

Nowe regulacje i wytyczne

NOWELIZACJA STANDARDU ORGANIZACYJNEGO OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ – NA JAKIE ZMIANY CZEKAMY...

Co w organizacji pracy położnej zmieni Nowelizacja *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej?*

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

**Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, Zakład
Opieki Specjalistycznej w Położnictwie WNoZ UM w Lublinie**

Nowelizacja *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324 – tekst jednolity)* jest odpowiedzią na oczekiwania środowisk reprezentujących kobiety, ekspertów medycyny związanych z opieką okołoporodową oraz zmiany demograficzne – przede wszystkim spadek ogólnej liczby porodów, który ma wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z dnia 6 listopada 2025 r. poz. 1525) bazuje na doświadczeniu w realizacji dotychczasowych przepisów, które wytyczyły kierunek zmian zarówno w samym schemacie organizacyjnym opieki okołoporodowej, jak również w świadomości personelu medycznego i pacjentek. Wprowadzanie zmian w opiece okołoporodowej wymagało przeanalizowania wielu jej aspektów przez Zespół do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, utworzony zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2024 r. (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2024 r. poz. 35 i 48), który koncentruje się na realnej poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego oraz opieki okołoporodowej. Znowelizowany standard uwzględnia wytyczne WHO, osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych, aktualnej wiedzy medycznej oraz doświadczeniach w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Postanowienia standardu zostały dostosowane do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej i polskiego prawodawstwa ze

szczególным uwzględnieniem praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (*Dz. U. z 2024 r. poz. 581*).

Nowe regulacje prawne określają poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu **zapewnienie dobrostanu matki i dziecka, chroniąc rodzącą i noworodka przed nadmierną medykacją**, zalecając ograniczenie do niezbędnego minimum interwencje medyczne, w szczególności: amniotomię, indukcję porodu, stymulację czynności skurczowej, ciągłe monitorowanie KTG w porodzie fizjologicznym, farmakoterapię, nacięcie krocza, cięcie cesarskie, podanie noworodkowi preparatów do początkowego żywienia niemowląt – z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, które oznacza, że opieka opiera się na praktykach, których skuteczność została udowodniona naukowo, co zapewnia zminimalizowanie ryzyka powikłań oraz wsparcie dla fizjologicznego przebiegu porodu.

Katalog interwencji medycznych, które należy ograniczać został rozszerzony o ciągłe monitorowanie KTG w porodzie fizjologicznym. Zgodnie z wytycznymi WHO stały monitoring KTG nie jest zalecany jako metoda oceny dobrostanu płodu w przypadku zdrowych kobiet, u których poród rozpoczął się samoistnie i przebiega bez powikłań. Doprecyzowaniu uległa definicja ingerencji w przebieg ciąży fizjologicznej, porodu, połogu i laktacji, która może nastąpić wyłącznie z uzasadnionych medycznie wskazań. W tym miejscu należy podkreślić, że leczenie chorób przewlekłych w trakcie ciąży lub pojawiających się innych powikłań ciąży lub konieczność porodu zabiegowego oznaczają, że ciąża, poród, połóg lub laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard. Każda ingerencja medyczna powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej, wraz z uzasadnieniem wskazującym przyczynę jej zastosowania oraz szczegółowy opis zastosowanych procedur.

Wzięto pod uwagę **udokumentowanie zachowania ciągłości opieki na każdym jej etapie** – podczas porodu, połogu z uwzględnieniem przejęcia opieki nad kobietą rodzącą, w połogu, noworodkiem również przez indywidualną lub grupową praktykę położnej lub zespół ratownictwa medycznego wraz z dokonaniem wpisu w dokumentacji oraz potwierdzeniem objęcia opieką. W przypadku, gdy przekazanie opieki następuje w czasie porodu w warunkach szpitalnych, położna sprawuje dalszą opiekę pod nadzorem lekarza położnika, który przejmuje odpowiedzialność za prowadzenie porodu patologicznego.

W celu ustalenia osoby odpowiedzialnej np. za ewentualne błędy medyczne wskazano, że w przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i osobą przejmującą opiekę nad kobietą w ciąży lub kobietą rodzącą lub w połogu, a także

odpowiednio płodem lub noworodkiem fakt ten odnotowuje położna lub lekarz położnik, którzy mają co do tej oceny zastrzeżenia w dokumentacji medycznej.

Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych (położna) zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w położu. W chwili zaistnienia konieczności transportu kobiety rodzącej lub kobiety w położu i noworodka osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych wzywa zespół ratownictwa medycznego, transportującego kobietę rodzącą lub kobietę w położu i noworodka do szpitala, który w momencie podjęcia decyzji o przewiezieniu kobiety rodzącej lub kobiety w położu i noworodka przejmuje opiekę nad pacjentką lub noworodkiem i sprawuje ją do chwili przekazania opieki szpitalowi. Podjęcie decyzji o porodzie w warunkach pozaszpitalnych musi być poprzedzone omówieniem czynników ryzyka przez osobę sprawującą opiekę i ustaleniem sposobu postępowania w przypadku pojawienia się komplikacji – informacje w tym zakresie kobieta w ciąży odnotowuje w planie porodu.

Opieka w okresie ciąży

Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych u kobiet w okresie ciąży został rozszerzony o nowe świadczenia profilaktyczne realizowane w terminie do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się do lekarza lub położnej:

- przekazanie informacji o szczepieniach zalecanych w ciąży – aktualnie zaleca się, aby kobiety zaszczepiły się przeciw grypie, krztuścowi, RSV,
- zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek, a w przypadku, gdy kobieta spożywa alkohol lub korzysta z innych substancji psychoaktywnych skierowanie jej do ośrodka udzielającego pomocy w tym zakresie,
- wykonanie badania w kierunku wykrycia HBV (*wirusowe zapalenie wątroby typu B*), co umożliwi chemioprophylaktykę wertykalnych zakażeń HBV rekomendowaną od 28. tygodnia ciąży,
- oznaczenie stężenia ferrytyny – zgodnie z rekomendacjami PTGiP dotyczącymi diagnostyki leczenia niedoboru żelaza oraz niedokrwistości z niedoboru żelaza.

Skorygowaniu uległ termin wykonania badania stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy, które powinno być wykonane w okresie 24.–28. tygodnia ciąży

(obowiązujące przepisy błędnie wskazywały wcześniejszy okres jego wykonania, czyli 21.–26. tydzień ciąży, co było niezgodne ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego). Wskazano również wykonanie badania w 21.–26. tygodniu ciąży w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) u kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze ciąży – usunięto obowiązek badania w kierunku toksoplazmozy w 33.–37. tygodniu ciąży (*brak wskazań do trzeciego badania w kierunku toksoplazmozy w III trymestrze ciąży, przy prawidłowej edukacji przedporodowej w zakresie czynników ryzyka i dróg zakażenia prowadzonej od momentu stwierdzenia ciąży*).

Włączono profilaktykę wtórną raka piersi przez dodanie zalecenia badania ultrasonograficznego piersi u kobiet w sytuacji klinicznych zmian w piersi lub gdy obciążenie rodzinne lub genetyczne wskazuje na wyższe u niej ryzyko raka piersi.

Został wydłużony z 6 do 12 miesięcy okres, jaki może upłynąć od ostatniego badania cytologicznego przed ciążą, po upływie którego wykonanie badania cytologicznego w ciąży będzie konieczne

Zrezygnowano z konieczności skierowania na badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile kobieta w ciąży nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji od kobiety w ciąży o przechorowaniu lub szczepieniu.

Ze świadczeń profilaktycznych wykonywanych przez lekarza lub położną i działań w zakresie promocji zdrowia usunięto obowiązek trzykrotnej konsultacji lekarskiej w przypadku opieki sprawowanej przez położną nad kobietą w ciąży, która musiała się odbyć: do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się do osoby sprawującej opiekę, w 21.–26. tygodnia ciąży oraz w 38.–39. tygodnia ciąży. Położne, w oparciu o swoje wykształcenie i praktykę zawodową, samodzielnie prowadzą ciążę fizjologiczną, kierując kobietę na niezbędne badania prenatalne, bez konieczności angażowania lekarza ginekologa w przypadku braku czynników ryzyka. Brak konieczności kierowania kobiet w ciąży przez położne na obowiązkowe konsultacje lekarskie powinno pozytywnie wpłynąć na decyzje kobiet w ciąży do wybierania położnych do prowadzenia ciąży fizjologicznej.

Wprowadzono rozpoczęcie edukacji przedporodowej do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się do osoby sprawującej opiekę. Wzmocnieniu uległ przekaz obowiązkowego skierowania przez lekarza położnika kobiety w ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu edukacji przedporodowej – lekarz położnik będzie miał obowiązek kierowania kobiety w ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w chwili jej pierwszego zgłoszenia się oraz w 21.–26. tygodnia ciąży, gdy kobieta nie korzystała jeszcze z opieki położnej.

Wprowadzono obowiązek kierowania na konsultację anestezyjologiczną kobiet w ciąży,

które decydują się na korzystanie z analgezji regionalnej podczas porodu od 33.–37. tyg. ciąży (lub 38.–39. tyg. ciąży lub niezwłocznie po 40. tyg. ciąży, jeśli nie odbyła się wcześniej), *co pozwoli na przekazanie z wyprzedzeniem niezbędnych informacji dotyczących wszelkich możliwych i dostępnych metod farmakologicznych, w tym analgezji regionalnej, wskazań i przeciwwskazań do ich zastosowania.*

Ponadto należy podkreślić, że kobieta w ciąży fizjologicznej powinna być konsultowana nie rzadziej niż co cztery tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, a w uzasadnionych przypadkach – częściej.

Plan opieki przedporodowej i plan porodu

W planie opieki przedporodowej uwzględnia się możliwość zakwalifikowania kobiety w ciąży do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu.

Określone zostały najważniejsze kwestie, które będą musiały zostać uwzględnione w planie porodu, obejmujące elementy postępowania medycznego podczas porodu, a w szczególności oczekiwania kobiety dotyczące:

- miejsca i warunków porodu,
- obecności osoby bliskiej podczas porodu,
- metod łagodzenia bólu porodowego,
- zgody lub braku zgody na wykonywanie różnych zabiegów medycznych,
- wskazania ewentualnych zastrzeżeń co do woli bądź możliwości karmienia piersią,
- kontaktu skóra do skóry, w tym wskazania ojca dziecka lub innej osoby, która będzie realizowała kontakt skóra do skóry z noworodkiem w sytuacji, w której ten kontakt z matką nie może mieć miejsca lub musi być przerwany, inicjacja karmienia piersią w trakcie kontaktu skóra do skóry,
- specjalnych potrzeb i wymagań na przykład wynikających z niepełnosprawności, chorób, konieczności tłumaczenia, wymagań dietetycznych, uwarunkowań kulturowych.

W przypadku opieki nad kobietą, która podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym i przekazaniu go do pieczy zastępczej, a następnie do adopcji, plan opieki musi uwzględniać taki sposób postępowania, który uwzględnia jej decyzję.

Ponadto doprecyzowano konieczność dołączania do indywidualnej zewnętrznej i wewnętrznej dokumentacji medycznej kobiety w ciąży, kobiety rodzącej planu opieki przedporodowej oraz

planu porodu – za dołączenie do wewnętrznej i zewnętrznej dokumentacji medycznej planu opieki przedporodowej i planu porodu jest odpowiedzialna osoba sprawująca opiekę.

Identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoporodowych

Rozszerzono katalog czynników ryzyka powikłań okołoporodowych identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem o:

- konieczność identyfikacji u kobiety w ciąży chorób przewlekłych, ze szczególnym uwzględnieniem wrodzonych wad metabolizmu,
- konieczność identyfikacji chorób onkologicznych, stanu po transplantacji narządów, leczenia immunosupresyjnym oraz o zakażenie wirusem HBV, kiłą, toksoplazmozą,
- do czynników powikłań dodano rozpoznanie choroby psychicznej, depresji lub prób samobójczych lub zachowań autoagresywnych lub zaburzeń odżywiania lub przemocy seksualnej lub zaburzeń psychicznych związanych z wcześniejszym porodem.

Doprecyzowano uszkodzenia dróg rodnych o stan po uprzednim III i IV stopniu pęknięcia krocza, aby rozgraniczyć uszkodzenia tkanek krocza od pęknięcia I i II, które są wpisane w poród o przebiegu fizjologicznym, od tych które mogą mieć realny wpływ na uraz psychiczny kobiety oraz wpływ na przebieg kolejnego porodu.

Edukacja przedporodowa

W definicji edukacji przedporodowej podkreślono rolę ojca mającego się urodzić dziecka, wskazując go wprost jako adresata edukacji przedporodowej oraz uwzględniono aktywny udział w edukacji przedporodowej ojca mającego się urodzić dziecka lub innej osoby bliskiej wskazanej przez kobietę w ciąży.

Zniesiono granicę 21.–26. tygodnia ciąży jako momentu rozpoczęcia edukacji przedporodowej, która powinna najlepiej rozpocząć się w momencie stwierdzenia ciąży, co może pozytywnie wpłynąć na wypełnianie obowiązku kierowania kobiet w ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy osobą sprawującą nad nią opiekę jest lekarz położnik, bez konieczności czekania na takie skierowanie do 21. tygodnia ciąży.

Uszczegółowiono treści związane w szczególności z początkowym okresem ciąży, z profilaktyką chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym (*TORCH – zakażenia w okresie perinatalnym, szczepienia ochronne w okresie okołoporodowym – zalecane, przeciwwskazane, bezpieczeństwo szczepień u kobiet w ciąży i karmiących piersią, szczepienia przed podróżą zagraniczną*), rolę ojca mającego się urodzić dziecka lub innej

osoby bliskiej podczas porodu, wyborem miejsca porodu, w tym uwarunkowania, wskazania i przeciwwskazania.

Doprecyzowano treści dotyczące cięcia cesarskiego (*usunięto sformułowanie „korzyści” w odniesieniu do operacji cięcia cesarskiego*), przedstawiając główne wskazania, zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim. Zwrócono uwagę na badania prenatalne, badania diagnostyczne, konsultacje i świadczenia zdrowotne realizowane w poszczególnych trymestrach ciąży, dolegliwości fizyczne i problemy psychiczne w ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi, z uwzględnieniem tych przemawiających za natychmiastowym kontaktem z lekarzem, położną lub psychologiem, opiekę w położu w środowisku domowym, w tym profilaktykę zaburzeń uroginekologicznych. Uwzględniono psychoedukację na temat możliwych dolegliwości psychicznych i sposobów radzenia sobie z nimi z koniecznym wsparciem specjalistów, gdy dolegliwości przemawiają za natychmiastowym kontaktem z lekarzem psychiatrą lub psychologiem.

