowanych) można uznać, że ich stan higieniczno-sanitarny jest na bardzo dobrym poziomie.

Dokonując oceny stanu sanitarnego w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w kontekście trendów z poprzednich lat (2023-2025) zaobserwowano, iż ocena w 2025 r. jest na minimalnie lepszym poziomie oraz znacząco zmalała ilość obiektów kwalifikowanych do grupy o nieodpowiednim stanie technicznym. Odsetek skontrolowanych obiektów bez uchybień oscyluje w granicach 95,40%, co przedstawia poniższy wykres. Dla porównania w 2024 r. odsetek pozostawał w granicach 92-93,8%, w 2023 r. 82-93%.

Mając na uwadze odnotowane uchybienia, dostrzega się konieczność dalszych działań, każdorazowo podczas kontroli, podnoszących świadomość zarządzających podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą na temat potencjalnych zagrożeń zdrowotnych.

Wyk. 65 Odsetek skontrolowanych obiektów ze stwierdzonymi uchybieniami





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**DZIAŁALNOŚĆ KONTROLNA W RAMACH
BIEŻĄCEGO NADZORU SANITARNEGO
W OBSZARZE CHEMIKALIÓW**

1. Produkty biobójcze

Produkty biobójcze stanowią substancje lub mieszaniny zawierające jedną lub kilka substancji czynnych, których przeznaczeniem jest niszczenie, odstraszanie, unieszkodliwianie organizmów szkodliwych lub zapobieganie ich działaniu w sposób inny niż czysto fizyczny lub mechaniczny. Substancją czynną jest substancja chemiczna lub mikroorganizm działający na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim.

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów dotyczących udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych, wprowadzania do obrotu wyrobów poddanych działaniu produktów biobójczych oraz substancji czynnych przeznaczonych do stosowania w tych produktach sprawowany jest na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności Ustawy z dnia 9 października 2015 r. *o produktach biobójczych* oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych.

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły działania kontrolne obejmujące szeroki zakres podmiotów uczestniczących w obrocie produktami biobójczymi, w tym:

- ◆ producentów i importerów wprowadzających produkty do obrotu,
- ◆ dystrybutorów udostępniających je na rynku,
- ◆ podmioty oferujące wyroby poddane działaniu produktów biobójczych,
- ◆ przedsiębiorstwa stosujące produkty biobójcze w działalności zawodowej, w szczególności w zakresie dezynsekcji, dezynfekcji i deratyzacji.

W porównaniu z wcześniejszymi latami widoczny jest rosnący nacisk na kontrolę szerszego zakresu podmiotów funkcjonujących w łańcuchu dostaw, co pozwala na bardziej kompleksową ocenę funkcjonowania rynku produktów biobójczych oraz skuteczniejsze identyfikowanie nieprawidłowości w ramach różnych form i etapów dystrybucji.

Prowadzony nadzór koncentrował się przede wszystkim na weryfikacji spełniania wymagań prawnych dotyczących wprowadzania produktów biobójczych do obrotu i ich udostępniania na rynku. W trakcie kontroli sprawdzano m.in.:

- ◆ obecność ważnych pozwoleń na obrót,
- ◆ prawidłowość oznakowania produktów,
- ◆ zgodność ich przeznaczenia z warunkami pozwolenia,
- ◆ dostępność i poprawność kart charakterystyki,
- ◆ zgodność składu z obowiązującymi przepisami.

Ujawniane w toku prowadzonych działań kontrolnych nieprawidłowości polegały w 2025 r. przede wszystkim na niewłaściwym oznakowaniu lub opakowaniu produktów biobójczych, udostępnianiu

produktów niezgodnie z warunkami pozwolenia na obrót, a także na braku ważnych pozwoleń. Stwierdzano również uchybienia dotyczące dokumentacji, w tym kart charakterystyki. Charakter stwierdzanych nieprawidłowości wskazuje, że mają one w dużej mierze charakter powtarzalny i dotyczą przede wszystkim kwestii formalnych związanych z oznakowaniem produktów oraz spełnianiem innych wymagań prawnych. W wielu przypadkach wykryte nieprawidłowości były usuwane już w trakcie czynności kontrolnych poprzez działania naprawcze podejmowane przez samych przedsiębiorców. W sytuacjach wymagających dalszych działań organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały decyzje administracyjne lub prowadziły postępowania wyjaśniające.

Istotnym elementem nadzoru w 2025 r. były ogólnopolskie akcje kontrolne ukierunkowane na wybrane grupy produktów biobójczych. Jedną z nich dotyczyła produktów przeznaczonych wyłącznie dla użytkowników profesjonalnych, które są stosowane m.in.: w procesach dezynsekcji, dezynfekcji i deratyzacji. Działania te miały na celu ograniczenie ryzyka związanego z niewłaściwym stosowaniem produktów o podwyższonym poziomie zagrożenia oraz sprawdzenie, czy sprzedaż tych produktów prowadzona jest z zachowaniem obowiązku weryfikacji statusu nabywców. Kontrole w tym zakresie wskazują na rosnące znaczenie nadzoru nad obrotem produktami przeznaczonymi dla użytkowników profesjonalnych oraz konieczność zapewnienia właściwego poziomu wiedzy osób nabywających tego rodzaju preparaty.

Kolejną z akcji kontrolnych obejmowała produkty biobójcze stosowane w higienie weterynaryjnej, wykorzystywane w lecznicach weterynaryjnych, gospodarstwach rolnych oraz w hodowli zwierząt. Produkty te odgrywają istotną rolę w utrzymaniu odpowiednich warunków sanitarnych w miejscach przebywania zwierząt, dlatego działania kontrolne koncentrowały się na kompleksowej weryfikacji ich zgodności z przepisami prawa – ważności pozwolenia, poprawności oznakowania oraz zgodności kart charakterystyki, a także kwestiach takich jak reklama i odpowiednia prezentacja form sprzedaży.

Dodatkowo przeprowadzona była również akcja kontrolna dotycząca produktów biobójczych stosowanych do konserwacji drewna oraz materiałów budowlanych, powszechnie wykorzystywanych w sektorze budowlanym. Z uwagi na szerokie zastosowanie tych produktów w obiektach mieszkalnych, budynkach użyteczności publicznej oraz innych elementach infrastruktury zapewnienie ich zgodności z wymaganiami prawa ma szczególne znaczenie.

We wszystkich prowadzonych działaniach kontrolnych uwzględniano zarówno sprzedaż stacjonarną, jak i sprzedaż prowadzoną za pośrednictwem platform internetowych. W ostatnich latach obserwuje się rosnące znaczenie sprzedaży internetowej jako kanału dystrybucji produktów biobójczych, co wiąże się z koniecznością dostosowania metod nadzoru do specyfiki tego rynku oraz zwiększenia kontroli prewencyjnej w obszarze e-commerce.

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyły również w realizacji europejskiego projektu kontrolnego BPR-ENFORCE-3 (BEF-3), koordynowanego przez podgrupę ds. rozporządzenia w sprawie produktów biobójczych forum wymiany informacji o egzekwowaniu przepisów – BPRS, działającą przy Europejskiej Agencji Chemikaliów (ECHA). Projekt dotyczył kontroli zgodności charakterystyki produktu biobójczego oraz powiązanych informacji zamieszczanych na etykietach i w kartach charakterystyki. Udział w projekcie stanowił ważny element współpracy międzynarodowej w zakresie zapewnienia jednolitego stosowania przepisów dotyczących produktów biobójczych na rynku Unii Europejskiej.

Prowadzone działania nadzorcze wskazują, że mimo ogólnie wysokiego poziomu przestrzegania przepisów w obszarze produktów biobójczych nadal występują nieprawidłowości związane przede wszystkim z oznakowaniem produktów, kartami charakterystyki oraz przestrzeganiem warunków pozwoleń. Wyniki kontroli z 2025 r. potwierdzają znaczenie prowadzonych działań nadzorczych, w tym ukierunkowanych akcji tematycznych oraz realizowanych podczas prowadzonych kontroli działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do przedsiębiorców. Tego typu działania mają istotne znaczenie dla zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa użytkowników produktów biobójczych, nie mniej ważną niż działania represyjne stosowane wobec podmiotów naruszających przepisy.

Tab. 31 Liczba kontroli - nadzór nad przestrzeganiem przepisów dotyczących wprowadzania do obrotu produktów biobójczych oraz ich stosowania w działalności zawodowej

Rodzaj i podmiot kontroli	Wprowadzających do obrotu produkty biobójcze (pierwsze udostępnienie)		Udostępniających produkty biobójcze (kolejne udostępnienie)		Udostępniających wyroby poddane działaniu produktów biobójczych		Stosujących produkty biobójcze w działalności zawodowej		Razem	
	Ogółem	Z wykrytymi nieprawidłowościami	Ogółem	Z wykrytymi nieprawidłowościami	Ogółem	Z wykrytymi nieprawidłowościami	Ogółem	Z wykrytymi nieprawidłowościami	Ogółem (suma kolumn)	Z wykrytymi nieprawidłowościami
Planowane	184	32	4628	308	42	3	1253	2	6107	345
Interwencyjne	169	48	656	77	11	1	89	1	925	127
Razem	353	80	5284	385	53	4	1342	3	7032	472

2. Produkty kosmetyczne

Produkt kosmetyczny to substancja lub mieszanina przeznaczona do kontaktu z zewnętrznymi częściami ciała człowieka, takimi jak: skóra, owłosienie, paznokcie, wargi czy zewnętrzne narządy płciowe, a także z zębami oraz błonami śluzowymi jamy ustnej. Jego zasadniczym celem jest utrzymywanie tych części ciała w czystości, nadawanie im zapachu, zmiana wyglądu, ochrona, utrzymywanie w dobrej kondycji lub korygowanie zapachu ciała.

Zasady wytwarzania, wprowadzania do obrotu oraz nadzoru nad produktami kosmetycznymi regulowane są przepisami krajowymi oraz unijnymi. Przepisy te określają wymagania w zakresie bezpieczeństwa, dokumentacji oraz odpowiedzialności podmiotów działających na rynku. Podstawowe akty prawne obowiązujące dla produktów kosmetycznych to: Ustawa z dnia 4 października 2018 r. *o produktach kosmetycznych* oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 30 listopada 2009 r. nr 1223/2009 dotyczące produktów kosmetycznych.

Nadzór sprawowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną obejmuje w szczególności:

- ◆ kontrole dokumentacji produktów kosmetycznych pod kątem oceny ich bezpieczeństwa,
- ◆ ocenę warunków wytwarzania oraz wdrażania zasad dobrej praktyki produkcji,
- ◆ kontrole zgodności kosmetyków znajdujących się w obrocie.

Najistotniejszym elementem działań kontrolnych pozostaje weryfikacja dokumentacji oraz ocena warunków, w jakich produkty są wytwarzane.

W skali kraju działania kontrolne związane z produktami kosmetycznymi obejmowały zarówno osoby odpowiedzialne za produkty kosmetyczne, jak i zakłady zajmujące się ich wytwarzaniem. Kontrole ujawniały przypadki niespełniania wymagań. Dotyczyły one przede wszystkim dokumentacji produktów oraz warunków ich produkcji. Równolegle do kontroli rutynowych realizowano także działania ukierunkowane na wybrane, wcześniej zidentyfikowane obszary ryzyka.

W ramach działań skierowanych wobec importerów produktów kosmetycznych prowadzona była w ubiegłym roku ogólnopolska akcja kontrolna dotycząca spełniania wymagań wynikających z przepisów unijnych i krajowych. Obejmowała ona pełną ocenę produktów wprowadzanych do obrotu, ze szczególnym uwzględnieniem kompletności i prawidłowości dokumentacji. Przeprowadzona akcja wykazała istotny poziom nieprawidłowości. Najczęściej stwierdzane uchybienia dotyczyły braków lub błędów w dokumentacji, w tym w raportach bezpieczeństwa produktu kosmetycznego, które mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa produktu kosmetycznego przed jego udostępnieniem konsumentom. W związku z uzyskanymi wynikami zauważono potrzebę kontynuacji kontroli w tym

obszarze oraz potrzebę podejmowania działań edukacyjnych, mających na celu zwiększenie świadomości importerów w zakresie ich obowiązków prawnych.

Inna z ogólnopolskich akcji kontrolnych, prowadzonych w 2025 r. w obszarze produktów kosmetycznych, dotyczyła czystości mikrobiologicznej i koncentrowała się na wyrobach przeznaczonych dla dzieci. Próbki do badań pobierano głównie na etapie dystrybucji, przy czym do analiz typowano przede wszystkim kosmetyki pochodzące od krajowych producentów. Zakres badań obejmował szeroką gamę produktów, w tym:

- ◆ preparaty do kąpieli i mycia ciała oraz włosów,
- ◆ kosmetyki pielęgnacyjne takie jak kremy, balsamy i oliwki,
- ◆ nawilżane chusteczki przeznaczone dla niemowląt i dzieci.

Stwierdzono pojedynczy przypadek niezgodności z wymaganiami. Czystość mikrobiologiczna kosmetyków jest ważnym parametrem bezpieczeństwa zdrowia konsumentów. Kryteria jakości mikrobiologicznej oraz metody badań kosmetyków określone są w szeregu norm ISO. Zgodnie z normą PN-EN ISO 17516:2014-11 Kosmetyki – Mikrobiologia – Limity mikrobiologiczne produkty przeznaczone dla dzieci poniżej 3. roku życia są zaliczane do Kategorii I i mają ostrzejsze wymagania mikrobiologiczne. Wyniki przeprowadzonej akcji potwierdziły bardzo wysoki poziom zgodności badanych produktów z obowiązującymi wymaganiami, w tym z normami dotyczącymi limitów mikrobiologicznych. Szczególnie istotne jest, że wysoki poziom



zgodności obejmował również produkty kosmetyczne przeznaczone dla najmłodszych dzieci, dla których obowiązują zaostrzone kryteria bezpieczeństwa. Pozytywne rezultaty badań próbek pobranych w dystrybucji wskazują, że warunki przechowywania i obrotu nie miały negatywnego wpływu na czystość mikrobiologiczną tych produktów.

W zakresie produktów kosmetycznych istotne były w 2025 r. również działania podejmowane w związku ze zgłoszeniami z systemu *Safety Gate*. Jest to unijny system szybkiego ostrzegania o niebezpiecznych produktach żywnościowych, w tym kosmetykach. Umożliwia on sprawny przepływ informacji pomiędzy organami nadzoru, podmiotami odpowiedzialnymi oraz dystrybutorami, a także szybkie podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia i życia konsumentów, w szczególności poprzez wycofywanie z rynku produktów niezgodnych. W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały kilkadziesiąt powiadomień dotyczących kosmetyków, które mogły stwarzać zagrożenie dla zdrowia. Zgłoszenia dotyczyły produktów, dla których osoby odpowiedzialne lub podmioty dystrybucyjne były obecne na terytorium Polski lub były z nim powiązane. Najczęściej zgłaszane były perfumy oraz lakiery do paznokci. W przypadku perfum wskazywano na obecność w składzie substancji, której stosowanie w kosmetykach jest zakazane – lilial. W lakierach do paznokci stwierdzano z kolei obecność innej substancji objętej zakazem stosowania w produktach kosmetycznych – TPO. Organy Inspekcji prowadziły działania kontrolne i weryfikowały otrzymane zgłoszenia. Część powiadomień dotyczyła również niewłaściwej jakości mikrobiologicznej kosmetyków. W wybranych przypadkach publikowane były na stronie GIS ostrzeżenia dla konsumentów. Dla porównania z rokiem 2024 można wskazać, że liczba zgłoszeń była niższa, a dominującym powodem notyfikacji była nadal obecność lilialu w perfumach i wodach toaletowych.

Zgodnie z przepisami wprowadzono system informowania o ciężkich działaniach niepożądanych spowodowanych użyciem produktów kosmetycznych. System ten prowadzony jest przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. W 2025 r. do systemu wpływały zgłoszenia pochodzące zarówno od osób odpowiedzialnych, jak i od użytkowników końcowych, a także te przekazywane za pośrednictwem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W części przypadków zgłoszenia weryfikowane przez lekarza specjalistę nie potwierdziły wystąpienia ciężkiego działania niepożądanego. Niektóre postępowania zostały zakończone na wniosek zgłaszających lub nie mogły zostać ocenione z uwagi na brak dalszego kontaktu. Zgłoszenia przekazane przez osoby odpowiedzialne dotyczyły różnych kategorii produktów, takich jak farby do włosów, dezodoranty oraz szampony specjalistyczne. Liczba zgłoszeń w 2025 r. nie odbiegała od liczby zgłoszeń w latach poprzednich. Podkreślenia wymaga fakt, że wystąpienie ciężkiego działania niepożądanego nie oznacza automatycznie niezgodności produktu kosmetycznego z wymaganiami prawa. Zdarzenia te mają charakter indywidualnych reakcji organizmu, zależnych od osobistej wrażliwości użytkownika. Z tego względu kluczowe znaczenie ma szczegółowa weryfikacja zgłoszeń oraz specjalistyczna analiza prowadzona przez ekspertów z zakresu dermatologii, alergologii i toksykologii.

