

Stanowisko Komisji Kodyfikacji Prawa Rodzinnego

w sprawie obowiązku zasięgnięcia przez sąd opinii biegłego w sprawie o umieszczenie dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, w placówce opiekuńczo- leczniczej lub w DPS

1. Uwagi ogólne

Niniejsze stanowisko Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego (dalej jako KKPR) zostało przygotowane w związku z wystąpieniem Rzecznika Praw Dziecka. Procedura przyjmowania pacjentów do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub zakładu rehabilitacji leczniczej, placówki opiekuńczo-leczniczej lub domu pomocy społecznej (dalej jako DPS) od dawna budzi wątpliwości, ponieważ w odniesieniu do osób dorosłych faktycznie niezdolnych do wyrażenia zgody, jest regulowana przepisami o randze podustawowej. Na konstytucyjne wątpliwości związane ze stosowaniem wskazanego trybu wobec pacjentów pełnoletnich wielokrotnie zwracał uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich. W przypadku małoletnich ocena prawna tej regulacji przedstawia się częściowo odmiennie, co wynika z ograniczonej zdolności tej grupy pacjentów do samodzielnego podejmowania decyzji w sferze udzielania świadczeń zdrowotnych oraz z przypisania, co do zasady, kompetencji do wyrażenia zgody ich przedstawicielowi ustawowemu. Okoliczność ta nie usuwa jednak wszystkich zastrzeżeń natury prawnej. Wykonywanie kompetencji przez przedstawiciela ustawowego nie ma bowiem charakteru swobodnego ani dyskrecjonalnego, lecz powinno być podporządkowane dobru małoletniego i realizowane z uwzględnieniem celu, któremu służy dana forma ingerencji w sferę jego praw i wolności. Decyzja o umieszczeniu małoletniego w określonej placówce nie może zatem znajdować uzasadnienia wyłącznie we względach organizacyjnych, opiekuńczych lub w interesie osób sprawujących nad nim pieczę. Jej podstawę powinny stanowić przede wszystkim zindywidualizowane i należyście udokumentowane wskazania zdrowotne, pozostające w odpowiedniej proporcji do zakresu ingerencji w sytuację prawną małoletniego.

Rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy może jedynie zainicjować procedurę przyjęcia małoletniego do określonej placówki podobnie jak w przypadku leczenia szpitalnego czy pobytu w sanatorium. Jego wola nie stanowi jednak samoistnej podstawy przyjęcia, lecz podlega ocenie z punktu widzenia przesłanek przewidzianych prawem oraz rzeczywistych potrzeb zdrowotnych małoletniego. Jeżeli rozstrzygnięcia w miejsce przedstawiciela ustawowego podejmuje sąd opiekuńczy, podstawę jego oceny powinny stanowić przede wszystkim informacje dotyczące wskazań medycznych oraz rzeczywistych potrzeb małoletniego. Problem komplikuje znaczne

zróznicowanie placówek o profilu leczniczym, pielęgnacyjnym i opiekuńczym, których funkcja nie zawsze sprowadza się do prowadzenia terapii *sensu stricto*. Z tego względu zagadnienie określenia podmiotu właściwego do podejmowania decyzji o przyjęciu małoletniego do tego rodzaju placówki ma charakter dużo bardziej złożony niż się wydaje, więc wymaga wyraźnej i dostatecznie precyzyjnej regulacji ustawowej.

Jeżeli osoba niemająca pełnej zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji albo osoba faktycznie niezdolna do wyrażenia zgody wymaga przyjęcia do podmiotu leczniczego i udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, oceny przesłanek przyjęcia, dalszego pobytu oraz zakończenia hospitalizacji należy dokonywać zgodnie z właściwymi przepisami prawa. Zarówno czas pobytu w podmiocie leczniczym, jak i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych powinien być wyznaczany przede wszystkim stanem zdrowia pacjenta i istniejącymi wskazaniami medycznymi. Hospitalizacja powinna trwać tak długo, jak długo zachodzi potrzeba udzielania pacjentowi świadczeń, które wymagają pobytu stacjonarnego, a decyzja o przyjęciu oraz o wypisie pozostaje w sferze oceny medycznej dokonywanej przez osoby uprawnione. Ocena medycznej zasadności przyjęcia do podmiotu leczniczego, jak również ustalenie momentu, w którym dalsza hospitalizacja nie jest uzasadniona należy do osoby wykonującej zawód medyczny, posiadającej kompetencje do podjęcia takiej decyzji.

