

Stanowisko nr 2
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Słupsku
z dnia 25 czerwca 2026 r.

**w sprawie braku podstaw do udziału opiekuna medycznego w realizacji świadczenia
pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej**

skierowane do:

- Minister Zdrowia
- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
- członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- okręgowe rady pielęgniarek i położnych
- Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej
- konsultanci wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Słupsku, działając na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1760), w szczególności art. 4 ust. 1 pkt 1, 7 i 8 tej ustawy, wyraża zdecydowany sprzeciw wobec postulatów wprowadzenia opiekuna medycznego do realizacji świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej i stwierdza, że świadczenie to ma charakter wyłącznie pielęgniarski, a wprowadzenie do niego opiekuna medycznego jest niezasadne – zarówno z braku podstawy normatywnej, jak i ze względów systemowych (ryzyko podwójnego finansowania), jak i funkcjonalnych (obniżenie bezpieczeństwa pacjenta, rozproszenie odpowiedzialności oraz brak rzeczywistej poprawy dostępności świadczenia).

Uzasadnienie:

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest świadczeniem gwarantowanym określonym w rozporządzeniu 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, ze zm.). W warunkach domowych akt ten wskazuje jako jedyny personel realizujący to świadczenie pielęgniarkę o określonych kwalifikacjach; opiekun medyczny nie figuruje w nim ani jako realizator, ani jako personel dopuszczalny. Udział opiekuna medycznego ustawodawca przewidział wyłącznie w opiece stacjonarnej, w zakładach opiekuńczych, świadomie pomijając go w opiece domowej. Jest to celowe rozstrzygnięcie normatywne, a nie luka w przepisach.

Świadczenie to wymaga ciągłych decyzji klinicznych, które należą do wyłącznych kompetencji pielęgniarki jako przedstawiciela samodzielnego zawodu medycznego (ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, t. j. Dz. U. z 2026 r. poz. 15). Pielęgniarka samodzielnie ordynuje leki i wyroby medyczne oraz wystawia na nie recepty i zlecenia, a także skierowania na badania diagnostyczne (art. 15a tej ustawy), prowadzi proces pielęgnowania i orzecznictwo. Opiekun medyczny, którego zawód reguluje ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1730), wykonuje czynności o charakterze medycznym wyłącznie na zlecenie oraz pod nadzorem lekarza, pielęgniarki lub położnej. Jest zatem wykonawcą zleceń, a nie samodzielnym realizatorem świadczenia, i nie posiada żadnej z wymienionych kompetencji decyzyjnych.

Warstwa wsparcia pielęgnacyjno-bytowego, którą miałby wносить opiekun medyczny, jest już zapewniana przez odrębne zawody systemu pomocy społecznej i finansowana ze środków pozamedycznych: w ramach usług opiekuńczych gminy (art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, t. j. Dz. U. z 2026 r. poz. 639), zadań powiatu finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz programów resortowych finansowanych z Funduszu Solidarnościowego (ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 296, ze zm.). Wprowadzenie opiekuna medycznego do świadczenia finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia oznaczałoby podwójne finansowanie tych samych działań, sprzeczne z zasadą nielączenia świadczeń, którą ustawodawca sam stosuje.

Za utrzymaniem pielęgniarского charakteru świadczenia przemawiają również względy bezpieczeństwa pacjenta i odpowiedzialności prawnej. Świadczenie adresowane jest do pacjenta w ciężkim stanie funkcjonalnym (ocena nieprzekraczająca 40 punktów w skali Barthel), wymagającego decyzji klinicznych, a opieka domowa jest realizowana jednoosobowo, bez obecnego na miejscu zespołu i nadzoru. Udział opiekuna medycznego w takim modelu obniża bezpieczeństwo pacjenta i rozmywa odpowiedzialność, nie zdejmując przy tym z pielęgniarki żadnego obowiązku.

Należy wreszcie podkreślić, że tam, gdzie występują ograniczenia w dostępie do tego świadczenia, wynikają one z limitów i wyceny ustalanych przez płatnika, a nie z braku kadr pielęgniarских gotowych je realizować. Wprowadzenie opiekuna medycznego nie znosi limitu ani nie wytwarza brakujących kompetencji decyzyjnych – zmienia jedynie wykonawcę, pozostawiając rzeczywiste bariery nietknięte.

W związku z powyższym Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Słupsku wnosi o utrzymanie wyłącznie pielęgniarского charakteru świadczenia pielęgniarской opieki długoterminowej domowej oraz o odstąpienie od postulatów wprowadzenia do niego opiekuna medycznego. Rada wnosi jednocześnie o skierowanie działań systemowych na wzmocnienie samodzielnej roli pielęgniarki, w tym na urealnienie wyceny świadczenia i zniesienie barier limitowych, a nie na zastępowanie zawodu decyzyjnego zawodem wykonawczym.

SEKRETARZ ORPiP


Krystyna Naczk

PRZEWODNICZĄCY ORPiP


Sebastian Irzykowski