Tab. 32 Nadzór nad osobami odpowiedzialnymi oraz zakładami wytwarzającymi oraz dystrybutorami produktów kosmetycznych

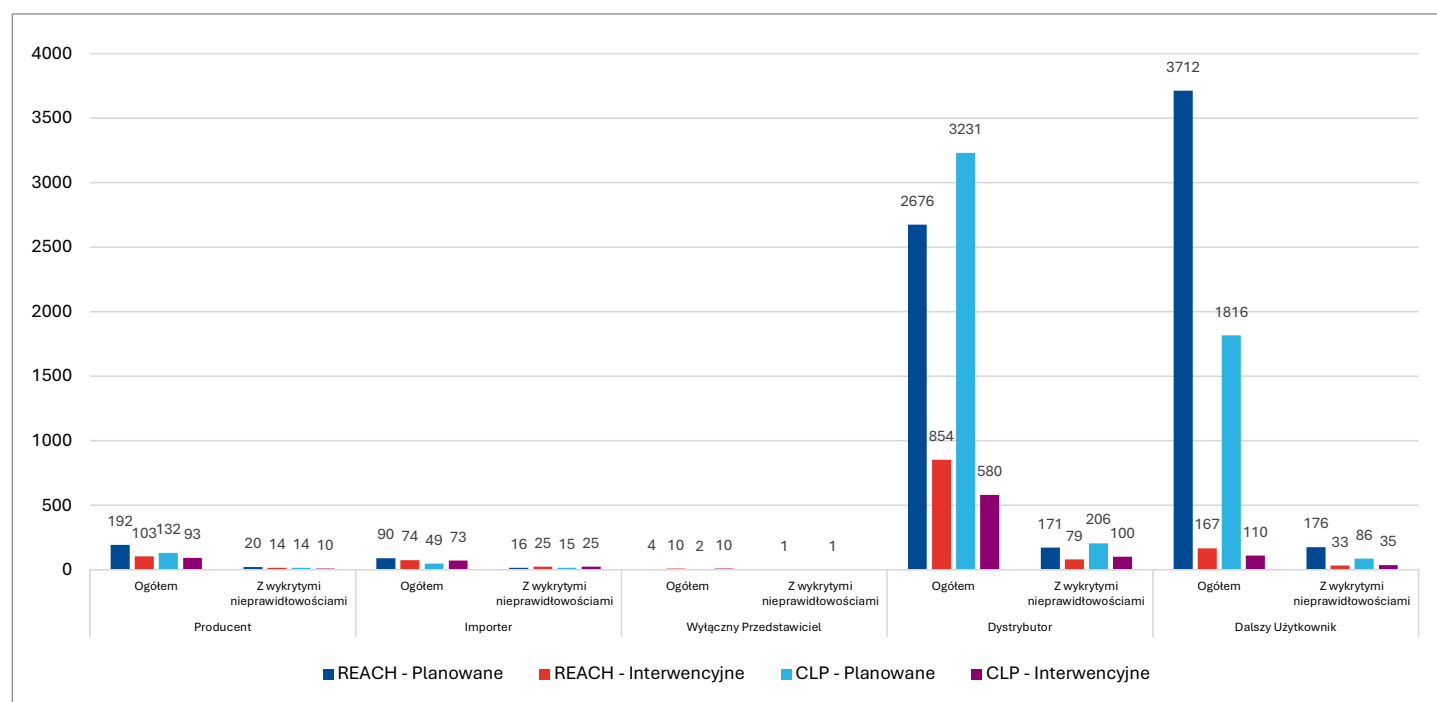
Rodzaj podmiotu	wg. ewidencji	skontrolowanych	ocenionych w zakresie warunków wytwarzania	ocenionych w zakresie warunków wytwarzania niespełniających wymagań	ocenionych w zakresie dokumentacji	ocenionych w zakresie dokumentacji niespełniających wymagań	ocenionych w zakresie oznakowania opakowań jednostkowych	ocenionych w zakresie oznakowania opakowań niespełniających wymagań	wydano decyzji administracyjnych	razem	na kwotę	pobranych	niespełniających wymagań	Liczba przeprowadzonych kontroli, kontroli interwencyjnych i rekontroli
Osoby odpowiedzialne - producenci	1080	465	28	3	389	46	375	46	96	33	107 340	38	0	531
Osoby odpowiedzialne - importerzy	272	163	0	0	139	49	145	42	99	43	175 060	2	0	225
Osoby odpowiedzialne - inne	221	93	1	0	53	14	72	18	28	10	32 100	5	0	103
Zakłady wytwarzające produkty kosmetyczne	884	284	246	13	123	9	106	9	14	12	20 200	15	0	291
Dystrybutorzy produktów kosmetycznych	10 523	2922	0	0	84	3	2522	278	294	151	291 240	823	4	3327
hurtownie	954	265	0	0	20	0	226	31	18	12	24 600	34	0	314
sklepy	9569	2657	0	0	64	3	2296	247	276	139	266 640	789	4	3013

3. Substancje chemiczne i ich mieszaniny

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 (REACH)¹ oraz rozporządzenia (WE) nr 1272/2008 (CLP)². W 2025 r. w ramach kontroli weryfikowano spełnianie obowiązków wynikających z przepisów REACH, w szczególności w zakresie rejestracji substancji, zezwoleń, ograniczeń, kart charakterystyki oraz obowiązków informacyjnych w łańcuchu dostaw, a także obowiązków określonych w rozporządzeniu CLP dotyczących klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji oraz mieszanin stwarzających zagrożenie przed ich wprowadzeniem do obrotu. Kontrole przestrzegania przepisów rozporządzeń REACH i CLP prowadzono na podstawie Ustawy z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach.

Kontrolami objęto producentów (520), importerów (286), wyłącznych przedstawicieli (26), dystrybutorów (7341) oraz dalszych użytkowników (5805). W przypadku REACH najwięcej kontroli dotyczyło przekazywania informacji w łańcuchu dostaw, ograniczeń wynikających z załącznika XVII oraz obowiązków rejestracyjnych. W przypadku CLP kontrole prowadzono głównie w zakresie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji oraz mieszanin, w tym oznakowania zgodnego z tytułami III i IV rozporządzenia.

Wyk. 66 Nadzór nad przestrzeganiem przez producentów, importerów, osoby wprowadzające do obrotu, stosujące lub eksportujące substancje chemiczne, ich mieszaniny lub wyroby przepisów rozporządzenia REACH i CLP – Kontrole



- 1 Rozporządzenie (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH, z ang. Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals) i utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów;
- 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin (CLP, z ang. Classification, Labelling and Packaging), w aspekcie kontroli obowiązku klasyfikowania, oznakowania i pakowania przed wprowadzeniem do obrotu przez producentów, importerów i dalszych użytkowników substancji oraz mieszanin stwarzających zagrożenie;

W ubiegłym roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły mniej planowanych kontroli, przy jednoczesnym zwiększeniu udziału działań informacyjnych. W porównaniu z poprzednim rokiem odsetek stwierdzonych niezgodności dotyczących obowiązków wynikających z REACH i CLP zmniejszył się niemal o połowę. Może to być jednak spowodowane zmianą metodyki raportowania i rozdzieleniem kontroli związanych ze środowiskiem pracy od kontroli dotyczących nadzoru nad rynkiem chemikaliów.

3.1. Europejski projekt REACH-EN-FORCE 13

W 2025 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wraz z organami Inspekcji Handlowej brały udział we wspólnotowym projekcie REACH-EN-FORCE 13 (REF-13). Projekt przeprowadzono w ramach uczestnictwa w pracach Forum Europejskiej Agencji Chemikaliów ds. wymiany informacji o egzekwowaniu przepisów REACH.

W ramach projektu europejskie organy nadzoru skupiły się m.in. na egzekwowaniu obowiązków określonych w rozporządzeniach CLP i REACH, związanych z substancjami, ich mieszaninami i wyrobami sprzedawanymi przez internet. Wyniki całego projektu wykazały wysoki poziom niezgodności skontrolowanych ofert internetowych. W zakresie wymagań rozporządzenia CLP wyniósł on 62%. W przypadku przepisów rozporządzenia REACH poziom niezgodności wyniósł 60%.

W ramach projektu polskie organy nadzoru przeprowadziły 207 kontroli, w tym 128 dotyczących wyrobów, 69 dotyczących mieszanin chemicznych i 10 dotyczących substancji chemicznych. Dalsze działania podjęto w przypadku 34 produktów. W przypadku polskich kontroli poziom niezgodności w zakresie wymagań rozporządzenia CLP wyniósł 51%. W przypadku przepisów rozporządzenia REACH wyniósł 9%. Kontrolowano głównie internetowe oferty sprzedaży tekstyliów, w tym obuwia, toreb i odzieży, a także biżuterii, środków czystości, płynów do spryskiwaczy i odmrażania szyb, klejów oraz detergentów. Najwięcej oferowanych produktów pochodziło z Chin, Pakistanu, Bangladeszu i Indii.

Raport końcowy wraz ze szczegółowymi statystykami projektu REF-13 zostanie opublikowany w przyszłym roku.

3.2. Detergenty

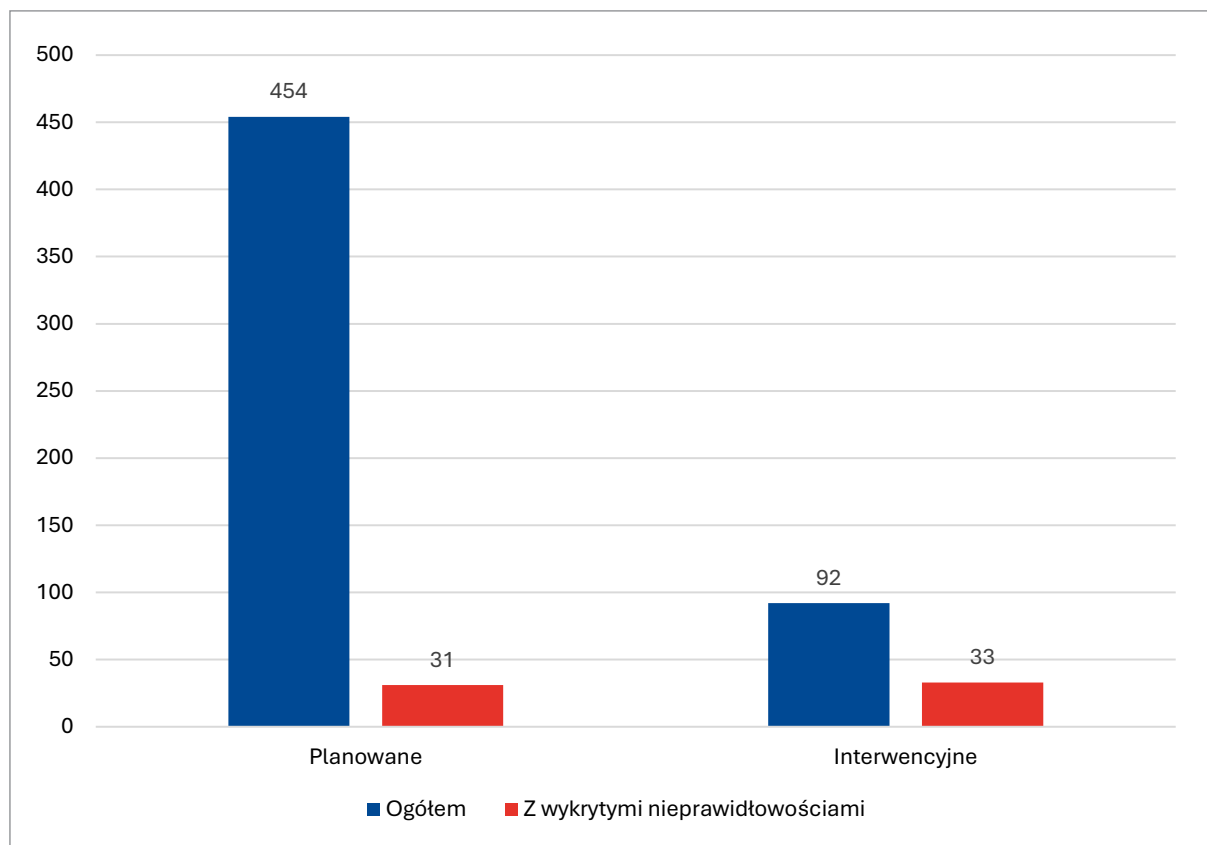
Detergent oznacza jakąkolwiek substancję lub mieszaninę zawierającą mydło i/lub inną substancję powierzchniowo czynną, przeznaczoną do procesów prania, mycia i czyszczenia. Detergenty wprowadzane są do obrotu w celu używania ich w gospodarstwach domowych, obiektach użyteczności publicznej lub do celów przemysłowych.

Nadzór nad detergentami w 2025 r. prowadzony był poprzez kontrolę spełniania wymagań oraz oznakowania detergentów przez podmioty wprowadzające do obrotu zgodnie z przepisami rozporządzenia



(WE) nr 648/2004 w sprawie detergentów³ oraz rozporządzenia (WE) nr 1272/2008 (CLP). Przeprowadzono 454 kontrole planowane, spośród których 31 wykazało nieprawidłowości. Spośród 92 kontroli interwencyjnych 33 wykazały nieprawidłowości. Wykryte nieprawidłowości dotyczyły m.in. wprowadzania do obrotu, podatności na biodegradację środków powierzchniowo czynnych, informacji dostarczanych przez producenta oraz braku lub niewłaściwego oznakowania.

Wyk. 67 Nadzór nad przestrzeganiem przepisów rozporządzenia 648/2004 w sprawie detergentów przez producentów, importerów, osoby wprowadzające do obrotu, stosujące lub eksportujące detergenty – Kontrole



4. Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne

Zgodnie z właściwością prawną Państwowej Inspekcji Sanitarnej do jej zadań w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów dotyczących zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwana dalej: „ustawą o p.n.”).

Nową substancją psychoaktywną, zgodnie z definicją zawartą w ustawie o p.n., jest każda substancja lub grupa substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 648/2004 z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie detergentów;

działająca na ośrodkowy układ nerwowy, inna niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzająca, zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka, zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń, stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający lub które naśladują działanie tych substancji, określona w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3 tj. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (zwanym dalej: „rozporządzeniem ws. wykazu”). Wszelkie nielegalne działania związane z m.in. wytwarzaniem, przetwarzaniem, wprowadzaniem do obrotu czy udzielaniem osobie trzeciej podlegają przepisom karnym, określonym w Rozdziale 7 ustawy o p.n.

Środkiem zastępczym jest produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może zostać użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie odrębnych przepisów. Wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu środków zastępczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest zakazane i podlega karze pieniężnej w wysokości od 20 000 zł do 1 000 000 zł (art. 52a ustawy o p.n.).

W ostatnich latach, dzięki działaniom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dostęp do środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych na terenie Polski był bardzo ograniczony. Kolejne nowelizacje ustawy o p.n. oraz działania kontrolne prowadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej spowodowały zniknięcie z przestrzeni publicznej tzw. miejsc sprzedaży produktów kolekcjonerskich, czyli nowych narkotyków. Ponadto dzięki kolejnym nowelizacjom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych większość środków zastępczych została już uregulowana, w związku z czym wszelka nielegalna działalność związana m.in. z wytwarzaniem, przetwarzaniem, wprowadzaniem do obrotu czy udzielaniem osobie trzeciej podlega przepisom karnym i działaniom organów ścigania.

Należy zaznaczyć, że włączenie grup związków w postaci ogólnego wzoru strukturalnego do wykazu nowych substancji psychoaktywnych - wspomnianego rozporządzenia oznacza, że kontrolowane mogą być nie tylko te substancje, które zostały znalezione na rynku i są literalnie zapisane, ale także substancje, które potencjalnie mogą pojawić się w wyniku ich późniejszych modyfikacji. Uwzględniając takie przepisy, polskie prawo kompleksowo reguluje obszar nowych narkotyków, gdyż chroni przed niekontrolowanym pojawieniem się kolejnych modyfikacji istniejących substancji psychoaktywnych, a tym samym chroni i zabezpiecza obywateli przed legalnym pojawieniem się takiej substancji i zagrożeniami związanymi z jej użyciem.

W toku prowadzonej działalności nadzorczej w 2025 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ przeprowadzili **293** kontroli w punktach prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorców podejrzanych o wprowadzanie do obrotu środków zastępczych,
- ◆ w wyniku działań państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych wydano **4** decyzje z art. 44c ust. 1 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (ustawa o p.n.), tj. w przypadku stwierdzenia wytwarzania lub wprowadzania do obrotu produktu, co do którego zachodzi uzasadnione podejrzenie, że jest on środkiem zastępczym, właściwy ze względu na miejsce wytwarzania lub wprowadzania do obrotu państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, wstrzymanie wytwarzania tego produktu lub wycofanie go z obrotu, na czas niezbędny do przeprowadzenia badań mających na celu ustalenie, czy jest on środkiem zastępczym, nie dłuższy jednak niż 18 miesięcy.

W celu ograniczania zagrożeń, jakie mogą powodować środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne, Główny Inspektor Sanitarny prowadzi rejestr zatruc środkami zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi. Obowiązki związane z procedurą zgłaszania takich zatruc określone zostały w art. 30a ustawy o p.n.

Zgodnie z § 2 pkt 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2014 r. *w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej* rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej jako System Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD).

Podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz podmioty przeprowadzające badanie pośmiertne zgłaszają państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu ze względu na siedzibę tego podmiotu, wystąpienie zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną albo podejrzenie wystąpienia takiego zatrucia albo zgonu, którego przyczyną mogło być albo było zatrucie środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną.

Dane ze SMIOD służą do sporządzenia corocznego Raportu Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczącego zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce.

Zgodnie z zapisami art. 30a ustawy o p.n. Główny Inspektor Sanitarny sporządza raport dotyczący zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną za dany rok. Raport ten, do dnia 31 marca roku następnego, udostępnia na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej. Dane za 2025 rok oraz wersje z lat ubiegłych.