Rola przedstawiciela ustawowego ma odmienny charakter, albowiem polega przede wszystkim na wyrażeniu zgody zastępczej (a w przypadkach określonych ustawą – również na wyrażeniu zgody zastępczej obok zgody samego pacjenta) na przyjęcie do podmiotu leczniczego oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zgoda na pobyt w podmiocie leczniczym nie może być traktowana jako generalne upoważnienie do podejmowania wszelkich interwencji medycznych. Poszczególne świadczenia wymagają odrębnej podstawy prawnej w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów. Z chwilą ustania wskazań do dalszej hospitalizacji pacjenta przedstawiciel ustawowy ani opiekun faktyczny nie może domagać się kontynuowania pobytu pacjenta w szpitalu wyłącznie z przyczyn opiekuńczych, socjalnych czy organizacyjnych. Po stronie osoby zobowiązanej do sprawowania pieczy aktualizuje się natomiast obowiązek zapewnienia pacjentowi dalszej opieki odpowiedniej do jego stanu zdrowia i stopnia samodzielności, w tym również, co do zasady, do odebrania go z podmiotu leczniczego.

W praktyce zdarzają się sytuacje, w których mechanizm ten okazuje się niewystarczający. Dotyczy to w szczególności przypadków instrumentalnego wykorzystywania hospitalizacji jako zastępczej formy opieki nad osobą niesamodzielną. Lekarze mogą zdecydować, że stan zdrowia pacjenta kwalifikuje go do wypisu. W takiej sytuacji ani przedstawicielowi ustawowemu, ani opiekunowi faktycznemu nie przysługuje prawo do sprzeciwu i mają oni opiekuńczy obowiązek zgłoszenia się do placówki, żeby odebrać podopiecznego. Nie można pomijać przypadków, w których

do pogorszenia stanu zdrowia osoby niesamodzielnej dochodzi wskutek zaniechania przez opiekunów czynności koniecznych do utrzymania jej stanu zdrowia (np. niepodawania stałych leków lub niezapewnienia odpowiedniego nawodnienia), w sytuacji, w której rzeczywistym celem takiego działania jest doprowadzenie do hospitalizacji i czasowego przejęcia opieki nad pacjentem przez podmiot leczniczy.

Wypisanie takiego pacjenta bez zapewnienia mu odpowiednich warunków dalszego pobytu i opieki może prowadzić do zagrożenia jego życia lub zdrowia, podczas gdy dalsza hospitalizacja nie znajduje już uzasadnienia medycznego. Dochodzi wówczas do kolizji pomiędzy brakiem przesłanek uzasadniających dalsze leczenie szpitalne a koniecznością zapewnienia osobie niesamodzielnej odpowiedniej ochrony i opieki po opuszczeniu podmiotu leczniczego. Jednocześnie pobyt w placówce opiekuńczej powinien być przewidziany tylko dla osób, nad którymi nie może być sprawowana opieka domowa - bądź z tego powodu, że są to osoby samotne, bądź dlatego, że ich stan zdrowia wymaga całodobowej chronionej opieki w placówce stacjonarnej. Pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę powinien znajdować zastosowanie wówczas, gdy zapewnienie pacjentowi należytej opieki w środowisku domowym nie jest obiektywnie możliwe. Może to wynikać w szczególności z braku osób zdolnych do sprawowania faktycznej pieczy albo z takiego stopnia niesamodzielności lub złożoności potrzeb zdrowotnych pacjenta, który uzasadnia konieczność zapewnienia stałej, profesjonalnej i całodobowej opieki w warunkach instytucjonalnych.

Przedstawiony model znajduje również zastosowanie do dzieci i młodzieży, z uwzględnieniem odmienności wynikających z ich statusu prawnego. Co do zasady każda osoba małoletnia powinna mieć przedstawiciela ustawowego, który będzie decydować zgodnie z jej najlepiej pojętym interesem (*vide* oryginalne brzmienie Konwencji o prawach dziecka). Istotna różnica w stosunku do hospitalizacji polega na charakterze pobytu w placówkach opiekuńczo-leczniczych i innych placówkach o zbliżonym do nich profilu. Placówki te są przeznaczone przede wszystkim do opieki długoterminowej, często bez możliwości uprzedniego oznaczenia końcowego terminu pobytu. Nie oznacza to jednak, że umieszczenie małoletniego w takiej placówce powinno być traktowane jako rozstrzygnięcie o charakterze definitywnym. Zasadność dalszego pobytu powinna podlegać okresowej ocenie z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia, potrzeb opiekuńczych i możliwości zapewnienia odpowiedniej pieczy w innym środowisku, ale także z uwzględnieniem konwencyjnego prawa dziecka do wychowania w środowisku rodzinnym. Jest to jedna z podstawowych różnic pomiędzy osobą pełnoletnią i dzieckiem, które do prawidłowego rozwoju emocjonalnego, kognitywnego i psychospołecznego wymaga bliskich relacji z figurami przywiązania, jak również zapewnienia mu możliwości uczenia się oraz rozwijania kompetencji społecznych w świecie rzeczywistym i nieograniczonym izolacją instytucjonalną. W przypadku dzieci traktowanie rozwiązań opieki instytucjonalnej jako rozwiązań docelowych, nie spełnia

