

Opieka długoterminowa domowa jako świadczenie wyłącznie pielęgniarskie

Analiza prawna dotycząca braku podstaw do udziału opiekuna medycznego

Sebastian Irzykowski, Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Słupsku, Członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

magister pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa internistycznego · Stan prawny na dzień 21 czerwca 2026 r.

Streszczenie

Artykuł dowodzi, że pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest z mocy prawa świadczeniem pielęgniarskim, którego jedynym realizatorem pozostaje pielęgniarka lub pielęgniarz, oraz że brak jest podstaw normatywnych do wprowadzenia do tego świadczenia opiekuna medycznego. Teza opiera się na trzech płaszczyznach analizy: normatywnej (rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych wskazuje pielęgniarkę i pielęgniarza jako jedyny personel opieki długoterminowej domowej i świadomie pomija opiekuna medycznego w warunkach domowych), systemowej (warstwa opiekuńczo-bytowa ma własne zawody i własne, pozamedyczne finansowanie w systemie pomocy społecznej) oraz funkcjonalnej (udział opiekuna medycznego w jednoosobowo realizowanej opiece domowej obniża bezpieczeństwo pacjenta, rozmywa odpowiedzialność i prowadzi do podwójnego finansowania).

1. Wprowadzenie i teza

Postulaty włączenia opiekuna medycznego do realizacji świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych powracają w debacie o systemie opieki nad osobami niesamodzielnymi, najczęściej jako odpowiedź na deficyt kadr pielęgniarskich. Niniejsza analiza wykazuje, że postulat ten jest prawnie i systemowo nieuzasadniony. Przedmiotem badania jest świadczenie gwarantowane „pielęgniarska opieka długoterminowa domowa”, adresowane do świadczeniobiorcy w ciężkim stanie funkcjonalnym (ocena nieprzekraczająca 40 punktów w skali Barthel). Analiza obejmuje kolejno: ramy wykonywania obu zawodów, podstawy prawne samego świadczenia, zakres kompetencji pielęgniarki i pielęgniarza, relację kompetencji opiekuna medycznego do tego świadczenia, równoległy system wsparcia pozamedycznego oraz argumentację dotyczącą bezpieczeństwa, odpowiedzialności i finansowania.

2. Ramy prawne wykonywania zawodów pielęgniarki i opiekuna medycznego

Zawód pielęgniarki i pielęgniarza jest samodzielnym zawodem medycznym. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej definiuje jego wykonywanie jako udzielanie czterech rodzajów świadczeń – zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych – w tym świadczeń udzielanych samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego^{1, 2}. Pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu sprawuje samorząd zawodowy³.

¹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2026 r. poz. 15), w szczególności art. 4, art. 15a i art. 15b.

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497, ze zm.; tekst jednolity – obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2025 r.).

³ Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1760).

Zawód opiekuna medycznego został odrębnie uregulowany dopiero ustawą o niektórych zawodach medycznych, obowiązującą od 26 marca 2024 r.⁴ Szczegółowy wykaz czynności określa rozporządzenie wykonawcze⁵. Konstrukcja tej regulacji pozycjonuje opiekuna medycznego jako zawód wspierający: znacząca część jego czynności o charakterze medycznym jest wykonywana na zlecenie oraz pod nadzorem lekarza, pielęgniarki, pielęgniarza lub położnej. Różnica ustrojowa między zawodem samodzielnym (pielęgniarka i pielęgniarz) a wykonawczym (opiekun medyczny) jest punktem wyjścia całej dalszej analizy.

3. Podstawy prawne świadczenia opieki długoterminowej domowej

Świadczenie jest regulowane trójstopniowo. Podstawę ustawową stanowi delegacja zawarta w art. 31d w związku z art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶. Treść świadczenia gwarantowanego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej⁷. Rozporządzenie wyodrębnia w warunkach domowych dwa typy świadczeń: zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz pielęgniarzką opiekę długoterminową domową. Warunki kontraktowania i rozliczania (w tym jednostkę rozliczeniową w postaci osobodnia) określa zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia⁸.