Postępowanie podczas porodu

Doprecyzowaniu uległa definicja ingerencji w przebieg ciąży fizjologicznej, porodu, położu i laktacji – zgodnie z nowym brzmieniem, każda ingerencja medyczna powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej, wraz z uzasadnieniem wskazującym przyczynę jej zastosowania oraz szczegółowy opis zastosowanych procedur.

Podkreślono, że brak sporządzenia planu porodu nie wyklucza kobiety rodzącej z możliwości sprecyzowania swoich oczekiwań związanych z porodem – personel medyczny jest obowiązany do zebrania wywiadu co do preferencji porodowych kobiety rodzącej i odnotowania ich w dokumentacji medycznej.

Rodzącej umożliwiono spożywanie lekkostrawnych posiłków (po konsultacji z osobą sprawującą opiekę) i przyjmowania klarownych płynów w trakcie porodu, także podczas aktywnej fazy porodu.

W sytuacji rozpoznania przez położną w I okresie porodu braku postępu porodu (*gdy nie dochodzi do dalszego rozwierania się szyjki macicy w ciągu czterogodzinnej obserwacji*) do opieki włącza się lekarz położnik. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu nadzór nad kobietą rodzącą obejmuje lekarz położnik. W zakresie postępowania w III okresie porodu działania osoby sprawującej opiekę rozszerzono (*zgodnie z rekomendacją PTGiP*) o wykonanie badania gazometrycznego krwi pępowinowej z tętnicy i żyły pępowinowej, która służy ocenie stanu urodzeniowego noworodka.

W przypadku cięcia cesarskiego zobowiązano osoby sprawujące opiekę do założenia noworodkowi opasek identyfikacyjnych po odpięnięciu i przed opuszczeniem przez noworodka sali operacyjnej cięć cesarskich.

Wzmocniono znaczenie dwugodzinnego nieprzerwanego kontaktu matki z noworodkiem „skóra do skóry”, który nie powinien być przerwany dla ważenia i mierzenia noworodka. Kontakt skóra do skóry należy zapewnić również w sytuacjach porodu zabiegowego, w tym przy cięciu cesarskim, jeżeli stan zdrowia matki i noworodka na to pozwala – w takim przypadku kontakt „skóra do skóry” z matką i pierwsze karmienie piersią powinno odbyć się jak najszybciej, w warunkach sali operacyjnej lub pooperacyjnej.

Łagodzenie bólu porodowego

Wprowadzono zmiany organizacyjne w części dotyczącej łagodzenia bólu porodowego, które powinny przyczynić się do większej dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego, a do najważniejszych z nich należy:

- wprowadzenie obowiązku publikowania przez podmioty lecznicze informacji o dostępnych w podmiocie metodach łagodzenia bólu porodowego na swojej stronie internetowej i regularna jej aktualizacja,
- nałożenie na podmiot leczniczy prowadzący szpital obowiązku zapewnienia dostępu do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu każdej kobiecie rodzącej.

Wskazano, że zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego produktów leczniczych z grupy opioidów wymaga zapewnienia pompy infuzyjnej z możliwością podaży bolusowej przez kobietę rodzącą.

Doprecyzowano uwarunkowania i kryteria monitorowania funkcji życiowych u kobiety rodzącej z zastosowaniem farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego w sposób sparametryzowany:

- przed rozpoczęciem analgezji regionalnej jest konieczna w szczególności kontrola: ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP), czynności serca (HR), częstości oddechów, saturacji krwi obwodowej (SpO₂), częstości akcji serca płodu (FHR), stopnia sedacji,
- wskazane pomiary parametrów należy powtarzać nie rzadziej niż co 5 minut od podania dawki produktu leczniczego miejscowo znieczulającego inicjującej analgezję przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów kobiety rodzącej i płodu,

- przy każdym kolejnym podaniu dawki produktów leczniczych miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej u kobiety rodzącej – monitoruje się wskazane wyżej parametry,
- oceny stanu kobiety rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej dokonuje lekarz anestezjolog nie rzadziej niż co 90 minut i położna anestezyjologiczna lub pielęgniarka anestezyjologiczna w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór.

Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania kobiety rodzącej, kobiety w położu oraz płodu obejmującego:

- u kobiety rodzącej i kobiety w położu ocenę parametrów funkcji życiowych:
 - układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz monitorowanie pulsoksymetrii i poziomu sedacji nie rzadziej niż co 1 godzinę przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, z uwzględnieniem rodzaju zastosowanego opioidu i drogi jego podania; w uzasadnionych przypadkach obserwacja trwa przez co najmniej 12 godzin,
 - układu oddechowego w przypadku dożylnego podania opioidów, w tym liczby oddechów, oraz monitorowanie pulsoksymetrii i poziomu sedacji w sposób ciągły, a także bezpośredni nadzór położnej anestezyjologicznej nad jedną kobietą rodzącą,
 - układu krążenia, w tym pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach – odpowiednio częściej,
- u płodu – ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.

Doprecyzowano warunki, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu analgezji rodzącym, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym oraz gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej:

- kobieta rodząca, która zdecyduje się na łagodzenie bólu porodowego z wykorzystaniem produktów leczniczych z grupy opioidów lub analgezję regionalną będzie miała możliwość samodzielnej podaży bolusowej za pomocą pompy infuzyjnej,
- po podaniu produktów leczniczych stosowanych w analgezji regionalnej kobieta rodząca znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza anestezjologa przez co najmniej 30 minut,
- podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej kobieta rodząca pozostaje pod opieką położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej, której powierza się dalsze prowadzenie analgezji regionalnej u kobiety rodzącej,

- wprowadzono rozwiązania zwiększające udział położnych anestezjologicznych w opiece nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej – **położna anestezjologiczna sprawuje opiekę nad jedną kobietą rodzącą w warunkach analgezji regionalnej,**
- poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest nadzorowany przez lekarza położnika,
- za prowadzenie porodu, w którym w celu złagodzenia bólu porodowego są stosowane środki farmakologiczne, w tym analgezja regionalna, jest odpowiedzialny lekarz położnik,
- w przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem anestezjologiem współpracują położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna,
- za realizację procedury analgezji regionalnej są odpowiedzialni lekarz anestezjolog oraz położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna prowadząca analgezję regionalną po przejęciu opieki nad pacjentką,
- lekarz anestezjolog nie może w tym samym czasie udzielać innych świadczeń zdrowotnych, chyba że te świadczenia są udzielane w trybie natychmiastowym na rzecz innych kobiet rodzących i są wykonywane na bloku operacyjnym, który znajduje się w obrębie bloku porodowego, na którym są udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie analgezji regionalnej u kobiet rodzących.

Standardowa opieka laktacyjna

Zebrano i uporządkowano w jednej części standardu (*standardowa opieka laktacyjna*) kwestie związane z karmieniem piersią i żywieniem noworodka, które uwzględniają:

- zarówno promocję i przygotowanie do karmienia piersią kobiet w okresie ciąży,
- opiekę laktacyjną na każdym jej etapie – podczas porodu, na oddziale położniczym, nad kobietą w połogu i jej dzieckiem w miejscu zamieszkania albo pobytu,
- opiekę laktacyjną – zgodnie z indywidualną sytuacją – u kobiety w sytuacjach szczególnych: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia, zgonu noworodka,
- informowanie o metodach hamowania laktacji zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji, doborze akcesoriów do karmienia i preparatów do początkowego żywienia niemowląt,
- rolę **edukatora ds. laktacji** we wspieraniu położnej w sprawowaniu opieki laktacyjnej w oddziale położniczym.

W przypadku wystąpienia problemów laktacyjnych, które wykraczają poza zakres kompetencji położnej, standard zobowiązuje ją do poinformowania kobiety w okresie laktacji

o konieczności skontaktowania się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub położnikiem, neonatologiem, z jednoczesnym przekazaniem informacji dla lekarza o ocenie sytuacji oraz kontaktu do siebie.

Nowe przepisy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej:

- w jeszcze większym zakresie akcentują brak zgody na podawanie noworodkowi preparatu do początkowego żywienia niemowląt bez zgody matki (wyjątkiem od tej sytuacji jest stan zdrowia matki uniemożliwiający podjęcie jej decyzji i brak możliwości kontaktu z ojcem dziecka),
- rozszerzają również katalog pacjentów uprawnionych do korzystania z mleka z banku mleka kobiecego, precyzując, że taki dostęp powinien być zapewniony każdemu noworodkowi, który nie ma dostępu do mleka biologicznej matki, w szczególności noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości.

W sytuacji, w której matka podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w szpitalu i przekazaniu go do pieczy zastępczej, szpital ma uzyskać od matki decyzję co do sposobu żywienia dziecka, co pozwoli na zapewnienie mu dostępu do żywienia mlekiem z banku mleka kobiecego.

Ochrona przed przemocą domową

Z uwagi na potrzebę szczególnej ochrony dzieci i ich matek przed przemocą domową, w dokumencie został zawarty obowiązek dla osób sprawujących opiekę, które w przypadku podejrzenia wystąpienia przemocy są zobowiązane do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1673)

- w przypadku podejrzenia wystąpienia przemocy domowej – zgłoszenie przez wszczęcie procedury „Niebieskie Karty”, a w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa – powiadomienie Policji lub prokuratury, natomiast w przypadku podejrzenia zagrożenia dobra dziecka złożenie wniosku o wgląd w sytuację dziecka do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka sądu rodzinno-opiekuńczego,
- wypełnienie formularza „Niebieska Karta” w przypadku powzięcia w toku prowadzonych czynności zawodowych podejrzenia stosowania przemocy wobec osób doznających przemocy domowej lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez świadka przemocy domowej jest obowiązkiem wszystkich osób sprawujących opiekę nad kobietą w ciąży, w czasie porodu, w połogu,

- zobowiązanie do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” przepisy standardu akcentują kilkukrotnie – w kontekście zadań osoby sprawującej opiekę, podczas opieki w oddziale położniczym i w odniesieniu do obserwacji przez położną podstawowej opieki zdrowotnej relacji w rodzinie i wydolności opiekuńczej rodziny.

Połów – opieka w środowisku domowym

Ze względu na brak możliwości zrealizowania wizyty położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pobytu kobiety w położu i noworodka do 48h, jeżeli kobieta wychodzi do domu bezpośrednio przed dniami wolnymi od pracy, w przepisach doprecyzowano, że pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin (*z wyjątkiem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy*) od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka lub wypisu matki po urodzeniu,

- w przypadku braku kontaktu z matką, położna została zobowiązana do oceny ryzyka zaniedbania lub niewydolności opiekuńczej i w przypadku zaistnienia takiego ryzyka do poinformowania jednostek organizacyjnych pomocy społecznej właściwych ze względu na miejsce zamieszkania albo miejsce pobytu matki i noworodka o przypadku podejrzenia zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i matki,
- położna została zobowiązana również do obserwacji relacji w rodzinie i wydolności opiekuńczej rodziny – w przypadku podejrzenia przemocy wszczyna procedurę „Niebieskie Karty” oraz w razie potrzeby podejmuje działania przeciwdziałające bezpośredniemu zagrożeniu ze strony członka rodziny.

Doprecyzowano termin oceny stanu psychicznego kobiety w położu, aby odbyła się w momencie zwiększonego ryzyka jej wystąpienia (*w czwartym tygodniu od urodzenia dziecka*), nie zaś od razu na pierwszej wizycie położnej – wcześniejszą ocenę stanu psychicznego kobiety w położu wykonuje się, jeśli są przesłanki zaburzeń psychicznych. Zobowiązano położną podstawowej opieki zdrowotnej do poinformowania kobiety o potrzebie odbycia wizyty u lekarza dentystry w czasie położu.

Zwrócono uwagę na udzielanie porad w zakresie profilaktyki zaburzeń dna miednicy oraz w zakresie rozwiązywania problemów nietrzymania moczu, gazów i stolca – w przypadku wystąpienia problemów, które wykraczają poza zakres kompetencji, położna informuje o możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej na podstawie skierowania – pozwoli to na skorzystanie przez kobietę z porady fizjoterapeuty.

Zapewniono profesjonalną opiekę położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu każdej kobiecie w okresie porodu, która wyrazi taką wolę, również w sytuacji, gdy jej dziecko jest długotrwale hospitalizowane po urodzeniu, dziecko urodziło się martwe lub zmarło po urodzeniu.

Wprowadzono zmiany umożliwiające odbywanie się wizyt patronażowych położnej podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych:

- jeżeli dziecko opuści szpital w terminie późniejszym niż termin objęcia matki opieką, położna podstawowej opieki zdrowotnej odbywa nie mniej niż dwie wizyty po powrocie dziecka do miejsca zamieszkania lub pobytu,
- jeżeli dziecko opuści szpital bez matki, położna podstawowej opieki zdrowotnej odbywa nie mniej niż cztery wizyty w miejscu jego zamieszkania lub pobytu.

W standardzie celowo zrezygnowano z ograniczenia wieku dziecka, do którego położna może realizować wizyty patronażowe, precyzując jedynie potrzebę indywidualnego planu opieki, dostosowanego do ich wieku i stanu zdrowia.

Rozszerzono możliwość skorzystania przez kobiety w sytuacji szczególnej, z ciągłej profesjonalnej opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu, wskazano podstawowe elementy opieki położnej, pozostawiając dostosować częstotliwość i liczbę wizyt odpowiednio do stanu zdrowia kobiety i jej potrzeb.

Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych

Wprowadzono bezwzględny zakaz umieszczania kobiet w sytuacjach szczególnych (poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obarczonego wadami letalnymi, urodzenie chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi), w salach szpitalnych razem z kobietami w okresie ciąży bądź kobietami w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

Kobiet, które podjęły decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym, nie umieszcza się w sali razem z kobietami w ciąży bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

Podmioty lecznicze na życzenie kobiety powinny wydać odpowiednio zabezpieczony materiał z poronienia w celu przeprowadzenia badań genetycznych.

Wprowadzono obowiązek wystawienia skierowania do świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo

nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Rozszerzono możliwość skorzystania przez kobiety w sytuacji szczególnej z profesjonalnej opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu:

- zapewniono profesjonalną opiekę położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu każdej kobiecie w okresie porodu, która wyrazi taką wolę, również w sytuacji, gdy jej dziecko jest długotrwale hospitalizowane po urodzeniu, dziecko urodziło się martwe lub zmarło po urodzeniu,
- wprowadzono zmiany umożliwiające odbywanie się wizyt patronażowych położnej podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych,
- podmiot wykonujący działalność leczniczą i sprawujący opiekę nad kobietą będącą w sytuacji szczególnej ma obowiązek przekazania do dnia jej wypisu zgłoszenie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
- wskazano podstawowe elementy opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu, nie precyzując częstotliwości i liczby wizyt, pozwalając na ich odpowiednie dostosowanie do stanu zdrowia kobiety.