powyższych warunków wynikających z Konwencji

Opublikowana w kwietniu 2026 r. Informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli pt. „Zapewnienie opieki dzieciom i młodzieży umieszczonym w domach pomocy społecznej” (DKI. 430.4.2026 Nr ewid. 105/202) (dalej jako Informacja o wynikach kontroli NIK)¹ wskazuje na szereg nieprawidłowości o charakterze organizacyjnym i prawnym, w tym na problemy wymagające interwencji ustawodawczej. Ustalenia te dotyczą wprowadzie domów pomocy społecznej, jednak z uwagi na częściowe podobieństwo funkcji opiekuńczych oraz sytuacji prawnej osób przebywających w placówkach długoterminowych mogą stanowić argument za potrzebą zbadania, czy analogiczne problemy nie występują również w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Z ustaleń zawartych w raporcie Najwyższej Izby Kontroli wynika, że w DPS przebywają m.in. dzieci umieszczone tam za zgodą sądu, na wniosek rodziców biologicznych, którzy zachowują faktyczną więź z dzieckiem, uczestniczą w jego życiu oraz w całości lub w części ponoszą koszty pobytu. Zasadniczą przyczyną umieszczenia dziecka w DPS jest w takich przypadkach jego stan zdrowia lub stopień niepełnosprawności, powodujący konieczność zapewnienia całodobowej, wyspecjalizowanej opieki, w tym opieki pielęgnacyjnej. Pobyt w DPS pełni wówczas przede wszystkim funkcję wspierającą wobec rodziny, która nie jest w stanie samodzielnie zapewnić dziecku opieki w wymaganym zakresie.

Odrębną grupę stanowią dzieci umieszczone w DPS za zgodą sądu, na wniosek rodziców lub opiekunów prawnych, którzy jednak utrzymują z dzieckiem kontakt w ograniczonym lub nieregularnym zakresie. W tych przypadkach przyczyną skierowania dziecka do placówki, obok jego niepełnosprawności, może być trudna sytuacja rodzinna, niewystarczające możliwości sprawowania opieki w środowisku domowym albo konieczność zapewnienia dziecku stałego nadzoru oraz specjalistycznej i profesjonalnej opieki.

Osobną kategorię stanowią dzieci kierowane do domów pomocy społecznej na podstawie postanowienia sądu w sytuacjach wymagających niezwłocznego zapewnienia im opieki. Jak wskazano w Informacji o wynikach kontroli NIK, dotyczy to w szczególności dzieci pochodzących z rodzin wieloprotblemowych, jak również przypadków, w których umieszczenie w DPS następuje z powodu braku miejsc w rodzinnych formach pieczy zastępczej lub w wyspecjalizowanych placówkach. W tych przypadkach DPS stanowi jedyną alternatywę wobec pozostawienia w rodzinie niewydolnej wychowawczo lub przemocowej, w placówce medycznej lub w innym środowisku, które nie jest w stanie zapewnić opieki odpowiadającej szczególnym potrzebom wynikającym z niepełnosprawności, gdy dla dziecka nie znaleziono miejsca w pieczy zastępczej, w tym w

¹ Informacja o wynikach kontroli, Zapewnienie opieki dzieciom i młodzieży umieszczonym w domach pomocy społecznej, https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/pobierz,lki-p_25_060_202506171224041750155844~01,typ,kk.pdf; dostęp 28.09.2026 r.

wyspecjalizowanej placówce terapeutycznej.²

Sytuacja ta ujawnia istotny problem systemowy. Domy pomocy społecznej nie są placówkami interwencyjnymi dla dzieci wymagających zabezpieczenia poza rodziną pochodzenia i funkcjonują poza systemem pieczy zastępczej. Tym samym dzieci w nich umieszczone nie są ujmowane w powiatowych statystykach dotyczących tego systemu. Z punktu widzenia praw i dobra dziecka właściwym rozwiązaniem byłoby zapewnienie dzieciom z niepełnosprawnościami dostępu do wyspecjalizowanych rodzinnych form pieczy zastępczej lub placówek pieczy zastępczej. Możliwość realizacji tego założenia jest jednak ograniczona ze względu na niewystarczającą liczbę rodzin zastępczych, w tym rodzin zastępczych zawodowych o charakterze specjalistycznym oraz niedostateczną dostępność odpowiednio przygotowanych placówek. Dodatkowym problemem pozostaje aktualny brak rozwiązań zapewniających ciągłość opieki nad dziećmi z niepełnosprawnością po osiągnięciu przez nie pełnoletności. Równocześnie KKPR dostrzega i pozytywnie opiniuje w tym zakresie kierunki nowelizacji ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej polegające na powołaniu nowej formy rodzinnej pieczy zastępczej w postaci rodziny opiekuńczej, skierowanej do osób powyżej 25 roku życia, które są niezdolne do samodzielnej egzystencji, które legitymują się orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym, i które wcześniej przebywały w rodzinnych formach pieczy zastępczej. Pomimo wyżej zapowiadanych zmian należy zauważyć, że na razie nie weszły one w życie, a jeśli docelowo zostaną przyjęte będą dotyczyć jedynie grupy osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, które wychowują się w rodzinnej pieczy zastępczej. Tym samym uzasadniona jest konkluzja, że obowiązujące regulacje nie tworzą spójnego modelu długoterminowej opieki nad osobami, które również po ukończeniu 18. roku życia wymagają stałego wsparcia i całodobowej opieki.