Z zebranych danych wynika, że w 2025 roku odnotowano 771 przypadków zatruc i podejrzeń zatruc spowodowanych zażyciem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, zgłoszonych przez

podmioty lecznicze oraz podmioty wykonujące badania pośmiertne. Szczegółowe dane przedstawione są w poniższych tabelach:

Tab. 33 Liczba zatruc środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2025 r. z podziałem na miesiące

Miesiąc	Liczba zatruc/podejrzeń zatruc
styczeń	56
luty	48
marzec	52
kwiecień	57
maj	59
czerwiec	88
lipiec	74
sierpień	83
wrzesień	55
październik	74
listopad	70
grudzień	55
Suma	771

Tab. 34 Liczba zatruc środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2025 r. w poszczególnych grupach wiekowych.

Przedział wiekowy (w latach)	Liczba zgłoszeń
0-6	1
7-12	2
13-15	22
16-18	54
Razem do 18 r.ż.	79
19-24	155
25-29	110
30-39	232
>40	190
Razem powyżej 18 r.ż.	687
Wiek nieustalony	5
Suma	771

Główny Inspektor Sanitarny zbiera informacje o zgonach spowodowanych użyciem środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych. Przypadki zgłoszone do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej są weryfikowane i poddawane analizie. W SMIOD zareportowano 32 przypadki zgonów w 2025 roku związanych z zażyciem substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy. Żaden ze zgonów nie był skutkiem użycia środka zastępczego. Spośród wszystkich zgłoszeń:

- ◆ w 4 przypadkach potwierdzono zgon, po którym w badaniu pośmiertnym wykryto nową substancję psychoaktywną: alfa-etyloaminopentiofenon (N-etylonorpentedron, NEP),
- ◆ 1 przypadek zgonu, gdzie wyniki badań nie wskazały konkretnej substancji (podejrzenie nowej substancji psychoaktywnej).

Pozostałe przypadki zgonów związane były z użyciem innych substancji działających psychoaktywnie.



Substancje o potencjalnym działaniu psychoaktywnym poddawane są ocenie przez powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. W uzasadnionych przypadkach, zgodnie z rekomendacją Zespołu, substancje te są uwzględniane w odpowiednim wykazie, który stanowi załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.

Zespołowi działającemu nieprzerwanie od 15 lipca 2015 r. przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny. Ten organ opiniodawczo-doradczy dokonuje oceny ryzyka zdrowotnego i społecznego wybranych substancji psychoaktywnych. Zespół specjalistów z dziedzin takich jak farmakologia, toksykologia, chemia, prawo i nauki społeczne ocenia substancję pod względem:

- ◆ dostępności,
- ◆ potencjału rozpowszechniania,
- ◆ szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem nowej substancji, wynikających z jej toksyczności ostrej lub przewlekłej,
- ◆ ryzyka jej nadużywania lub właściwości uzależniających.

Na podstawie przeprowadzanej oceny Zespół rekomenduje Ministrowi Zdrowia umieszczenie niebezpiecznych substancji w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.

W 2025 roku Zespół obradował dwukrotnie. Wszystkie spotkania odbyły się zgodnie z harmonogramem posiedzeń. Podczas spotkań podjęto w sumie 2 uchwały wskazane w poniższej tabeli:

Tab. 35 Uchwały Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych

Data posiedzenia	Numer uchwały	Substancje ujęte w treści uchwały
5 czerwca 2025 r.	1/2025	Δ^8-THCP (Δ^8 -tetrahydrokannabiforol)
6 listopada 2025 r.	2/2025	Δ^9-THCP-O (octan Δ^9 -tetrahydrokannabiforolu)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych obejmuje obecnie 57 nowych substancji psychoaktywnych oraz wzory strukturalne dla 8 głównych grup nowych substancji psychoaktywnych.

7 maja 2025 r. opublikowane zostało Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych. W tym rozporządzeniu rozszerzono załącznik nr 1 i załącznik nr 3 o substancje rekomendowane Ministrowi Zdrowia przez Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Zmiany dotyczyły dziewięciu substancji oraz trzech grup substancji i objęły:

- ◆ włączenie substancji lisdeksamfetamina do wykazu substancji psychotropowych grupy II-P,
- ◆ włączenie substancji Δ^9 -THCP, HHCP, gidazepam, MDMB-5Br-INACA, ADB-INACA, ADB-5Br-INACA, kwas ibotenowy i muscimol do wykazu nowych substancji psychoaktywnych,
- ◆ włączenie pochodnych benzimidazolu do wykazu nowych substancji psychoaktywnych jako grupy VIII-NPS,
- ◆ rozszerzenie grupy III-NPS – Syntetyczne kannabinoidy (kannabinomimetyki) o pochodne 1*H*-indol-2-on-1,3-diylu,
- ◆ korektę w zapisie podstawnika w grupie IV-NPS – pochodne fentanylu.

Ponadto na podstawie decyzji Komisji ds. Środków Odurzających (ang. Commission on Narcotic Drugs, CND) dokonano zmian obejmujących:

- ◆ włączenie substancji butonitazen do grupy I-N środków odurzających,
- ◆ przeniesienie substancji 3-CMC z grupy I-P do grupy II-P substancji psychotropowych,
- ◆ przeniesienie substancji DIPENTYLON i 2-FDCK z wykazu nowych substancji psychoaktywnych do grupy II-P substancji psychotropowych,
- ◆ przeniesienie substancji bromazolam z grupy nowych substancji psychoaktywnych (pochodne benzodiazepiny grupa IV-NPS) do grupy IV-P substancji psychotropowych.

GIS uczestniczy w międzynarodowej współpracy w strukturach Unii Europejskiej. W czerwcu br. trwały pisemne konsultacje dot. projektu aktu delegowanego w sprawie zmiany załącznika do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW w odniesieniu do włączenia nowych substancji psychoaktywnych do definicji „narkotyku”. Projekt dotyczył włączenia trzech substancji: 4-BMC, 2-MMC oraz NEP. Substancje te są już uregulowane w polskim porządku prawnym i znajdują się w odpowiednich załącznikach do rozporządzenia ws. wykazu:

- ◆ substancja 4-BMC (4-bromometkatynon, brefedron) jest klasyfikowana jako substancja psychotropowa grupy I-P,
- ◆ substancje 2-MMC (2-metylometkatynon) oraz NEP (N-etylonorpentedron) są klasyfikowane jako nowe substancje psychoaktywne.

Opisywane zmiany zostały wdrożone w prawie unijnym Dyrektywą Delegowaną Komisji (UE) 2025/2062 z dnia 14 października 2025 r. zmieniającą załącznik do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW w odniesieniu do włączenia nowych substancji psychoaktywnych do definicji narkotyku. Dyrektywa została opublikowana w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej 23 grudnia 2025 r.

5. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3

Prekursory narkotyków to substancje chemiczne, które – choć posiadają legalne zastosowania przemysłowe i handlowe – mogą być wykorzystywane do nielegalnego wytwarzania środków odurzających oraz substancji psychotropowych. Z uwagi na potencjalne zagrożenie wynikające z ich niewłaściwego wykorzystania, obrót tymi substancjami podlega szczególnemu nadzorowi.

Prekursory narkotyków zostały podzielone na kategorie w zależności od poziomu ryzyka związanego z możliwością wykorzystania ich do produkcji substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do prekursorów kategorii drugiej i trzeciej nadzór nad nimi sprawuje Państwowa Inspekcja Sanitarna. Zgodnie z art. 44 ustawy o p.n. zadania te realizuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny właściwy ze względu na siedzibę wytwórcy, importera lub innego podmiotu wprowadzającego prekursory do obrotu.

Nadzór nad obrotem prekursorami narkotyków kategorii drugiej i trzeciej sprawowany jest w oparciu o przepisy prawa krajowego oraz unijnego, w szczególności Ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu narkomanii*, a także regulacje Unii Europejskiej dotyczące wewnątrzwspólnotowego obrotu prekursorami (rozporządzenie (WE) nr 273/2004) oraz handlu nimi z państwami trzecimi (rozporządzenie (WE) nr 111/2005). System prawny w tym obszarze został dodatkowo uzupełniony aktami prawnymi takimi jak: rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2015/1013, rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2015/1011 oraz rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2020/1737, które doprecyzowują zasady klasyfikacji, obowiązki przedsiębiorców oraz tryb sprawowania kontroli.

Działania nadzorcze prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie obrotu prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 obejmują w szczególności kontrolę realizacji obowiązków nałożonych na podmioty gospodarcze przepisami prawa, a także prowadzenie postępowań administracyjnych związanych z wydawaniem pozwoleń. Kontrole mają na celu zapewnienie, że obrót prekursorami odbywa się zgodnie z ich przeznaczeniem, a substancje te nie trafiają do nielegalnych kanałów dystrybucji.

Analiza wyników działań kontrolnych prowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2025 r. wskazuje na bardzo wysoki poziom zgodności działań przedsiębiorców z obowiązującymi przepisami. Stwierdzane naruszenia miały charakter incydentalny i występowały sporadycznie w relacji do skali realizowanych kontroli. W porównaniu z rokiem 2024 odnotowano dalsze ograniczenie liczby podmiotów, u których ujawniono nieprawidłowości, co potwierdza utrzymujący się malejący trend w tym zakresie.

Równolegle obserwowane są zmiany w obszarze obrotu międzynarodowego prekursorami narkotyków. W przypadku wywozu do państw trzecich widoczna była stopniowa redukcja zarówno liczby zgłoszeń przedwywozowych, jak i liczby krajów, do których substancje te były eksportowane. Zjawisko to może świadczyć o ograniczaniu skali obrotu prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 oraz o skuteczności mechanizmów kontrolnych funkcjonujących w obszarze handlu zagranicznego.

W odniesieniu do przywozu prekursorów narkotyków do kraju sytuacja pozostaje stabilna w ujęciu wieloletnim. Mimo okresowych wahań liczby zgłoszeń importowych, poziom obrotu tymi substancjami utrzymywał się w porównywalnych granicach, co wskazuje na względnie stałe zapotrzebowanie rynku oraz przewidywalność procesów importowych.

Skuteczność systemu nadzoru nad obrotem prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 wynika z efektywności podejmowanych działań prewencyjnych, a także dobrej współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z podmiotami działającymi na rynku i ma istotne znaczenie dla ograniczania ryzyka nielegalnej produkcji substancji psychoaktywnych oraz dla ochrony zdrowia społeczeństwa.





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





DOMYŚLNOŚĆ CYFROWA I BEZPIECZEŃSTWO CYBERPRZESTRZENI

Bieżącym działaniom merytorycznym Państwowej Inspekcji Sanitarnej towarzyszy od kilku lat systematyczny proces wdrażania e-usług. Przyjęte w organizacji podejście opiera się na zasadzie domyślności cyfrowej („digital by default”), zgodnie z którą rozwiązania cyfrowe stanowią standard w codziennych działaniach pracowników.

1. Kolejne e-usługi

Rok 2025 był okresem dalszego rozwoju Systemu Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS) poprzez udostępnianie kolejnych e-usług. Wśród usług uruchomionych w tym czasie znalazły się:

- ◆ wniosek o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu R lub S,
- ◆ wniosek o uznanie wody jako naturalnej wody mineralnej,
- ◆ założenie konta podmiotu na platformie e-Sanepid.

W 2025 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna uruchomiła również nową usługę umożliwiającą zgłaszanie interwencji online za pośrednictwem platformy e-Sanepid. Narzędzie to pozwala obywatelom w szybki i wygodny sposób informować o nieprawidłowościach mogących mieć wpływ na zdrowie publiczne. Dzięki wdrożonej usłudze zgłoszenie można przekazać bez konieczności osobistej wizyty w urzędzie – wystarczy komputer lub telefon z dostępem do Internetu. System jest dostępny przez całą dobę, siedem dni w tygodniu, a zgłoszenia trafiają bezpośrednio do właściwej jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Usprawnia to i przyspiesza znacząco proces ich rozpatrywania.

2. EZD we wszystkich jednostkach Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Domyślność cyfrowa Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje odzwierciedlenie również w powszechnym wykorzystaniu systemu klasy EZD w codziennej działalności jednostek Inspekcji. W 2025 roku, we współpracy z Naukową i Akademicką Siecią Komputerową – Państwowym Instytutem Badawczym, zakończono proces wdrażania systemu EZD we wszystkich jednostkach Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Wdrożenie systemu umożliwiło odejście od papierowego obiegu dokumentów w większości procesów wewnętrznych, ograniczając konieczność drukowania, przechowywania oraz archiwizowania dokumentacji w formie tradycyjnej. Przełożyło się to nie tylko na usprawnienie pracy urzędów, lecz także na redukcję kosztów związanych z obsługą dokumentacji.

Realizacja spraw w formie elektronicznej pozwala na efektywne zarządzanie procesami oraz zapewnia pełną transparentność obiegu dokumentów. Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej zyskały nowoczesne i intuicyjne narzędzie do zarządzania dokumentacją, które wspiera standaryzację działań oraz optymalizację procesów administracyjnych.

System EZD RP umożliwia również automatyzację wymiany dokumentów pomiędzy instytucjami, a także sprawną komunikację z obywatelami i przedsiębiorcami. Funkcjonalności te przyczyniają się do skrócenia czasu realizacji procedur oraz podniesienia jakości świadczonych usług publicznych.

W 2025 roku przeprowadzono także pierwsze integracje systemu EZD RP z Systemem Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS). Integracje te usprawniły wymianę danych między systemami, zwiększając efektywność pracy jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz ograniczając konieczność wielokrotnego wprowadzania tych samych informacji.

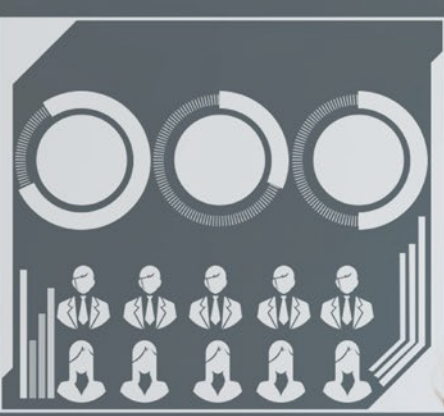
3. Przygotowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej do nowych wymagań w zakresie cyberbezpieczeństwa

Cyberbezpieczeństwo stanowi jeden z kluczowych elementów funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wraz z rozwojem usług cyfrowych, systemów teleinformatycznych oraz elektronicznego obiegu dokumentów rośnie znaczenie ochrony danych i zapewnienia ciągłości działania infrastruktury IT. Skuteczne zarządzanie cyberbezpieczeństwem pozwala chronić informacje przetwarzane przez Inspekcję, minimalizować ryzyko zakłóceń w realizacji zadań publicznych oraz zapewniać bezpieczne i niezawodne świadczenie usług na rzecz obywateli i przedsiębiorców.

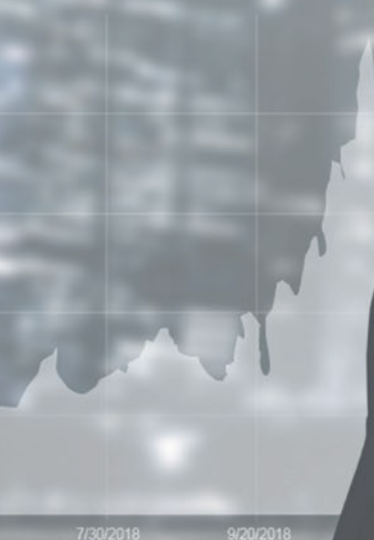
W 2025 r. prowadzono intensywne działania przygotowujące Państwową Inspekcję Sanitarną do realizacji nowych obowiązków wynikających z nowelizacji ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa. Działania te miały na celu zwiększenie odporności organizacji na zagrożenia cybernetyczne, podniesienie poziomu ochrony informacji oraz dostosowanie procesów organizacyjnych i technicznych do nowych wymagań prawnych.

Jednym z kluczowych przedsięwzięć było wdrażanie systemu S46, realizowane przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej we współpracy z Naukową i Akademicką Siecią Komputerową – Państwowym Instytutem Badawczym. System ten stanowi istotny element wzmacniania bezpieczeństwa infrastruktury teleinformatycznej, umożliwiając skuteczniejsze monitorowanie zagrożeń, podnoszenie poziomu ochrony zasobów informacyjnych oraz rozwój zdolności organizacji do reagowania na incydenty bezpieczeństwa.

Równolegle, przy wsparciu Centrum e-Zdrowia, zintensyfikowano prace nad aktualizacją dokumentacji Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji. Prace obejmowały dostosowanie procedur, polityk



INTRADAY 1W 3M YTD 1Y 3Y



i regulacji wewnętrznych do zmieniających się wymagań prawnych oraz dobrych praktyk w obszarze ochrony informacji i cyberbezpieczeństwa. Dzięki temu wzmocniono podstawy organizacyjne zarządzania bezpieczeństwem informacji w całej strukturze Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Realizację działań w obszarze bezpieczeństwa cyfrowego nadzorował powołany w 2025 r. przez Głównego Inspektora Sanitarnego Pełnomocnik do spraw bezpieczeństwa cyberprzestrzeni i informacji.