Kobiecie będącej w sytuacjach szczególnych zapewnia się profesjonalną opiekę położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu polegającą w szczególności na:

- opiece i zapewnieniu wsparcia z częstotliwością odpowiednią do stanu zdrowia kobiety w ciąży z rozpoznaniem ciężkiej choroby lub wady u dziecka,
- opiece położnej w związku z przebiegiem porodu lub cofaniem się zmian fizjologicznych po poronieniu,
- kontynuacji opieki związanej z hamowaniem laktacji,
- ocenie czynników ryzyka depresji,
- wskazaniu konieczności opieki lekarskiej odpowiednio do stanu zdrowia.

Zapewnienie dostępności opieki osobom ze szczególnymi potrzebami

Zwrócono uwagę na potrzeby osób ze szczególnymi potrzebami w opiece okołoporodowej i konieczność zapewnienia im właściwej dostępności do świadczeń zdrowotnych:

- dołożenie wszelkich starań, aby zagwarantować pacjentkom dostępność architektoniczną, cyfrową, informacyjno-komunikacyjną i w miarę możliwości sprzęt niezbędny do realizacji świadczeń dostosowany do osób ze szczególnymi potrzebami,
- zamieszczenie informacji na temat ułatwień, ale i barier dla osób z niepełnosprawnością, jest kluczowe, aby pacjentki mogły przygotować się do wizyty oraz – jeśli jest taka możliwość – wybrać placówkę, w której ją odbędą.

Osoby wykonujące zawód medyczny powinny zostać odpowiednio przeszkolone z zakresu wsparcia kobiet z niepełnosprawnościami i dostępności usług położniczych, ginekologicznych i neonatologicznych.

Podsumowanie

Znowelizowany standard organizacyjny opieki okołoporodowej:

- ma wpływ na ujednoczenie organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w ciąży, kobietami rodzącymi, w porożu oraz nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą,
- zapewnia jednolity sposób postępowania personelu medycznego wobec kobiety w okresie okołoporodowym i jej dziecka, bez względu na miejsce zamieszkania kobiety i realizowaną opiekę,
- stawia kobietę w okresie okołoporodowym i jej dziecko w centrum zainteresowania personelu medycznego sprawującego nad nimi opiekę zapewniając podmiotowe traktowanie, współpracę i respektowanie praw pacjenta,
- zwraca uwagę na potrzebę szczególnej ochrony dzieci i ich matek przed przemocą domową,
- podkreśla konieczność szanowania przez osoby sprawujące opiekę autonomii kobiet i uznawania ich praw do podejmowania decyzji zarówno co do edukacji przedporodowej, obecności osoby bliskiej podczas porodu, sposobu żywienia dziecka, kontaktu z noworodkiem „skóra do skóry”,
- wyposaża kobietę i osobę jej bliską (jeżeli taką wskaże) w wiedzę i możliwość odniesienia, porównania, czy zastosowane wobec niej działania były właściwe.

Znowelizowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 6 miesięcy od dnia jego opublikowania, tj. od 07 maja 2026 r., co pozwoli na zapoznanie się z nim, odpowiednie wdrożenie i dokonanie niezbędnych zmian organizacji pracy w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki

okołoporodowej. Wskazane przepisy należy stosować od dnia wejścia w życie rozporządzenia bez względu na to, czy opieka nad kobietami w okresie okołoporodowym i noworodkami dopiero się rozpoczęła, czy jest kontynuowana.

Nowe przepisy będą miały również wpływ na organizację opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych, podnoszą rangę zawodu położnej, wskazując właściwe jej miejsce w opiece nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, położeniem i opieką nad zdrowym noworodkiem oraz umożliwiając wykorzystanie w szerszym zakresie kompetencji zawodowych położnych.

Piśmiennictwo

- Dostęp: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12392662/katalog/13101808#13101808>
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2023r. poz. 1324 – tekst jednolity)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2025r. poz. 1525).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2024r. poz. 35 i 48).

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

**Lista uczelni, które uzyskały akredytację Ministra Zdrowia dla kierunku położnictwo kształcące na kierunku położnictwo –
liczba studentów na kierunku położnictwo na poziomie studiów I stopnia
(wg stanu na dzień 15.10.2025r.)**

Miejscowość	Nazwa uczelni / wydziału zamiejscowego / filii	Poziom kształcenia	Uplyw terminu akredytacji MZ	UWAGI dotyczące naboru i liczy studentów
OGÓLEM w całym kraju				
<i>Prognozowana liczba absolwentów studiów I stopnia (3479):</i>				
<ul style="list-style-type: none"> • w roku akademickim 2025/2026 – 1 042 licencjatów położnictwa • w roku akademickim 2026/2027 – 1 033 licencjatów położnictwa • w roku akademickim 2027/2028 – 1 404 licencjatów położnictwa 				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia (wg stanu na dzień 15.10.2025r.) – 3479, w tym: I rok – 1404, II rok – 1033, III rok - 1042</i>
Województwo dolnośląskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 252, w tym: I rok – 81, II rok – 76, III rok - 95</i>
Wrocław	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	25.09.2029	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 212, w tym: I rok – 81, II rok – 57, III rok - 74</i>
Legnica	Collegium Witelona Uczelnia Państwowa	pierwszego stopnia	04.09.2029	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2025/2026 Liczba studentów na studiach I stopnia – 33, w tym: II rok – 19, III rok - 14</i>
Kłodzko	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku	pierwszego stopnia	15.05.2028	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2025/2026 i 2024/2025 Liczba studentów na studiach I stopnia – 7 (III rok)</i>
Województwo kujawsko-pomorskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 144, w tym: I rok – 62, II rok – 42, III rok - 40</i>
Bydgoszcz	Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	02.11.2026	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 144, w tym: I rok – 62, II rok – 42, III rok - 40</i>
Toruń	Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy - Kolegium Nauk Medycznych, Filia w Toruniu	pierwszego stopnia	20.07.2025 <i>aktualnie brak akredytacji</i>	BRAK DANYCH – brak naboru

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Miejscowość	Nazwa uczelni / wydziału zamiejscowego / filii	Poziom kształcenia	Uplyw terminu akredytacji MZ	UWAGI dotyczące naboru i liczy studentów
Województwo lubelskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 371, w tym: I rok – 127, II rok – 128, III rok - 116</i>
Lublin	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	07.10.2027	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 241, w tym: I rok – 87, II rok – 76, III rok - 78</i>
Lublin	Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II	pierwszego stopnia	01.12.2028	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 83, w tym: I rok – 40, II rok – 31, III rok - 12</i>
		drugiego stopnia	28.06.2028	
Lublin	Akademia Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie	pierwszego stopnia	25.09.2027	<i>Brak naboru studentów na studiach I stopnia w roku akademickim 2025/2026, 2024/2025 i 2023/2024</i>
Biała Podlaska	Akademia Bialska im. Jana Pawła II	pierwszego stopnia	24.09.2028	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2025/2026 Liczba studentów na studiach I stopnia – 22, w tym: II rok – 10, III rok - 12</i>
Chelm	Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chemie	pierwszego stopnia	07.08.2026	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2025/2026 Liczba studentów na studiach I stopnia – 15, w tym: II rok – 11, III rok - 4</i>
Zamość	Akademia Zamojska	pierwszego stopnia	07.10.2028	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2025/2026 i 2024/2025 Liczba studentów na studiach I stopnia – 10 (III rok)</i>
		drugiego stopnia	07.10.2029	
Województwo lubuskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 77, w tym: I rok – 27, II rok – 26, III rok - 24</i>
Zielona Góra	Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze	pierwszego stopnia	02.06.2028	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 77, w tym: I rok – 27, II rok – 26, III rok - 24</i>
Województwo łódzkie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 179, w tym: I rok – 75, II rok – 53, III rok - 51</i>
Łódź	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	03.10.2027	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 179, w tym: I rok – 75, II rok – 53, III rok - 51</i>
Województwo małopolskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 226, w tym: I rok – 112, II rok – 55, III rok - 59</i>

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Miejscowość	Nazwa uczelni / wydziału zamiejscowego / filii	Poziom kształcenia	Uplyw terminu akredytacji MZ	UWAGI dotyczące naboru i liczy studentów
Kraków	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	01.10.2029	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 160, w tym: I rok – 78, II rok – 39, III rok - 43</i>
Tarnów	Akademia Tarnowska	pierwszego stopnia	29.08.2027	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 66, w tym: I rok – 34, II rok – 16, III rok - 16</i>
Województwo mazowieckie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 606, w tym: I rok – 265, II rok – 184, III rok - 157</i>
Warszawa	Warszawski Uniwersytet Medyczny	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	27.09.2028	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 422, w tym: I rok – 205, II rok – 128, III rok - 89</i>
Warszawa	Warszawska Uczelnia Medyczna im. Tadeusza Koźłuka	pierwszego stopnia	03.07.2029	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 104, w tym: I rok – 29, II rok – 33, III rok - 42</i>
		drugiego stopnia	03.07.2028	
Warszawa	Warszawska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych	pierwszego stopnia	25.01.2025 <i>brak akredytacji</i>	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2025/2026, 2024/2025 i 2023/2024</i>
Płock	Akademia Mazowiecka w Płocku	pierwszego stopnia	27.11.2025 <i>niezakualizowane dane</i>	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 49, w tym: I rok – 19, II rok – 14, III rok - 16</i>
Siedlce	Akademia Nauk Stosowanych Mazovia	pierwszego stopnia	24.06.2030	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 25, w tym: I rok – 6, II rok – 9, III rok - 10</i>
		drugiego stopnia	08.09.2026	
Grodzisk Mazowiecki	Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu (wcześniej siedziba uczelni – ŻYRARDÓW)	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	27.09.2025 <i>aktualnie brak akredytacji</i>	BRAK DANYCH
Województwo opolskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 95, w tym: I rok – 39, II rok – 28, III rok - 28</i>
Opole	Uniwersytet Opolski	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	16.02.2026	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 95, w tym: I rok – 39, II rok – 28, III rok - 28</i>
Województwo podkarpackie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 183, w tym: I rok – 62, II rok – 59, III rok - 62</i>
Rzeszów	Uniwersytet Rzeszowski	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	19.05.2028	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 164, w tym: I rok – 62, II rok – 51, III rok - 51</i>
Krosno	Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie	pierwszego stopnia	15.06.2028	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2025/2026 Liczba studentów na studiach I stopnia – 19, w tym: II rok – 8, III rok - 11</i>

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Miejscowość	Nazwa uczelni / wydziału zamiejscowego / filii	Poziom kształcenia	Uplyw terminu akredytacji MZ	UWAGI dotyczące naboru i liczy studentów
Województwo podlaskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 107, w tym: I rok – 47, II rok – 30, III rok - 30</i>
Białystok	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	12.03.2026	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 107, w tym: I rok – 47, II rok – 30, III rok - 30</i>
Suwałki	Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	pierwszego stopnia	06.07.2025 <i>aktualnie brak akredytacji</i>	<i>Nie było w ogóle realizowane kształcenie na kierunku położnictwo na poziomie studiów I stopnia – brak naboru</i>
Województwo pomorskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 208, w tym: I rok – 81, II rok – 62, III rok - 65</i>
Gdańsk	Gdański Uniwersytet Medyczny	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	15.06.2029	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 156, w tym: I rok – 56, II rok – 49, III rok - 51</i>
Słupsk	Uniwersytet Pomorski w Słupsku	pierwszego stopnia	20.12.2028	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 52, w tym: I rok – 25, II rok – 13, III rok - 14</i>
Kwidzyn	Powiślańska Szkoła Wyższa	pierwszego stopnia	22.06.2024 <i>aktualnie brak akredytacji</i>	<i>Nie było w ogóle realizowane kształcenie na kierunku położnictwo na poziomie studiów I stopnia – brak naboru</i>
Województwo śląskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 395, w tym: I rok – 154, II rok – 112, III rok - 129</i>
Katowice	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	07.10.2027	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 395, w tym: I rok – 154, II rok – 112, III rok - 129</i>
Województwo świętokrzyskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 112, w tym: I rok – 50, II rok – 26, III rok - 36</i>
Kielce	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	24.07.2029	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 112, w tym: I rok – 50, II rok – 26, III rok - 36</i>
Województwo warmińsko-mazurskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 146, w tym: I rok – 84, II rok – 30, III rok - 32</i>
Olsztyn	Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	pierwszego stopnia	11.03.2028	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 146, w tym: I rok – 84, II rok – 30, III rok - 32</i>
Elbląg	Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu	pierwszego stopnia	22.05.2027	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2025/2026, 2024/2025 i 2023/2024</i>

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Miejscowość	Nazwa uczelni / wydziału zamiejscowego / filii	Poziom kształcenia	Uplyw terminu akredytacji MZ	UWAGI dotyczące naboru i liczy studentów
Województwo wielkopolskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 273, w tym: I rok – 110, II rok – 76, III rok - 87</i>
Poznań	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	pierwszego stopnia	19.09.2029	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 246, w tym: I rok – 98, II rok – 76, III rok - 72</i>
		drugiego stopnia	19.09.2027	
Kalisz	Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego	pierwszego stopnia	05.06.2028	<i>Brak naboru studentów na studia I stopnia w roku akademickim 2024/2025</i>
		drugiego stopnia	27.07.2027	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 27, w tym: I rok – 12, III rok - 15</i>
Województwo zachodniopomorskie				<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 111, w tym: I rok – 34, II rok – 46, III rok - 31</i>
Szczecin	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	pierwszego stopnia; drugiego stopnia	10.03.2030	<i>Liczba studentów na studiach I stopnia – 111, w tym: I rok – 34, II rok – 46, III rok - 31</i>
Wałcz	Akademia Nauk Stosowanych w Wałczu	pierwszego stopnia	23.08.2020 <i>aktualnie brak akredytacji</i>	<i>Nie było w ogóle realizowane kształcenie na kierunku położnictwo na poziomie studiów I stopnia</i>

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Aktualnie na kierunku położnictwo na poziomie studiów I stopnia realizowane jest kształcenie w **30 uczelniach**, w tym w 10 uczelniach kształcących na kierunku położnictwo w roku akademickim 2025/2026 nie było naboru na I rok studiów