2. Analiza szczegółowa

2.1. Dom pomocy społecznej a prawo dziecka do wychowania w środowisku rodzinnym

Zgodnie z art. 54 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej (UPS), do domu pomocy społecznej może zostać skierowana osoba, która ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymaga całodobowej opieki. Osoby te nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a jednocześnie nie można im zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Uzupełniające znaczenie mają w tym zakresie przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Według art. 38 ust. 1 i 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (UOZP) osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki

² Ibidem, s. 5-6.

i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej. W odniesieniu do małoletnich z niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza pochodzących z rodzin niewydolnych opiekuńczo lub wychowawczo, powyższe regulacje mogą w praktyce prowadzić do sytuacji, w której umieszczenie dziecka w DPS staje się rozwiązaniem stosowanym nie tylko ze względu na zakres jego potrzeb opiekuńczych, lecz także z uwagi na ograniczoną dostępność odpowiednich form pieczy zastępczej, w szczególności z powodu niedostatecznej dostępności specjalistycznych rodzin zastępczych. Ustawa o pomocy społecznej przewiduje przy tym możliwość umieszczania małoletnich, w DPS przeznaczonych dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, o których mowa w art. 56 pkt 5 UPS, a także w domach o profilu łączonym, obejmującym również osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną, zgodnie z art. 56a ust. 1 pkt 4 UPS. Rozwiązanie to powoduje, że system pomocy społecznej może przejmować funkcje opiekuńcze wobec dzieci, które ze względu na swoją sytuację rodzinną i stan zdrowia powinny być adresatami instrumentów właściwych dla systemu pieczy zastępczej.

Najbardziej pożądaną formą wsparcia dzieci z niepełnosprawnością byłyby wyspecjalizowane rodzinne formy pieczy, jednak wykazywana w corocznych informacjach Rady Ministrów z wykonywania ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej liczba specjalistycznych rodzin zastępczych zawodowych jest niewystarczająca. W konsekwencji dzieci z niepełnosprawnością są umieszczane w rodzinnej pieczy zastępczej innych typów. W roku 2024 w pieczy zastępczej przebywało 10 058 osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, z czego 7846 osób w zastępczej pieczy rodzinnej, a 2212 w pieczy instytucjonalnej.³ Wskazać należy w tym kontekście na dane z których wynika, że w roku 2015 liczba zawodowych rodzin typu specjalistycznego kształtowała się na poziomie 2025 rodzin⁴. Przykładowo w województwie lubelskim w 2024 r. było 1784 rodzinnych form pieczy, ale tylko 5 zawodowych rodzin specjalistycznych.⁵ Na Mazowszu rodziny zastępcze zawodowe specjalistyczne stanowią także najmniej liczną kategorię. Ich ogólna liczba na koniec półrocza mieści się w przedziale od 13 do 17 rodzin w latach 2022–2024. W pierwszym półroczu 2022 r. nie odnotowano nowopowstałych ani rozwiązanych rodzin specjalistycznych, natomiast w kolejnych półroczach liczba rodzin powstałych wynosi od 0 do 4, a

³ Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2024 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; <https://www.gov.pl/attachment/9978dac5-47b1-4791-801e-81dae64b410e>, s. 26, dostęp 28.09.2026 r.

⁴ <https://redakcja.www.gov.pl/web/rodzina/rodzicielstwo-zastepcze-wazna-misja?>, dostęp 27.09.2026 r.

⁵ https://lublin.stat.gov.pl/files/gfx/lublin/pl/defaultaktualnosci/740/22/6/1/rodzinna_pieczna_zastepcza_w_województwie_lubelskim_w_2024_r..pdf; dostęp 28.09.2026 r.

liczba rodzin rozwiązanych od 0 do 2.⁶ Uzasadniona jest więc konkluzja, że zasadnicza większość dzieci z niepełnosprawnościami wychowujących się w rodzinnej pieczy zastępczej, wychowuje się w rodzinach zastępczych spokrewnionych, niezawodowych, zawodowych innych typów i w rodzinnych domach dziecka. Z powyższych danych wynika zatem nie to, że liczba miejsc w rodzinnej pieczy zastępczej jest niewystarczająca dla zaspokojenia potrzeb dzieci z niepełnosprawnością, a raczej to, że samorządowi organizatorzy pieczy zastępczej nie realizują regulacji ustawowych i nie przekształcają rodzin przyjmujących dzieci z niepełnosprawnością w rodziny zawodowe typu specjalistycznego. To działanie może dawać skutek w postaci utrzymywania opinii publicznej w błędnym przekonaniu, iż z uwagi na zbyt niską liczbę rodzin zastępczych zawodowych typu specjalistycznego konieczne jest rozbudowywanie oferty domów pomocy społecznej i zakładów opiekuńczo-leczniczych, aby móc do nich kierować dzieci z niepełnosprawnością, które są zabezpieczane interwencyjnie. Tymczasem wzmiankowane wyżej wyniki kontroli NIK pokazują liczbowo dysproporcję danych: w roku 2024 w domach pomocy społecznej przebywało łącznie 1059 osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, które nie osiągnęły pełnoletności, podczas gdy w pieczy zastępczej ogółem przebywało takich osób 10 058. Dodatkowo dzieci przebywające w domach pomocy społecznej zajmowały jedynie 26% przeznaczonych dla nich miejsc, ponieważ większość tych miejsc zajmowały osoby dorosłe.⁷