Zrealizowane w 2025 r. przedsięwzięcia znacząco zwiększyły poziom dojrzałości organizacyjnej i technicznej Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze cyberbezpieczeństwa. Jednocześnie przygotowały wszystkie jednostki Inspekcji do realizacji obowiązków wynikających z uzyskania statusu podmiotów kluczowych na mocy nowelizacji ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa. Wdrożone rozwiązania oraz podjęte działania stanowią solidną podstawę do dalszego wzmacniania bezpieczeństwa cyfrowego organizacji oraz zapewnienia ciągłości realizacji zadań publicznych w coraz bardziej wymagającym środowisku cyfrowym.

4. Europejskie wsparcie dla rozwoju domyślności cyfrowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej

4.1. Projekt „e-Sanepid”

W ramach działań ukierunkowanych na dalszą cyfryzację usług publicznych Państwowa Inspekcja Sanitarna rozpoczęła w 2025 r. realizację projektu „e-Sanepid”. Celem projektu jest rozwój i udostępnienie do 2028 r. dziesięciu nowych e-usług. Projekt obejmuje wszystkie kluczowe obszary działalności Inspekcji, w tym epidemiologię, higienę środowiska, bezpieczeństwo żywności i żywienia, nadzór nad chemikaliami, kontrolę, promocję i edukację zdrowotną oraz zarządzanie kryzysowe.

Realizacja projektu umożliwi zapewnienie wysokiej dostępności usług publicznych świadczonych drogą elektroniczną, co przyczyni się do zwiększenia ich efektywności, usprawnienia obsługi obywateli i przedsiębiorców oraz poprawy jakości i szybkości realizacji procedur administracyjnych.

Projekt „e-Sanepid” uzyskał dofinansowanie w wysokości 59 mln zł w ramach programu Fundusze Europejskie na Rozwój Cyfrowy 2021–2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Pozyskane środki stanowią istotne wsparcie dla transformacji cyfrowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz rozwoju nowoczesnych, dostępnych i zintegrowanych e-usług publicznych.

4.2. Projekt „Wzrost instytucjonalnej cyberodporności jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej”

W 2025 r. projekt pn. „Wzrost instytucjonalnej cyberodporności jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej”, skierowany do Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz wszystkich jednostek granicznej inspekcji sanitarnej, uzyskał finansowe wsparcie w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności.

Celem projektu jest wzmocnienie odporności instytucjonalnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze cyberbezpieczeństwa poprzez realizację działań ukierunkowanych na podniesienie poziomu ochrony systemów teleinformatycznych, rozwój kompetencji oraz usprawnienie mechanizmów reagowania na incydenty bezpieczeństwa.

Wysokość przyznanego dofinansowania wynosi 3,7 mln zł, a środki te przeznaczone są na realizację działań projektowych zaplanowanych do końca 2026 r. Wsparcie stanowi istotny element procesu wzmocnienia bezpieczeństwa cyfrowego oraz zwiększania zdolności operacyjnych jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze przeciwdziałania zagrożeniom cybernetycznym.

Realizowane w ramach projektu działania odzwierciedlają wdrażane w Państwowej Inspekcji Sanitarnej standardy cyberbezpieczeństwa definiujące cztery poziomy instytucjonalnej cyberodporności: rozwiązania kopii zapasowych, rozwój systemów bezpieczeństwa sieci oraz bezpieczeństwa styku sieci Internet z usługami wewnętrznymi, bezpieczeństwo poczty elektronicznej oraz rozwój systemów monitorowania bezpieczeństwa i reagowania.

5. Wspólne budowanie świadomości cyfrowej

W 2025 r. przeprowadzono serię webinarium skierowanych do wszystkich pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Spotkania koncentrowały się na praktycznych aspektach związanych z nowo udostępnianymi funkcjonalnościami SEPIS oraz zagadnieniach dotyczących reagowania na zagrożenia w cyberprzestrzeni.

W zakresie cyfryzacji tematyka obejmowała w szczególności:

- ◆ uprawnienia w systemie SEPIS,
- ◆ obsługę wniosków dot. rejestracji i zatwierdzania zakładów w obszarze bezpieczeństwa żywności,
- ◆ e-usługę zgłaszania interwencji,
- ◆ harmonogramy poboru próbek wody w obszarze higieny środowiska.

W obszarze reagowania na zagrożenia w cyberprzestrzeni przedstawione zostały następujące zagadnienia:

- ◆ cyberhigiena i podnoszenie świadomości pracowników w zakresie zagrożeń cyberprzestrzeni,
- ◆ identyfikowanie i zarządzanie incydentami bezpieczeństwa informacji,
- ◆ bezpieczne media społecznościowe,
- ◆ bezpieczeństwo pracy zdalnej,
- ◆ metody bezpiecznego przesyłania i udostępniania plików, szyfrowanie dokumentów,
- ◆ aktualizacja dokumentacji Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji.

Zorganizowane webinary cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem ze strony pracowników. Łącznie w spotkaniach udział wzięło 17 tys. uczestników. Inicjatywa została bardzo wysoko oceniona przez odbiorców, co potwierdza jej wysoką jakość merytoryczną oraz praktyczną użyteczność.





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**



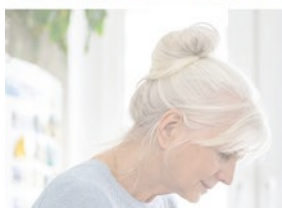


EUROPEJSKI TYDZIEŃ SZCZEPIEŃ
SZCZEPIONIA DZIAŁAJĄ - ZAUF AJ NAUCE!

#MŁODZI
ŚWIADOMI



trzymaj
formę 



ZROLUJ 
ZDROWIE
- SIŁA WYBORÓW

**DZIAŁALNOŚĆ PIS W ZAKRESIE
PROMOCJI ZDROWIA**



Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki w 2025 roku stanowiła jeden z kluczowych elementów w zakresie zdrowia publicznego w Polsce. W przeciwieństwie do działań nadzorczych, których efekty mają charakter bezpośredni, promocja zdrowia opiera się na długofalowym, systematycznym i wielokanałowym oddziaływaniu społecznym.

Główny Inspektorat Sanitarny odpowiadał za:

- ◆ wyznaczenie kierunków działań,
- ◆ koordynację programów ogólnopolskich oraz
- ◆ przygotowanie działań komunikacyjnych i edukacyjnych.

Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne realizowały zaś przedsięwzięcia dostosowane do specyfiki lokalnych społeczności. Dzięki temu możliwe było zachowanie spójności przekazu przy jednoczesnym uwzględnieniu zróżnicowanych uwarunkowań społecznych i epidemiologicznych.

Skala prowadzonych przedsięwzięć była bardzo duża i obejmowała zarówno działania bezpośrednie, jak i intensywną komunikację prowadzoną w internecie i mediach społecznościowych. W 2025 roku widoczny był rozwój angażujących form promocji zdrowia, opartych na aktywnym uczestnictwie odbiorców oraz współtworzeniu przekazu.

Szacuje się, że działania bezpośrednie, tj. zajęcia edukacyjne, warsztaty, spotkania i wydarzenia plenerowe, objęły łącznie ponad 3 mln odbiorców, natomiast komunikacja w internecie dotarła do ponad 5 mln użytkowników. Dane te mają charakter szacunkowy i pochodzą ze sprawozdań wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

W ramach nadzoru nad realizacją przedsięwzięć edukacyjnych przeprowadzono blisko 14 tys. wizytacji w placówkach oświatowych, co potwierdza systemowy charakter działań oraz ich powszechność na terenie całego kraju.

Realizowane przez PIS projekty stanowiły integralny element polityki zdrowia publicznego państwa i wpisywały się w cele Narodowego Programu Zdrowia.

1. Działania w obszarze promocji zdrowia realizowane na poziomie ogólnopolskim

W 2025 roku działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze promocji zdrowia koncentrowały się na realizacji priorytetów odpowiadających na aktualne wyzwania epidemiologiczne, społeczne i komunikacyjne. Kluczową rolę w inicjowaniu, koordynowaniu oraz wspieraniu przedsięwzięć edukacyjnych

i informacyjnych realizowanych przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne pełnił Główny Inspektorat Sanitarny.

Do najważniejszych priorytetów pionu promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej należały w szczególności:

- ◆ promocja szczepień ochronnych,
- ◆ przeciwdziałanie dezinformacji zdrowotnej – zwłaszcza w obszarze szczepień oraz produktów nikotynowych,
- ◆ profilaktyka używania wyrobów nikotynowych wśród dzieci i młodzieży,
- ◆ promocja zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, a także
- ◆ profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową.

Priorytety te realizowano poprzez kampanie społeczne, programy edukacyjne, działania informacyjne i komunikacyjne, inicjatywy eksperckie oraz współpracę z partnerami instytucjonalnymi i środowiskiem naukowym. Jednocześnie prowadzono intensywne działania w mediach – zarówno Główny Inspektor Sanitarny, jak i rzecznik prasowy pozostawali w stałym kontakcie z mediami, aktywnie przekazując informacje z zakresu działalności PIS.

Istotnym elementem aktywności prowadzonych przez Główny Inspektorat Sanitarny było powołanie pierwszego w Polsce **Zespołu Nauk Behawioralnych w Zdrowiu Publicznym „BOND” (Behavioural Outcomes in Neuroscience Decisions)**. Celem inicjatywy jest wykorzystanie narzędzi i wniosków z zakresu nauk behawioralnych w projektowaniu skutecznych przedsięwzięć z obszaru zdrowia publicznego, w szczególności dotyczących promocji szczepień ochronnych, przeciwdziałania dezinformacji zdrowotnej oraz profilaktyki uzależnień.

Zespół został powołany przez Głównego Inspektora Sanitarnego we współpracy z partnerami instytucjonalnymi i naukowymi: Biurem UNICEF ds. Reagowania na Potrzeby Uchodźców w Polsce, Gdańskim Uniwersytetem Medycznym, Instytutem Matki i Dziecka, Fundacją Instytutu Matki i Dziecka, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego PZH-PIB, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. W krótkim czasie od utworzenia BOND zrealizowano pierwsze inicjatywy szkoleniowe i analityczne dotyczące zastosowania nauk behawioralnych w promocji zdrowia, wzmacnianiu wyszczepialności oraz projektowaniu interwencji w obszarze zdrowia publicznego.

Dodatkowo GIS **organizował webinary dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej**, służące podnoszeniu kompetencji w zakresie komunikacji zdrowotnej, edukacji prozdrowotnej oraz przeciwdziałania dezinformacji. Zrealizowano m.in. szkolenia dotyczące metodyki pracy oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia, skutecznej komunikacji działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w mediach, nowych produktów nikotynowych i związanych z nimi zagrożeń zdrowotnych, Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem,

współczesnych funkcji zdrowia publicznego oraz zjawiska dezinformacji zdrowotnej. Szczególny nacisk położono na rozwijanie kompetencji komunikacyjnych dotyczących szczepień ochronnych, profilaktyki uzależnień od nikotyny oraz skutecznego docierania z przekazem zdrowotnym do dzieci, młodzieży i rodziców.

Istotnym elementem działań prowadzonych przez GIS, WSSE i PSSE była również intensywna komunikacja realizowana poprzez strony internetowe oraz media społecznościowe. W 2025 roku jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej coraz częściej wykorzystywały nowoczesne formy przekazu, tj. rolki edukacyjne, krótkie materiały wideo, relacje z wydarzeń, quizy oraz grafiki informacyjne dostosowane do różnych grup odbiorców. Szczególne znaczenie miały działania dotyczące promocji szczepień ochronnych, profilaktyki używania wyrobów nikotynowych oraz przeciwdziałania dezinformacji zdrowotnej.

Platformą wymiany doświadczeń oraz integracji środowiska zdrowia publicznego był **II Kongres Zdrowia Publicznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej**. Konferencja była przestrzenią dla debaty dotyczącej współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, komunikacji zdrowotnej, profilaktyki chorób zakaźnych, promocji szczepień ochronnych oraz przeciwdziałania dezinformacji. Wydarzenie wzmocniło współpracę pomiędzy administracją publiczną, środowiskiem naukowym oraz ekspertami ochrony zdrowia.



Budowaniu świadomości społecznej oraz wzmacnianiu zaufania do instytucji zdrowia publicznego służyły również działania edukacyjne i środowiskowe realizowane z inicjatywy GIS. W ramach obchodów **Światowego Dnia Zdrowia** zorganizowano ogólnopolskie **Dni Otwarte Państwowej Inspekcji Sanitarnej** pod hasłem „Bezpieczeństwo zdrowotne – wspólna odpowiedzialność”. Wydarzenia odbywały się zarówno w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, jak i w wojewódzkich oraz powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Ich celem było przybliżenie społeczeństwu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, promocja profilaktyki zdrowotnej oraz wzmacnianie relacji ze środowiskiem lokalnym. W wydarzeniach uczestniczyli naukowcy, eksperci zdrowia publicznego oraz przedstawiciele administracji publicznej, dyskutując m.in. na temat szczepień ochronnych, profilaktyki chorób oraz współczesnych wyzwań zdrowia publicznego.

1.1. Promocja zdrowego stylu życia (odżywianie i aktywność fizyczna)

Promocja zdrowego stylu życia obejmująca tematy związane z prawidłowym odżywianiem oraz aktywnością fizyczną, pozostawała jednym z kluczowych priorytetów działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wynikało to z utrzymującego się wysokiego udziału chorób cywilizacyjnych, których istotnym czynnikiem ryzyka są nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz niski poziom aktywności fizycznej.

Najważniejszym przedsięwzięciem realizowanym w tym obszarze był **ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”**, koordynowany przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności Związkiem Pracodawców. Program, realizowany od 18 lat w ramach strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia, stanowi jeden z kluczowych elementów profilaktyki zdrowotnej skierowanej do dzieci i młodzieży.

W roku szkolnym 2024/2025 w XVIII edycji programu uczestniczyło blisko 6 tys. szkół podstawowych oraz ponad 530 tys. uczniów klas V–VIII. Oferta programowa dotarła do 93% szkół podstawowych w Polsce, a w realizację inicjatywy zaangażowanych było ok. 31 tys. realizatorów. Program umożliwiał uczestnikom nie tylko zdobywanie wiedzy, lecz przede wszystkim jej praktyczne wykorzystanie poprzez inicjatywy edukacyjne, aktywności środowiskowe oraz przedsięwzięcia promujące zdrowy styl życia.

Istotnym elementem programu było wykorzystanie metody projektu, sprzyjającej aktywizacji uczniów oraz wzmacnianiu ich zaangażowania w proces edukacyjny. W szkołach organizowano m.in. warsztaty kulinarne, wydarzenia sportowe, dodatkowe zajęcia ruchowe, wspólne przygotowywanie zdrowych posiłków oraz inicjatywy angażujące rodziców i społeczność lokalną. W realizację projektu aktywnie włączyło się ponad 228 tys. rodziców.

Program miał charakter międzysektorowy i był realizowany przy współpracy licznych partnerów lokalnych, w tym jednostek samorządu terytorialnego, placówek ochrony zdrowia, Policji, Straży Pożarnej oraz klubów sportowych. Na poziomie centralnym Główny Inspektorat Sanitarny odpowiadał za koordynację programu, organizację szkoleń dla koordynatorów wojewódzkich i powiatowych. W ramach XVIII edycji w całym

kraju przeprowadzono łącznie 428 szkoleń dla szkolnych koordynatorów programu oraz 2584 wizytacje w szkołach realizujących program.

Uzupełnieniem projektu był **Ogólnopolski Konkurs Wiedzy o Zdrowym Stylu Życia „Trzymaj Formę!”**, organizowany przez Główny Inspektorat Sanitarny, partnera programu we współpracy z wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi. Konkurs skierowany był do uczniów klas VI–VIII szkół podstawowych zainteresowanych pogłębianiem wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, w szczególności dotyczącej zbilansowanej diety i aktywności fizycznej. Celem inicjatywy było wzmocnienie świadomości dotyczącej wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie oraz kształtowanie prozdrowotnych postaw i zachowań. Konkurs realizowano na poziomie szkolnym, powiatowym i ogólnopolskim, a finał krajowy odbył się w Warszawie. W 2025 roku uczestniczyło w nim 9725 uczniów z 1076 szkół z całego kraju.

Aktywności realizowane w ramach programu były dodatkowo wspierane komunikacją prowadzoną przez GIS i jednostki terenowe Państwowej Inspekcji Sanitarnej w mediach społecznościowych. Publikowane treści dotyczyły m.in. zasad zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, bezpieczeństwa żywności oraz edukacji konsumenckiej. Łącznie opublikowano 2729 postów związanych z tematyką programu.

Istotną rolę w edukacji zdrowotnej młodzieży odegrał również **ogólnopolski konkurs „Zrój zdrowie – siła wyborów”**, organizowany przez GIS we współpracy z wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi. Inicjatywa stanowiła przykład wykorzystania nowoczesnych narzędzi komunikacji i mediów społecznościowych w promocji zdrowia. Konkurs skierowany był do uczniów klas VII–VIII szkół podstawowych i polegał na tworzeniu krótkich materiałów wideo promujących zdrowy styl życia.

Taka forma edukacji pozwalała uczestnikom nie tylko zdobywać wiedzę dotyczącą zdrowia, lecz także twórczo ją przetwarzać i przekazywać rówieśnikom w atrakcyjny i zrozumiały sposób, wzmocniając efekt edukacyjny oraz zaangażowanie młodzieży. W 2025 roku do konkursu zgłoszono 397 prac z całej Polski, spośród których 32 zakwalifikowano do etapu krajowego. Uczniowie poruszali w swoich materiałach przede wszystkim tematykę aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania, higieny snu, redukcji stresu oraz dobrostanu psychicznego. Konkurs sprzyjał również rozwijaniu kompetencji cyfrowych, kreatywności, pracy zespołowej oraz umiejętności komunikacyjnych.