Województwo / liczba i lokalizacja uczelni aktualnie realizujących kształcenie na poziomie studiów I stopnia	Liczba studentów na studiach I stopnia	Brak naboru w roku akademicki 2025/2026
1) Województwo dolnośląskie (3 uczelnie - Wrocław, Legnica, Kłodzko)	252 , w tym: I rok – 81, II rok – 76, III rok - 95	<i>2 uczelnie - Legnica, Kłodzko</i>
2) Województwo kujawsko-pomorskie (1 uczelnia - Bydgoszcz)	144 , w tym: I rok – 62, II rok – 42, III rok - 40	--
3) Województwo lubelskie (5 uczelni: 2 x Lublin, Chełm, Zamość, Biała Podlaska)	371 , w tym: I rok – 127, II rok – 128, III rok - 116	<i>4 uczelnie - Lublin, Chełm, Zamość, Biała Podlaska</i>
4) Województwo lubuskie (1 uczelnia – Zielona Góra)	77 , w tym: I rok – 27, II rok – 26, III rok - 24	--
5) Województwo łódzkie (1 uczelnia - Łódź)	179 , w tym: I rok – 75, II rok – 53, III rok - 51	--
6) Województwo małopolskie (2 uczelnie – Kraków, Tarnów)	226 , w tym: I rok – 112, II rok – 55, III rok - 59	--
7) Województwo mazowieckie (5 uczelni: 2 x Warszawa, Płock, Siedlce, Grodzisk Mazowiecki)	606 , w tym: I rok – 265, II rok – 184, III rok - 157	<i>1 uczelnia – Grodzisk Mazowiecki</i>
8) Województwo opolskie (1 uczelnia – Opole)	95 , w tym: I rok – 39, II rok – 28, III rok - 28	--
9) Województwo podkarpackie (2 uczelnie – Rzeszów, Krosno)	183 , w tym: I rok – 62, II rok – 59, III rok - 62	<i>1 uczelnia - Krosno</i>
10) Województwo podlaskie (1 uczelnia – Białystok)	107 , w tym: I rok – 47, II rok – 30, III rok - 30	<i>1 uczelnia - Suwałki</i>
11) Województwo pomorskie (2 uczelnie – Gdańsk, Słupsk)	208 , w tym: I rok – 81, II rok – 62, III rok - 65	--
12) Województwo śląskie (1 uczelnia – Katowice)	395 , w tym: I rok – 154, II rok – 112, III rok - 129	--
13) Województwo świętokrzyskie (1 uczelnia – Kielce)	112 , w tym: I rok – 50, II rok – 26, III rok - 36	--
14) Województwo warmińsko-mazurskie (1 uczelnia – Olsztyn)	146 , w tym: I rok – 84, II rok – 30, III rok - 32	<i>1 uczelnia - Elbląg</i>
15) Województwo wielkopolskie (2 uczelnie – Poznań, Kalisz)	273 , w tym: I rok – 110, II rok – 76, III rok - 87	--
16) Województwo zachodniopomorskie (1 uczelnia – Szczecin)	111 , w tym: I rok – 34, II rok – 46, III rok - 31	--

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Prognozowana liczba absolwentów studiów I stopnia na kierunku położnictwo na najbliższe 3 lata (ogółem 3479):

<i>w roku akademickim 2025/2026 – 1042 licencjatów położnictwa</i>	<i>w roku akademickim 2026/2027 – 1 033 licencjatów położnictwa</i>	<i>w roku akademickim 2027/2028 – 1 404 licencjatów położnictwa</i>
— województwo dolnośląskie – 95	— województwo dolnośląskie - 76	— województwo dolnośląskie - 81
— województwo kujawsko-pomorskie - 40	— województwo kujawsko-pomorskie - 42	— województwo kujawsko-pomorskie - 62
— województwo lubelskie - 116	— województwo lubelskie - 128	— województwo lubelskie - 127
— województwo lubuskie - 24	— województwo lubuskie - 26	— województwo lubuskie - 27
— województwo łódzkie - 51	— województwo łódzkie – 53	— województwo łódzkie - 75
— województwo małopolskie - 59	— województwo małopolskie - 55	— województwo małopolskie - 112
— województwo mazowieckie - 157	— województwo mazowieckie - 184	— województwo mazowieckie - 265
— województwo opolskie - 28	— województwo opolskie - 28	— województwo opolskie - 39
— województwo podkarpackie - 62	— województwo podkarpackie - 59	— województwo podkarpackie – 62
— województwo podlaskie - 30	— województwo podlaskie - 30	— województwo podlaskie - 47
— województwo pomorskie - 65	— województwo pomorskie - 62	— województwo pomorskie - 81
— województwo śląskie – 129	— województwo śląskie - 112	— województwo śląskie - 154
— województwo świętokrzyskie - 36	— województwo świętokrzyskie - 26	— województwo świętokrzyskie - 50
— województwo warmińsko-mazurskie - 32	— województwo warmińsko-mazurskie - 30	— województwo warmińsko-mazurskie - 84
— województwo wielkopolskie - 87	— województwo wielkopolskie - 76	— województwo wielkopolskie - 110
— województwo zachodniopomorskie – 31	— województwo zachodniopomorskie – 46	— województwo zachodniopomorskie – 34

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO - prof. dr hab. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS

Arkusz kwestionariusza Nr 1 SYTUACJA ZAWODOWA POŁOŻNYCH w podmiotach leczniczych w Polsce (wg danych na dzień 30 września 2025r.)

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	SUMA
1	Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą	22	20	20	8	21	19	34	10	18	19	14	36	12	17	28	17	315
2	Czy podmiot leczniczy jest w sieci szpitali?																	
	tak	17	17	16	8	18	14	32	9	15	15	11	29	11	15	27	11	265
3	Poziom referencyjny oddziału położniczego / ginekologiczno-położniczego																	
	I-szy	13	9	9	4	9	3	15	4	7	13	7	18	1	10	18	13	153
	II-gi	5	4	3	2	9	14	12	4	7	1	4	12	6	4	9	0	96
	III-ci	4	3	6	2	3	1	6	1	4	2	1	5	2	2	1	4	47
	Sala porodowa / blok porodowy																	
	- jest w strukturze oddziału poł.-gin.	15	14	16	8	16	17	28	8	16	13	11	32	9	12	24	16	255
	- stanowi odrębną jednostkę	4	2	0	0	4	1	4	1	2	0	1	2	0	1	2	1	25
	Położnictwo																	
	- jest w strukturze oddziału poł.-gin.	20	15	15	8	19	18	28	7	16	13	11	33	9	13	25	17	267
	- stanowi odrębną jednostkę	0	1	1	0	1	0	4	1	0	0	1	0	0	0	1	0	10
	Patologia ciąży																	
	- jest w strukturze oddziału poł.-gin.	15	13	13	7	14	17	21	7	9	10	8	23	8	6	20	10	201
	- stanowi odrębną jednostkę	0	2	1	0	1	0	3	1	0	0	1	0	0	0	1	1	11
	Ginekologia																	
	- jest w strukturze oddziału poł.-gin.	20	14	13	8	19	18	27	9	17	12	11	31	9	13	25	16	262
	- stanowi odrębną jednostkę	2	4	4	0	2	1	7	2	1	5	3	3	2	3	3	2	44
4	Poziom referencyjny oddziału neonatologicznego / noworodkowego																	
	I-szy	9	9	6	4	8	3	14	3	6	9	7	16	1	9	15	13	132
	II-gi	3	4	3	2	9	14	10	4	6	0	4	12	6	2	8	0	87
	III-ci	7	3	5	2	3	1	8	1	4	3	1	5	2	2	2	4	53
	Neonatologia																	
	- jest w strukturze oddziału poł.-gin.	3	6	2	2	4	0	1	0	0	7	1	3	0	4	1	4	38
	- jest w strukturze oddziału poł.-neonat.	0	2	3	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1	12
	- stanowi odrębną jednostkę	17	8	12	6	14	18	29	8	17	6	11	28	9	8	23	12	226

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	SUMA
5	Ogólna liczba zatrudnionych położnych (lecznictwo stacjonarne), w tym:																	
	a) umowa o pracę na pełny etat	880	618	964	182	1154	697	1841	379	744	531	581	1482	587	503	1488	547	13178
	b) umowa o pracę na część etatu	30	7	7	6	37	21	144	29	3	23	20	112	11	36	63	19	568
	c) zatrudnienie na zastępstwo	4	14	30	0	45	3	37	16	14	7	15	17	25	1	11	15	254
	d) umowa cywilno-prawna	193	167	34	98	156	179	313	9	18	99	139	282	25	133	190	162	2197
	e) wolontariat	0	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	2	0	8
	f) liczba zatrudnionych położnych, które nabyły uprawnienia emerytalne	150	88	121	58	127	108	222	20	100	87	59	162	72	94	91	101	1660
	g) liczba położnych, które uzyskają uprawnienia emerytalne do końca 2025r.	22	31	13	6	17	18	40	4	20	7	19	25	12	11	37	8	290
	h) liczba położnych, które odejdą na emeryturę do końca 2025r.	1	5	5	1	3	12	7	5	12	4	6	6	1	0	15	6	89
	i) liczba położnych, które uzyskają uprawnienia emerytalne w 2026r.	45	33	45	11	72	48	66	7	32	26	22	59	22	36	59	15	598
	j) potrzeby kadrowe / brakujące etaty	20	15	5	8	16	11	24	5	3	5	17	14	8	8	9	17	185
6	Liczba absolwentów studiów na kierunku położnictwo, którzy uzyskali zatrudnienie w tym podmiocie leczniczym w 2025 roku:															0		
	a) studiów I stopnia	27	20	18	4	51	26	52	6	13	4	26	35	11	19	49	21	382
	b) studiów II stopnia	6	9	10	3	7	14	18	1	1	3	5	11	4	1	80	8	181
7	Jakie są jeszcze możliwości zatrudnienia (liczba etatów) w tym podmiocie leczniczym w 2025 roku absolwentów studiów na kierunku położnictwo:																	
	a) studiów I stopnia	12	6	2	13	15	6	18	3	0	5	15	5	0	9	9	12	130
	b) studiów II stopnia	5	2	3	5	6	4	2	0	0	0	0	3	1	5	4	1	41
8	Jakie są możliwości zatrudnienia (liczba etatów) w tym podmiocie leczniczym w 2026 roku absolwentów studiów na kierunku położnictwo:																	
	a) studiów I stopnia	32	24	4	14	23	35	27	18	9	7	29	14	5	24	15	15	295
	b) studiów II stopnia	16	7	0	11	20	6	6	0	1	0	1	2	5	6	2	6	89

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	SUMA
9	Staż pracy zatrudnionych położnych <i>(liczba położnych) :</i>																	
	a) poniżej 1 roku	32	32	27	4	38	35	124	17	14	10	32	73	16	29	99	26	608
	b) 1-5 lat	128	141	128	22	240	147	448	81	127	107	151	289	105	104	259	115	2592
	c) 6-10 lat	146	140	182	34	250	70	345	79	96	102	121	291	118	32	261	84	2351
	d) 11-20 lat	131	72	150	18	228	71	298	94	89	86	138	280	111	37	350	85	2238
	e) 21-30 lat	198	139	190	57	245	131	411	62	111	77	135	273	90	89	284	126	2618
	f) 31-35 lat	150	87	112	55	127	155	273	40	114	58	66	172	74	93	171	86	1833
	g) powyżej 35	159	152	203	78	190	189	332	30	140	114	82	256	102	114	196	102	2439
	h) położne z uprawnieniami emerytalnymi	128	101	112	66	123	111	209	23	90	83	62	149	65	109	120	89	1640
10	Zajmowane stanowiska przez położne <i>(liczba położnych) :</i>																	
	a) dyrektor ds. pielęgniarstwa	0	1	1	0	0	0	4	0	0	1	0	1	0	1	1	1	11
	b) naczelnia pielęgniarka (położna) / zastępca	3	0	3	1	3	2	1	3	2	0	1	2	0	0	6	1	28
	c) przełożona pielęgniarek / położnych	2	0	0	1	2	0	2	0	0	1	1	2	0	0	0	0	11
	d) zastępca przełożonej	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	e) położna oddziałowa	19	13	26	7	25	24	50	12	23	17	16	46	6	13	45	16	358
	f) z-ca położnej oddziałowej	46	5	9	4	3	7	7	5	3	11	3	15	4	8	22	5	157
	g) kierownik ds. położnictwa	19	1	2	0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	28
	h) położna koordynująca	28	17	14	1	16	9	30	11	11	7	17	30	17	8	10	9	235
	i) asystent	218	8	6	0	25	28	34	0	80	4	41	93	27	22	36	77	699
	j) położna epidemiologiczna	3	2	5	3	1	5	4	3	9	2	19	6	1	0	4	0	67
	k) położna	287	183	175	103	237	236	531	104	154	129	379	563	244	229	521	223	4298
	l) starsza położna	165	199	163	45	270	266	682	53	115	60	225	338	138	110	242	146	3217
	m) położna specjalistka	268	444	602	132	606	398	698	201	312	328	404	722	188	199	854	305	6661
	n) edukator ds. diabetologii	33	4	2	3	10	0	1	0	3	0	1	7	0	0	3	0	67
	o) edukator ds. laktacji	42	18	10	12	33	8	52	4	5	17	27	95	3	6	36	14	382
	p) inne stanowisko	19	3	10	10	1	4	56	0	0	31	0	61	1	1	58	2	257
11	Kwalifikacje zawodowe zatrudnionych położnych:																	
	a) ogólna liczba zatrudnionych położnych	1103	812	1015	286	1350	903	2260	418	762	643	773	1840	644	653	1720	731	15913
	b) liczba położnych z tytułem magistra położnictwa	480	372	619	64	732	344	1181	243	379	349	368	1012	406	201	1010	274	8034
	c) liczba położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa	12	11	17	3	23	23	34	5	1	14	7	9	14	11	10	6	200
	d) inne wyższe magisterskie	31	14	20	9	57	26	68	10	12	11	12	42	24	16	13	31	396
	e) liczba położnych z tytułem licencjata położnictwa	196	249	136	48	319	268	508	104	127	70	193	422	137	151	350	161	3439
	f) inne wyższe zawodowe - licencjackie	20	5	10	0	29	2	36	1	1	3	7	7	8	2	33	10	174
	g) liczba położnych z wykształceniem średnim medycznym / policealnym	282	157	201	165	237	234	483	59	190	188	159	363	71	279	296	266	3630