Zgodnie z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej, w domu pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną dopuszczalny jest dalszy pobyt osoby, która ukończyła 30. rok życia, jeżeli charakteryzuje się małą zdolnością adaptacji do zmiany otoczenia i przebywa w tym domu od ponad pięciu lat. Jak wynika z ustaleń przedstawionych w Informacji o wynikach kontroli NIK, rozwiązanie to prowadzi do utrwalania długoterminowego pobytu w DPS osób umieszczonych tam jako małoletni, nierzadko aż do końca życia.⁸ Uzasadnieniem dla kontynuowania pobytu w DPS jest potrzeba zachowania stabilizacji życiowej osoby dorosłej oraz ograniczenie negatywnych skutków związanych ze zmianą środowiska. Konsekwencją takiego modelu jest wspólne przebywanie dzieci i młodzieży z dorosłymi mieszkańcami DPS, włącznie z przypadkami wspólnego zakwaterowania w jednym pokoju i korzystania z tych samych pomieszczeń sanitarnych. Nie ulega wątpliwości, że przy planowaniu rozmieszczenia mieszkańców domu pomocy społecznej zasadne jest uwzględnianie ich wieku oraz wynikających z niego odmiennych potrzeb w zakresie prywatności, bezpieczeństwa i komfortu. Praktyka wyodrębniania przestrzeni dostosowanych do potrzeb dzieci i osób dorosłych również w innych miejscach użyteczności publicznej wskazuje, że kryterium wieku może stanowić istotny element organizacji wspólnej

⁶ Diagnoza systemu pieczy zastępczej na terenie województwa mazowieckiego, Warszawa 2025-2026; <https://mcps.com.pl/wp-content/uploads/2026/03/Diagnoza-systemu-pieczy-zastepczej-w-wojewodztwie-mazowieckim-OST.pdf>, s. 36; dostęp 27.09.2026 r.

⁷ Informacja o wynikach kontroli NIK..., s. 7.

⁸ Ibidem, s. 7.

przestrzeni.

Zdaniem KKPR potrzeba zapewnienia stabilizacji życiowej osobom dorosłym, które od wielu lat przebywają w domu pomocy społecznej nie stanowi wystarczającego uzasadnienia dla przyjęcia rozwiązania prowadzącego do wspólnego zakwaterowania dzieci i osób dorosłych. W razie kolizji interesów tych grup szczególne znaczenie należy przypisać zasadzie najlepszego interesu dziecka, wynikającej z Konwencji o prawach dziecka. Za przyznaniem pierwszeństwa ochronie interesów dziecka przemawiają w szczególności odmienne, związane z jego wiekiem potrzeby w zakresie bezpieczeństwa, prywatności i warunków bytowych, ponieważ dzieci mają zdecydowanie odrębne od dorosłych potrzeby bytowe, a potrzeby wynikające z wieku dziecka powinny być szczególnie szanowane i uwzględniane we wszystkich działaniach i decyzjach, które go dotyczą. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że poza systemem domów pomocy społecznej trudno wskazać sytuacje, w których regulacje prawne akceptowałyby zakwaterowanie niespokrewnionej osoby dorosłej we wspólnym pokoju z dzieckiem. Standardy ochrony małoletnich zmierzają do ograniczania sytuacji, które mogą naruszać ich prywatność, poczucie bezpieczeństwa lub zwiększać ryzyko nadużyć. Z ustaleń zawartych w Informacji o wynikach kontroli NIK wynika tymczasem, że w żadnym z kontrolowanych ośrodków dzieci nie były kwaterowane w sposób całkowicie odrębny od osób dorosłych, a w jednym z przypadków różnica wieku pomiędzy mieszkańcami tego samego pokoju wynosiła 65 lat.⁹ Zdaniem KKPR praktyka taka nie odpowiada współczesnym standardom ochrony praw dziecka ani zasadzie uwzględniania jego najlepiej pojętego interesu. Przemawia to za koniecznością takiej organizacji domów pomocy społecznej, która zapewniałaby rzeczywiste przestrzenne i funkcjonalne oddzielenie dzieci od dorosłych mieszkańców.

Jednocześnie brak w otoczeniu dziecka rodzica lub innego stałego opiekuna, sprawującego nad nim pieczę, zdolnego do rozpoznawania i zaspokajania jego potrzeb emocjonalnych oraz zapewniania mu poczucia bezpieczeństwa, może istotnie ograniczać możliwości jego rozwoju emocjonalnego, poznawczego i społecznego.

