Zofia Skrzypczak¹

Położne w Polsce

Streszczenie

Mając świadomość ogromnego znaczenia zasobów ludzkich dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, w niniejszym rozdziale zaprezentowano zasoby jednej z profesji medycznych – położnych w Polsce (na tle innych krajów europejskich).

Tę grupę profesjonalistów medycznych – podobnie jak lekarzy i pielęgniarek – cechuje istotna różnica między liczbą osób posiadających prawo wykonywania zawodu a liczbą zatrudnionych w placówkach medycznych. Zatrudnieni w zawodzie położnej stanowią tylko około 60% osób mających prawo wykonywania zawodu (z tendencją spadkową w ostatnich latach).

W rozdziale tym podjęto próbę określenia czynników determinujących tę sytuację. Zwrócono także uwagę na niepokojące zjawisko „starzenia się” polskich położnych (średnia wieku wzrosła z 43,2 lat w 2008 roku do 48,7 lat w 2016 roku) i tzw. braku zastępowalności pokoleniowej (w ostatnich pięciu latach znacząco wzrósł udział w populacji położnych osób z przedziałów wiekowych: 56–60 lat, 61–65 lat i ponad 65 lat, natomiast spadł udział położnych z przedziałów wiekowych: 36–40 lat, 41–45 lat).

Słowa kluczowe: zasoby ludzkie w ochronie zdrowia, prawo wykonywania zawodu medycznego, „starzenie się” personelu medycznego.

Midwives in Poland

Abstract

Given the huge importance of human resources for the functioning of the healthcare system, this chapter presents the resources of one of medical professions – midwives in Poland (compared to other European countries).

This group of medical professionals, similarly to doctors and nurses, is characterised by a significant difference between the number of people with the right to practice and the number of employees

¹ Zofia Skrzypczak – dr, Centrum Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Katedra Gospodarki Narodowej, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa, e-mail: skrzypczak@wz.uw.edu.pl; ORCID: 0000-0002-0062-920X.

in medical facilities. Employed midwives represent only about 60% of people with the right to practice (with a downward trend in recent years).

This chapter attempts to identify the factors determining this situation. Attention is also paid to the worrying phenomenon of “ageing” of Polish midwives (the average age increased from 43.2 years in 2008 to 48.7 years in 2016) and the so-called lack of generational substitutability (the last five years have witnessed a considerable rise in the share of midwives in age groups: 56–60, 61–65 and over 65 years, while the share of midwives in age groups: 36–40, 41–45 years has dropped).

Keywords: human resources in healthcare, right to practice a medical profession, “ageing” of medical staff.

Wprowadzenie

Jednym z zasadniczych elementów systemu opieki zdrowotnej w każdym kraju są zasoby ludzkie. Ich stan determinuje dostępność opieki medycznej, jakość świadczonych usług medycznych, rzutuje na zadowolenie pacjentów i ich opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) znalazło się wręcz stwierdzenie, iż usługi medyczne o wysokiej jakości można zapewnić poprzez połączenie zasobów: ludzkich, finansowych i materialno-technicznych. Zasoby ludzkie są rozumiane jako zasób kwalifikacji i umiejętności wszystkich tych, którzy funkcjonują w systemie opieki zdrowotnej. Są one uwarunkowane w głównej mierze wiedzą, umiejętnościami i motywacją pracowników (Zybała, 2009).

Zawody medyczne są tzw. zawodami regulowanymi – w większości krajów europejskich operuje się w odniesieniu do tych profesji zarówno liczbą osób uprawnionych do wykonywania zawodów, jak i liczbą osób faktycznie pracujących w placówkach ochrony zdrowia. Dominującą grupą wśród profesjonalistów medycznych są zdecydowanie pielęgniarki – w sektorze publicznym i niepublicznym w Polsce było zatrudnionych w 2015 roku około 185 tys. pielęgniarek, co stanowiło około 65% uprawnionych do wykonywania tego zawodu. Liczba zatrudnionych lekarzy wyniosła w 2015 roku 86,5 tys. osób – co stanowiło około 60% uprawnionych do wykonywania zawodu; zatrudnionych położnych było około 22 tys., czyli ponad 60% osób, mających prawo wykonywania zawodu.

Szczególną grupę pracowników służby zdrowia stanowią położne, które zajmują się zarówno edukacją i poradnictwem w zakresie planowania rodziny, jak i działaniami w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób położniczo-ginekologicznych. Jednak głównym zadaniem położnych jest opieka w okresie ciąży, porodu i połogu, opieka nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia, opieka nad kobietą z chorobami ginekologicznymi.

Dla prawidłowej realizacji swoich zadań i świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej położna współpracuje z lekarzem ginekologiem, a w przypadku położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – również z lekarzem POZ, pielęgniarką POZ oraz przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia. Liczba położnych, organizacja i jakość ich pracy ma bezpośrednie przełożenie na stan zdrowia kobiet w każdym okresie życia, przygotowanie i prowadzenie ciąży oraz opiekę poporodową. Nie bez znaczenia jest również rola położnych w kształtowaniu prawidłowych postaw rodzicielskich, promowaniu karmienia piersią, poradnictwie z zakresu higieny, pielęgnacji i prawidłowego odżywiania w okresie ciąży i porodu.