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	SUMA
12	Liczba zatrudnionych położnych - specjalistek w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa:																	
	a) epidemiologicznego	11	3	12	5	8	12	10	6	6	2	6	16	3	3	15	1	119
	b) ginekologicznego	18	75	125	32	13	88	57	8	31	20	67	54	6	5	87	41	727
	c) neonatologicznego	168	27	159	18	212	84	233	55	114	66	98	267	133	32	249	78	1993
	d) położniczego	141	71	84	47	131	92	253	27	131	54	41	46	51	45	164	63	1441
	e) rodzinnego	43	48	27	1	13	19	94	16	12	4	10	65	6	3	15	31	407
	f) położniczo-ginekologicznego	287	252	323	70	508	203	801	147	180	267	253	720	214	204	540	161	5130
	g) opieki przed-i okołoporodowej	8	6	11	1	0	3	24	7	8	15	4	1	0	21	20	7	136
13	Liczba zatrudnionych położnych - specjalistek w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia:																	
	a) organizacji i zarządzania	4	1	5	5	4	3	7	1	0	1	4	11	2	1	6	3	58
	b) promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	1	13	0	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	3	0	1	25
	c) medycyny społecznej I ^o	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	d) organizacji ochrony zdrowia II ^o	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4
	e) zdrowia publicznego	0	0	1	2	0	0	4	0	1	0	1	1	0	0	1	2	13
	f) innej	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	2	1	0	0	0	10

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko - Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodnio pomorskie	SUMA
14a	Liczba położnych aktualnie zatrudnionych w stacjonarnej opiece nad kobietą, matką i dzieckiem w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych oddziałach / pododdziałach* danego podmiotu leczniczego:																	SUMA 15945 położne
	a) sali porodowej / traktie / bloku porodowym	165	136	95	35	184	213	319	77	108	92	139	298	91	109	224	152	2437
	b) położniczo-noworodkowym	69	25	11	0	214	24	29	0	0	65	39	15	0	0	22	13	526
	c) położniczym	71	65	40	20	34	87	269	25	31	81	57	114	54	91	97	71	1207
	d) położniczym z traktem / salą porodową	19	70	5	17	10	45	72	8	36	72	26	27	0	64	92	31	594
	e) noworodkowym / neonatologicznym	51	81	143	27	117	124	275	66	152	100	135	306	132	87	347	88	2231
	f) intensywnej terapii noworodka	42	56	37	6	116	22	66	0	11	36	48	13	12	2	9	23	499
	g) patologii noworodka / wcześniaków	84	35	31	0	2	14	41	31	8	34	61	9	16	0	9	2	377
	h) patologii ciąży / perinatologii	69	82	30	19	0	23	122	0	15	71	47	58	35	30	53	43	697
	i) ginekologicznym	35	115	75	39	28	124	193	47	74	80	104	106	81	89	141	42	1373
	j) ginekologicznym operacyjnym	28	0	21	0	0	0	37	13	0	13	0	30	1	0	31	17	191
	k) ginekologiczno-położniczym	192	52	162	61	310	104	426	50	236	122	59	353	50	65	247	102	2591
	l) położniczo-ginekologiczny i patologii ciąży	14	0	124	0	38	104	107	60	48	70	34	115	7	0	7	48	776
	m) ginekologiczno-położniczo-noworodkowym	0	58	26	0	43	72	51	0	0	83	0	31	0	92	0	27	483
	n) rozrodczości / andrologii / niepłodności	0	2	0	0	15	0	0	0	0	6	0	0	0	0	26	0	49
	o) onkologii ginekologicznej	0	20	20	0	18	0	11	0	2	13	0	0	0	16	35	33	168
	p) ginekologii onkologicznej	15	37	11	0	39	0	0	3	0	16	25	25	0	0	0	11	182
	q) izbie przyjęć (poł-ginek.)	56	36	39	7	39	36	115	12	3	19	40	50	35	27	50	39	603
	r) bloku operacyjnym (poł-ginek.)	15	25	48	3	80	23	90	14	23	29	15	107	33	20	69	28	622
	s) inne miejsce/oddział	6	11	41	0	13	23	14	1	11	1	0	11	2	6	182	17	339

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko - Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodnio pomorskie	SUMA
14b	Liczba pielęgniarek aktualnie zatrudnionych w stacjonarnej opiece nad kobietą, matką i dzieckiem w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych oddziałach / pododdziałach* danego podmiotu leczniczego:																	SUMA 3062 pielęgniarki
	b) położniczo-noworodkowym	24	22	0	0	21	0	23	0	0	7	8	0	0	3	3	8	119
	c) położniczym	0	0	0	0	0	0	14	0	5	0	0	5	0	5	3	0	32
	d) położniczym z traktem / salą porodową	7	0	0	0	0	1	24	0	15	0	0	5	0	0	0	0	52
	e) noworodkowym / neonatologicznym	72	69	49	47	62	137	182	45	107	28	76	105	49	105	187	71	1391
	f) intensywnej terapii noworodka	54	49	5	17	72	30	69	0	5	12	22	34	4	28	22	33	456
	g) patologii noworodka / wcześniaków	59	35	3	0	11	6	64	7	1	7	7	8	19	1	7	3	238
	h) patologii ciąży / perinatologii	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	22
	i) ginekologicznym	31	3	0	0	0	2	18	7	9	5	0	11	1	2	4	8	101
	j) ginekologicznym operacyjnym	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1	0	0	0	12	18
	k) ginekologiczno-położniczym	3	0	4	7	3	18	28	0	0	0	0	9	0	2	17	14	105
	l) położniczo-ginekologiczny i patologii ciąży	0	0	0	0	0	1	0	3	11	0	0	4	0	0	0	0	19
	m) ginekologiczno-położniczo-noworodkowym	0	7	0	0	10	2	51	0	0	37	0	0	0	0	0	0	107
	n) rozrodczości / andrologii / niepłodności	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
	o) onkologii ginekologicznej	0	0	0	0	0	0	0	0	13	16	0	0	0	0	2	0	31
	p) ginekologii onkologicznej	0	0	0	0	27	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	28
	q) izbie przyjęć (poł-ginek.)	2	0	0	0	14	0	8	0	1	0	0	0	0	0	1	0	26
	r) bloku operacyjnym (poł-ginek.)	28	0	5	0	55	10	61	9	17	13	17	38	0	7	29	24	313

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	SUMA
15a	Liczba położnych aktualnie zatrudnionych w ambulatoryjnym leczeniu specjalistycznym w opiece nad kobietą, matką i dzieckiem (rodziną)*:																	SUMA 1015 położne
	a) poradnie ginekologiczno-położnicze	20	42	46	12	36	50	114	11	33	24	16	47	14	19	49	16	549
	b) poradnie ginekologiczne	0	3	1	0	1	4	7	5	0	6	1	6	0	0	1	4	39
	w tym: poradnie ginekologii onkologicznej	2	12	2	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	3	23
	c) poradnie patologii ciąży	4	1	0	0	2	0	3	0	0	5	1	3	3	0	0	3	25
	d) poradnie okresu przekwitania	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	e) poradnie profilaktyki chorób piersi	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	6
	f) poradnie planowania rodziny i rozrodczości	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
	g) poradnie endokrynologiczno-ginekologiczne	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	1	0	1	3	9
	h) poradnie andrologiczne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	i) poradnie leczenia niepłodności	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	4
	j) poradnie seksuologiczne i patologii współżycia	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	k) poradnie neonatologiczne	8	2	0	1	0	7	7	0	2	3	0	5	0	0	0	2	37
	l) poradnie / punkty laktacyjne	2	6	1	0	0	6	6	2	1	2	6	4	1	1	4	2	44
	m) szkoły rodzenia	18	16	3	3	7	30	39	0	6	1	16	33	8	4	21	13	218
	n) poradnie promocji zdrowia	0	1	0	0	0	2	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10
	o) inne komórki organizacyjne	0	6	1	0	0	5	5	1	1	2	0	1	0	0	23	0	45
	w jakim stopniu zaspokojone są potrzeby kadrowe?																	
	aktualna liczba etatów	161	218	56	55	217	113	179	13	263	126	252	152	114	56	314	89	2378
	liczba brakujących etatów	0	10	0	6	0	0	8	0	1	4	1	6	0	11	2	9	58

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko - Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodnio pomorskie	SUMA
15b	Liczba pielęgniarek aktualnie zatrudnionych w ambulatoryjnym leczeniu specjalistycznym w opiece nad kobietą, matką i dzieckiem (rodzina)*:																	SUMA 99 pielęgniarek
	a) poradnie ginekologiczno-położnicze	1	1	0	0	3	0	2	4	4	3	0	5	0	0	4	3	30
	b) poradnie ginekologiczne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	4
	w tym: poradnie ginekologii onkologicznej	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	c) poradnie patologii ciąży	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	d) poradnie okresu przekwitania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	e) poradnie profilaktyki chorób piersi	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
	f) poradnie planowania rodziny i rozrodczości	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	g) poradnie endokrynologiczno-ginekologiczne	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	h) poradnie andrologiczne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	i) poradnie leczenia niepłodności	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	j) poradnie seksuologiczne i patologii współżycia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	k) poradnie neonatologiczne	5	1	1	0	3	4	9	1	0	2	0	1	1	0	1	1	30
	l) poradnie / punkty laktacyjne	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
	m) szkoły rodzenia	0	0	0	0	0	4	9	0	1	0	0	1	1	0	3	2	21
	n) poradnie promocji zdrowia	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	SUMA
16	Liczba położnych zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej (położna rodzinna/poz):																	
	a) poradnie (gabinety) lekarza poz / rodzinnego	3	3	14	0	3	2	18	0	4	6	0	3	0	2	1	1	60
	b) poradnie (gabinety) pielęgniarki i położnej rodzinnej	0	4	6	0	3	3	7	0	5	1	1	8	0	0	1	0	39
	c) poradnie (gabinety) położnej rodzinnej	8	12	2	0	4	0	22	0	6	5	1	9	2	0	0	4	75
	d) gabinety medycyny szkolnej	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	e) gabinety szczepień / punkty szczepień	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	f) gabinety zabiegowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	w jakim stopniu zaspokojone są potrzeby kadrowe?																	
	aktualna liczba etatów	6	15	15	1	7	5	28	0	48	8	2	11	1	15	17	4	183
	liczba brakujących etatów	0,5	2	0	0	1	0	1	0	0	2	0,5	2	0	0	1	2	12
	formy zatrudnienia															0		
	umowa o pracę	20	6	15	0	8	4	28	0	44	10	2	50	0	12	29	1	229
	umowy cywilnoprawne	7	8	4	0	1	1	9	0	1	4	0	4	2	3	11	3	58
17	Liczba położnych, które uzyskają uprawnienia emerytalne w latach 2025 – 2027 (ogółem):																	
	a) z podstawowej opieki zdrowotnej w latach:															0		
	2025	8	11	5	0	14	13	8	0	13	0	5	17	0	2	11	7	114
	2026	7	7	6	1	15	13	7	0	5	4	7	17	0	4	24	7	124
	2027	5	0	7	0	3	16	7	1	2	1	6	14	0	3	11	3	79
	b) z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w latach															0		
	2025	0	4	6	0	4	2	7	0	0	1	0	1	0	1	2	1	29
	2026	2	1	2	1	1	4	15	0	0	2	0	0	0	2	1	3	34
	2027	0	3	1	0	1	0	12	0	2	2	0	3	0	2	1	4	31
18	Prognozy i potrzeby zatrudnienia położnych do roku 2027 w zakładach:																	
	a) podstawowej opieki zdrowotnej w latach:															0		
	2025	8	0	0	2	1	3	4	0	0	1	2	1	0	0	2	3	27
	2026	15	0	5	0	7	7	16	1	5	0	5	2	0	0	7	6	76
	2027	6	0	2	0	1	4	5	1	1	1	4	6	0	1	3	4	39
	b) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w latach															0		
	2025	2	1	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	0	2	12
	2026	3	3	9	1	5	6	6	0	0	1	2	3	0	4	3	3	49
	2027	3	1	3	0	3	1	7	0	2	4	0	3	0	3	3	1	34

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	SUMA
	ZAPOTRZEBOWANIE na różne formy kształcenia podyplomowego dla położnych																	
19	Prognoza zapotrzebowania do roku 2026 na szkolenia specjalizacyjne / specjalizacje dla położnych w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa (liczba miejsc):																	
	a) epidemiologicznego	2	8	3	0	4	8	1	2	4	3	1	8	2	3	4	1	54
	b) ginekologiczno-położniczego	46	29	25	13	38	64	44	11	14	15	26	74	5	23	35	53	515
	c) neonatologicznego	32	9	17	10	25	23	23	2	5	16	11	35	7	16	18	19	268
	d) rodzinnego	16	1	5	0	9	2	8	0	1	4	0	15	3	0	1	0	65
20	Prognoza zapotrzebowania do roku 2026 na kursy kwalifikacyjne dla położnych w poszczególnych dziedzinach (liczba miejsc):																	
	a) pielęgniarstwo rodzinne	8	6	3	0	12	8	8	0	3	4	0	14	4	0	1	4	75
	b) pielęgniarstwo epidemiologiczne	0	7	3	0	8	8	0	0	2	5	0	14	2	3	1	0	53
	c) pielęgniarstwo operacyjne	65	28	7	14	45	46	44	12	24	23	26	95	28	51	38	50	596
	d) pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii	127	40	34	19	50	101	82	30	100	60	85	110	46	48	112	85	1129
	e) inny	0	10	0	0	0	0	0	0	26	0	0	14	0	0	26	0	76

Nr pytania	Zapytanie	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie	SUMA
21	Prognoza zapotrzebowania do roku 2026 na kursy specjalistyczne dla położnych (liczba miejsc):																	
	a) Leczenie ran	59	34	43	33	66	40	62	24	31	24	55	162	15	24	81	44	797
	b) Edukacja wsparcie kobiety w okresie laktacji	102	56	54	33	88	74	146	72	39	34	53	169	78	46	108	79	1231
	c) Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym	56	42	54	13	42	32	70	20	16	23	12	143	35	30	86	25	699
	d) Szczepienia ochronne	31	127	27	6	46	32	44	31	13	17	19	102	7	31	51	25	609
	e) Onkologia ginekologiczna	16	44	55	6	47	30	43	7	1	6	6	141	44	8	32	15	501
	f) Podstawy diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii	31	27	81	7	11	32	55	1	34	25	20	125	29	55	95	28	656
	g) Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu	70	70	74	28	85	48	126	14	44	32	57	148	50	82	119	84	1131
	h) Edukator w cukrzycy	32	124	47	15	56	20	55	9	16	9	13	159	22	22	72	15	686
	i) Wykonywanie interpretacja zapisu elektrokardiograficznego	60	63	46	6	71	39	108	15	35	10	35	122	30	46	95	64	845
	j) Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie	191	24	97	10	57	53	52	21	68	15	18	134	70	30	119	77	1036
	k) Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI	20	13	6	2	9	10	9	2	5	2	0	83	20	32	20	1	234
	l) Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów	2	26	25	1	13	9	27	6	0	0	0	95	14	4	30	22	274
	m) Terapia bólu ostrego u dorosłych	17	11	20	13	53	13	31	4	10	5	5	85	21	31	67	34	420
	n) Terapia bólu przewlekłego dorosłych	22	9	18	11	35	13	31	4	4	5	1	75	19	19	46	30	342
	o) Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka	149	67	61	23	78	88	85	36	44	43	60	238	35	43	52	86	1188
	p) Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	83	61	36	43	68	69	46	35	17	18	43	153	30	32	63	64	861
	q) Podstawy języka migowego	19	15	18	4	18	6	27	11	2	3	16	84	17	37	60	16	353
	r) Wywiad i badanie fizykalne	15	3	9	2	43	12	16	2	0	3	0	65	6	20	23	21	240
	s) Ordynowanie leków i wypisywanie recept	1	1	22	2	26	11	33	4	17	2	0	50	10	2	39	9	229
	t) Inny	0	26	0	0	0	0	12	0	0	0	0	37	0	0	0	0	75

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

ZAŁĄCZNIK 3.