Znaczenie ma przy tym nie sama obecność osoby dorosłej, lecz możliwość nawiązania trwałej i stabilnej więzi z osobą rzeczywiście odpowiedzialną za opiekę i wychowanie dziecka. Nie chodzi zatem o samą obecność dorosłego współmieszkańca, lecz o zapewnienie dziecku rzeczywistej i stabilnej pieczy. Z tego punktu widzenia najbardziej pożądane pozostaje wychowywanie dziecka w środowisku rodzinnym, w szczególności przez rodziców biologicznych lub adopcyjnych, krewnych albo w rodzinnej pieczy zastępczej.

Jak wynika z Informacji o wynikach kontroli NIK, do systemowych uwarunkowań, ograniczających możliwości rozwoju emocjonalnego, poznawczego i społecznego dzieci z niepełnosprawnością intelektualną lub niepełnosprawnościami sprzężonymi, przebywających w

⁹ Ibidem, s. 14.

domach pomocy społecznej, należą w szczególności: niedostatecznie stymulujące środowisko po powrocie z placówki edukacyjnej, narażenie na zachowania agresywne ze strony dorosłych współmieszkańców oraz długotrwały pobyt w środowisku instytucjonalnym.¹⁰ Okoliczności te, w powiązaniu z ograniczeniami organizacyjnymi wynikającymi z przyjętego modelu funkcjonowania DPS, mogą prowadzić do osłabienia efektów działań terapeutycznych, ograniczać realne możliwości wyjścia dziecka z systemu opieki instytucjonalnej, a w dalszej perspektywie ograniczać szanse na jego usamodzielnienie.

Pieczna zastępcza powinna mieć co do zasady charakter tymczasowy i powinna służyć stworzeniu warunków umożliwiających powrót dziecka do rodziny biologicznej. Jeżeli nie jest on możliwy, należy dążyć do przysposobienia lub do pozostania dziecka w środowisku zastępczym. Jak jednak podniesiono wcześniej, pobyt dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej, placówce opiekuńczo-leczniczej lub w domu pomocy społecznej nie jest definicyjnie objęciem dziecka pieczą zastępczą, zatem długotrwały pobyt w tych placówkach nie jest równoznaczny z przebywaniem dziecka w środowisku zastępczym. Tym samym traktowanie pobytu osoby małoletniej i pozbawionej opieki rodzicielskiej w środowisku instytucjonalnym, przeznaczonym dla osób z niepełnosprawnościami lub specjalistycznymi potrzebami zdrowotnymi, jako trwałego rozwiązania opiekuńczego pozostaje w sprzeczności z prawem dziecka do wychowywania w środowisku rodzinnym (także w świetle ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej). Ekwiwalentem środowiska rodzinnego może być natomiast rodzinna piecza zastępcza i takie rozwiązanie mogłoby mieć cechę trwałości w sytuacji dzieci z niepełnosprawnością, jednakże w obecnym stanie prawnym nie przewidziano istnienia formy długoterminowej opieki zastępczej w rodzinnych formach pieczy zastępczej, pomimo pozytywnego w tym zakresie stanowiska KKPR z dnia 12 maja 2026 roku.¹¹ Zgodnie z art. 164 ust. 1 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, każda instytucja, która powyższe informacje uzasadniającą zakwalifikowanie dziecka do przysposobienia, ma obowiązek współpracy z ośrodkiem adopcyjnym. Analiza przedkontrolna NIK wykazała, że zgłoszenie dziecka do przysposobienia następowało na etapie postępowań sądowych, jeszcze przed umieszczeniem w DPS. Po przyjęciu dziecka w placówce jedną ze wskazywanych przyczyn zmiany kwalifikacji na potrzeby postępowania adopcyjnego było ustabilizowanie się sytuacji małoletniego i nawiązanie pozytywnej relacji z personelem. Po takiej zmianie kwalifikacji zgłoszenia do adopcji nie

¹⁰ Ibidem, s. 5 i wskazana literatura.

¹¹ Stanowisko_Komisji_Kodyfikacyjnej_Prawa_Rodzinnego_z_dnia_12_maja_2026_r_w_przedmiocie_ustawy_o_zmianie_ustawy_o_wspieraniu_rodziny_i_systemie_pieczy_zastępczej_oraz_niektórych_innych_ustaw_UD_354-1.pdf; <https://redakcja.www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/stanowiska-komisji-kodyfikacyjnej-prawa-rodzinnego>; dostęp 28.09.2026 r.

były już ponawiane.¹² Taka praktyka może prowadzić do utrwalenia pobytu dziecka w opiece instytucjonalnej, pomimo że sama adaptacja do warunków placówki nie powinna przesądzać o rezygnacji z poszukiwania trwałej, rodzinnej formy pieczy.