Celem niniejszego opracowania jest analiza zmian liczby położnych w Polsce w latach 2008–2016, prezentacja ich aktualnej sytuacji oraz porównanie z wybranymi krajami europejskimi.

1. Położne mające prawo wykonywania zawodu

Zawód położnej to – podobnie jak lekarza i pielęgniarki – zawód medyczny regulowany. Może go wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu położnej, stwierdzone przez okręgową radę pielęgniarek i położnych. Prawo wykonywania zawodu położnej uzyskuje osoba, która:

- posiada świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły położnych, bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej świadectwo lub dyplom, pod warunkiem, że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz, że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej;
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu położnej;
- wykazuje nienaganną postawę etyczną (*Zabezpieczenie*, 2015a).

Położne muszą być zdolne pomagać, nadzorować i pielęgnować kobiety w czasie ciąży, porodu i porodu, na własną odpowiedzialność odbierać porody oraz pielęgnować noworodki i niemowlęta. Opieka ta polega na działaniach profilaktycznych, wykrywaniu stanów nieprawidłowych u matki i dziecka, dostarczaniu pomocy medycznej i realizowaniu działań pomocy doraźnej. Istotnym zadaniem położnych jest poradnictwo zdrowotne oraz edukacja, nie tylko kobiet, lecz także rodziny i społeczności. Praca położnej powinna obejmować edukację przedporodową i przygotowanie do rodzicielstwa, a także uwzględ-

niać niektóre obszary ginekologii, planowania rodziny i opieki nad dziećmi (Iwanowicz-Palus i in., 2013, s. 117–122).

W tabeli 1 przedstawiono liczbę położnych mających prawo wykonywania zawodu w Polsce w latach 2008–2016 (według stanu Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych na 31 grudnia każdego roku).

Tabela 1. Liczba położnych zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych w latach 2008–2016

Stan na 31 grudnia	Kobiety	Mężczyźni	Razem	Średnia wieku
2008	32 429	45	32 474	43,23
2009	32 990	36	33 026	43,96
2010	33 477	50	33 527	44,66
2011	33 733	57	33 790	45,32
2012	34 327	60	34 387	46,09
2013	34 750	64	34 814	47,69
2014	35 389	65	35 454	47,21
2015	36 026	69	36 095	48,72
2016	36 737	69	36 806	48,72

Źródło: *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych* (2017). Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Warszawa marzec, tabela 9, s. 28.

Wykres 1. Liczba położnych posiadających prawo wykonywania zawodu i ich średnia wieku w latach 2008–2016

Źródło: jak w tabeli 1.

W minionych latach liczba położnych mających prawo wykonywania zawodu systematycznie – chociaż w niewielkim tempie – wzrastała. Wzrastała również – niestety – średnia wieku położnych: z poziomu około 43 lat w 2008 roku do prawie 49 lat w 2016 roku.

Na wykresie 2 przedstawiono – dla lat 2012–2016 – strukturę według wieku położnych, mających prawo wykonywania zawodu w Polsce.

Wykres 2. Struktura według wieku położnych mających prawo wykonywania zawodu w Polsce w latach 2012–2016

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych.

Analiza wykresu 2 pozwala stwierdzić, że w ostatnich pięciu latach znacząco wzrósł udział w populacji położnych osób z przedziałów wiekowych: 56–60 lat (wzrost z około 10% do 15%), 61–65 lat (wzrost z 6,3% do 9,1%) i ponad 65 lat (wzrost z niespełna 3% do 8%). Zjawisku temu towarzyszył spadek udziału w populacji położnych osób z przedziałów wiekowych: 36–40 lat (z 12,2% w 2012 roku do 6,8% w 2016 roku), 41–45 lat (z 17,6% do 11,5%) oraz względna stabilizacja udziału najmłodszych położnych z grupy wiekowej 21–25 lat (około 3,5%) i niewielki wzrost udziału położnych w wieku 26–30 lat (z około 6% do około 7%).

Opisane zjawiska świadczą o niewystępowaniu tzw. prostej zastępowalności pokoleniowej w obrębie położnych posiadających prawo wykonywania zawodu w Polsce.

2. Zatrudnienie położnych w sektorze ochrony zdrowia i jego determinanty

Położne mające prawo wykonywania zawodu mogą wykonywać swój zawód, udzielając świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym lub w ramach praktyki zawodowej, ale ich praca może być również związana z procesem edukacji (kształcenia zawodowego) oraz administrowania w ochronie zdrowia.

W tabeli 2 przedstawiono liczbę położnych zatrudnionych w placówkach sektora ochrony zdrowia w Polsce w latach 2010–2016.