Tabela 1. Zestawienie wybranych danych dotyczących sytuacji zawodowej położnych w Polsce w latach 2022-2025, w oparciu o informacje uzyskane z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

	30.09.2022r.		30.09.2023r.		31.12.2024r.		30.09.2025r.					
Liczba wpisanych do rejestru położnych - ogółem	41 380		42 311		43 173		44 085					
Liczba zatrudnionych położnych - ogółem	29 198		29 828		30 567		30 579					
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>20-30 lat</u>	3 324	11,38%	21 739 74,45% ogółu zatrudnionych	3 552	11,91%	21 594 72,40% ogółu zatrudnionych	3 435	11,24%	20 676 67,64% ogółu zatrudnionych	4 076	13,33%	21 430 70,08% ogółu zatrudnionych
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>31-40 lat</u>	3 359	11,50%		3 606	12,09%		4 135	13,53%		4 084	13,36%	
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>41-50 lat</u>	4 937	16,91%		4 513	15,13%		3 875	12,68%		3 974	13,00%	
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>51-60 lat</u>	10 119	34,66%		9 923	33,27%		9 231	30,20%		9 296	30,40%	
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>61-70 lat</u>	6 053	20,73%	7 459 25,55%	6 557	21,98%	8 234 27,60%	7 482	24,48%	9 891 32,36%	6 888	22,53%	9 149 29,92%
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>powyżej 70 lat</u>	1 406	4,82%		1 677	5,62%		2 409	7,88%		2 261	7,39%	
Liczba zatrudnionych położnych, które nabyły uprawnienia emerytalne	7 459	25,55%	9 149	30,67%	9 891	32,36%	12 470	40,78%				
Liczba zarejestrowanych położnych posiadających także prawo wykonywania zawodu pielęgniarki	2 293		2 372		2 407		2 465					
Liczba położnych, które mają przyznane prawo wykonywania zawodu na przestrzeni ostatnich 5 lat – obywatele poza UE	(2016-2021) 92		223		735		1 074					
Liczba położnych, które mają przyznane prawo wykonywania zawodu w danym roku - obywatele poza UE	128		272		321		353					

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego

– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Tabela 2. Zestawienie wybranych danych dotyczących sytuacji zawodowej położnych w Polsce w roku 2025 w oparciu o informacje uzyskane z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (wg stanu na dzień 30.09.2025r.)

DANE	OGÓLEM POLSKA	WOJEWÓDZTWA															
		1.D	2.KP	3.Lube	4.Lubu	5.Ł	6.Mał	7.Maz	8.O	9.Podk	10.Podl	11.Pom	12.Śl	13.Św	14.W- M	15.W	16.ZP
Liczba ogółem wpisanych do rejestru położnych	44085	3055	2219	2712	920	3096	3793	6110	1028	3029	1565	2358	5222	1611	1319	4369	1679
Liczba zatrudnionych położnych - ogółem	30 579	2244	1551	1861	473	1808	2854	4436	664	1788	1080	1570	3960	908	1100	3113	1169
	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>	<i>(100%)</i>
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>20-30 lat</u>	4076	222	243	215	17	85	439	552	140	264	164	287	514	160	115	497	162
	13,33%	9,89%	15,67%	11,55%	3,59%	4,70%	15,38%	12,44%	21,08%	14,77%	15,19%	18,28%	12,98%	17,62%	10,45%	15,97%	13,86%
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>31-40 lat</u>	4084	239	182	278	23	176	315	693	158	291	120	210	477	183	34	594	111
	13,36%	10,65%	11,73%	14,94%	4,86%	9,73%	11,04%	15,62%	23,80%	16,28%	11,11%	13,38%	12,05%	20,15%	3,09%	19,08%	9,50%
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>41-50 lat</u>	3974	232	104	281	56	302	320	597	115	246	133	201	564	132	78	480	133
	13,00%	10,34%	6,71%	15,10%	11,84%	16,70%	11,21%	13,46%	17,32%	13,76%	12,31%	12,80%	14,24%	14,54%	7,09%	15,42%	11,38%
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>51-60 lat</u>	9296	671	564	627	201	607	914	1282	162	634	303	444	1037	290	388	794	378
	30,40%	29,90%	36,36%	33,69%	42,49%	33,57%	32,03%	28,90%	24,40%	35,46%	28,06%	28,28%	26,19%	31,94%	35,27%	25,51%	32,34%
Liczba ogółem zatrudnionych położnych w przedziale wiekowym: <u>20-60 lat</u>	21 430	1364	1093	1401	297	1170	1988	3124	575	1435	720	1142	2592	765	615	2365	784
	70,08%	60,78%	70,47%	75,28%	62,79%	64,71%	69,66%	70,42%	86,60%	80,26%	66,67%	72,74%	65,45%	84,25%	55,91%	75,97%	67,07%
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>61-65 lat</u>	4113	364	223	257	82	262	328	555	48	232	191	178	559	89	243	324	178
	13,45%	16,22%	14,38%	13,81%	17,34%	14,49%	11,49%	12,51%	7,23%	12,98%	17,69%	11,34%	14,12%	9,80%	22,09%	10,41%	15,23%
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>66-70 lat</u>	2775	262	148	129	58	211	261	368	25	78	105	162	429	29	140	239	131
	9,07%	11,68%	9,54%	6,93%	12,26%	11,67%	9,15%	8,30%	3,77%	4,36%	9,72%	10,32%	10,83%	3,19%	12,73%	7,68%	11,21%
Liczba zatrudnionych położnych wg przedziałów wiekowych: <u>powyżej 70 lat</u>	2261	254	87	74	36	165	277	389	16	43	64	88	380	25	102	185	76
	7,39%	11,32%	5,61%	3,98%	7,61%	9,13%	9,71%	8,77%	2,41%	2,40%	5,93%	5,61%	9,60%	2,75%	9,27%	5,94%	6,50%
Liczba ogółem zatrudnionych położnych w przedziale wiekowym: <u>61-70+lat</u>	9149	880	458	460	176	638	866	1312	89	353	360	428	1368	143	485	748	385
	29,92%	39,22%	29,53%	24,72%	37,21%	35,29%	30,34%	29,58%	13,40%	19,74%	33,33%	27,26%	34,55%	15,75%	44,09%	24,03%	32,93%

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

DANE	OGÓLEM POLSKA	WOJEWÓDZTWA															
		1.D	2.KP	3.Lube	4.Lubu	5.Ł	6.Mał	7.Maz	8.O	9.Podk	10.Podl	11.Pom	12.Śl	13.Św	14.W-M	15.W	16.ZP
Liczba zatrudnionych położnych - ogółem	30 579	2 244	1 551	1 861	473	1 808	2 854	4 436	664	1 788	1 080	1 570	3 960	908	1 100	3 113	1 169
Liczba zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym	18 109	1 024	932	1 246	236	931	1 605	2 600	542	1 324	617	1 020	2 092	702	473	2 095	670
	59,22% zatrudnionych	45,63%	60,09%	66,95%	49,89%	51,49%	56,24%	58,61%	81,63%	74,05%	57,13%	64,97%	52,83%	77,31%	43,00%	67,30%	57,31%
Liczba zatrudnionych położnych, które nabyły uprawnienia emerytalne	12 470	1 220	619	615	237	877	1 249	1 836	122	464	463	550	1 868	206	627	1 018	499
	40,78% zatrudnionych	54,37%	39,91%	33,05%	50,11%	48,51%	43,76%	41,39%	18,37%	25,95%	42,87%	35,03%	47,17%	22,69%	57,00%	32,70%	42,69%
Liczba położnych, które nabydą uprawnienia emerytalne do końca 2025 r. 1 326 (4,34% ogółu zatrudnionych położnych) (6,19% zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym)	1 326	107	104	104	32	103	127	147	20	98	47	52	149	48	36	103	49
	6,19% zatrudnionych	10,00%	11,16%	8,35%	13,56%	11,06%	7,91%	5,65%	3,69%	7,40%	7,62%	5,10%	7,13%	6,84%	7,61%	4,92%	7,31%
Liczba położnych, które nabydą uprawnienia emerytalne do końca 2026 r. 2 709 (8,87% ogółu aktualnie zatrudnionych położnych) (12,73% zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym)	2 709	219	188	194	63	230	264	315	39	183	96	120	294	93	109	209	93
	12,73% zatrudnionych	21,39%	20,17%	15,57%	26,69%	24,71%	16,45%	12,12%	7,17%	13,82%	15,56%	11,76%	14,05%	13,25%	23,04%	9,98%	13,88%
Liczba położnych, które nabydą uprawnienia emerytalne do 2030 r. 7 597 (24,87% ogółu aktualnie zatrudnionych położnych) (35,45% zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym)	7 597	553	490	541	204	522	754	939	118	518	279	375	861	257	300	624	262
	35,45% zatrudnionych	54,00%	52,58%	43,42%	86,44%	56,07%	46,98%	36,12%	21,77%	39,12%	45,22%	36,76%	41,16%	36,61%	63,42%	29,79%	39,10%
Liczba położnych, które nabydą uprawnienia emerytalne do 2035 r. 12 319 (40,32% ogółu aktualnie zatrudnionych położnych) (57,48% zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym)	12 319	875	685	876	236	831	1 144	1 589	215	889	428	652	1 354	384	461	1 077	533
	57,48%	85,45%	73,49%	70,30%	100,00%	89,26%	71,28%	61,12%	39,67%	67,15%	69,37%	63,92%	64,72%	54,70%	97,46%	51,41%	79,55%
Średnia wieku położnych w 2025 r.	51,56	52,63	53,43	50,01	57,78	50,52	51,42	48,66	48,75	51,89	52,94	50,50	51,46	50,44	55,34	49,42	53,78
Liczba zarejestrowanych położnych posiadających także prawo wykonywania zawodu pielęgniarki	2 465	165	166	108	50	258	263	269	48	187	84	89	344	133	43	181	77
	8,06%	7,35%	10,70%	5,80%	10,57%	14,27%	9,22%	6,06%	7,23%	10,46%	7,78%	5,67%	8,69%	14,65%	3,91%	5,81%	6,59%

LEGENDA (województwa):

1.D – dolnośląskie;

2.K-P kujawsko-pomorskie;

3.Lube – lubelskie;

4.Lubu – lubuskie;

5.Ł – łódzkie;

6.Mał – małopolskie;

7.Maz – mazowieckie;

8.O – opolskie

9.Podk – podkarpackie;

10.Podl – podlaskie;

11.Pom – pomorskie;

12.Śl – śląskie;

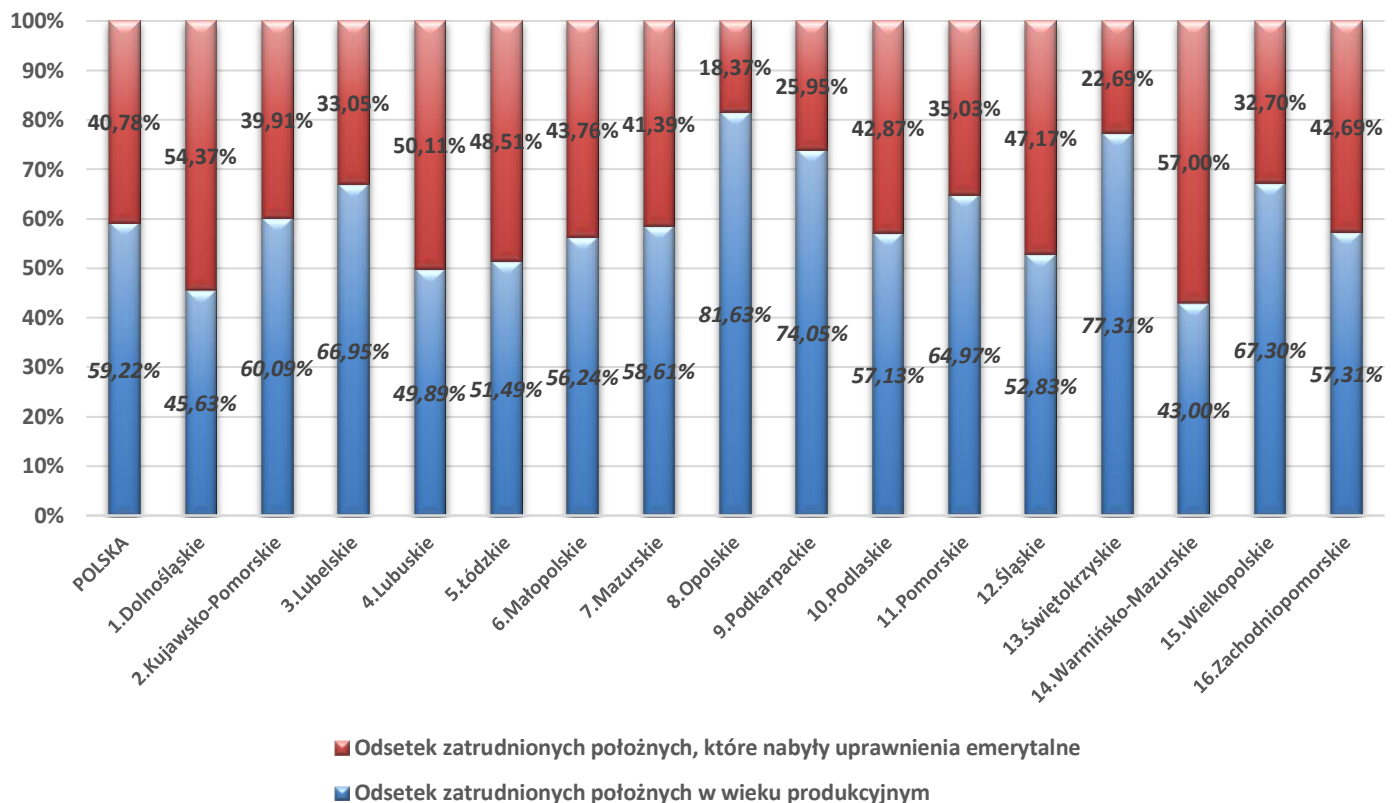
13.Św – świętokrzyskie;