2.2. Gwarancje proceduralne i współdziałanie instytucji w sprawach dotyczących umieszczenia małoletniego w domu pomocy społecznej Jak wynika z przedstawionych analiz, dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną, dla których nie było możliwe zapewnienie miejsca w pieczy zastępczej ani w placówkach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, umieszczano w DPS, które w praktyce stawały się alternatywą wobec pozostawienia małoletniego w dotychczasowym środowisku. Należy podkreślić, że DPS funkcjonują poza systemem pieczy zastępczej i nie zostały zaprojektowane jako instytucje służące realizacji jej celów. Istniejący system wsparcia małoletnich w DPS nie zapewniał w pełni prawidłowej oraz rzetelnej opieki i zdaniem kontrolerów NIK wymaga zmian legislacyjnych.¹³ Głównym problemem jest to, że w praktyce nie funkcjonują DPS, w których przebywaliby wyłącznie małoletni mieszkańcy. Taki system negatywnie wpływał na możliwość zapewnienia dzieciom i młodzieży umieszczonym w DPS wsparcia adekwatnego do ich podstawowych potrzeb oraz bezpieczeństwa osobistego.

Jak ustalono we wskazanej Informacji o wynikach kontroli NIK, obowiązek przeprowadzania okresowych badań stanu zdrowia psychicznego małoletnich mieszkańców DPS, o których mowa w art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego realizowano w sposób prawidłowy i terminowy tylko w dwóch kontrolowanych placówkach. W jednej z nich badań takich nie przeprowadzano wcale, w innej nie zapewniono ich przeprowadzenia albo wykonano je z opóźnieniem, natomiast w pięciu pozostałych DPS, objętych analizą aktową, w odniesieniu do części dzieci badania przeprowadzano rzadziej niż z częstotliwością wymaganą przepisami.¹⁴

Ustalenia kontroli wskazują również, że na etapie postępowania sądowego dotyczącego umieszczenia małoletniego na stałe w DPS nie zawsze występowano o opinię biegłego lekarza psychiatry.¹⁵ Praktyka ta budzi zastrzeżenia z punktu widzenia charakteru postępowania dotyczącego długotrwałego umieszczenia dziecka w instytucjonalnej formie opieki.

Z tego względu NIK sformułowała postulat przygotowania projektu nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego polegającej na wprowadzeniu w jej art. 46 obowiązku zasięgnięcia przez sąd opinii biegłego lekarza psychiatry przed wydaniem orzeczenia o umieszczeniu w DPS na czas nieokreślony dziecka z niepełnosprawnością intelektualną.¹⁶ KKPR podziela stanowisko NIK co do potrzeby obligatoryjnego uwzględnienia wiadomości specjalnych w tego rodzaju

¹² Informacja o wynikach kontroli NIK..., s. 9.

¹³ Ibidem, s. 10.

¹⁴ Ibidem, s. 52 i n.

¹⁵ Ibidem, s. 24.

¹⁶ Ibidem, s. 30.

postępowaniu, nie podziela jednak poglądu o konieczności nowelizacji art. 46 UOZP, ponieważ obowiązek zasięgnięcia opinii psychiatry wynika już z obecnego brzmienia tego przepisu. Rozstrzygnięcie dotyczące długotrwałego umieszczenia małoletniego z niepełnosprawnością intelektualną w DPS wymaga bowiem uwzględnienia wiadomości specjalnych dotyczących jego stanu zdrowia psychicznego oraz potrzeb opiekuńczych. Opinia biegłego powinna w takim przypadku stanowić istotną gwarancję prawidłowości postępowania i umożliwiać sądowi dokonanie rzeczywistej, a nie jedynie formalnej, kontroli zasadności umieszczenia dziecka w instytucji. Nie oznacza to jednak, że udział biegłego powinien być obligatoryjny w każdym postępowaniu dotyczącym przyjęcia małoletniego do zakładu opiekuńczo-leczniczego albo zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. W zależności od okoliczności konkretnej sprawy wystarczającą podstawę ustaleń mogą stanowić dokumentacja medyczna oraz zaświadczenia lekarskie. Należy również uwzględnić, że przyjęcie do tego rodzaju placówki nie w każdym przypadku następuje na podstawie orzeczenia sądu.