Tabela 2. Liczba położnych zatrudnionych w placówkach sektora ochrony zdrowia w Polsce w latach 2010–2015 oraz ich udział w mających prawo wykonywania zawodu położnej

Lata	Położne zatrudnione w placówkach ochrony zdrowia	Położne zatrudnione w ochronie zdrowia jako % mających prawo wykonywania zawodu
2010	22 193	64,7
2011	22 730	65,7
2012	24 069	68,5
2013	22 473	64,5
2014	21 949	61,9
2015	22 051	61,1

Źródło: zestawienie własne na podstawie: *Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia z lat 2011–2016*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, www.csioz.gov.pl

Liczba położnych zatrudnionych w placówkach systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 2010–2015 przekraczała nieco poziom 22 000 osób (z wyjątkiem 2014 roku, w którym statystyka podaje poziom zatrudnienia przekraczający nieco 24 000 osób). Zatrudnione położne stanowiły w analizowanym okresie ponad 60% położnych posiadających prawo wykonywania zawodu; w latach 2012–2015 wystąpiła tendencja spadkowa: z 68% do 61% (wykres 3).

Fakt, iż liczba zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia położnych jest o około 40% niższa od liczby posiadających prawo wykonywania zawodu wynika z tego, że w grupie osób zarejestrowanych, tzn. mających prawo wykonywania zawodu położnej – oprócz pracujących w placówkach ochrony zdrowia – są także osoby:

- pracujące w innych zawodach,
- pracujące za granicą,
- przebywające na urloпах macierzyńskich i wychowawczych,
- bezrobotne,
- przebywające na emeryturze lub rencie.

Wykres 3. Liczba położnych mających prawo wykonywania zawodu oraz zatrudnionych w placówkach sektora ochrony zdrowia jako % mających prawo wykonywania zawodu w Polsce w latach 2010–2015

Źródło: jak w tabeli 2.

Do podjęcia pracy poza systemem opieki zdrowotnej i do wyjazdu do pracy za granicą motywują położne, posiadające prawo wykonywania zawodu, przede wszystkim niskie wynagrodzenia oferowane w sektorze ochrony zdrowia.

Tabela 3. Poziom przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej, w podmiotach gospodarczych zatrudniających powyżej 9 osób ogółem (ogółem oraz profesje medyczne) w latach 2010–2014 (w zł)

	2010	2012	2014
Gospodarka narodowa*	3225	3522	3783
Podmioty gospodarcze zatrudniające powyżej 9 osób** ogółem	3544	3896	4108
Lekarze	6663	6789	7041
Pielęgniarki	3186	3277	3400
Położne	3301	3232	3372
Ratownicy medyczni	3155	2961	3855
Diagności laboratoryjni	3828	4157	4359

Źródło: zestawienie własne na podstawie: * *Rocznik Statystyczny RP 2013* (2014). Warszawa: GUS; *Rocznik Statystyczny RP 2015* (2016). Warszawa: GUS; ** *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010* (2012). Warszawa: GUS; *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2012* (2014). Warszawa: GUS; *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2014* (2016). Warszawa: GUS.

W tabeli 3 zestawiono przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej i płace przedstawicieli profesji medycznych zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia w latach 2010–2014.

Wykres 4. Poziom przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej, w podmiotach gospodarczych zatrudniających powyżej 9 osób (ogółem oraz profesje medyczne) w latach 2010–2014 (w zł)

Źródło: jak w tabeli 3.

Analiza informacji zawartych w tabeli 3 i na wykresie 4 pozwala stwierdzić, że średnia płaca brutto położnych w latach 2010–2014 wzrosła minimalnie: z 3301 zł do 3372 zł, czyli o nieco ponad 2%.

Jeżeli równocześnie zostanie uwzględniony fakt, iż w okresie 2010–2014 ceny dóbr i usług konsumpcyjnych wzrosły o 9,2%, to wzrost średnich wynagrodzeń położnych o 2,15% oznacza praktycznie spadek poziomu ich płacy realnej o 6,5%, czyli znacznie mniejszą siłę nabywczą otrzymywanych wynagrodzeń i pogorszenie warunków życia przedstawicieli tej profesji medycznej.

Szczególnie trudnym okresem dla sytuacji bytowej położnych były lata 2010–2012. W tym czasie ich wynagrodzenie brutto zmniejszyło się o 2,1%, a ceny dóbr konsumpcyjnych wzrosły o 8,2%, nastąpił zatem spadek płacy realnej aż o 9,5%. Natomiast w latach 2012–2014 sytuacja materialna położnych była nieco korzystniejsza, odnotowano wzrost ich średnich wynagrodzeń o 4,3%, a ceny dóbr konsumpcyjnych wzrosły tylko o 0,9%, czyli nastąpił wzrost płacy realnej o 3,4% (*Roczne wskaźniki makroekonomiczne*, 2016).

Równocześnie należy zauważyć, iż o ile w 2010 roku niższym od położnych przeciętnym wynagrodzeniem brutto charakteryzowały się pielęgniarki oraz ratownicy medyczni i niższa była również przeciętna płaca brutto w skali całej gospodarki narodowej, to już w 2014 roku przeciętne wynagrodzenie brutto położnych było najniższe.

