

Opieka długoterminowa domowa jako świadczenie wyłącznie pielęgniarskie

Analiza prawna 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, oraz że brak jest podstaw normatywnych do wprowadzenia do tego świadczenia opiekuna medycznego. Teza opiera się na trzech płaszczyznach analizy: normatywnej (akt koszykowy wskazuje pielęgniarkę 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, 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 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.

Zawód opiekuna medycznego został odrębnie uregulowany dopiero ustawą o niektórych zawodach medycznych, obowiązującą od 26 marca 2024 r.⁴. Szczegółowy wykaz czynności

¹Ustawa 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.

²Rozporządzenie 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.).

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

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

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 lub położnej. Różnica ustrojowa między zawodem samodzielnym (pielęgniarka) 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 akt koszykowy – rozporządzenie 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 pielęgniarską 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 akcie koszykowym. 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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej jedynym personelem wymienionym w przepisach jest pielęgniarka 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 w opiece długoterminowej domowej

Należy rozróżnić dwa poziomy: treść samego świadczenia oraz pełen zasób kompetencji, które pielęgniarka „wnosi” do jego realizacji.

Na poziomie świadczenia akt koszykowy 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 dysponuje pełnym zakresem uprawnień zaawansowanych:

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

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

⁷Rozporządzenie 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).

⁸Zarządzenie 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).

Samodzielna ordynacja i preskrypcja. Na podstawie art. 15a ust. 1 ustawy zawodowej pielęgniarka posiadająca 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 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 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.

Sumarycznie: realizacja opieki długoterminowej domowej wymaga nie tylko czynności pielęgnacyjnych, lecz ciągłych decyzji klinicznych – ordynacji, preskrypcji, kierowania na badania, leczenia ran i odleżyn, orzekania. Są to kompetencje przypisane wyłącznie pielęgniarce.

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 lub położnej**.

Nałożenie tego katalogu na świadczenie pielęgniarskie prowadzi do dwóch wniosków. Pierwszy: zakres pokrycia jest częściowy i ograniczony do warstwy wykonawczej; powikłanie (np. zakażona stomia, niegojąca się odleżyna) wykracza poza wykaz opiekuna i wymaga interwencji pielęgniarki. Drugi, rozstrzygający: opiekun medyczny nie dysponuje żadną z kompetencji decyzyjnych pielęgniarki – 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 aktu koszykowego, omówiona w punkcie 3: opiekun medyczny umiejscowiony jest wyłącznie w opiece stacjonarnej, gdzie działa w zespole i pod nadzorem pielęgniarki obecnej na miejscu.

⁹Rozporządzenie 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).

¹⁰Rozporządzenie 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).

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

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

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

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

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

¹⁵Rozporządzenie 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).

¹⁶Ustawa 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).

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

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

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

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 niełączenia świadczeń, którą ustawodawca sam stosuje.

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 pytanie bez dobrej odpowiedzi: kto sprawuje nadzór w czasie rzeczywistym pod nieobecność pielęgniarki. Rozbicie realizatora na dwa zawody zwiększa ryzyko utraty ciągłości i przeoczenia powikłań.

Odpowiedzialność prawna. Pielęgniarka jako zawód samodzielny ponosi 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 żadnego obowiązku – mnoży podmioty bez ograniczenia jej odpowiedzialności, a w razie zdarzenia niepożądanego rozmywa ją między wykonawcę a zlecającego, co jest niekorzystne dla pacjenta i dla samej pielęgniarki.

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 pielęgniarskiego 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.

8. Analiza kontrargumentów

²⁰Ustalenia faktograficzne (nie normatywne): stanowiska przedstawione na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia poświęconym nadwykonaniom w domowej pielęgniarskiej 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.

„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.

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 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 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: akt koszykowy wskazuje pielęgniarkę 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 oraz koordynacja świadczeń zdrowotnych z systemem pomocy społecznej – nie zastępowanie zawodu decyzyjnego zawodem wykonawczym.

Sebastian Irzykowski

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Słupsku