14.W-M warmińsko-mazurskie;

15.W – wielkopolskie;

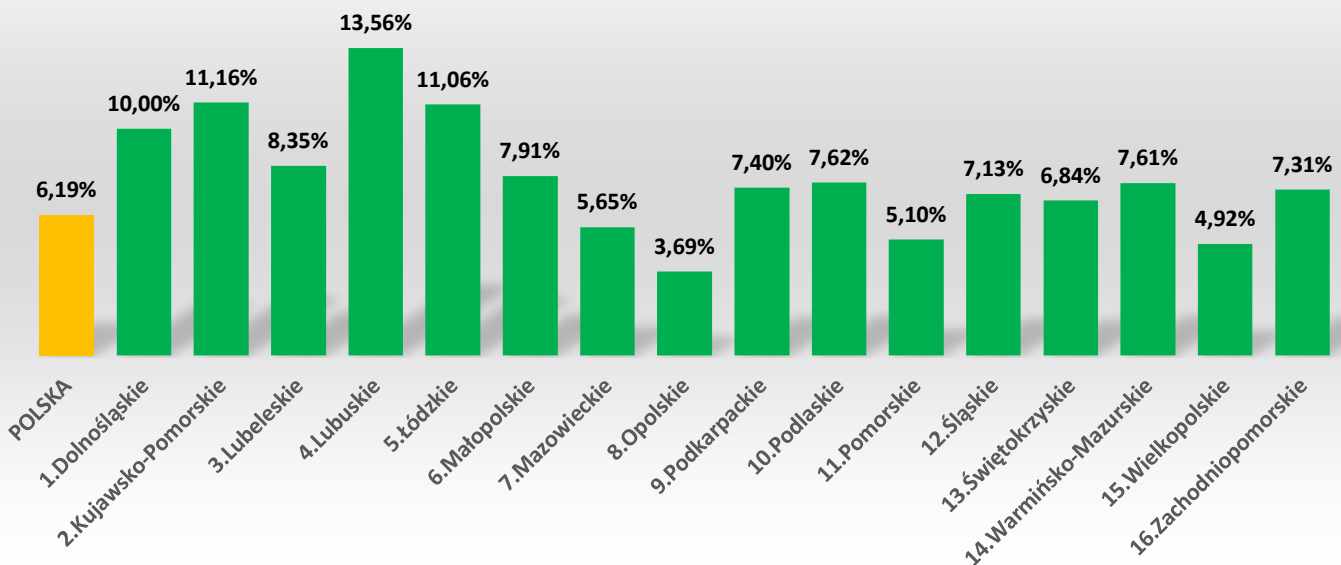
16.Z-P zachodniopomorskie

**Struktura zatrudnienia położnych w Polsce
 wg stanu na dzień 30.09.2025**

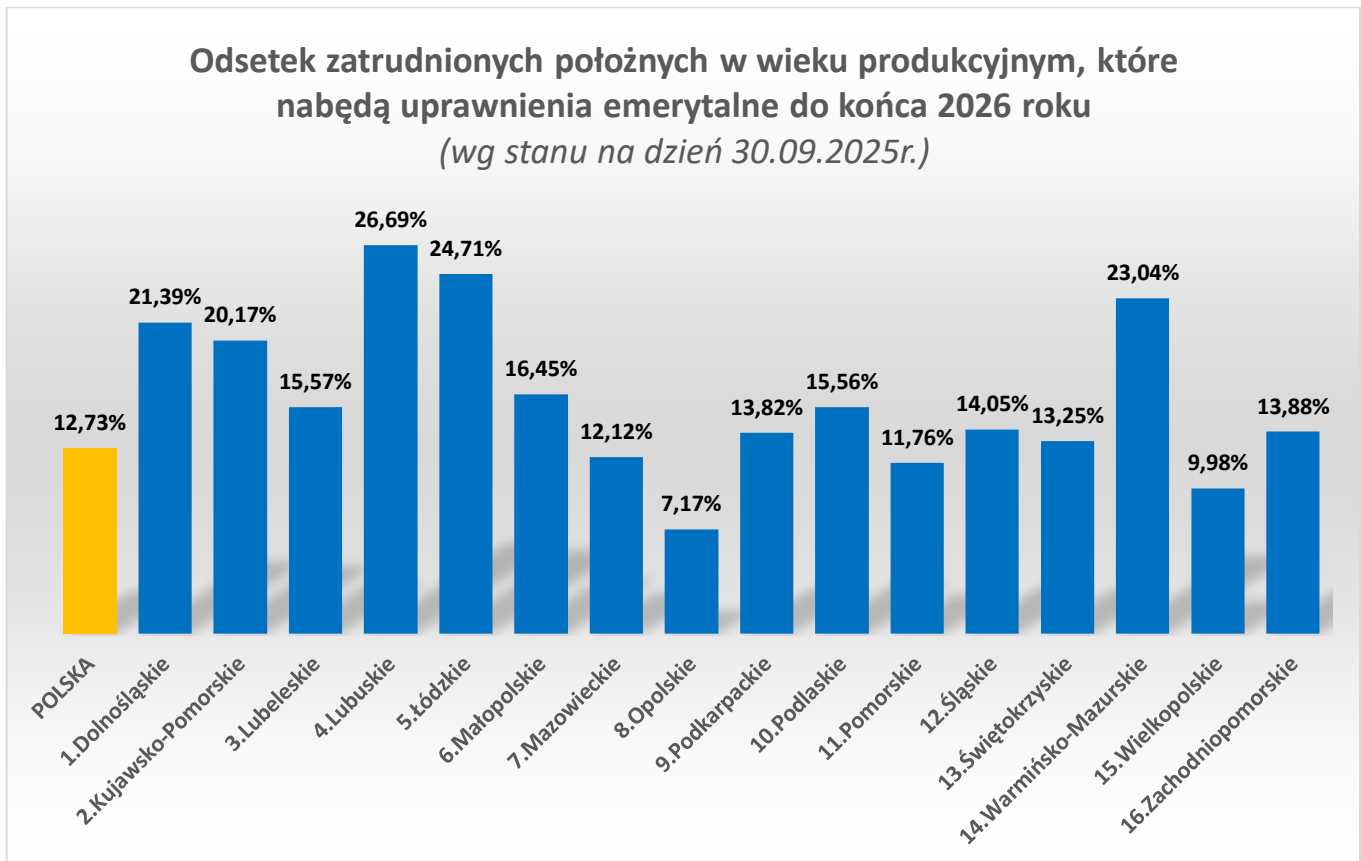


Rycina 1. Struktura zatrudnienia położnych w Polsce (wg stanu na dzień 30.09.2025r.)

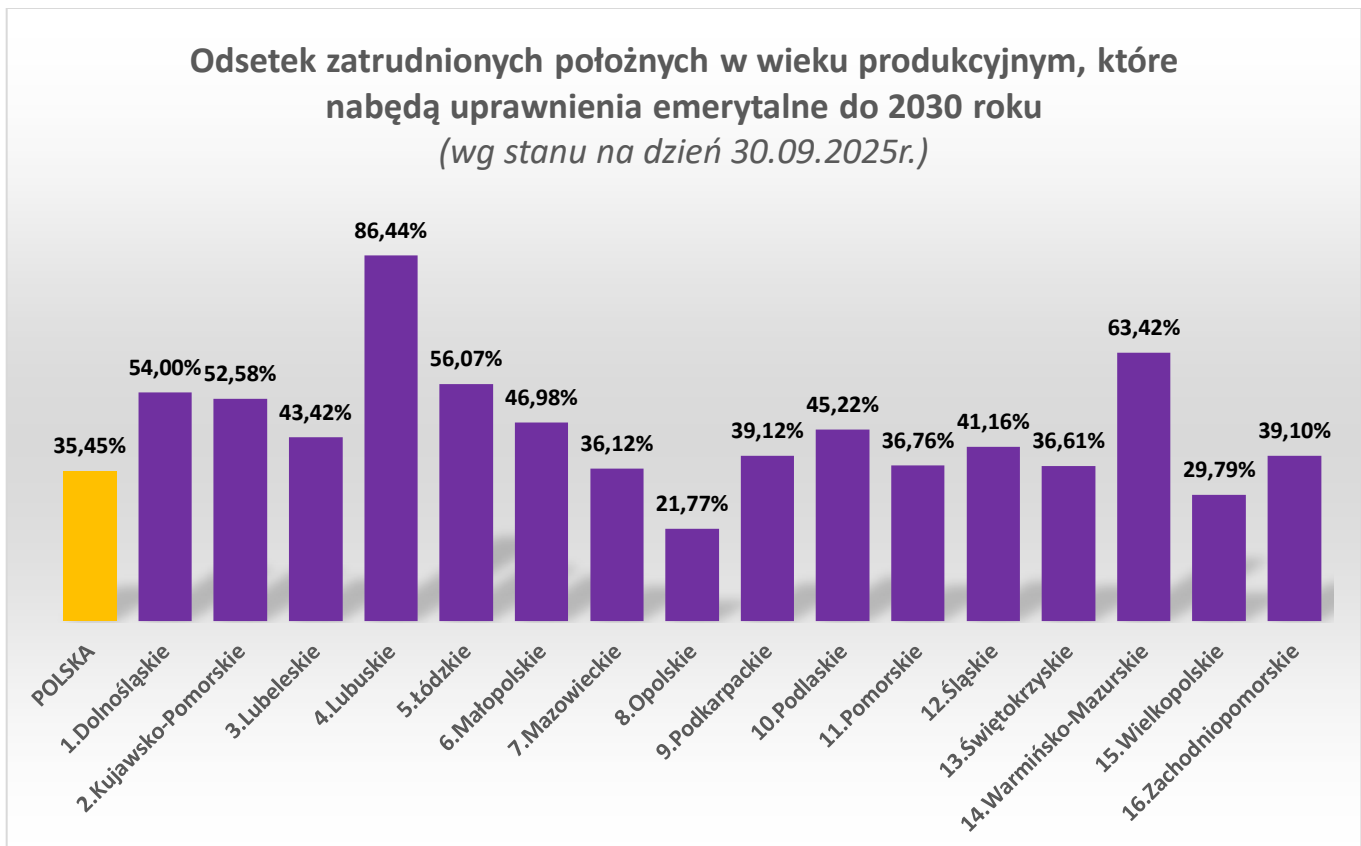
**Odsetek zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym, które
 nabędą uprawnienia emerytalne do końca 2025 roku
 (wg stanu na dzień 30.09.2025r.)**



Rycina 2. Odsetek zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym, które nabędą uprawnienia emerytalne do końca 2025 roku (wg stanu na dzień 30.09.2025r.)

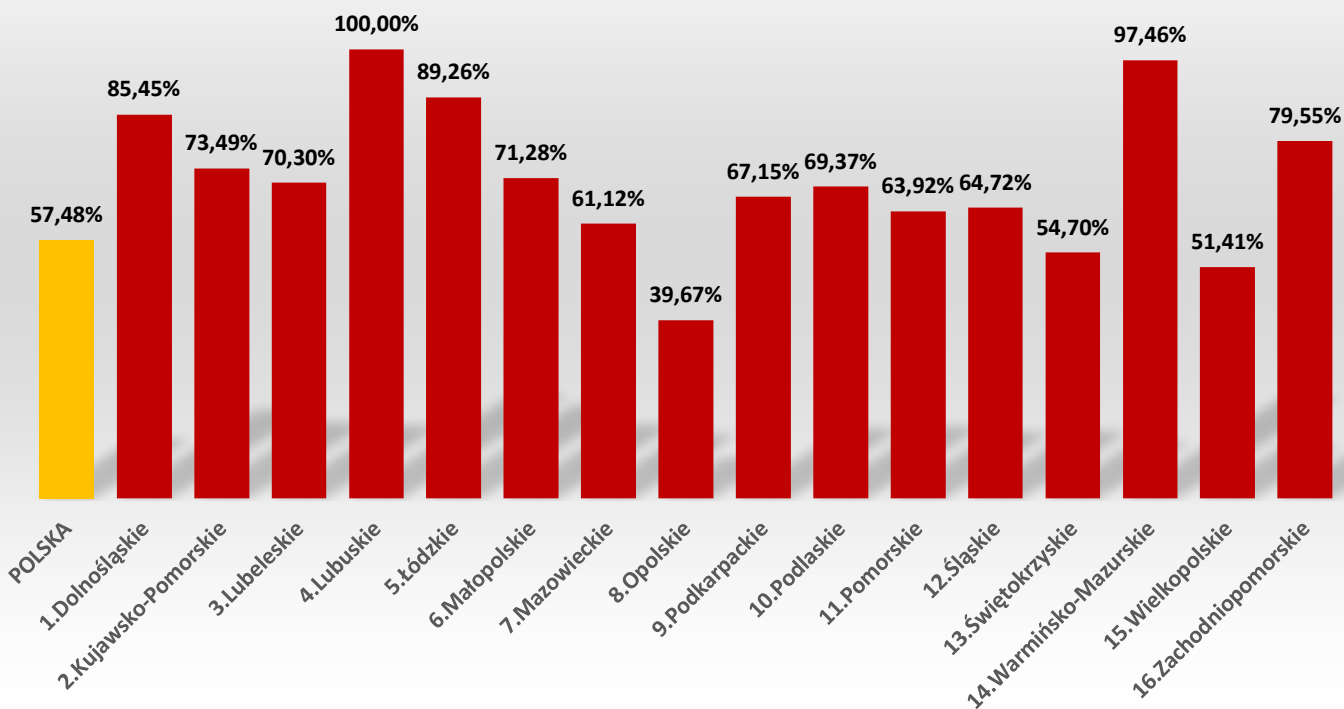


Rycina 3. Odsetek zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym, które nabeżdą uprawnienia emerytalne do końca 2026 roku (wg stanu na dzień 30.09.2025r.)



Rycina 4. Odsetek zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym, które nabeżdą uprawnienia emerytalne do 2030 roku (wg stanu na dzień 30.09.2025r.)

**Odsetek zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym, które
nabędą uprawnienia emerytalne do 2030 roku**
(wg stanu na dzień 30.09.2025r.)



Rycina 4. Odsetek zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym, które nabędą uprawnienia emerytalne do 2035 roku (wg stanu na dzień 30.09.2025r.)