Podsumowanie konkursu oraz wręczenie nagród laureatom odbyło się w Senacie RP z udziałem przedstawicieli władz publicznych oraz kierownictwa Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Konkurs został objęty honorowym patronatem Marszałek Senatu RP w ramach obchodów Roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki.

Uzupełnieniem działań promujących zdrowy styl życia były również kampanie sezonowe. Jedną z najważniejszych inicjatyw była **ogólnopolska kampania „Bezpieczne wakacje z sanepidem”**,

realizowana pod hasłem „Zanim ruszysz w świat – zadbaj o zdrowie”. Kampania miała na celu promocję zasad bezpiecznego i zdrowego wypoczynku oraz zwiększanie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki zdrowotnej podczas sezonu wakacyjnego. Działania koordynowane przez GIS były realizowane we współpracy z wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi w całym kraju.

W ramach kampanii prowadzono inicjatywy edukacyjne dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych, bezpieczeństwa żywności i wody, ochrony przed promieniowaniem UV, bezpiecznego korzystania z kąpielisk, profilaktyki zatruc pokarmowych i zatruc grzybami, a także zagrożeń związanych z używaniem alkoholu, nikotyny i innych substancji psychoaktywnych. Szczególną uwagę poświęcono również profilaktyce chorób przenoszonych drogą płciową oraz bezpieczeństwu zdrowotnemu podczas podróży zagranicznych.

Kampania była prowadzona zarówno w przestrzeni cyfrowej, jak i w ramach inicjatyw lokalnych realizowanych przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W projekt zaangażowało się 3384 partnerów, w tym jednostki samorządu terytorialnego, organizatorzy wypoczynku, służby mundurowe oraz placówki edukacyjne i ochrony zdrowia. Łącznie inicjatywy prowadzone w ramach kampanii dotarły do ponad 830 tys. odbiorców. Przeprowadzono m.in. ponad 4 tys. prelekcji i zajęć edukacyjnych, 4515 porad i konsultacji, a także zorganizowano 869 stoisk edukacyjnych oraz 631 ekspozycji tematycznych.

Istotnym elementem kampanii były również działania komunikacyjne prowadzone przez GIS w mediach społecznościowych. Publikowane materiały edukacyjne dotyczyły m.in. bezpiecznego podróżowania, ochrony przed kleszczami i wścieklizną, profilaktyki STI, bezpieczeństwa żywności oraz ochrony przed promieniowaniem UV. Kampania osiągnęła szeroki zasięg w mediach społecznościowych, generując setki tysięcy wyświetleń materiałów edukacyjnych publikowanych na Facebooku, Instagramie oraz platformie X.

Realizowane inicjatywy potwierdzają rosnące znaczenie nowoczesnych i angażujących form edukacji zdrowotnej, łączących działania środowiskowe, komunikację cyfrową oraz aktywny udział społeczności lokalnych.

1.2. Profilaktyka chorób zakaźnych, w tym promocja szczepień

Profilaktyka chorób zakaźnych stanowiła jeden z najważniejszych obszarów działalności edukacyjnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 roku. W kontekście rosnących wyzwań epidemiologicznych oraz utrzymujących się zjawisk dezinformacji dotyczącej szczepień ochronnych przedsięwzięcia w tym obszarze miały szczególne znaczenie i były prowadzone w sposób systemowy oraz wielokanałowy.

Jednym z najważniejszych projektów realizowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny była kampania informacyjno-edukacyjna prowadzona w ramach **Europejskiego Tygodnia Szczepień 2025** pod hasłem „Szczepienia chronią – zaufaj nauce!”. Inicjatywa, organizowana we współpracy z wojewódzkimi

 Główny Inspektorat Sanitarny



 Główny Inspektorat Sanitarny



 Główny Inspektorat Sanitarny



 Główny Inspektorat Sanitarny

 Główny Inspektorat Sanitarny



 Główny Inspektorat Sanitarny



 Główny Inspektorat Sanitarny

 Główny Inspektorat Sanitarny



 Główny Inspektorat Sanitarny

 Główny Inspektorat Sanitarny



Główny Inspektorat Sanitarny

 Główny Inspektorat Sanitarny

Briefing prasowy

Europejski Tydzień Szczepień: działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, WHO i UNICEF

dr n. med. Paweł Grzesiowski
Główny Inspektor Sanitarny

dr Nino Berdzuli
dyrektor Biura Krajowego WHO w Polsce

przewodnicząca Biura UNICEF
ds. Reagowania na Potrzeby Uchodźców w Polsce

28 kwietnia

Główny Inspektorat Sanitarny

i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi, miała na celu zwiększanie świadomości społecznej dotyczącej roli szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym oraz promocję Programu Szczepień Ochronnych na 2025 rok.

W ramach inicjatywy Departament Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej GIS przygotował materiały edukacyjne dotyczące historii szczepień, bezpieczeństwa i skuteczności szczepień, kalendarza szczepień oraz konsekwencji rezygnacji ze szczepień. Prowadzono również działania w mediach społecznościowych, obejmujące krótkie filmy edukacyjne, wypowiedzi ekspertów, quizy oraz interaktywne sesje pytań i odpowiedzi. Istotnym elementem była także debata poświęcona dezinformacji dotyczącej szczepień.

W realizację inicjatywy zaangażowały się jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej z całego kraju. Organizowano wydarzenia plenerowe, wykłady, zajęcia edukacyjne, wystawy i szkolenia skierowane do różnych grup odbiorców. Kampania osiągnęła szeroki zasięg medialny i społecznościowy, a w działania promujące szczepienia zaangażowali się również eksperci oraz influencerzy zajmujący się zdrowiem publicznym.

Szczególne znaczenie miały również działania związane z realizacją **programu szczepień przeciw HPV**, koordynowane przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi. Program stanowił jeden z najważniejszych elementów profilaktyki chorób nowotworowych oraz działań na rzecz zwiększania poziomu wyszczepialności dzieci i młodzieży. Aktywności edukacyjne i informacyjne prowadzono równolegle w środowisku szkolnym, wśród rodziców oraz kadry pedagogicznej.

W analizowanym okresie przeprowadzono 4480 spotkań z dyrektorami szkół i koordynatorami programów, 2878 spotkań z rodzicami obejmujących ponad 127 tys. uczestników oraz 2474 godziny zajęć edukacyjnych dla dzieci i młodzieży, w których uczestniczyło około 88 tys. osób. Program objął ponad 5 tys. szkół w całym kraju, a liczba deklaracji rodziców dotyczących udziału dzieci w szczepieniach przekroczyła 106 tys., co wskazuje na rosnące zainteresowanie i akceptację dla działań profilaktycznych w tym obszarze.

Istotnym elementem działań prowadzonych przez GIS była również **ogólnopolska inicjatywa „Jesień bez infekcji”**, której celem była promocja szczepień ochronnych przeciwko grypie, COVID-19, RSV, krztuścowi oraz pneumokokom. Przedsięwzięcie realizowano we współpracy z wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi oraz partnerami instytucjonalnymi, m.in. Głównym Inspektoratem Farmaceutycznym, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Naczelną Izbą Lekarską i Naczelną Radą Aptekarską.

Działania kierowano przede wszystkim do seniorów, kobiet w ciąży oraz pracowników i pracodawców, ze szczególnym uwzględnieniem personelu medycznego, nauczycieli i służb mundurowych. GIS przygotował materiały edukacyjne, infografiki, plakaty, animacje oraz krótkie materiały wideo wykorzystywane przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w całym kraju. Istotnym elementem były również działania

komunikacyjne prowadzone w mediach społecznościowych, tj. rolki edukacyjne i wypowiedzi ekspertów. Publikacje przygotowane przez GIS wygenerowały ponad 600 tys. wyświetleń, natomiast jednostki terenowe opublikowały ponad 2400 postów i ponad 300 informacji na stronach internetowych.

W realizację inicjatywy aktywnie zaangażowały się wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, prowadząc wykłady, konsultacje oraz działania edukacyjne w środowiskach lokalnych. Łącznie przedsięwzięcia realizowane w ramach kampanii dotarły do blisko 120 tys. odbiorców.

Uzupełnieniem działań dotyczących profilaktyki infekcji sezonowych była **kampania promująca szczepienia przeciw krztuścowi dla kobiet w ciąży**. Inicjatywa stanowiła odpowiedź na znaczący wzrost liczby zachorowań – w 2024 roku w Polsce zarejestrowano ponad 32 tys. przypadków krztuśca, co oznaczało ponad 35-krotny wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim. Celem przedsięwzięcia było zwiększenie świadomości dotyczącej znaczenia szczepień kobiet w ciąży dla ochrony noworodków i niemowląt przed ciężkim przebiegiem choroby.

W ramach inicjatywy GIS przygotował plakaty, broszury informacyjne oraz materiały cyfrowe dotyczące krztuśca i szczepień ochronnych, które dystrybuowano do poradni podstawowej opieki zdrowotnej, szkół rodzenia, gabinetów ginekologiczno-położniczych oraz aptek. W całym kraju realizowano konferencje, szkolenia, wykłady, webinaria i briefingi prasowe, które dotarły łącznie do ponad 5,6 mln odbiorców. Dodatkowo w mediach społecznościowych i na stronach internetowych Państwowej Inspekcji Sanitarnej opublikowano ponad 2 tys. materiałów informacyjnych dotyczących szczepień przeciw krztuścowi.

Istotnym obszarem działań edukacyjnych realizowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny była lekooporność drobnoustrojów, stanowiąca jedno z najpoważniejszych współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. W ramach obchodów **Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach** oraz **Światowego Tygodnia Wiedzy o Antybiotykach** Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadziła ogólnopolską kampanię edukacyjną pod hasłem „Lkooporność drobnoustrojów – globalne wyzwanie zdrowia publicznego”.

Celem inicjatywy było zwiększanie świadomości społecznej dotyczącej racjonalnego stosowania antybiotyków oraz zagrożeń wynikających z narastającej antybiotykooporności. Działania koordynowane przez GIS obejmowały przygotowanie materiałów edukacyjnych, komunikację prowadzoną w mediach tradycyjnych i mediach społecznościowych, organizację webinarów, konsultacji oraz wydarzeń eksperckich realizowanych przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. W kampanii podkreślano znaczenie odpowiedzialnej antybiotykoterapii, profilaktyki zakażeń, szczepień ochronnych oraz podejścia „One Health”, wskazującego na zależności między zdrowiem ludzi, zwierząt i środowiska.

Łącznie odbiorcami projektu było blisko 657 tys. osób. Istotnym elementem były również działania komunikacyjne promujące wiedzę dotyczącą racjonalnego stosowania antybiotyków oraz przeciwdziałania lekooporności.

Realizowane przedsięwzięcia potwierdzają rosnące znaczenie zintegrowanych działań edukacyjnych i komunikacyjnych w obszarze profilaktyki chorób zakaźnych, łączących promocję szczepień ochronnych, przeciwdziałanie dezinformacji zdrowotnej oraz wykorzystanie nowoczesnych narzędzi komunikacji społecznej.

1.3. Profilaktyka uzależnień (tytoń, e-papierosy, inne substancje psychoaktywne)

Działania w zakresie profilaktyki uzależnień w 2025 roku cechowały się dużą intensywnością oraz szerokim zasięgiem, obejmując ponad 14 tys. inicjatyw edukacyjnych i ponad 1,6 mln odbiorców. Skala prowadzonych przedsięwzięć potwierdza utrzymujący się wysoki priorytet problematyki uzależnień oraz rosnące zapotrzebowanie społeczne na profilaktykę w tym obszarze.

Realizowane inicjatywy miały charakter kompleksowy i obejmowały zarówno ogólnopolskie kampanie edukacyjne, jak i liczne projekty lokalne. Szczególny nacisk położono na profilaktykę pierwotną, ukierunkowaną na zapobieganie inicjacji używania substancji psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży, przy jednoczesnym wzmacnianiu kompetencji społecznych i zdrowotnych.

Jednym z najważniejszych obszarów była profilaktyka używania wyrobów tytoniowych i nikotynowych, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży. Działania realizowano m.in. w ramach obchodów **Światowego Dnia bez Tytoniu** oraz **Światowego Dnia Rzucania Palenia**. Kampanie koncentrowały się na przeciwdziałaniu rosnącej popularności e-papierosów, woreczków nikotynowych oraz innych produktów nikotynowych, a także na zwiększaniu świadomości dotyczącej mechanizmów uzależnienia i działań marketingowych przemysłu tytoniowego.



Z okazji Światowego Dnia bez Tytoniu GIS prowadził **ogólnopolską kampanię „E-papierosy to manipulacja”**, realizowaną pod hasłem WHO „Zdemaskować atrakcyjność: ujawnienie taktyk przemysłu tytoniowego i nikotynowego”. W ramach inicjatywy przygotowano materiały edukacyjne dla uczniów, nauczycieli i rodziców, prowadzono komunikację w mediach społecznościowych oraz organizowano briefingi prasowe i wydarzenia edukacyjne. Szczególny nacisk położono na zwiększanie świadomości młodzieży dotyczącej zagrożeń związanych z używaniem e-papierosów oraz wpływu nikotyny na rozwój młodego organizmu.

Kontynuacją była **kampania GIS „Nowe formy – stare pułapki”**, realizowana z okazji Światowego Dnia Rzucania Palenia. Jej celem było obalanie mitów dotyczących „bezpieczeństwa” nowych produktów nikotynowych oraz promowanie postaw sprzyjających rezygnacji z używania nikotyny. W kampanii wykorzystywano nowoczesne formy komunikacji, w tym materiały wideo, działania w mediach społecznościowych oraz plakaty przygotowane przez Andrzeja Pągowskiego skierowane do młodzieży. Przygotowano również scenariusz zajęć dla nauczycieli do wykorzystania w szkołach ponadpodstawowych pn. „Życie bez nikotyny – wybór, który się opłaca”.

Aktywności koordynowane przez GIS były wspierane przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, które realizowały lokalne akcje edukacyjne, konkursy, konsultacje, happeningi oraz inicjatywy profilaktyczne w szkołach i przestrzeni publicznej. Łącznie przedsięwzięcia realizowane w ramach obchodów Światowego Dnia bez Tytoniu objęły ponad 1,68 mln odbiorców, natomiast działania związane ze Światowym Dniem Rzucania Palenia dotarły do blisko 2 mln osób.

W 2025 roku widoczne były również bardzo różnorodne podejścia do edukacji zdrowotnej w obszarze profilaktyki uzależnień – od tradycyjnych działań informacyjnych do metod angażujących, opartych na doświadczeniu i interakcji. W szerokim zakresie wykorzystywano narzędzia symulacyjne, tj. alkogogle i narkogogle, umożliwiające odbiorcom doświadczenie zaburzeń percepcji i koordynacji wywołanych używaniem substancji psychoaktywnych. Rozwiązania te zwiększały skuteczność przekazu edukacyjnego oraz sprzyjały budowaniu świadomości zagrożeń zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Szczególną uwagę poświęcono problematyce nowych produktów nikotynowych, w tym e-papierosów, co stanowiło odpowiedź na zmieniające się wzorce zachowań zdrowotnych młodzieży oraz rosnącą dostępność tych produktów.

1.4. Profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową

Działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS w 2025 roku realizowane były w ramach **Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2022–2026**. Program obejmował szeroki zakres inicjatyw edukacyjnych, informacyjnych i profilaktycznych, skierowanych do zróżnicowanych grup społecznych, z uwzględnieniem specyfiki ich potrzeb oraz poziomu ryzyka.

Głównym celem było zwiększenie świadomości społecznej na temat dróg zakażenia wirusem HIV, promowanie bezpiecznych zachowań zdrowotnych oraz zachęcanie do wykonywania testów diagnostycznych. Szczególną uwagę poświęcono młodym dorosłym, którzy stanowią grupę o podwyższonym ryzyku zakażenia, a jednocześnie są odbiorcami najbardziej podatnymi na nowoczesne formy komunikacji.

W 2025 roku Główny Inspektorat Sanitarny koncentrował się przede wszystkim na koordynacji programu, komunikacji centralnej, nadzorze merytorycznym oraz promocji profilaktyki HIV/AIDS. Istotnym elementem była ogólnopolska promocja anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV oraz popularyzacja wiedzy dotyczącej Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych. Komunikację prowadzono głównie za pośrednictwem mediów społecznościowych GIS oraz kampanii realizowanych z okazji **Światowego Dnia AIDS, Europejskiego Tygodnia Testowania i Międzynarodowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS**.

Szczególnie istotnym przedsięwzięciem realizowanym przez GIS było wdrożenie **ogólnopolskiego programu edukacyjno-profilaktycznego #MłodziŚwiadomi**, skierowanego do młodzieży i młodych dorosłych. Program koncentrował się na profilaktyce chorób przenoszonych drogą płciową (STD), budowaniu świadomości zdrowotnej oraz promowaniu odpowiedzialnych zachowań. GIS odpowiadał za przygotowanie harmonogramu programu, aktualizację materiałów edukacyjnych, szkolenie pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz uruchomienie dedykowanej strony internetowej programu. I edycja programu rozpoczęła się w lutym 2026 r.

Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne organizowały wykłady, warsztaty, konkursy, akcje plenerowe oraz stoiska edukacyjne poświęcone profilaktyce HIV/AIDS i STI. Łącznie inicjatywy prowadzone w ramach Programu objęły ponad 46 tys. odbiorców, natomiast dodatkowe przedsięwzięcia dotyczące profilaktyki HIV i STI realizowane poza Programem dotarły do ponad 253 tys. osób. Istotnym elementem była również komunikacja cyfrowa – wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne opublikowały blisko 1000 postów w mediach społecznościowych o łącznym zasięgu ok. 300 tys. odbiorców.