Migracje z Polski lekarzy, pielęgniarek i położnych nasiliły się po wejściu Polski do Unii Europejskiej 1 maja 2004 roku. W ramach UE dostęp do wykonywania zawodu położnej podlega harmonizacji w zakresie niezbędnym do swobodnego przepływu osób i usług w ramach wspólnego rynku na podstawie zapisów Traktatu Ustanawiającego Wspólnotę Europejską. Dla profesjonalistów medycznych system ten oznacza pełną swobodę przemieszczania się pomiędzy krajami członkowskimi, swobodę wykonywania zawodu lub podejmowania działalności. W konsekwencji osoby poszukujące pracy – również w zawodzie położnej – mogą wykonywać ją w kraju, w którym mają największe możliwości rozwoju zawodowego i najkorzystniejsze warunki finansowe (Iwanowicz-Palus i in., 2013, s. 117–122).

Zjawisko migracji, naturalne w dobie globalizacji, chociaż umożliwia samodzielne decydowanie o miejscu pracy, to jednocześnie stwarza istotne problemy w systemach zdrowotnych tzw. krajów pochodzenia. Zgodnie ze strategią WHO, aby uporać się z problemami migracji międzynarodowej konieczne jest podjęcie działań we wszystkich krajach członkowskich i na arenie międzynarodowej. Wśród strategii w krajach źródłowych wymienia się m.in.: dostosowanie szkoleń zawodowych do potrzeb rynku, polepszenie warunków zatrudnienia pracowników oraz ułatwienie pracownikom powrotu do kraju po okresie pracy za granicą. Strategie w krajach docelowych powinny koncentrować się na zastosowaniu odpowiedniej polityki rekrutacyjnej, zapewnieniu wsparcia pracownikom w krajach źródłowych oraz uczciwym traktowaniu pracowników z emigracji. Strategie na arenie międzynarodowej powinny respektować równe prawa pracowników migrujących, przy jednoczesnej konieczności zapewnienia właściwej liczebności pracowników medycznych w krajach źródłowych (Włodarczyk, Domagała, 2011, s. 29–41).

Zawód pielęgniarki i położnej w krajach Europy Zachodniej, z uwagi na inną organizację systemu i powierzenie tej grupie zawodowej poważniejszych zadań, które w Polsce wciąż tradycyjnie przypisane są lekarzom, jest lepiej płatny, a także cieszy się większym prestiżem (Karkowski, 2015, s. 82–94).

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz okręgowe izby pielęgniarek i położnych prowadzą ośrodki informacyjno-edukacyjne w celu realizacji zadania wynikającego z ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (DzU z 2011 r., nr 174 poz. 1038 ze zm.), polegającego na udziela-

niu informacji na temat uznawania kwalifikacji zawodowych, uregulowań prawnych dotyczących ochrony zdrowia, ubezpieczeń społecznych oraz zasad etyki zawodowej w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu.

Położna, która zamierza wyjechać za granicę, np. do krajów członkowskich Unii Europejskiej w celu wykonywania zawodu składa wnioski do okręgowej rady pielęgniarek i położnych, której jest członkiem o wydanie zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej lub innych zaświadczeń wymaganych przez państwo przyjmujące UE. Zgodnie z art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej (tj. DzU z 2016 r., poz. 1251) okręgowa rada pielęgniarek i położnych wydaje:

- zaświadczenie stwierdzające, że pielęgniarka lub położna posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej, wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej;
- inne zaświadczenia wymagane przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa unijnego.

Zaświadczenia powinny zostać przedłożone władzom właściwym państwa przyjmującego UE w okresie 3 miesięcy od dnia ich wydania (*Zabezpieczenie*, 2017).

W tabeli 4 zestawiono liczby położnych, którym w latach 2004–2016 wydano zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej.

Oczywiście liczba wydanych zaświadczeń przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych nie jest tożsama z liczbą położnych, które wyjechały z kraju w celu podjęcia pracy zawodowej. Znane są przykłady, że położne, po otrzymaniu zaświadczeń nie podejmują pracy za granicą lub – po jakimś czasie – uzyskują zaświadczenie ponownie.

Kolejnym zjawiskiem obserwowanym wśród osób wyjeżdżających za granicę w celach zarobkowych jest podejmowanie pracy w domach pomocy społecznej lub w opiece długoterminowej w ramach urlopu bezpłatnego w zakładzie pracy (Binkowska-Bury, 2010, s. 497–504). Dotyczy to najczęściej osób, które nie znają w stopniu wystarczającym języka państwa przyjmującego lub nie mogą mieć uznanych kwalifikacji zgodnie z przepisami dyrektywy 2005/36/WE. Osoby te nie zgłaszają się po zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych lub

zgłaszają się po nie dopiero wówczas, gdy opanowały język obcy i mogą rozpocząć procedurę uznawania kwalifikacji zawodowych.