Rozstrzygające znaczenie ma konstrukcja warunków kadrowych w tym rozporządzeniu. W warunkach stacjonarnych (zakłady opiekuńcze) rozporządzenie wprost dopuszcza realizację części świadczeń przez opiekuna medycznego. W warunkach domowych sytuacja jest odmienna. W zespole dla pacjentów wentylowanych mechanicznie jako personel pozostały wskazana jest wyłącznie osoba prowadząca fizjoterapię, a w pielęgniarzkiej opiece długoterminowej domowej jedynym personelem wymienionym w przepisach jest pielęgniarka lub pielęgniarz o określonych kwalifikacjach. Kategoria „personelu pozostałego” w tym świadczeniu nie istnieje, a opiekun medyczny nie figuruje w nim ani jako realizator, ani jako personel dopuszczalny. Ustawodawca, dopuszczając opiekuna medycznego w opiece stacjonarnej, świadomie pominął go w opiece domowej – co stanowi celowe rozstrzygnięcie normatywne, a nie lukę.

4. Zakres zadań i kompetencji pielęgniarki i pielęgniarza w opiece długoterminowej domowej

Należy rozróżnić dwa poziomy – treść samego świadczenia oraz pełen zasób kompetencji, które pielęgniarka i pielęgniarz wnoszą do jego realizacji.

Na poziomie świadczenia rozporządzenie obejmuje m.in. świadczenia pielęgnacyjne realizowane zgodnie z procesem pielęgnowania, przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, edukację zdrowotną oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych; świadczenie adresowane jest do pacjenta z oceną nieprzekraczającą 40 punktów w skali Barthel, przy częstotliwości wizyt nie rzadszej niż cztery razy w tygodniu.

Na poziomie kompetencji ustawowych pielęgniarka i pielęgniarz dysponują pełnym zakresem uprawnień zaawansowanych:

Samodzielna ordynacja i preskrypcja. Na podstawie art. 15a ust. 1 ustawy zawodowej pielęgniarka lub pielęgniarz posiadający dyplom studiów drugiego stopnia lub tytuł specjalisty, po ukończeniu kursu „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” (część I), nabywa prawo do samodzielnego ordynowania określonych leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w tym do wystawiania na nie recept i zleceń.

Preskrypcja w ramach kontynuacji. Na podstawie art. 15a ust. 2 (część II kursu) pielęgniarka lub pielęgniarz wystawia recepty na leki i środki niezbędne do kontynuacji leczenia oraz zlecenia na wyroby medyczne; art. 15b dopuszcza przy tym wystawienie recepty kontynuacyjnej bez ponownego badania, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia odzwierciedlonym w dokumentacji.

Zlecanie badań diagnostycznych. Na podstawie art. 15a ust. 6 pielęgniarka lub pielęgniarz wystawia skierowania na określone badania. Szczegółowe wykazy substancji, środków, wyrobów i badań określa rozporządzenie wykonawcze⁹, a zasady wystawiania zleceń na wyroby medyczne – odrębne rozporządzenie¹⁰.

Orzecznictwo i diagnoza pielęgniarska. Udział w ocenie świadczeniobiorcy kartą oceny i skalą Barthel, prowadzenie procesu pielęgnowania oraz wystawianie zaświadczeń w zakresie kompetencji zawodowych.

Realizacja opieki długoterminowej domowej wymaga zatem nie tylko czynności pielęgnacyjnych, lecz także ciągłych decyzji klinicznych – ordynacji, preskrypcji, kierowania na badania, leczenia ran i odleżyn oraz orzekania. Są to kompetencje przypisane wyłącznie pielęgniarsce i pielęgniarzowi.

⁴ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1730).

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz. U. poz. 626).

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461).

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 253), zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 lutego 2025 r. (Dz. U. poz. 171).

⁸ Zarządzenie Nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (ze zm.; źródło urzędowe: Baza Aktów Własnych NFZ, baw.nfz.gov.pl).