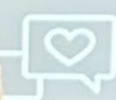
W całej Polsce przedsięwzięcia profilaktyczne realizowano również w przestrzeni publicznej – podczas festynów, pikników zdrowotnych oraz wydarzeń masowych, m.in. w sezonie letnim na terenach nadmorskich, gdzie tworzono mobilne punkty informacyjno-edukacyjne. Inicjatywy prowadzono bezpośrednio na kąpieliskach i w przestrzeni publicznej, docierając zarówno do mieszkańców, jak i turystów. Bezpośredni kontakt z odbiorcami sprzyjał skuteczniejszemu przekazywaniu treści profilaktycznych.

W większości województw działania realizowano we współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami systemu ochrony zdrowia, co zwiększało ich zasięg i skuteczność. Istotną rolę odgrywała również komunikacja w mediach społecznościowych, umożliwiającą dotarcie do młodszych grup odbiorców oraz szybkie reagowanie na pojawiające się potrzeby informacyjne.

Choroby przenoszone drogą płciową *#MŁODZI ŚWIADOMI*



CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI



Łącznie przedsięwzięcia realizowane w ramach Krajowego Programu HIV/AIDS objęły ponad 460 tys. odbiorców, w tym tysiące zajęć edukacyjnych oraz setki wydarzeń lokalnych i punktów informacyjnych. Szczególne znaczenie miały inicjatywy rówieśnicze, w ramach których zrealizowano liczne projekty lokalne angażujące młodzieżowych liderów zdrowia.

Realizowane przedsięwzięcia potwierdzają rosnące znaczenie edukacji środowiskowej, rówieśniczej oraz komunikacji cyfrowej w profilaktyce HIV/AIDS, szczególnie w działaniach skierowanych do młodych dorosłych i grup o podwyższonym ryzyku zakażenia.

1.5. Bezpieczeństwo żywności i edukacja konsumencka (kampania Safe2Eat)

W 2025 roku istotnym obszarem działań edukacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej była promocja bezpieczeństwa żywności oraz edukacja konsumencka realizowana przede wszystkim w ramach **kampanii Safe2Eat**, prowadzonej we współpracy z Europejskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA).

Na poziomie ogólnopolskim kampania była koordynowana przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z EFSA, natomiast jej realizacja była kontynuowana i rozwijana na poziomie regionalnym i lokalnym. Celem kampanii było zwiększenie świadomości konsumentów w zakresie zasad bezpiecznego przygotowywania i przechowywania żywności, a także wzmacnianie zaufania do systemu bezpieczeństwa żywności w Unii Europejskiej.

Realizowane przedsięwzięcia obejmowały warsztaty, szkolenia oraz wydarzenia edukacyjne skierowane do zróżnicowanych grup odbiorców, w tym dzieci, młodzieży, dorosłych i seniorów. Istotnym elementem była również komunikacja cyfrowa, tj. publikacja materiałów edukacyjnych na stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych.

Na poziomie lokalnym kampania była realizowana przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, które organizowały m.in. pokazy kulinarne, warsztaty oraz spotkania informacyjne. W wielu regionach aktywności te były integrowane z inicjatywami promującymi zdrowy styl życia, co zwiększało ich atrakcyjność oraz skuteczność.

Łącznie w ramach kampanii Safe2Eat zrealizowano blisko 1900 działań edukacyjnych, obejmujących ponad 212 tys. odbiorców, przy jednoczesnej publikacji ponad 4 tys. materiałów edukacyjnych, w tym treści cyfrowych. Skala tych aktywności potwierdza rosnące znaczenie edukacji konsumenckiej w obszarze bezpieczeństwa żywności oraz jej istotną rolę w systemie zdrowia publicznego.

1.6. Promocja zdrowia psychicznego

W 2025 roku zauważalny był wzrost znaczenia działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego, które stopniowo stają się jednym z kluczowych obszarów zdrowia publicznego. Na poziomie ogólnopolskim podejmowano inicjatywy zwiększające świadomość społeczną dotyczącą radzenia sobie ze stresem, budowania odporności psychicznej oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Działania te były wspierane komunikacyjnie poprzez kampanie informacyjne oraz materiały edukacyjne kierowane do różnych grup odbiorców, w tym dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Ich realizacja była rozwijana i dostosowywana na poziomie regionalnym i lokalnym.

W komunikacji prowadzonej przez GIS podkreślano znaczenie dobrostanu psychicznego jako integralnego elementu zdrowia publicznego. Podejmowane działania koncentrowały się m.in. na promocji higieny cyfrowej, ograniczeniu stresu oraz wzmacnianiu kompetencji emocjonalnych dzieci i młodzieży. Tematyka zdrowia psychicznego była również obecna w mediach społecznościowych oraz inicjatywach skierowanych do środowiska szkolnego.

2. Działania w obszarze promocji zdrowia realizowane na poziomie wojewódzkim oraz lokalnym

Działania realizowane na poziomie wojewódzkim i powiatowym stanowiły fundament systemu edukacji zdrowotnej. Umożliwiały bezpośredni kontakt z odbiorcami oraz dostosowanie przekazu do specyfiki lokalnych społeczności. Ich skala i różnorodność wskazują na wysoki poziom zaangażowania struktur terenowych Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz istotną rolę w kształtowaniu postaw prozdrowotnych.

W analizowanym okresie aktywności te obejmowały szeroki zakres – od programów edukacyjnych realizowanych w szkołach i przedszkolach, poprzez działania środowiskowe, aż po wydarzenia plenerowe i mobilne punkty informacyjne. Szczególne znaczenie miały inicjatywy o charakterze praktycznym, angażujące odbiorców i sprzyjające trwałości efektów edukacyjnych.

Istotną cechą działań lokalnych była ich różnorodność oraz elastyczność. Stacje sanitarno-epidemiologiczne wykorzystywały zarówno programy ogólnopolskie, jak i inicjatywy autorskie, dostosowane do lokalnych uwarunkowań i potrzeb zdrowotnych mieszkańców. W wielu przypadkach przedsięwzięcia realizowano we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, placówkami oświatowymi, podmiotami leczniczymi oraz organizacjami pozarządowymi, co zwiększało ich zasięg i skuteczność.

Promocja zdrowia była obecna w różnych obszarach życia społecznego – w placówkach oświatowych, miejscach pracy, instytucjach kultury oraz przestrzeni publicznej. Takie podejście zwiększało dostępność

działań edukacyjnych oraz umożliwiała dotarcie do osób, które na co dzień nie uczestniczą w podobnych inicjatywach.

W wielu województwach działania lokalne przyjmowały formę cyklicznych wydarzeń środowiskowych, tj. pikniki zdrowia, dni profilaktyki czy mobilne punkty informacyjno-edukacyjne. W okresie letnim prowadzono również przedsięwzięcia edukacyjne na kąpieliskach i terenach rekreacyjnych, dotyczące m.in. zatruc pokarmowych, zagrożeń środowiskowych, ukąszeń przez kleszcze oraz zasad bezpiecznego wypoczynku. Widoczny był także rozwój inicjatyw kierowanych do nowych grup odbiorców, w tym seniorów oraz osób aktywnych zawodowo, co wskazuje na stopniowe rozszerzanie zakresu oddziaływania edukacyjnego i lepsze dostosowanie do zmieniającej się struktury demograficznej społeczeństwa.

Skala działań realizowanych na poziomie wojewódzkim i powiatowym była bardzo duża i obejmowała tysiące inicjatyw edukacyjnych, dziesiątki tysięcy zajęć oraz setki tysięcy odbiorców w każdym województwie. Przykładowo w województwie zachodniopomorskim działania skierowane do seniorów objęły ponad 1300 uczestników, natomiast w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia zorganizowano kilkaset wydarzeń lokalnych, które dotarły do ponad 340 tys. odbiorców. Równocześnie tysiące dzieci objęto programami edukacyjnymi dotyczącymi higieny i profilaktyki zdrowotnej.

W części regionów działania edukacyjne realizowano również w formie Dni Otwartych Państwowej Inspekcji Sanitarnej, łączących funkcję informacyjną z budowaniem zaufania społecznego do instytucji. W ramach tych inicjatyw organizowano spotkania z ekspertami, stoiska informacyjne oraz działania edukacyjne skierowane do mieszkańców.

Istotnym elementem aktywności prowadzonych przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne było również przeciwdziałanie dezinformacji zdrowotnej. Jednostki terenowe publikowały materiały edukacyjne i informacje wyjaśniające dotyczące szczepień ochronnych, chorób zakaźnych oraz zagrożeń związanych z używaniem produktów nikotynowych, reagując na pojawiające się w przestrzeni internetowej fałszywe lub wprowadzające w błąd treści zdrowotne.

Ważnym elementem lokalnych działań była także obecność Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas wydarzeń plenerowych, festynów rodzinnych, pikników zdrowotnych oraz imprez sportowych i miejskich. Inicjatywy te umożliwiały bezpośredni kontakt z mieszkańcami oraz zwiększały dostępność działań edukacyjnych i profilaktycznych. Realizowano je we współpracy z licznymi partnerami lokalnymi, w tym jednostkami samorządu terytorialnego, placówkami oświatowymi, podmiotami ochrony zdrowia, służbami mundurowymi, organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami kultury i sportu.

Działania realizowane na poziomie lokalnym potwierdzają rosnące znaczenie edukacji zdrowotnej jako jednego z kluczowych obszarów aktywności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ich różnorodność oraz bezpośredni charakter sprzyjały skutecznemu docieraniu do różnych grup społecznych.

2.1. Promocja zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej

Działania w zakresie promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej stanowiły jeden z najbardziej rozwiniętych obszarów aktywności realizowanych na poziomie lokalnym. Wynikało to z rosnącego znaczenia problemu nadwagi i otyłości, szczególnie wśród dzieci i młodzieży oraz potrzeby kształtowania prawidłowych nawyków zdrowotnych już na wczesnych etapach życia.

Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne prowadziły przedsięwzięcia dostosowane do potrzeb lokalnych społeczności oraz specyfiki poszczególnych grup odbiorców. W wielu województwach realizowano program „**Skąd się biorą produkty ekologiczne**”. Jego celem było zwiększanie świadomości i wiedzy na temat rolnictwa ekologicznego oraz budowanie właściwych nawyków żywieniowych u przedszkolaków. Ponadto wdrażano autorskie programy edukacyjne stanowiące uzupełnienie ogólnopolskiego programu „Trzymaj Formę!”. Przykładem był **projekt „Talerz Zdrowego Żywienia”** realizowany w województwie wielkopolskim, w ramach którego przeprowadzono 173 warsztaty edukacyjne dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Z kolei w województwie lubuskim prowadzono **kampanię „Zamień colę na rukolę”**, ukierunkowaną na ograniczenie spożycia żywności wysokoprzetworzonej oraz promowanie zdrowych wyborów żywieniowych.



Przykładem działań łączących edukację zdrowotną z aktywnością fizyczną były organizowane w województwie dolnośląskim **turnieje „Wygramy Zdrowie”**. Formuła wydarzeń opierała się na połączeniu konkurencji sportowych z zadaniami dotyczącymi wiedzy o zdrowiu i prawidłowym stylu życia, co zwiększało atrakcyjność przekazu edukacyjnego oraz poziom zaangażowania uczestników.

Na poziomie powiatowym realizowano również liczne inicjatywy skierowane do najmłodszych dzieci, tj. **„Dużo wiem – zdrowo jem”**, obejmujące zajęcia edukacyjne, warsztaty kulinarne oraz aktywności angażujące rodziców. Włączenie środowiska rodzinnego w proces edukacyjny sprzyjało utrwalaniu prawidłowych nawyków żywieniowych i zdrowotnych.

Istotną cechą przedsięwzięć realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną była ich praktyczna i angażująca forma. W wielu przypadkach inicjatywy nie ograniczały się wyłącznie do przekazywania wiedzy, lecz obejmowały elementy aktywnego uczestnictwa, tj. przygotowywanie posiłków, planowanie jadłospisów czy analiza składu produktów spożywczych. Takie podejście zwiększało atrakcyjność działań edukacyjnych oraz skuteczność kształtowania prozdrowotnych postaw i nawyków.

2.2. Profilaktyka chorób zakaźnych

Na poziomie wojewódzkim i lokalnym realizowano liczne przedsięwzięcia wspierające promocję szczepień oraz profilaktykę chorób zakaźnych, dostosowane do specyfiki regionalnej i potrzeb poszczególnych grup odbiorców. Inicjatywy te łączyły działania informacyjne z edukacją praktyczną, zwiększając skuteczność przekazu oraz poziom zaangażowania społecznego.

W wielu województwach realizowano regionalne kampanie edukacyjne dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych i promocji szczepień ochronnych. Przykładem były przedsięwzięcia **„Zaszczep w sobie chęć szczepienia”** w województwie śląskim oraz **„Higiena naszą tarczą ochronną”** w województwie zachodniopomorskim. Kampanie obejmowały działania edukacyjne skierowane do dzieci, młodzieży, rodziców oraz społeczności lokalnych, promując wiedzę dotyczącą szczepień, higieny i zapobiegania zakażeniom.

Duże znaczenie miała również edukacja najmłodszych dzieci w zakresie podstawowych zasad higieny, stanowiących fundament profilaktyki chorób zakaźnych. W przedszkolach i szkołach podstawowych realizowano programy tj. **„Czyste ręczki dla dzieci”**, **„Ręce pucuję – rzadziej choruję”** oraz **„Czyste ręce mamy i o zdrowie dbamy”**. Opierały się one na angażujących działaniach praktycznych, wspierających kształtowanie prawidłowych nawyków zdrowotnych już na wczesnym etapie rozwoju dziecka.

Uzupełnieniem inicjatyw regionalnych były ogólnopolskie programy edukacyjne dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych, realizowane przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Program „Podstępne WZW” dotarł do ponad 384 tys. odbiorców, natomiast **program „Wybierz życie –**

pierwszy krok” objął ponad 526 tys. osób. Skala tych przedsięwzięć potwierdza ich istotną rolę w systemie edukacji zdrowotnej oraz szeroki zasięg działań profilaktycznych prowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

W wielu województwach rozwijano również inicjatywy oparte na edukacji rówieśniczej, zakładające aktywne zaangażowanie młodzieży w działania profilaktyczne. Przykładem był **program „Młodzieżowi Liderzy Zdrowia – kontra HIV”**, którego celem było wzmacnianie świadomości dotyczącej profilaktyki HIV/AIDS oraz promowanie odpowiedzialnych zachowań zdrowotnych. Podejście oparte na edukacji rówieśniczej zwiększało wiarygodność przekazu i skuteczność działań prowadzonych w środowiskach młodzieżowych.

Przykładem angażujących działań skierowanych do młodzieży był również **Pomorski Festiwal Krótkich Filmów o HIV**, realizowany we współpracy z instytucjami kultury. Uczestnicy przygotowywali autorskie materiały filmowe poświęcone profilaktyce HIV/AIDS oraz promocji zdrowia. Inicjatywa sprzyjała angażowaniu młodzieży w działania edukacyjne oraz potwierdziła skuteczność wykorzystania kreatywnych i artystycznych form komunikacji w edukacji zdrowotnej.

2.3. Profilaktyka palenia tytoniu

Na poziomie ogólnopolskim wyznaczano kierunki profilaktyki i ramy komunikacyjne, natomiast na poziomie wojewódzkim i lokalnym rozwijano przedsięwzięcia dostosowane do specyfiki poszczególnych społeczności oraz potrzeb różnych grup odbiorców. Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne realizowały inicjatywy edukacyjne dotyczące zarówno tradycyjnych wyrobów tytoniowych, jak i nowych produktów nikotynowych, ze szczególnym uwzględnieniem grupy odbiorców, jaką są dzieci i młodzieży.

Przykładem działań o charakterze praktycznym były wizyty edukacyjne organizowane w województwie łódzkim w laboratoriach badających wyroby tytoniowe, umożliwiające uczestnikom zapoznanie się z procesem analizy ich składu chemicznego. Z kolei w województwie podkarpackim prowadzono konferencje i spotkania edukacyjne poświęcone problematyce e-papierosów, skierowane do uczniów, nauczycieli oraz rodziców.

Lokalne inicjatywy profilaktyczne realizowano również w przestrzeni publicznej – podczas festynów, pikników zdrowotnych oraz wydarzeń masowych. W części regionów działania edukacyjne rozwijano we współpracy z instytucjami kultury. Przykładem był **projekt „O co BIEGA – zdrowa preLEKCJA w Centrum”**, realizowany w województwie pomorskim, łączący edukację zdrowotną z przekazem filmowym i warsztatami. W ramach przedsięwzięć organizowano stoiska edukacyjne, prowadzono pomiary poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu oraz dystrybuowano materiały informacyjne. Działania te sprzyjały bezpośredniemu kontaktowi z odbiorcami oraz zwiększały skuteczność przekazu profilaktycznego.



Równolegle kontynuowano ogólnopolskie programy edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży, realizowane przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne w szkołach i przedszkolach.