Tabela 4. Liczba położnych, którym wydano zaświadczenia na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 1 maja 2004 do 31 grudnia 2016 roku

Rok	Mgr położnictwa	Licencjat położnictwa	Absolwenci medycznych szkół zawodowych – położne	Razem
2004–2007	24	57	670	751
2008	8	58	95	161
2009	12	33	74	119
2010	7	25	46	78
2011	20	32	45	97
2012	32	39	37	108
2013	34	36	28	98
2014	31	45	35	111
2015	35	43	23	101
2016	15	32	24	71
Razem:	218	400	1077	1695

Źródło: zestawienie własne na podstawie: *Zabezpieczenie* (2017), tabela 17, s. 37.

Można zatem stwierdzić, że dane dotyczące liczby wydawanych zaświadczeń powinno się traktować tylko jako wskaźnik zainteresowania położnych podjęciem pracy w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej (*Wstępna*, 2010).

Nie ma wprawdzie możliwości precyzyjnego ustalenia, ile położnych podjęło w minionych latach pracę poza systemem opieki zdrowotnej w Polsce, a ile z nich wyjechało za granicę – jednak wagę owego problemu przybliży zestawienie zawarte w tabeli 5. Przedstawiono w niej – dla lat 2014–2016 – liczbę absolwentów wyższych uczelni na kierunku położnictwo, liczbę absolwentów uzyskujących prawo wykonywania zawodu położnej oraz liczbę zatrudnionych absolwentów.

Analiza danych zawartych w tabeli 5 pozwala stwierdzić, iż w ostatnich latach (zapewne zjawisko to miało miejsce także wcześniej) wystąpiły znaczące różnice między liczbą absolwentów wyższych uczelni na kierunku położnictwo, liczbą absolwentów tego kierunku uzyskujących prawo wykonywania zawodu położnej oraz liczbą zatrudnionych absolwentów.

Tabela 5. Liczba absolwentów kierunku położnictwo uzyskujących prawo wykonywania zawodu w latach 2014–2016

Rok uzyskania dyplomu	Liczba absolwentów*		Liczba absolwentów uzyskujących prawo wykonywania zawodu**	Liczba zatrudnionych absolwentów	Liczba absolwentów uzyskujących prawo wykonywania zawodu według stopnia wykształcenia	
	I stopnia	II stopnia			licencjat	mgr
2014	1030	498	713	345	685	28
2015	1049	539	592	198	563	29
2016	b.d.	b.d.	492	107	474	18
Razem			1797	650	1722	75

* Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego dane z systemu POL-on – stan na 5 października 2016 roku. ** Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych – stan na 3 marca 2017 roku.

Źródło: *Zabezpieczenie* (2017), tabela 3, s. 31.

Najbardziej wiarygodne jest zestawienie wielkości dotyczących absolwentów studiów I stopnia (licencjackich), bowiem absolwenci studiów II stopnia (magisterskich) mogli już uzyskać prawo wykonywania zawodu położnej po ukończeniu studiów licencjackich.

W 2014 roku studia licencjackie ukończyło 1030 osób, a tylko 685 osób otrzymało prawo wykonywania zawodu (co stanowi 66,5% absolwentów); w 2015 roku – studia I stopnia ukończyło 1049 osób, a prawo wykonywania zawodu uzyskały tylko 563 osoby (53,7% absolwentów).

W 2014 roku studia I i II stopnia ukończyło łącznie 1528 osób, a tylko 345 absolwentów (22,6%) zatrudniono w sektorze opieki zdrowotnej; w 2015 roku łączna liczba absolwentów studiów licencjackich i magisterskich wyniosła 1588 osób, a zatrudniono tylko 198 osób (12,5%).

Wobec powyższych stwierdzeń, nie dziwi zaprezentowane na wykresie 2 niekorzystne zjawisko zmian w strukturze wiekowej położnych, mających prawo wykonywania zawodu: wzrost liczebności grup położnych w średnim i starszym wieku oraz spadek udziału w populacji położnych osób młodych, generujące „starzenie się” położnych w Polsce i występowanie braku tzw. prostej zastępowalności pokoleniowej w tej grupie zawodowej.

W raporcie przygotowanym w 2010 roku przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (*Wstępna*, 2010) przedstawiono m.in. porównanie liczby położnych wchodzących do systemu oraz nabywających prawa do emerytury w latach 2010–2020.

Liczbę położnych wchodzących rocznie do systemu ochrony zdrowia oszacowano na poziomie 362 – jest to średnia liczba położnych wchodzących do systemu w 10 latach poprzedzających prognozę. Wielkość tę – taką samą dla kolejnych 11 lat – porównano z liczbą położnych, które nabeżdą prawo do emerytury w latach 2010–2020.

Tabela 6. Porównanie liczby położnych wchodzących do systemu oraz nabywających prawa do emerytury w latach 2010–2020

Lata	Liczba położnych wchodzących do systemu	Liczba położnych mających prawo do emerytury	Stosunek liczby położnych wchodzących do systemu do mających prawo do emerytury (w %)
2010	362	468	77,35
2011	362	588	61,56
2012	362	610	59,34
2013	362	689	52,54
2014	362	670	54,03
2015	362	684	52,92
2016	362	793	45,65
2017	362	964	37,55
2018	362	1082	33,46
2019	362	1155	31,35
2020	362	1096	33,03
RAZEM	3982	8799	45,25

Źródło: *Wstępna* (2010), tabela 10, s. 18.