5. Kompetencje opiekuna medycznego i ich relacja do świadczenia pielęgniarskiego

Wykaz czynności opiekuna medycznego obejmuje warstwę podstawową (identyfikowanie problemów funkcjonalnych i potrzeb, usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze, pierwsza pomoc, dokumentacja) oraz wybrane czynności o charakterze medycznym. Te ostatnie – m.in. pobieranie krwi, podawanie produktów leczniczych (w tym podskórnie insuliny i heparyny), pielęgnacja okolic niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii i stomii, karmienie przez zgłębnik lub PEG, zmiana opatrunków, prowadzenie bilansu płynów, oznaczanie glikemii – wykonywane są na zlecenie lekarza, pielęgniarki, pielęgniarza lub położnej.

Nałożenie tego katalogu na świadczenie pielęgniarskie prowadzi do dwóch wniosków. Po pierwsze, zakres pokrycia jest częściowy i ograniczony do warstwy wykonawczej, a powikłanie (np. zakażona stomia, niegojąca się odleżyna) wykracza poza wykaz opiekuna i wymaga interwencji pielęgniarki lub pielęgniarza. Po drugie – co rozstrzygające – opiekun medyczny nie dysponuje żadną z kompetencji decyzyjnych pielęgniarki i pielęgniarza. Nie ordynuje i nie przepisuje leków ani wyrobów medycznych, nie wystawia recept ani zleceń, nie kieruje na badania, nie orzeka, nie stawia diagnozy pielęgniarskiej i nie prowadzi procesu pielęgnowania. Jest wykonawcą zleceń, a nie samodzielnym realizatorem świadczenia.

Potwierdza to systematyka rozporządzenia, omówiona w punkcie 3. Opiekun medyczny umiejscowiony jest w niej wyłącznie w opiece stacjonarnej, gdzie działa w zespole i pod nadzorem pielęgniarki lub pielęgniarza obecnych na miejscu.

6. System pomocy społecznej jako właściwa płaszczyzna wsparcia opiekuńczo-bytowego

Warstwa wsparcia bytowo-opiekuńczego osoby objętej opieką długoterminową domową oraz jej rodziny (lub opiekuna prawnego) jest regulowana odrębną gałęzią prawa i finansowana poza środkami NFZ.

Usługi opiekuńcze. Na podstawie art. 50 ustawy o pomocy społecznej gmina zapewnia usługi opiekuńcze obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną oraz zaleconą przez lekarza pielęgnację; ustawa przewiduje także specjalistyczne usługi opiekuńcze (dostosowane do schorzenia, świadczone przez osoby z przygotowaniem specjalistycznym) oraz usługi sąsiedzkie (podstawowa opieka higieniczno-pielęgnacyjna niewymagająca wiedzy specjalistycznej)^{11, 12}. Zadania te realizuje ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych¹³.

Zadania powiatu i województwa. Powiat, za pośrednictwem powiatowego centrum pomocy rodzinie, prowadzi rehabilitację społeczną osób z niepełnosprawnościami i dofinansowuje ze środków PFRON m.in. zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny i przedmioty ortopedyczne, likwidację barier oraz turnusy rehabilitacyjne^{14, 15}. Przy szczeblu wojewódzkim działa Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ustalający poziom potrzeby wsparcia będący podstawą świadczenia wspierającego¹⁶.

Świadczenia pieniężne. Osobie z niepełnosprawnością przysługuje świadczenie wspierające, wypłacane przez ZUS od 1 stycznia 2024 r. na podstawie decyzji o poziomie potrzeby wsparcia, w wysokości od 40 do 220 procent renty socjalnej¹⁷; opiekunom – świadczenie pielęgnacyjne i zasiłek pielęgnacyjny wypłacane przez organ gminy¹⁸. Ustawodawca wprowadził przy tym ustawowy zakaz kumulacji: za nienależnie pobrane świadczenie pielęgnacyjne uważa się świadczenie wypłacone za okres, za który osoba otrzymała świadczenie wspierające.