Program „Bieg po zdrowie” objął około 159 tys. uczestników, **„Czyste Powietrze Wokół Nas”** około 290 tys. przedszkolaków, natomiast **„Nie pal przy mnie, proszę!”** około 75 tys. uczniów szkół podstawowych. Celem tych przedsięwzięć było nie tylko zwiększanie wiedzy dotyczącej szkodliwości palenia tytoniu, lecz także kształtowanie postaw asertywnych oraz umiejętności radzenia sobie w sytuacjach presji rówieśniczej. Skala realizowanych działań potwierdza ich istotną rolę w kształtowaniu postaw prozdrowotnych od najwcześniejszych etapów edukacji.

Na poziomie lokalnym organizowano również liczne akcje związane z obchodami Światowego Dnia Bez Tytoniu oraz Światowego Dnia Rzucania Palenia. W ramach tych inicjatyw prowadzono spotkania edukacyjne, warsztaty, konkursy oraz konsultacje zdrowotne w przestrzeni publicznej. W wielu regionach działania uzupełniano o pomiary poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu, co zwiększało zaangażowanie odbiorców i skuteczność przekazu edukacyjnego.

2.4. Profilaktyka innych uzależnień

Działania w zakresie profilaktyki innych uzależnień obejmowały szeroki zakres inicjatyw skierowanych do różnych grup odbiorców. Istotnym elementem były przedsięwzięcia ukierunkowane na wzmacnianie kompetencji społecznych i życiowych oraz ograniczanie ryzyka używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.

W wielu województwach realizowano **program „ARS – jak dbać o miłość?”**, skierowany do uczniów szkół ponadpodstawowych. Projekt koncentrował się na kształtowaniu odpowiedzialnych postaw zdrowotnych, rozwijaniu umiejętności podejmowania świadomych decyzji oraz budowaniu kompetencji wspierających unikanie zachowań ryzykownych. Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne dostosowywały formę realizowanych przedsięwzięć do wieku odbiorców oraz lokalnych potrzeb. Program realizowano głównie w formie warsztatów i zajęć interaktywnych angażujących młodzież.

Istotnym elementem lokalnych działań były również warsztaty wykorzystujące narzędzia symulacyjne, tj. alkogogle i narkogogle, realizowane podczas zajęć szkolnych oraz wydarzeń środowiskowych. Uczestnicy mogli w praktyce doświadczyć zaburzeń percepcji i koordynacji wywołanych używaniem substancji psychoaktywnych, co sprzyjało lepszemu zrozumieniu zagrożeń zdrowotnych i społecznych związanych z ich stosowaniem.

2.5. Promocja zdrowia psychicznego

W 2025 roku zauważalny był wzrost znaczenia działań związanych z promocją zdrowia psychicznego oraz wzmacnianiem dobrostanu psychicznego społeczeństwa. Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-

epidemiologiczne realizowały projekty dostosowane do potrzeb lokalnych społeczności oraz specyfiki poszczególnych grup odbiorców.

W wielu województwach prowadzono programy edukacyjne dotyczące radzenia sobie ze stresem, budowania odporności psychicznej, profilaktyki zaburzeń psychicznych oraz rozwijania kompetencji emocjonalnych i społecznych. Działania kierowano przede wszystkim do dzieci i młodzieży, ale również do osób dorosłych oraz środowisk zawodowych narażonych na przewlekły stres.

Inicjatywy realizowano zarówno w szkołach, jak i w środowisku pracy oraz podczas lokalnych wydarzeń społecznych. Obejmowały one m.in. warsztaty psychoedukacyjne, spotkania z ekspertami, zajęcia dotyczące radzenia sobie z napięciem emocjonalnym oraz działania informacyjne promujące znaczenie zdrowia psychicznego w codziennym funkcjonowaniu.

Istotnym elementem realizowanych przedsięwzięć było wzmacnianie umiejętności rozpoznawania kryzysów psychicznych, rozwijanie kompetencji związanych z komunikacją i wsparciem społecznym oraz promowanie postaw sprzyjających dbaniu o dobrostan psychiczny.

W wielu regionach działania realizowano we współpracy z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami ochrony zdrowia, szkołami oraz organizacjami pozarządowymi zajmującymi się wsparciem zdrowia psychicznego. Coraz częściej wykorzystywano również angażujące formy pracy warsztatowej, sprzyjające aktywnemu uczestnictwu odbiorców oraz rozwijaniu kompetencji emocjonalnych i społecznych.

3. Komunikacja cyfrowa w promocji zdrowia

W 2025 roku komunikacja cyfrowa stanowiła jeden z kluczowych filarów działań edukacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej, umożliwiając szerokie i szybkie dotarcie do zróżnicowanych grup odbiorców. Strona internetowa Głównego Inspektoratu Sanitarnego odnotowała ponad 5,1 mln odsłon i około ponad 2 mln użytkowników, natomiast profile w mediach społecznościowych zgromadziły łącznie setki tysięcy obserwujących, w tym około 178 tys. na Facebooku, 44,6 tys. na Instagramie, 130 tys. na platformie X i 4 tys. na LinkedInie. Rozpoczęto także prowadzenie kanału w portalu Threads, co pozwala m.in. dotrzeć do młodszych użytkowników korzystających z nowych mediów i prowadzić szybszą, bardziej dynamiczną komunikację.

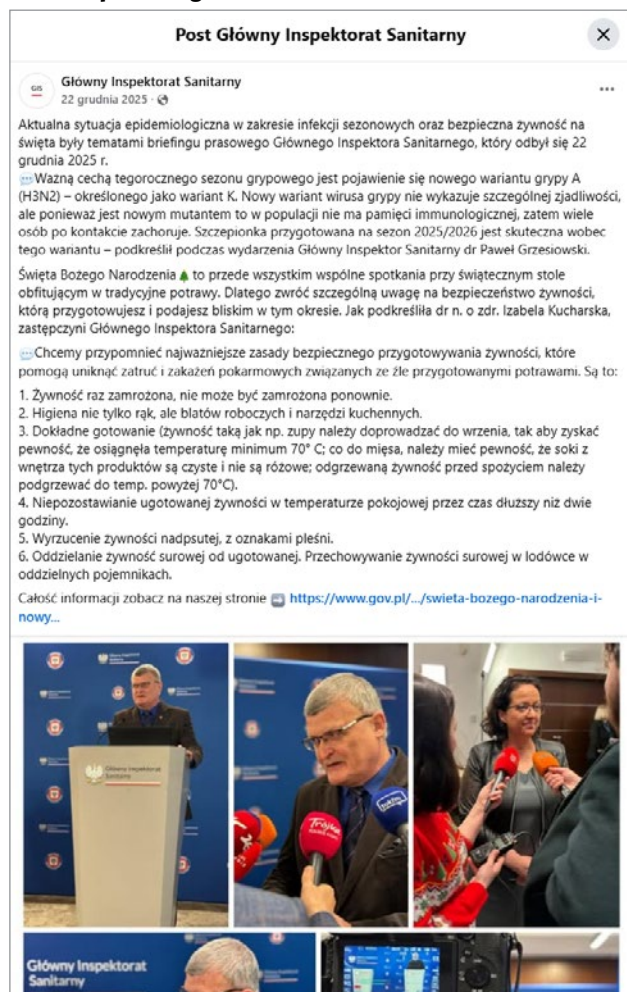
Facebook, jako największy kanał społecznościowy Głównego Inspektoratu Sanitarnego, osiągnął w minionym roku zasięg ponad 17 mln.

Do najpopularniejszych postów z tego okresu należą:

Podsumowanie briefingu prasowego dotyczącego bieżącej sytuacji epidemiologicznej i bezpiecznej żywności na święta Bożego Narodzenia – blisko 150 tys. wyświetleń i zasięg prawie 95 tys.

Pleśń na produktach spożywczych – blisko 149 tys. wyświetleń i zasięg prawie 81 tys.

Rys. 9 Post z serwisu Facebook - podsumowanie briefingu prasowego

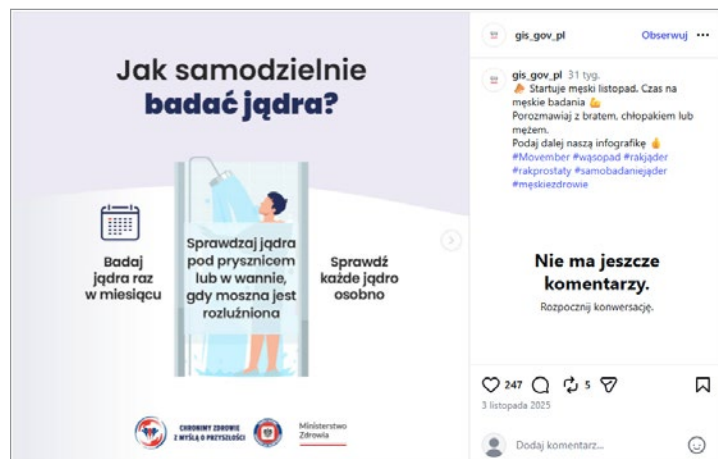


Rys. 10 Post z serwisu Facebook - Pleśń na produktach spożywczych



Informacje o zakazie TPO w produktach do paznokci – prawie 123 tys. wyświetleń wśród ponad 51 tys. osób.

Na Instagramie bardzo popularne były materiały przygotowane wraz z partnerami podczas Europejskiego Tygodnie Szczepień – rolki z udziałem influencerów wyświetlono od ponad 90 tys. do nawet blisko 150 tys. razy. Spośród treści własnych najpopularniejszy był materiał poradnikowy dotyczący samodzielnego badania jąder – osiągnął blisko 78 tys. wyświetleń i zasięg ponad 43 tys.

Rys. 11 Post z serwisu Facebook - zakaz TPO w produktach do paznokci**Rys. 12 Post z serwisu Instagram dotyczący samobadania jąder**

Media społecznościowe pełniły jednocześnie funkcję informacyjną i interakcyjną, umożliwiając nie tylko przekazywanie treści edukacyjnych, lecz również bezpośredni kontakt z odbiorcami oraz szybkie reagowanie na pojawiające się zagrożenia zdrowotne i potrzeby informacyjne.

W analizowanym okresie w Państwowej Inspekcji Sanitarnej opublikowano setki materiałów, tj. posty, infografiki oraz materiały wideo, co świadczy o systematycznym i konsekwentnym rozwoju komunikacji cyfrowej. Widoczny był również rozwój krótkich i angażujących form komunikacji wizualnej, tj. rolki edukacyjne, relacje z wydarzeń, animacje oraz materiały tworzone z myślą o odbiorcach korzystających głównie z urządzeń mobilnych. Coraz większe znaczenie miało dostosowywanie przekazu do specyfiki poszczególnych platform społecznościowych oraz preferencji różnych grup odbiorców, szczególnie dzieci i młodzieży.

Strona internetowa GIS pełniła ważną funkcję informacyjną – w omawianym okresie opublikowano 154 aktualności, obejmujące m.in.:

- ◆ Komunikaty GIS w zakresie sytuacji epidemiologicznej,
- ◆ Relacje z briefingu prasowych,
- ◆ Informacje o kampaniach społecznych, konkursach i działaniach PIS,
- ◆ Porady w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa.

Ogromnym zainteresowaniem, jak co roku, cieszyły się ostrzeżenia publiczne, zapewniające użytkownikom wiedzę o niebezpiecznej żywności, produktach do kontaktu z żywnością, rzadziej – o zagrożeniach związanych z kosmetykami. Łącznie opublikowano 81 ostrzeżeń, z których każde miało kilka lub kilkadziesiąt tysięcy odset.

Istotnym elementem komunikacji cyfrowej było również przeciwdziałanie dezinformacji zdrowotnej. Publikowane materiały dotyczyły m.in. szczepień ochronnych, nowych produktów nikotynowych, profilaktyki chorób zakaźnych oraz bezpieczeństwa żywności. Komunikacja prowadzona przez GIS, WSSE i PSSE miała charakter zarówno edukacyjny, jak i interwencyjny, umożliwiając szybkie reagowanie na pojawiające się w przestrzeni internetowej fałszywe lub wprowadzające w błąd informacje dotyczące zdrowia publicznego.

4. Podsumowanie

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 roku charakteryzowały się dużą skalą, wysokim stopniem zróżnicowania oraz rosnącym poziomem profesjonalizacji. Szczególnie istotny był rozwój działań angażujących oraz wyraźne wzmocnienie inicjatyw realizowanych na poziomie lokalnym, które stanowią jeden z kluczowych elementów promocji zdrowia.



Widoczna była również większa integracja działań ogólnopolskich i lokalnych, pozwalająca na zachowanie spójności przekazu przy jednoczesnym dostosowaniu go do specyfiki regionalnej. Wyraźnie zaznaczył się podział funkcjonalny pomiędzy poziomem centralnym – GIS, odpowiedzialnym za wyznaczanie kierunków działań i koordynację, a poziomem regionalnym i lokalnym, odpowiadającym za ich wdrażanie oraz dostosowanie do potrzeb odbiorców. Model ten należy uznać za efektywny, ponieważ umożliwia łączenie jednolitych kierunków strategicznych z elastycznością działań realizowanych na poziomie województw i powiatów.

W 2025 roku istotnie wzrosło znaczenie komunikacji cyfrowej, która stała się jednym z podstawowych narzędzi edukacji zdrowotnej i komunikacji społecznej. Coraz częściej wykorzystywano krótkie i angażujące formy przekazu, tj. materiały wideo, rolki edukacyjne, relacje z wydarzeń oraz grafiki informacyjne dostosowane do specyfiki mediów społecznościowych i preferencji różnych grup odbiorców.

Analiza działań realizowanych w 2025 roku wskazuje na wyraźną zmianę modelu edukacji zdrowotnej. W miejsce dominującego wcześniej przekazu informacyjnego stosowano metody angażujące, oparte na aktywnym uczestnictwie odbiorców, doświadczeniu i interakcji. Zjawisko to było widoczne m.in. w programach edukacyjnych wykorzystujących metodę projektu, działaniach warsztatowych, edukacji rówieśniczej oraz inicjatywach środowiskowych.

Istotnym trendem było również zwiększenie znaczenia działań lokalnych i środowiskowych, umożliwiających bezpośredni kontakt z odbiorcami oraz lepsze dostosowanie przekazu do potrzeb społeczności danego regionu. Wzrost liczby inicjatyw autorskich realizowanych przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne potwierdza rozwój bardziej elastycznego modelu edukacji zdrowotnej.

Równocześnie obserwowano zmianę struktury tematycznej działań edukacyjnych. Obok tradycyjnych obszarów, tj. profilaktyka chorób zakaźnych i promocja szczepień ochronnych, coraz większe znaczenie zyskiwały zagadnienia związane z profilaktyką uzależnień – zwłaszcza od nowych produktów nikotynowych – zdrowiem psychicznym, bezpieczeństwem żywności oraz rozwojem kompetencji zdrowotnych społeczeństwa. Zmiany te odzwierciedlają aktualne wyzwania zdrowia publicznego oraz konieczność dostosowywania działań edukacyjnych do zmieniających się uwarunkowań społecznych.

Coraz większe znaczenie miała również współpraca międzyinstytucjonalna i rozwój partnerstw lokalnych. Działania edukacyjne były realizowane we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, placówkami oświatowymi, podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi oraz środowiskiem naukowym, co zwiększało skuteczność i wiarygodność prowadzonych przedsięwzięć.

Przedstawione działania potwierdzają rosnące znaczenie edukacji zdrowotnej i komunikacji społecznej w systemie zdrowia publicznego oraz wskazują na istotną rolę Państwowej Inspekcji Sanitarnej w kształtowaniu kompetencji zdrowotnych społeczeństwa.



**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





**LABORATORIA PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI
SANITARNEJ JAKO FILAR SYSTEMU OCHRONY
ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE**

1. Rola laboratoriów w realizacji ustawowych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią podstawowe zaplecze merytoryczne i techniczne umożliwiające realizację zadań określonych w Ustawie z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz.U. z 2024 r. poz. 416). Ich działalność ma kluczowe znaczenie dla wykonywania zadań Inspekcji w zakresie zapobiegania powstawania chorób, sprawowania bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego oraz ochrony zdrowia publicznego przed niekorzystnym wpływem czynników środowiskowych, zawodowych i konsumpcyjnych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna dysponuje obecnie siecią 98 laboratoriów funkcjonujących w strukturze wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Ich rozmieszczenie na terenie całego kraju zapewnia powszechną dostępność badań laboratoryjnych, umożliwia monitorowanie zagrożeń zdrowotnych na poziomie lokalnym i regionalnym oraz pozwala na szybkie reagowanie w sytuacjach kryzysowych i epidemicznych.

Wyniki badań laboratoryjnych stanowią podstawę oceny stanu sanitarnego środowiska życia i pracy człowieka, analizy ryzyka zdrowotnego oraz podejmowania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej decyzji administracyjnych i działań zapobiegawczych oraz interwencyjnych.

2. Zakres działalności laboratoryjnej i znaczenie badań dla nadzoru sanitarnego

Laboratoria Inspekcji realizują zadania zgodnie z jednolitymi i ściśle określonymi standardami jakości i procedurami badawczymi, nadzorowanymi m.in. przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Zapewnia to spójność metodologiczną, wysoką jakość merytoryczną i porównywalność wyników w skali kraju.

Wszystkie laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej działają zgodnie z wdrożonym system zarządzania dedykowanym laboratoriom badawczym, tj. zgodnie z normą PN-EN ISO/IEC 17025, wykonując badania w oparciu o obowiązujące normy krajowe i międzynarodowe oraz uznane standardy i procedury badawcze. Większość wykonywanych badań realizowana jest w ramach posiadanych akredytacji, których zakres jest systematycznie poszerzany i dostosowywany do zmieniających się wymagań prawnych oraz potrzeb zdrowia publicznego.