Według sporządzonej prognozy, w latach 2010–2020 tylko niespełna 4000 nowych położnych podejmie pracę w zawodzie, a prawie 8800 położnych nabeżdą prawo do przejścia na emeryturę (położne podejmujące pracę stanowią tylko około 45% nabywających prawo do emerytury). Efektem tego będzie zatem zmniejszenie się do 2020 roku liczby pracujących w polskim systemie opieki zdrowotnej położnych o ponad 4800 osób – co stanowi ponad 20% położnych zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia.

Bezrobocie wśród położnych jest stosunkowo niewielkie, np. w 2013 roku (według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej) zarejestrowanych jako bezrobotne było 912 położnych. Bezrobocie to wynikało z braku ofert

pracy w danym regionie (obniżanie zatrudnienia w podmiotach leczniczych z przyczyn ekonomicznych), dokonywanej restrukturyzacji podmiotów leczniczych, w wyniku której zmniejszeniu uległa liczba miejsc pracy (*Zabezpieczenie*, 2015b). Równocześnie wiele wskazuje na to, że owemu bezrobociu towarzyszyła pewna liczba wolnych miejsc pracy – ale w innych regionach (tzw. bezrobocie strukturalne) lub oferowane niskie wynagrodzenie nie zachęcało poszukujących pracy do jej podjęcia.

3. Położne w Polsce – na tle innych krajów europejskich

W porównaniach międzynarodowych są prezentowane zasoby ludzkie w systemie ochrony zdrowia w przeliczeniu na 1000, 10 000 lub 100 000 osób. W materiałach OECD liczba położnych jest pokazywana w przeliczeniu na 1000 mieszkańców i na 1000 żywych urodzeń.

W tabeli 7 zaprezentowano – na podstawie dostępnych danych OECD – owe wskaźniki w odniesieniu do położnych mających prawo wykonywania zawodu i zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia dla ponad 20 europejskich krajów w 2014 roku.

Liczba położnych, zarówno w przeliczeniu na 1000 osób, jak i na 1000 żywych urodzeń plasuje Polskę na jednym z czołowych miejsc w Europie.

Tabela 7. Położne mające prawo wykonywania zawodu i praktykujące w krajach europejskich (na 1000 mieszkańców i na 1000 żywych urodzeń) w 2014 roku

Kraje	Położne mające prawo wykonywania zawodu		Położne praktykujące		
	na 1000 mieszkańców	na 1000 żywych urodzeń	na 1000 mieszkańców	na 1000 żywych urodzeń	jako % mających prawo wykonywania zawodu
Austria*	0,25	25,7	0,17	17,55	68,3
Belgia	0,94	84,79			
Czechy	0,57	54,24	0,41	39,05	72,0
Dania (2013)	0,56	56,38	0,32	32,02	56,8
Estonia	0,62	60,29	0,32	31,14	51,7
Finlandia (2012)	1,03	93,82	0,42	38,37	40,9
Francja			0,33	26,88	
Grecja*			0,24	28,42	
Niemcy			0,28	32,17	
Węgry	0,56	58,77	0,17	17,87	30,4

Kraje	Położne mające prawo wykonywania zawodu		Położne praktykujące		
	na 1000 mieszkańców	na 1000 żywych urodzeń	na 1000 mieszkańców	na 1000 żywych urodzeń	jako % mających prawo wykonywania zawodu
Wielka Brytania			0,50	41,61	
Włochy	0,32	38,25			
Łotwa	0,44	40,28	0,20	17,98	44,6
Luksemburg	0,67	61,78	0,35	32,13	52,0
Holandia (2013)	0,22	21,02	0,18	17,39	66,3
Norwegia	0,83	72,15	0,55	48,21	66,8
POLSKA	0,93	94,54	0,59	59,66	63,1
Hiszpania	0,18	20,02			
Słowenia			0,07	6,61	
Szwajcaria			0,30	28,66	
Szwecja (2013)	1,19	100,02	0,75	63,34	62,6
Litwa	0,39	37,7	0,31	29,83	79,1

* różnice systemowe.

Źródło: zestawienie i obliczenia własne na podstawie danych z bazy OECD Health Care Resources: Midwives, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT (dostęp: 18.08.2017).

Wykres 5. Położne mające prawo wykonywania zawodu i praktykujące na 1000 mieszkańców w krajach europejskich w 2014 roku

Źródło: jak w tabeli tabela 7.

Wykres 6. Położne mające prawo wykonywania zawodu i praktykujące na 1000 żywych urodzeń w krajach europejskich w 2014 roku

Źródło: jak w tabeli 7.

Jeśli chodzi o liczbę położnych mających prawo wykonywania zawodu – to lepszym od Polski wskaźnikiem na 1000 mieszkańców (0,93) legitymują się tylko dwa kraje skandynawskie: Szwecja (1,19) i Finlandia (1,03).