Programy wsparcia. Programy resortowe – „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”, „Opieka wytchnieniowa”, „Opieka 75+” – finansowane są z budżetu państwa lub z Funduszu Solidarnościowego¹⁹ i realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego.

Rozgraniczenie terminologiczne. Kluczowe jest niemylenie zawodów. „Asystent osoby niepełnosprawnej”, „opiekun osoby starszej”, „opiekun w domu pomocy społecznej” oraz „opiekunka środowiskowa” to zawody systemu oświaty i pomocy społecznej (właściwym ministrem jest Minister Edukacji), a nie opiekun medyczny – zawód medyczny podległy Ministrowi Zdrowia. Zbieżność nazw nie oznacza tożsamości kompetencji ani źródła finansowania.

Wniosek z tej części. Czynności pielęgnacyjno-bytowe, które stanowiłyby „wartość dodaną” opiekuna medycznego w opiece domowej, są już dziś realizowane przez odrębne zawody i finansowane z budżetów gminnych, PFRON i Funduszu Solidarnościowego. Wprowadzenie opiekuna medycznego do opieki długoterminowej domowej (finansowanej przez NFZ) oznaczałoby utworzenie równoległego, czwartego tytułu finansowania tych samych działań – sprzecznego z zasadą nielączenia świadczeń, którą ustawodawca sam stosuje.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (pierwotnie Dz. U. poz. 299; t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1054).

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1038).

¹¹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2026 r. poz. 639), w szczególności art. 50.

¹² Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598, ze zm.).

¹³ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818, ze zm.).

¹⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913).

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926).

¹⁶ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153); ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1684); ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 581).

¹⁷ Ustawa z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. poz. 1429, ze zm.).

¹⁸ Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1208).

7. Argumentacja: bezpieczeństwo pacjenta, odpowiedzialność prawna, finanse

Bezpieczeństwo i ciągłość opieki. Pacjent w stanie ocenianym na nie więcej niż 40 punktów w skali Barthel wymaga decyzji klinicznych, a nie samej pielęgnacji. Opieka domowa jest z natury jednoosobowa – do mieszkania pacjenta wchodzi jeden realizator – w przeciwieństwie do zespołowej opieki stacjonarnej. Skoro czynności medyczne opiekuna są wykonywane „na zlecenie i pod nadzorem”, w warunkach domowych powstaje zasadnicze pytanie o to, kto sprawuje nadzór w czasie rzeczywistym pod nieobecność pielęgniarki lub pielęgniarza. Rozbicie realizatora na dwa zawody zwiększa ryzyko utraty ciągłości i przeoczenia powikłań.

Odpowiedzialność prawna. Pielęgniarka i pielęgniarz jako zawód samodzielny ponoszą pełną odpowiedzialność za proces pielęgnowania, ordynację i orzecznictwo. Czynności opiekuna mają charakter pochodny; odpowiedzialność za zlecenie pozostaje przy zlecającym. Wprowadzenie opiekuna nie zdejmuje z pielęgniarki ani pielęgniarza żadnego obowiązku – mnoży podmioty bez ograniczenia ich odpowiedzialności, a w razie zdarzenia niepożądanego rozmywa ją między wykonawcę a zlecającego, co jest niekorzystne dla pacjenta i dla samej pielęgniarki lub pielęgniarza.

Finanse. Oszczędność wynikająca z udziału opiekuna jest pozorna: NFZ finansowałby pielęgnację bytową, za którą odpowiada już system pomocy społecznej. Ograniczone środki NFZ powinny finansować to, czego pomoc społeczna sfinansować nie może – świadczenia lecznicze i decyzje kliniczne, a nie dublować czynności obsługiwane z innych źródeł. Ryzyko nakładania się rozliczeń nie jest teoretyczne; w kontroli programów wsparcia stwierdzono rozliczanie tych samych godzin przez różne podmioty.