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Tabela 3. Zestawienie wybranych danych dotyczących struktury wiekowej położnych w Polsce stanowiących różnicę pomiędzy liczbą położnych wpisanych do rejestru a liczbą położnych zatrudnionych w roku 2025 w oparciu o informacje uzyskane z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (wg stanu na dzień 30.09.2025r.)

Kryteria analizy	Liczba położnych wpisanych do rejestru	Liczba położnych zatrudnionych	Liczba położnych stanowiąca różnicę pomiędzy zarejestrowanymi a zatrudnionymi	Położne w wieku produkcyjnym				Położne z uprawnieniami emerytalnymi		
				do 30 lat	31-40 lat	41-50 lat	51-60 lat	61-65 lat	66-70 lat	70+ lat
OGÓLEM POLSKA	44 085	30 578	13 507 (100,00%)	2945	1595	1614	2275	1549	1549	1980
				8 429 <i>(62,40% stanowiących różnicę)</i>				5078 (37,60% <i>stanowiących różnicę)</i>		
Dolnośląskie	3 055	2244	811	196	129	113	157	70	64	82
				<i>595 (73,37%)</i>				<i>216 (26,63%)</i>		
Kujawsko-Pomorskie	2 219	1551	668	91	36	38	98	157	116	132
				<i>263 (39,37%)</i>				<i>405 (60,63%)</i>		
Lubelskie	2 712	1861	851	196	75	131	199	81	99	70
				<i>601 (70,62%)</i>				<i>250 (29,38%)</i>		
Lubuskie	920	473	447	18	26	61	112	61	83	86
				<i>217 (48,55%)</i>				<i>230 (51,45%)</i>		
Łódzkie	3 096	1808	1288	411	242	173	173	76	74	139
				<i>999 (77,56%)</i>				<i>289 (22,44%)</i>		
Małopolskie	3 793	2854	939	178	98	143	180	183	84	73
				<i>599 (63,79%)</i>				<i>340 (30,21%)</i>		
Mazowieckie	6110	4436	1675	697	287	151	183	108	104	144
				<i>1318 (78,73%)</i>				<i>356 (21,27%)</i>		
Opolskie	1028	664	364	39	34	44	43	49	75	80
				<i>160 (43,96%)</i>				<i>204 (56,04%)</i>		
Podkarpackie	3029	1788	1241	180	79	116	187	189	233	257
				<i>562 (45,29%)</i>				<i>679 (54,71%)</i>		
Podlaskie	1565	1080	485	60	29	61	100	79	59	97
				<i>250 (51,55%)</i>				<i>235 (48,45%)</i>		
Pomorskie	2358	1570	788	145	88	88	157	80	87	143
				<i>478 (60,66%)</i>				<i>310 (39,34%)</i>		
Śląskie	5222	3960	1262	249	177	214	238	143	114	127
				<i>878 (69,57%)</i>				<i>384 (30,43%)</i>		
Świętokrzyskie	1611	908	703	131	68	51	79	78	119	177
				<i>329 (46,80%)</i>				<i>374 (53,20%)</i>		
Warmińsko-Mazurskie	1319	1100	219	61	17	12	58	19	22	30
				<i>148 (67,58%)</i>				<i>71 (32,42%)</i>		
Wielkopolskie	4369	3113	1257	233	190	153	200	118	143	220
				<i>776 (61,73%)</i>				<i>481 (38,27%)</i>		
Zachodniopomorskie	1679	1169	510	60	20	65	111	58	73	123
				<i>256 (50,20%)</i>				<i>254 (49,80%)</i>		

**Analiza wybranych danych dotyczących sytuacji zawodowej położnych w Polsce
w latach 2022-2025, w oparciu o informacje uzyskane z NRPIP**

Analiza wybranych danych dotyczących sytuacji zawodowej położnych w Polsce w latach 2022-2025,
w oparciu o informacje uzyskane z NRPIP, wg stanu na dzień 30 września 2022r., 2023r. i 2025r. oraz
wg stanu na dzień 31 grudnia 2024r. (por. tabela 1)

- 1) wzrost o 2 678 liczby wpisanych do rejestru położnych - z 41 388 położnych wpisanych do rejestru w 2022 roku do 44 085 położnych wpisanych do rejestru w 2025 roku (wg stanu na dzień 30 września danego roku)
- 2) wzrost o 1 381 położnych zatrudnionych - z liczby 29 198 w 2022 roku do liczby 30 579 w 2025 roku (wg stanu na dzień 30 września danego roku)
- 3) zmniejszenie odsetka zatrudnionych położnych w przedziale wiekowym 20-60 lat (w wieku produkcyjnym) z 74,45% w 2022 roku do 70,08% w 2025 roku (wg stanu na dzień 30 września danego roku)
- 4) zwiększenie odsetka zatrudnionych położnych w przedziale wiekowym 61 lat–70+ (w wieku z uprawnieniami emerytalnymi) z 25,55% w 2022 roku do 29,92% w 2025 roku (wg stanu na dzień 30 września danego roku)
- 5) znaczący wzrost liczby zatrudnionych położnych, które nabyły uprawnienia emerytalne (z 7 459% w 2022 roku do 12 470 w 2025 roku) – tj. z 25,55% w 2022 roku do 40,78% w 2025 roku ogółu zatrudnionych położnych (wg stanu na dzień 30 września danego roku)
- 6) wzrost o 172 liczby zarejestrowanych położnych posiadających także prawo wykonywania zawodu pielęgniarki -z liczby 2 293 w 2022 roku do liczby 2 465 w 2025 roku (wg stanu na dzień 30 września danego roku)
- 7) znaczący wzrost liczby położnych, które mają przyznane prawo wykonywania zawodu położnej - obywatelki poza Unii Europejskiej - z liczby 92 w 2025 roku do liczby 1 074.

Analiza wybranych danych dotyczących sytuacji zawodowej położnych w Polsce w 2025 roku,
w oparciu o informacje uzyskane z NRPIP, wg stanu na dzień 30 września (por. tabela 2)

- 1) Do rejestru NRPIP (według stanu na dzień 30.09.2025 r.) jest wpisanych 44 085 położnych.
- 2) Na ogólną liczbę 30 579 zatrudnionych położnych – 70,08% stanowią zatrudnione położne będące w przedziale wiekowym 20-60 lat.
 - a) największy odsetek zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym (20-60 lat) jest w następujących województwach:
 - województwo opolskie - 86,60%
 - województwo świętokrzyskie – 84,25%
 - województwo podkarpackie – 80,26%
 - województwo wielkopolskie 75,97%
 - województwo lubelskie 70,28%.

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

- b) najmniejszy odsetek zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym (20-60 lat) jest w następujących województwach:
- województwo warmińsko-mazurskie – 55,91%
 - województwo dolnośląskie – 60,78%
 - województwo lubuskie – 62,79%.
- 3) Na ogólną liczbę 30 579 zatrudnionych położnych – 29,92% stanowią zatrudnione położne będące w przedziale wiekowym 61-70+ lat.
- a) największy odsetek zatrudnionych położnych w przedziale wiekowym 61-70+ lat, jest w następujących województwach:
- województwo warmińsko mazurskie 44,09%
 - województwo dolnośląskie 39,22%
 - województwo lubuskie 37,21%
 - województwo łódzkie 35,29%
- b) najmniejszy odsetek zatrudnionych położnych w przedziale wiekowym 61-70+ lat, jest w następujących województwach:
- województwo opolskie 13,40%
 - województwo świętokrzyskie 15,75%
 - województwo podkarpackie 19,74%
 - województwo wielkopolskie 24,03%
 - województwo lubelskie 24,72%.
- 4) Dane z rejestrów NRPiP (*według stanu na dzień 30 września 2025r.*), wskazują, że w grupie położnych zatrudnionych - dwie piąte, tj. 40,78% stanowią zatrudnione położne, które już nabyły uprawnienia emerytalne (*12 470 osób przy ogólnej liczbie zatrudnionych położnych 30 579 osób*) – tabela 2 i rycina 1:
- a) największy odsetek zatrudnionych położnych, które już nabyły uprawnienia emerytalne, jest w następujących województwach:
- województwo warmińsko mazurskie 57,00%
 - województwo dolnośląskie 54,37%
 - województwo lubuskie 50,11%
 - województwo łódzkie 48,51%
 - województwo śląskie 47,17%
- b) najmniejszy odsetek zatrudnionych położnych, które już nabyły uprawnienia emerytalne, jest w następujących województwach:
- województwo opolskie 18,37%
 - województwo świętokrzyskie 22,69%
 - województwo podkarpackie 25,95%

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

— województwo wielkopolskie 32,70%

— województwo lubelskie 33,05%.

5) Dane NRPiP wskazują, że liczba położnych, które nabeżdą uprawnienia emerytalne (*por. tabela 2 i ryciny 2, 3, 4, 5*):

a) **do końca 2025 roku** obejmuje **1 326 osób**, które nabeżdą uprawnienia emerytalne (*rycina 2*):

- **4,34%** ogółu zatrudnionych położnych
- **6,19%** zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym w Polsce – w tym w największym odsetku w województwie lubuskim (13,56%), kujawsko-pomorskim (11,16%), łódzkim (11,06%) i dolnośląskim (10,00%) - stanowiąc prawie co dziesiątą aktualnie zatrudnioną położną będącą w wieku produkcyjnym we wskazanych województwach;

b) **do końca 2026 roku** obejmuje **2 709 osób**, które nabeżdą uprawnienia emerytalne (*rycina 3*):

- **8,87%** ogółu zatrudnionych położnych
- **12,73%** zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym w Polsce – w tym: w największym odsetku w województwie lubuskim (26,69%), łódzkim (24,71%), warmińsko-mazurskim (23,04%), dolnośląskim (21,39%), kujawsko-pomorskim (20,17%) – stanowiąc około co czwartą lub co piątą aktualnie zatrudnioną położną będącą w wieku produkcyjnym we wskazanych województwach;

c) **do 2030 roku** obejmuje **7 597 osób**, które nabeżdą uprawnienia emerytalne (*rycina 4*):

- **24,87%** ogółu zatrudnionych położnych
- **35,45%** zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym w Polsce – w tym: w największym odsetku w województwie lubuskim (86,44%), warmińsko-mazurskim (63,42%), łódzkim (56,07%), dolnośląskim (54,00%), kujawsko-pomorskim (52,58%) – stanowiąc ponad połowę aktualnie zatrudnionych położnych będących w wieku produkcyjnym we wskazanych województwach, a nawet ponad cztery piąte w przypadku województwa lubuskiego;

d) **do 2035 roku** obejmuje **12 319 osób**, które nabeżdą uprawnienia emerytalne (*rycina 5*):

- **40,32%** ogółu zatrudnionych położnych
- **57,48%** zatrudnionych położnych w wieku produkcyjnym w Polsce - w tym: w największym odsetku w województwie lubuskim (100,00%), warmińsko-mazurskim (97,46%), łódzkim (89,26%), dolnośląskim (85,45%), zachodniopomorskim (79,55%) i kujawsko-pomorskim (73,49%) – stanowiąc prawie wszystkie aktualnie zatrudnione położne będące w wieku produkcyjnym w województwie lubuskim czy warmińsko-mazurskim bądź też ponad cztery piąte czy też prawie cztery piąte aktualnie zatrudnionych położnych w Polsce będących w wieku produkcyjnym w województwie dolnośląskim, zachodniopomorskim czy też kujawsko-pomorskim, a ponad dwie trzecie aktualnie zatrudnionych położnych w Polsce będących w wieku produkcyjnym w przypadku województwa małopolskiego (71,28%), lubelskiego (70,30%) czy podlaskiego (69,37%) i podkarpackiego (67,15%), jak również ponad trzy piąte aktualnie zatrudnionych położnych w Polsce będących w wieku produkcyjnym w województwie śląskim (64,72%), pomorskim (63,92%) i mazowieckim (61,12%), a ponad połowę w województwie świętokrzyskim (54,70%) i wielkopolskim (51,41%).

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
– Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

- 6) Średnia wieku położnych w kraju w 2025 roku (wg stanu na dzień 30 września) wynosi 51,56 lat.
- najwyższa średnia wieku położnych dotyczy: województwa lubuskiego 57,78 lat, województwa warmińsko-mazurskiego 55,34 lat, województwa zachodniopomorskiego 53,78 lat i województwa kujawsko-pomorskiego 53,43 lat
 - najniższa średnia wieku położnych dotyczy: województwa małopolskiego 48,66 lat, województwa opolskiego 48,75 i województwa wielkopolskiego 49,49.
- 7) W grupie zarejestrowanych położnych znajdują się położne posiadające również prawo wykonywania zawodu pielęgniarki stanowiąc 8,06% ogółu zarejestrowanych położnych, tj. 2 465 położnych z ogólnej liczby 30 579 zatrudnionych położnych (*największy odsetek w tym zakresie stanowią położne z województwa świętokrzyskiego - 14,65% i z województwa łódzkiego 14,27%, natomiast najmniejszy odsetek stanowią położne z województwa warmińsko-mazurskiego - 3,91%, z województwa pomorskiego - 5,67%, lubelskiego – 5,80% i wielkopolskiego – 5,81%*).

Analiza danych dotyczących struktury wiekowej położnych w Polsce stanowiących różnicę pomiędzy liczbą położnych wpisanych do rejestru a liczbą położnych zatrudnionych w roku 2025

w oparciu o informacje uzyskane z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wg stanu na dzień 30.09.2025r. (por. tabela 3)

W grupie 13 507 położnych stanowiących różnicę pomiędzy położnymi zarejestrowanymi a położnymi zatrudnionymi, wskazanymi w rejestrach NR PiP, 62,40% stanowią położne w wieku produkcyjnym (w przedziale wiekowym 20-60 lat), 37,60 % położne z uprawnieniami emerytalnymi (w przedziale wiekowym 61-70+ lat).

- a) w grupie położnych stanowiących różnicę pomiędzy położnymi zarejestrowanymi a położnymi zatrudnionymi, których większość stanowią położne w wieku produkcyjnym obejmuje województwa: województwo mazowieckie – 78,73%, województwo łódzkie – 77,56%, województwo dolnośląskie 73,37%, województwo lubelskie – 70,62%, województwo śląskie – 69,57% i województwo warmińsko-mazurskie – 67,58%.
- b) w grupie położnych stanowiących różnicę pomiędzy położnymi zarejestrowanymi a położnymi zatrudnionymi, których większość stanowią położne w wieku emerytalnym obejmuje województwa: województwo kujawsko-pomorskie – 60,63%, województwo opolskie – 56,04%, województwo podkarpackie - 54,71%, województwo świętokrzyskie - 53,20% i województwo lubuskie 51,45%.