Najwyższy wskaźnik prezentujący liczbę położnych na 1000 żywych urodzeń ma Szwecja (100,02); za nią plasują się Polska (94,54) i Finlandia (93,82).

Najniższe oba wskaźniki mają Hiszpania (0,18 położnych na 1000 mieszkańców i 20 położnych na 1000 żywych urodzeń) i Holandia (0,22 na 1000 mieszkańców i 21 na 1000 żywych urodzeń).

Wskaźniki przedstawiające w 2014 roku praktykujące położne w przeliczeniu na 1000 mieszkańców i na 1000 żywych urodzeń są najwyższe dla Szwecji (0,75 na 1000 osób i 64,34 na 1000 żywych urodzeń) i dla Polski (0,59 na 1000 osób i 59,66 na 1000 żywych urodzeń). W obu wymienionych krajach występuje również zbliżony odsetek praktykujących położnych w stosunku do mających prawo wykonywania zawodu – wynosi on około 63%.

Najniższe wskaźniki praktykujących położnych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców i 1000 żywych urodzeń charakteryzowały Słowenię (0,07 i 6,61), Węgry (0,17 i 17,87) i Holandię (0,18 i 17,39).

Podstawowymi wskaźnikami epidemiologicznymi odzwierciedlającymi stan opieki nad kobietą w ciąży, podczas porodu oraz opieki nad niemowlęciem są:

umieralność niemowląt (przeliczana na 1000 żywych urodzeń) oraz śmiertelność okołoporodowa matek (w przeliczeniu na 100 000 urodzeń).

W tabeli 8 przedstawiono wskaźniki epidemiologiczne dla Polski i innych krajów europejskich osiągnięte w 2015 roku.

Tabela 8. Umieralność niemowląt (na 1000 żywych urodzeń) oraz śmiertelność okołoporodowa matek (na 100 000 urodzeń) w krajach europejskich w 2015 roku

Kraje	Umieralność niemowląt (na 1000 żywych urodzeń, bez określenia minimalnego okresu ciąży lub masy urodzeniowej)	Śmiertelność okołoporodowa matek (na 100 000 urodzeń)
Austria	3,1	4,7
Belgia	3,3	–
Czechy	2,5	3,7
Dania	3,7	0
Estonia	2,5	0
Finlandia	1,7	3,6
Francja	3,7	-
Niemcy	3,3	3,3
Grecja	4,0	–
Węgry	4,2	5,5
Irlandia	3,4	1,5
Włochy	2,9	–
Łotwa	4,1	5,2
Luksemburg	2,8	0
Holandia	3,3	3,5
Norwegia	2,3	0
POLSKA	4,0	1,6
Portugalia	2,9	–
Słowacja	5,1	1,8
Słowenia	1,6	-
Hiszpania	2,7	3,6
Szwecja	2,5	0,9
Szwajcaria	3,9	–
Wielka Brytania	3,9	4,5
Litwa	4,2	–

Źródło: Health Status: Maternal and infant mortality, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT (dostęp: 18.08.2017).

Wykres 7. Liczba praktykujących położnych (na 1000 żywych urodzeń) w 2014 roku a umieralność niemowląt (na 1000 żywych urodzeń) w 2015 roku w krajach europejskich

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabel 7 i 8.

Analiza wykresu 7 pozwala na stwierdzenie, iż nie jest widoczny jednoznaczny związek między liczbą położnych a umieralnością niemowląt (oba wskaźniki prezentowane w przeliczeniu na 1000 żywych urodzeń).

Podsumowanie

Rozwiązania organizacyjne systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Polsce przewidują kilka możliwości opieki przedporodowej kobiet. Opiekę mogą sprawować poradnie lub gabinety opiekujące się kobietami w czasie ciąży bezpłatnie, takie jak: poradnia podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) u lekarza rodzinnego, porady i opieka u położnej, poradnia ginekologiczno-położnicza lub poradnia przyszpitalna oraz poradnie i gabinety oferujące opiekę odpłatną, takie jak: poradnia lub gabinet prywatny – u lekarza ginekologa czy poradnia lub gabinet prywatny – u położnej.

Do położnych należy zbieranie wywiadów według obowiązującej dokumentacji, prowadzenie podstawowych badań ogólnych i tzw. badań położniczych zewnętrznych. Położne dokonują wpisów do Karty Ciąży, notują odchylenie w stanie zdrowia według Karty Czynniki Ryzyka Ciążowego. Dalsze postę-

powanie zależy od lekarza, który decyduje o badaniach szczegółowych laboratoryjnych i o dalszych wizytach. Nie zawsze położne są włączane do pełnej i systematycznej opieki przedporodowej czy do współprowadzenia ciąży, ponieważ nie zawsze współpracują one z lekarzami praktykującymi prywatnie.

Ocena jakości przedporodowej opieki położniczej jest trudna, ponieważ prawie połowa kobiet ciężarnych jest prowadzona w czasie ciąży przez lekarzy przyjmujących prywatnie.