Wątek finansowy ma jednak jeszcze jeden, decydujący wymiar. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest świadczeniem limitowanym i jednym z najniżej wycenianych świadczeń kontraktowanych przez NFZ; za świadczenia ponadlimitowe płatnik płaci jedynie część stawki, co zniechęca świadczeniodawców do przyjmowania kolejnych pacjentów mimo posiadanych zasobów kadrowych²⁰. Oznacza to, że rzeczywistą barierą dostępu do tego świadczenia jest limit i wycena ustalane przez płatnika, a nie rodzaj realizatora świadczenia. Wprowadzenie opiekuna medycznego nie znosi limitu – ten pozostaje niezależny od tego, kto fizycznie realizuje świadczenie. Co więcej, finansowanie z tej samej, ograniczonej puli czynności bytowych obok świadczenia pielęgniarzkiego oznaczałoby rozcieńczenie i tak zaniżonej wyceny, nie zaś rozszerzenie dostępu. Z perspektywy finansowej udział opiekuna medycznego nie poprawia dostępności – przesuwają jedynie środki w obrębie zamkniętego limitu, obciążając go kosztem dodatkowego podmiotu.

¹⁹ Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 296, ze zm.).

²⁰ Ustalenia faktograficzne (nie normatywne): stanowiska przedstawione na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia poświęconym nadwykonaniom w domowej pielęgniarzkiej opiece długoterminowej (kwiecień 2025 r.) oraz komunikaty branżowe dotyczące

wyceny świadczenia (2025 r.). Zasady limitowania i wyceny świadczeń ulegają zmianom – stan do potwierdzenia na dzień finalizacji wersji.

8. Analiza kontrargumentów

„Brakuje pielęgniarek, więc opiekun je zastąpi.” Argument ten wymaga rozłożenia na dwa odrębne twierdzenia, z których żadne się nie broni.

Po pierwsze, co do skali problemu kadrowego: opieka długoterminowa i środowiskowa mierzą się z napięciami kadrowymi zbliżonymi do tych, które dotyczą cały system ochrony zdrowia, nie zaś z deficytem szczególnym, który uzasadniałby odrębne rozwiązanie polegające na podmianie zawodu. Jednocześnie brak jest danych wskazujących, by pielęgniarska opieka długoterminowa domowa cierpiała na specyficzny problem z obsadą realizatorów – tj. by świadczenie nie było realizowane z powodu braku chętnych pielęgniarek i pielęgniarzy.

Po drugie, co do rzeczywistej bariery dostępu: tam, gdzie pacjenci oczekują na objęcie tym świadczeniem, ograniczenie wynika nie z niedoboru kadr, lecz z limitów i wyceny ustalanych przez płatnika. Świadczenie jest limitowane, a za świadczenia ponadlimitowe NFZ płaci obniżoną stawkę, co zniechęca świadczeniodawców do przyjmowania kolejnych pacjentów mimo posiadanych zasobów kadrowych. Jest to bariera o charakterze finansowo-kontraktowym, a nie kadrowym.

Z obu tych ustaleń wynika ten sam wniosek: wprowadzenie opiekuna medycznego nie rozwiązuje żadnego z rzeczywistych problemów. Nie wytwarza brakujących kompetencji decyzyjnych (ordynacji, preskrypcji, orzecznictwa), których opiekun z definicji nie posiada, ani nie znosi limitu finansowego – ten pozostaje niezależny od tego, kto fizycznie realizuje świadczenie. Zmienia jedynie wykonawcę, pozostawiając obie realne bariery nietknięte. Właściwą odpowiedzią jest zniesienie lub podniesienie limitów i urealnienie wyceny świadczenia pielęgniarskiego, a nie zastąpienie zawodu decyzyjnego zawodem wykonawczym.

„Opiekun nie zastępuje, lecz odciąża pielęgniarkę.” Twierdzenie to przemawia za tezą, nie przeciw niej. Odciążenie zakłada obecność odciążanej pielęgniarki lub pielęgniarza w tym samym miejscu i czasie – czyli model zespołowy, stacjonarny, gdzie ustawodawca opiekuna dopuścił. W jednoosobowo realizowanej opiece domowej nie ma kogo odciążać, a odciążenie w warstwie bytowej realizuje już pomoc społeczna.