Badania prowadzone są przez doświadczony i kompetentny personel, z zachowaniem zasad rzetelności, bezstronności oraz poufności wyników. Laboratoria nieustannie podnoszą swoje kompetencje, dbając o wiarygodność i porównywalność uzyskiwanych wyników.

W szczególności laboratoria działające w strukturach Inspekcji:

- ◆ wykonują badania próbek klinicznych w celu rozpoznawania chorób zakaźnych i oceny sytuacji epidemiologicznej;
- ◆ prowadzą badania żywności, obejmujące ocenę jej bezpieczeństwa zdrowotnego, jakości mikrobiologicznej i chemicznej oraz zgodności z obowiązującymi wymaganiami sanitarnymi, co pozwala zapobiegać zatruciom pokarmowym i chorobom przenoszonym drogą pokarmową;
- ◆ prowadzą badania wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, umożliwiające wykrywanie zanieczyszczeń mikrobiologicznych i chemicznych oraz zapewnienie bezpieczeństwa sanitarnego ludności i zapobieganie chorobom przenoszonym drogą wodną;
- ◆ prowadzą badania jakości wody w kąpieliskach, miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli oraz na pływalniach, których celem jest bieżąca ocena bezpieczeństwa sanitarnego, szybkie reagowanie na nieprawidłowości oraz ochrona użytkowników przed zakażeniami i innymi zagrożeniami zdrowotnym;
- ◆ realizują badania środowiskowe (powietrza, powierzchni, gleby, obiektów użyteczności publicznej), umożliwiając ocenę wpływu czynników środowiskowych na zdrowie ludności,
- ◆ monitorują występowanie drobnoustrojów chorobotwórczych oraz ich oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe;
- ◆ oceniają skuteczność procesów dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji i sterylizacji;
- ◆ wykonują badania i pomiary w zakresie higieny pracy, identyfikując i oceniając czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne w środowisku pracy.

Badania żywności i wody mają szczególne znaczenie w sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych, ponieważ umożliwiają szybkie ustalenie źródła zakażenia, przerwanie dróg szerzenia się patogenów oraz ocenę skuteczności podejmowanych działań przeciwepidemicznych.

Nieodzowną rolę odgrywają także badania laboratoryjne realizowane w ramach rozpoznawania i zwalczania ognisk epidemicznych, które pozwalają na identyfikację czynnika etiologicznego, ustalenie źródła zakażenia i ocenę skuteczności działań interwencyjnych.

3. Laboratoria referencyjne jako specjalistyczne wsparcie systemu Inspekcji

W strukturze Inspekcji funkcjonują laboratoria referencyjne, realizujące zadania wymagające najwyższego poziomu specjalizacji i kompetencji analitycznych. Laboratorium referencyjne pełni funkcję krajowego punktu odniesienia metodycznego i jakościowego dla pozostałych laboratoriów, zapewniając spójność i porównywalność wyników badań, rozwój i weryfikację metod badawczych oraz wsparcie eksperckie w obszarach kluczowych dla zdrowia publicznego.

Zadania krajowych laboratoriów referencyjnych wykonują:

- ◆ Dział Laboratoryjny Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Bydgoszczy – w zakresie oznaczania wirusów przenoszonych przez żywność;
- ◆ Dział Laboratoryjny Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Warszawie – Oddział Laboratoryjny Badania Pozostałości Pestycydów – w zakresie oznaczania pozostałości pestycydów w żywności;
- ◆ Regionalne Laboratorium Badań Żywności Genetycznie Modyfikowanej w Tarnobrzegu, działające w strukturach Działu Laboratoryjnego Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Rzeszowie – w zakresie oznaczania zawartości materiału genetycznie zmodyfikowanego (GMO).

Laboratoria referencyjne wzmacniają jednolitość nadzoru sanitarnego w skali kraju oraz zdolność Inspekcji do reagowania na złożone i nowe zagrożenia zdrowotne. Jednocześnie współpracują z instytucjami Unii Europejskiej, w tym z Europejskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), czy laboratoriami referencyjnymi w innych państwach członkowskich, uczestnicząc w badaniach porównawczych, wymianie wiedzy i doskonaleniu metod analitycznych, co zapewnia zgodność krajowego systemu nadzoru z europejskimi standardami bezpieczeństwa żywności i zdrowia publicznego.

4. Nowoczesne technologie i znaczenie laboratoriów Inspekcji dla bezpieczeństwa zdrowotnego

Rozwój laboratoriów Inspekcji obejmuje wdrażanie nowoczesnych metod badawczych, w tym biologii molekularnej oraz sekwencjonowania genomowego. Nadzór genomowy drobnoustrojów umożliwia bardziej precyzyjną ocenę sytuacji epidemiologicznej, szybsze wykrywanie nowych zagrożeń oraz skuteczniejsze planowanie działań profilaktycznych i prewencyjnych. Laboratoria Inspekcji uczestniczą również w krajowych i międzynarodowych systemach wczesnego ostrzegania i wymiany informacji, współpracując z instytucjami zdrowia publicznego. Działania te wzmacniają realizację ustawowego zadania, jakim jest ochrona zdrowia ludności przed zagrożeniami sanitarnymi.

Nasze laboratoria pozostają kluczowym elementem funkcjonowania Inspekcji, bez którego skuteczna realizacja ustawowych zadań byłaby niemożliwa. To dzięki ich pracy możliwa jest rzetelna ocena stanu sanitarnego kraju, podejmowanie skutecznych działań na rzecz ochrony i wzmacniania bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.





**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**



Tabele, rysunki, wykresy

Tabele

Tab. 1	Liczba grup zakładów żywności i żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w rejestrach organów Państwowej inspekcji Sanitarnej.....	10
Tab. 2	Jakość zdrowotna środków spożywczych	21
Tab. 3	Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg zagrożeń.....	29
Tab. 4	Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg kategorii produktów	29
Tab. 5	Powiadomienia dot. produktów z Polski wg zagrożeń.....	33
Tab. 6	Powiadomienia dot. produktów z Polski wg kategorii produktów	33
Tab. 7	Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2025 r.	43
Tab. 8	Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane w 2025 r.	48
Tab. 9	Zestawienie liczby zatruć grzybami w latach 2020-2025.....	51
Tab. 10	Wyniki nadzoru sanitarnego nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego w 2025 r.	58
Tab. 11	Liczba chorych z podziałem na płeć i grupę wiekową.....	115
Tab. 12	Struktura NOP po szczepieniach przeciw HPV w Polsce w latach 2022–2024	123
Tab. 13	Liczba i udział NOP po szczepieniach przeciw HPV w Polsce w latach 2022–2024	124
Tab. 14	Ogólna liczba osób z zakażeniem vs. liczba osób z zakażeniem potwierdzonym badaniami laboratoryjnymi w latach 2018 - 2025	131
Tab. 15	Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 w latach 2020-2025	134
Tab. 16	Liczba ognisk w 2025 r. w poszczególnych województwach	151
Tab. 17	Liczba pacjentów z zakażeniem nabytym do 72 godz. i po 72 godz. z podziałem na czynniki alarmowe w 2025 r.	159
Tab. 18	Zakażenia czynnikami alarmowymi w 2025 r. z podziałem na grupy oddziałów	162
Tab. 19	Rozkład zachorowań na wybrane czynniki wirusowe z podziałem na grupy oddziałów	166
Tab. 20	Zakażenia wywołane przez czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dorosłych w 2025 r.	167
Tab. 21	Zakażenia wywołane przez czynniki alarmowe w oddziałach zachowawczych dla dzieci w 2025 r.	169
Tab. 22	Struktura wodociągów w 2025 r.	175
Tab. 23	Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2025	195
Tab. 24	Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj kąpieliska	196
Tab. 25	Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w poszczególnych województwach	197
Tab. 26	Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2025 r.	197
Tab. 27	Zestawienie stwierdzonych przypadków chorób zawodowych spowodowanych pracą w kontakcie z azbestem w latach 2021 – 2025.....	228
Tab. 28	Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2021 – 2025.....	244
Tab. 29	Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2022-2025 w odniesieniu do obiektów w ewidencji PIS	256
Tab. 30	Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całonocnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	258
Tab. 31	Liczba kontroli - nadzór nad przestrzeganiem przepisów dotyczących wprowadzania do obrotu produktów biobójczych oraz ich stosowania w działalności zawodowej	264
Tab. 32	Nadzór nad osobami odpowiedzialnymi oraz zakładami wytwarzającymi oraz dystrybutorami produktów kosmetycznych	268
Tab. 33	Liczba zatruć środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2025 r. z podziałem na miesiące	275
Tab. 34	Liczba zatruć środkiem zastępczym/nową substancją psychoaktywną w Polsce w 2025 r. w poszczególnych grupach wiekowych.....	275
Tab. 35	Uchwały Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych.....	277

Rysunki

Rys. 1	Przejścia graniczne w Polsce	73
Rys. 2	Zachorowania na gruźlicę wg województw w Polsce w 2025 r.	88
Rys. 3	Badania mikrobiologiczne/tółko/rok z podziałem na województwa w 2025 r.	154
Rys. 4	Strona główna internetowego Serwisu Kąpieliskowego	200
Rys. 5	Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce	200
Rys. 6	Widok wykazu kąpielisk	201
Rys. 7	Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska	201
Rys. 8	Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska	202
Rys. 9	Post z serwisu Facebook - podsumowanie briefingu prasowego.....	314
Rys. 10	Post z serwisu Facebook - Pleśń na produktach spożywczych.....	314
Rys. 11	Post z serwisu Facebook - zakaz TPO w produktach do paznokci.....	315
Rys. 12	Post z serwisu Instagram dotyczący samobadania jąder.....	315

Wykresy

Wyk. 1	11 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez Polskę w 2025 r.	27
Wyk. 2	Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2025 r.	30
Wyk. 3	11 najczęściej występujących kategorii produktów pochodzących z Polski w 2025 r.	31
Wyk. 4	Powiadomienia dot. produktów pochodzących z Polski z kategorii mięso drobiowe i produkty pochodne zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015-2025	32
Wyk. 5	Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z Polski w 2025 r.	34
Wyk. 6	Kwestionowane produkty wg kategorii w 2025 r.	44
Wyk. 7	Liczba przypadków zachorowań na krztusiec w latach 2010-2025	84
Wyk. 8	Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 1957-2025. Współczynniki na 100 000 ludności	87
Wyk. 9	Zachorowania na gruźlicę MDR/RR w Polsce w latach 2010-2025	87
Wyk. 10	Zapadalność na grypę w kolejnych tygodniach 2025 r.	90
Wyk. 11	Zapadalność na RSV w kolejnych tygodniach 2025 r.	91
Wyk. 12	Zapadalność na COVID w kolejnych tygodniach 2025 r.	91
Wyk. 13	Liczba zachorowań na WZW typu A w latach 2015-2025*	94
Wyk. 14	Liczba przypadków boreliozy w latach 2015-2025	96
Wyk. 15	Liczba przypadków kleszczowego zapalenia mózgu w latach 2015-2025	97
Wyk. 16	Liczba przypadków mpox w Polsce w latach 2022-2025	102
Wyk. 17	Liczba zgłoszonych zachorowań na kiłę w Polsce w latach 2010-2025	110
Wyk. 18	Liczba zachorowań na rzeżączkę w Polsce w latach 2010-2025	111
Wyk. 19	Liczba zachorowań Chlamydia trachomatis w Polsce w latach 2013-2025	112
Wyk. 20	Nowo wykryte zakażenia HIV oraz liczba przypadków AIDS w Polsce w latach 2010-2025	115
Wyk. 21	Liczba zgłoszonych szpitalnych ognisk epidemicznych w latach 2006-2025	127
Wyk. 22	Liczba zarejestrowanych szpitali niejednodniowych w poszczególnych województwach, z uwzględnieniem szpitali, z których zgłoszono ogniska zakażeń szpitalnych	128
Wyk. 23	Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2024 – 2025 w poszczególnych województwach	129
Wyk. 24	Liczba ognisk zakażeń w 2025 r. w szpitalach niejednodniowych w zależności od rodzaju podmiotu	129
Wyk. 25	Udział procentowy ognisk zakażeń w 2025 r. w zależności od rodzaju podmiotu	131
Wyk. 26	Ogólna liczba osób z zakażeniem vs. liczba osób z zakażeniem potwierdzonym badaniami laboratoryjnymi w latach 2018 - 2025	132
Wyk. 27	Zgłoszenia ognisk epidemicznych SARS-CoV-2 vs. ognisk wywołanych innymi czynnikami w 2023 – 2025	133
Wyk. 28	Liczba ognisk wywołanych wirusem SARS-CoV-2 w podmiotach leczniczych w latach 2020 – 2025 vs. liczba wszystkich zarejestrowanych ognisk	133
Wyk. 29	Liczba ognisk o etiologii SARS-CoV-2 w poszczególnych województwach w 2025 r.	134
Wyk. 30	Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2025 roku z podziałem ognisk zakażeń zgłoszonych wśród pacjentów i personelu	135
Wyk. 31	Ogniska epidemiczne w 2025 r. wywołane czynnikami wirusowymi	135
Wyk. 32	Ogniska epidemiczne w 2025 roku, w których czynniki etiologiczne nie zostały zidentyfikowane	136
Wyk. 33	Czynniki etiologiczne w ogniskach zakażeń w latach 2023-2025 (bez SARS-CoV-2)	137
Wyk. 34	Ogniska w 2025 r., w których wykryto biologiczny czynnik chorobotwórczy	138
Wyk. 35	Pojedyncze ogniska epidemiczne w 2025 r., w których wykryto biologiczny czynnik chorobotwórczy	138
Wyk. 36	Ogniska epidemiczne w 2025 r. wywołane wyłącznie czynnikami bakteryjnymi	139
Wyk. 37	Ogniska epidemiczne w 2025 r. wywołane czynnikami grzybiczymi i pasożytniczymi	140
Wyk. 38	Procentowy udział wybranych biologicznych czynników chorobotwórczych w ogniskach w latach 2021-2025	140
Wyk. 39	Liczba ognisk wywołanych przez wirus grypy w latach 2018-2025	142
Wyk. 40	Ogniska wywołane wirusem grypy w 2025 r. w poszczególnych województwach	142
Wyk. 41	Klebsiella pneumoniae - lekooporność izolatów w ogniskach w 2025 r.)	143
Wyk. 42	Ogniska zakażeń Klebsiella pneumoniae vs. ogniska ogółem w latach 2015-2025	143
Wyk. 43	Ogniska Klebsiella pneumoniae w 2025 r. w poszczególnych województwach	144
Wyk. 44	Zgłaszalność ognisk zakażeń Klebsiella pneumoniae w poszczególnych grupach oddziałów w 2025 r.	145
Wyk. 45	Ogniska zakażeń Clostridioides difficile vs. ogniska zakażeń w latach 2017 - 2025)	145
Wyk. 46	Ogniska Clostridioides difficile w 2025 r. w poszczególnych województwach	146
Wyk. 47	Zgłaszalność ognisk zakażeń Clostridioides difficile w poszczególnych grupach oddziałów w 2025 r.	147
Wyk. 48	Ogniska zakażeń Acinetobacter baumannii vs. ogniska ogółem w latach 2020 – 2025	148
Wyk. 49	Ogniska Clostridioides difficile w 2025 r. w poszczególnych województwach	148
Wyk. 50	Oddziały szpitalne, w których zgłoszono ogniska Acinetobacter baumannii w 2025 r.	150
Wyk. 51	Liczba ognisk w podmiotach leczniczych innych niż szpitalne z potwierdzonym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym w 2025 r.	152
Wyk. 52	Średnia liczba badań mikrobiologicznych/tóżko/rok w latach 2009 r. – 2025 r.	154
Wyk. 53	Badania mikrobiologiczne/tóżko/rok z podziałem na stopień referencyjności szpitala	155
Wyk. 54	Współczynnik zapadalności na zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym według stopnia referencyjności szpitala na 1000 osobodni w 2025 r.	156
Wyk. 55	Zapadalność na zakażenia wywołane czynnikami alarmowymi w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w latach 2019-2025	157
Wyk. 56	Wskaźnik zapadalności na 1 000 hospitalizacji z podziałem na grupy oddziałów w 2025 r.	160
Wyk. 57	Liczba pacjentów z zakażeniem bakteryjnym	163
Wyk. 58	Liczba pacjentów z zakażeniem nabytym do 72 godz. i po 72 godz. w 2025 r.	164
Wyk. 59	Zapadalność na wybrane patogeny w grupie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych na 1 000 hospitalizacji w 2025 r.	171

Wyk. 60	Liczba wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i zarządców pływalni ocen jakości wody na pływalniach w 2025 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach	188
Wyk. 61	Liczba pływalni, dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały zbiorczej rocznej oceny jakości wody za 2025 r.	189
Wyk. 62	Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym 2025 r., w których stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody	198
Wyk. 63	Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2025 r.	199
Wyk. 64	Przeprowadzone kontrole w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem (2021-2025).....	227
Wyk. 65	Odsetek skontrolowanych obiektów ze stwierdzonymi uchybieniami	259
Wyk. 66	Nadzór nad przestrzeganiem przez producentów, importerów, osoby wprowadzające do obrotu, stosujące lub eksportujące substancje chemiczne, ich mieszaniny lub wyroby przepisów rozporządzenia REACH i CLP – Kontrole	269
Wyk. 67	Nadzór nad przestrzeganiem przepisów rozporządzenia 648/2004 w sprawie detergentów przez producentów, importerów, osoby wprowadzające do obrotu, stosujące lub eksportujące detergenty – Kontrole.....	272