W Polsce występuje jedna z najwyższych w Europie liczba położnych przypadająca na 1000 mieszkańców i na 1000 żywych urodzeń.

Ważnym wskaźnikiem stanu zdrowia jest współczynnik umieralności niemowląt, czyli liczba zgonów niemowląt (od 0 do 1 roku życia) w stosunku do 1000 żywo urodzonych. Umieralność niemowląt stanowi syntetyczny wskaźnik opieki okołoporodowej uznawany przez WHO i ogólnie stosowany na świecie. Umieralność wczesna (noworodkowa) stanowi 70% ogólnej umieralności niemowląt. Przyczyną prawie 52% zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki oraz w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, kolejne 34% zgonów stanowią wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe 14% – są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami. Pomimo bardzo dużej poprawy wskaźnika umieralności niemowląt w stosunku do lat poprzednich, nadal jest on w wielu krajach postkomunistycznych, w tym również w Polsce, wysoki w porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi gospodarczo. Na pewno na poziom tego wskaźnika ma wpływ wiele czynników, takich jak chociażby wiek matki czy ogólny stan jej zdrowia, obecność chorób przewlekłych, poziom życia, edukacja matki i czynniki środowiskowe. Jednak niewątpliwie wysoka jakość i sprawna organizacja opieki medycznej i szybka dostępność do wykwalifikowanego personelu medycznego może mieć wpływ na poziom wskaźnika umieralności niemowląt. Wciąż jeszcze występujące trudności z dostępem do kosztownych technologii medycznych, jakie są niezbędne w profilaktyce, diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji noworodków przedwcześnie urodzonych, może być wytłumaczeniem relatywnie wysokiego poziomu wskaźnika umieralności niemowląt w krajach postkomunistycznych (Szamotulska, 2010, s. 113–128).

W badaniach demograficznych przeprowadzonych w Polsce przez Małgorzatę Szczyt (2012) wykazano, że im większa liczba pacjentów przypada na jednego lekarza i im niższe są przeciętne wydatki gospodarstw domowych, tym wyższy jest wskaźnik umieralności niemowląt. Z kolei wyższe wartości liczby urodzeń przypadające na położną powodują spadek umieralności niemowląt w województwach ogółem i w przekrojach miast, natomiast wzrost w przekrojach wsi.

W Szwecji liczba położnych przypadająca na 1000 mieszkańców i na 1000 żywych urodzeń jest tylko minimalnie wyższa niż w Polsce, natomiast istnieje wyraźna różnica we wskaźniku umieralności niemowląt na 1000 żywych urodzeń i we wskaźniku śmiertelności okołoporodowej matek.

Przedstawione dane wskazują na konieczność przeprowadzenia dalszych wnikliwych ocen i analiz dotyczących czynników mogących mieć wpływ na umieralność niemowląt i śmiertelność okołoporodową matek. Na pewno jednym z tych czynników jest organizacja i jakość opieki nad kobietą ciężarną, opieki przedporodowej oraz właściwe umiejscowienie położnej w tej opiece. Jednocześnie należy dokładnie przeanalizować liczbę położnych pracujących w zawodzie z uwzględnieniem ich wieku. Dostosowanie liczby absolwentów położnictwa do realnych potrzeb w tym zakresie – z uwzględnieniem ruchów migracyjnych i starzenia się kadry położnych – stanowi kolejne, bardzo ważne wyzwanie dla decydentów.

Bibliografia

- Binkowska-Bury, M., Nagórska, M., Januszewicz, P. i Ryżko, J. (2010). Migracje pielęgniarek i położnych – problemy i wyzwania. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* (4).
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia z lat 2011–2016. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, www.csioz.gov.pl (dostęp: 18.06.2017).
- Iwanowicz-Palus, G., Bień, A. i Golonka, E. (2013). Położna w Zjednoczonej Europie. *Problemy Pielęgniarstwa* 21(1).
- Karkowski, T. (2015). Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 13(1).
- Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Raport z realizacji programu w 2006 r., <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876> (dostęp: 18.06.2017).
- OECD Health Care Resources: Midwives, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT (dostęp: 18.06.2017).
- Roczne wskaźniki makroekonomiczne. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/> (dostęp: 18.06.2017).
- Szamatulska, K. (2010). Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej. Opracowanie na podstawie wskaźników Euro-Peristat. *Medycyna Wieku Rozwojowego* XIV(2).
- Szczyt, M. (2012). *Przestrzenne zróżnicowanie umieralności niemowląt w Polsce w latach 1997 – 2004. Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych IV*. StatSoft Polska.
- Włodarczyk, W.C., Domagała, A. (2011). Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi* (2).
- Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020 (2010). Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, czerwiec.
- Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (2015a). Warszawa, maj.

- Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Rekomendacje i ich realizacja* (2015b). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych, 31 sierpnia.
- Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych* (2017). Warszawa, marzec.
- Zybała, A. (red.) (2009). *Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach. Raport na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia*. Warszawa: KSAP.