„Opiekun ma dziś szerokie kompetencje medyczne.” Ma – lecz wszystkie „na zlecenie”. To dowód zależności, nie samodzielności; czyni go wykonawcą zleceń wymagającym obecności zlecającego, a nie realizatorem świadczenia.

„Model stacjonarny się sprawdza.” Sprawdza się dzięki warunkom, których w domu brak: zespołowi, nadzorowi pielęgniarki lub pielęgniarza i dostępowi do lekarza na miejscu. Przeniesienie roli do domu pomija te zabezpieczenia.

9. Wnioski

Z przeprowadzonej analizy wynika spójna konkluzja na trzech płaszczyznach. Na płaszczyźnie normatywnej brak jest podstawy prawnej – rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych wskazuje pielęgniarkę i pielęgniarza jako jedyne realizatora pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej i świadomie pomija w nim opiekuna medycznego, dopuszczając go wyłącznie w warunkach stacjonarnych. Na płaszczyźnie systemowej nie istnieje luka do wypełnienia – warstwa opiekuńczo-bytowa ma własne zawody i własne, pozamedyczne finansowanie, a dołożenie opiekuna medycznego

do opieki długoterminowej domowej groziłoby podwójnym finansowaniem sprzecznym z zasadą niełączenia świadczeń. Na płaszczyźnie funkcjonalnej udział opiekuna medycznego w jednoosobowo realizowanej opiece domowej obniża bezpieczeństwo pacjenta, rozmywa odpowiedzialność i generuje pozorne oszczędności – przy czym rzeczywistą barierą dostępu pozostaje limit i wycena świadczenia po stronie płatnika, na które obecność opiekuna nie ma wpływu.

Wprowadzenie opiekuna medycznego jako realizatora pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jest zatem niezasadne – nie z powodu rywalizacji zawodów, lecz dlatego, że nie odpowiada na żaden rzeczywisty deficyt systemu, a tworzy nowe ryzyka prawne i kliniczne. Właściwym kierunkiem jest wzmocnienie samodzielnej roli pielęgniarki i pielęgniarza oraz koordynacja świadczeń zdrowotnych z systemem pomocy społecznej – nie zastępowanie zawodu decyzyjnego zawodem wykonawczym.

Zestawienie porównawcze

Poniższe zestawienie podsumowuje kluczowe różnice między pielęgniarką i pielęgniarzem, opiekunem medycznym a opiekunem lub asystentem działającym w systemie pomocy społecznej, które decydują o wyłącznie pielęgniarskim charakterze opieki długoterminowej domowej i o braku w niej miejsca dla zawodu wspierającego.

Kryterium	Pielęgniarka i pielęgniarz	Opiekun medyczny	Opiekun / asystent (pomoc społeczna)
Charakter zawodu	Samodzielny zawód medyczny	Medyczny zawód wspierający	Zawód niemedyczny (pomoc społeczna)
Podstawa prawna	Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej	Ustawa o niektórych zawodach medycznych	Ustawa o pomocy społecznej i przepisy pokrewne
Zakres działania	Świadczenia zdrowotne i decyzje kliniczne	Czynności medyczne na zlecenie	Czynności opiekuńczo-bytowe
Tryb wykonywania czynności	Samodzielnie	Na zlecenie i pod nadzorem	W ramach usług opiekuńczych (niemedyczne)
Kompetencje decyzyjne (ordynacja, preskrypcja, skierowania, orzecznictwo)	Tak	Nie	Nie
Źródło finansowania	NFZ	NFZ	Gmina, PFRON, Fundusz Solidarnościowy (poza NFZ)
Udział w opiece długoterminowej domowej (świadczenie NFZ)	Tak – jedyny personel	Nie – pominięty w przepisach	Nie dotyczy – odrębny system wsparcia
Udział w opiece długoterminowej stacjonarnej	Tak	Tak – w zespole, pod nadzorem	Nie dotyczy
Rola w realizacji świadczenia	Samodzielny realizator	Wykonawca zleceń	Wsparcie bytowe poza świadczeniem NFZ

Sebastian Irzykowski

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Słupsku