Zgodnie z ustaleniami wynikającymi z Informacji o wynikach kontroli NIK system wsparcia, którego celem powinno być przeciwdziałanie nieuzasadnionemu umieszczeniu dziecka w DPS jest rozproszony i wymaga ścisłej koordynacji działań podejmowanych w obszarze pomocy społecznej, ochrony zdrowia i edukacji. Również w samym systemie pomocy społecznej zadania w tym zakresie powierzono różnym instytucjom, co przesądza o konieczności ich sprawnej współpracy i wymiany informacji. Spośród pięciu skontrolowanych PCPR trzy podejmowały, w granicach swoich kompetencji, kompleksowe działania, które mogły pośrednio przeciwdziałać umieszczaniu dzieci w DPS we wszystkich sprawach objętych analizą. W dwóch pozostałych PCPR działań takich nie podejmowano, albowiem ich dyrektorzy wychodzili z założenia, że skoro o umieszczeniu dziecka w DPS rozstrzyga sąd, rola PCPR ogranicza się do wykonania wydanego postanowienia. Tymczasem ustalenia kontroli potwierdziły, że sąd podejmował rozstrzygnięcie m.in. na podstawie opinii i informacji przekazanych przez PCPR. Samo wydanie postanowienia o umieszczeniu dziecka w DPS albo o wyrażeniu zgody na takie umieszczenie nie przesądzało o konieczności wydania decyzji o skierowaniu dziecka do domu pomocy społecznej, a następnie decyzji o jego umieszczeniu w takiej placówce. NIK stwierdziła ponadto, że umieszczenie małoletniego w DPS nie zawsze było poprzedzone uzyskaniem opinii biegłego potwierdzającej potrzebę zastosowania tej formy opieki, natomiast skierowanie dziecka do DPS wynikało m.in. z ograniczonej dostępności innych form pieczy lub opieki.¹⁷

2.3. Założenia prawidłowej procedury kierowania i przyjmowania małoletniego do placówki

Na tej podstawie można sformułować kilka założeń wyjściowych, którym powinna

¹⁷ Ibidem, s. 24.

odpowiadać prawidłowo ukształtowana procedura kierowania i przyjmowania małoletniego do zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL), zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego albo DPS:

- 1) prawidłowe rozpoznanie indywidualnych potrzeb dziecka, w szczególności potrzeb zdrowotnych, opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i społecznych, oraz skierowanie go na tej podstawie do placówki o profilu odpowiadającym tym potrzebom;
- 2) poszanowanie kształtującej się autonomii decyzyjnej małoletniego odpowiednio do jego wieku, stopnia dojrzałości oraz zdolności do rozumienia własnej sytuacji i wyrażania potrzeb oraz preferencji; dziecko powinno mieć możliwość przedstawienia swojego stanowiska i swoich potrzeb;
- 3) zapewnienie skutecznego mechanizmu weryfikacji decyzji dotyczącej przyjęcia albo odmowy przyjęcia dziecka do określonej placówki, umożliwiającego kontrolę prawidłowości rozstrzygnięcia oraz ochronę praw małoletniego, w tym poszanowanie praw pacjenta;
- 4) jednoznaczne określenie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych podczas pobytu małoletniego w placówce; zasady te powinny wskazywać w szczególności podmiot uprawniony do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne, określać zakres kompetencji kierownika placówki oraz przewidywać sposób postępowania w sytuacji, w której uzyskanie zgody przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe lub znacznie utrudnione albo nie może nastąpić w czasie wymaganym ze względu na stan zdrowia dziecka;
- 5) przeciwdziałanie utrwalaniu się długotrwałego, w tym bezterminowego pobytu dziecka w placówce; powinno temu służyć wprowadzenie obowiązkowej okresowej rzeczywistej oceny dalszej zasadności pobytu, obejmującej stan zdrowia małoletniego oraz możliwość zastosowania mniej izolującej formy opieki, w tym powrotu do rodziny, umieszczenia w pieczy zastępczej albo – jeżeli spełnione są ustawowe przesłanki – podjęcia działań zmierzających do przysposobienia;
- 6) zapewnienie prawidłowego przechowywania i udostępniania informacji dotyczących dziecka z poszanowaniem przepisów o ochronie danych osobowych oraz jego prawa do prywatności; dostęp do informacji powinien być możliwy w zakresie niezbędnym do oceny możliwości przejęcia opieki nad dzieckiem przez osoby bliskie lub krewnych, jeżeli przemawia za tym jego dobro i istnieje ku temu właściwa podstawa prawna;
- 7) zapewnienie dzieciom i młodzieży warunków zakwaterowania odpowiednich do ich wieku, stopnia rozwoju oraz potrzeb zdrowotnych, społecznych i higienicznych; w szczególności konieczne jest zapewnienie odpowiedniego oddzielenia małoletnich od dorosłych mieszkańców lub pacjentów placówki oraz takich warunków korzystania z urządzeń sanitarnych, które uwzględniają wiek i indywidualne potrzeby dziecka.

3. Inne propozycje dotyczące zmian legislacyjnych

3.1. Nowe rozwiązania w zakresie procedury przyjęcia dziecka do placówki opiekuńczo-

leczniczej Zdaniem KKPR aktem prawnym odpowiednim dla wprowadzenia nowych rozwiązań legislacyjnych w sprawie procedury przyjęcia dziecka do placówki opiekuńczo-leczniczej będzie ustawa o działalności leczniczej (UDL). Przemawia za tym zarówno przedmiot tej ustawy, obejmujący zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych, jak i istniejące już w jej ramach unormowania odnoszące się do pobytu pacjenta w podmiocie leczniczym, w tym do przesłanek jego wypisania. W szczególności art. 29 UDL przewiduje rozwiązania znajdujące zastosowanie także wobec pacjentów małoletnich.

Odmienne ujęcie wymaga problematyka przyjęcia małoletniego do domu pomocy społecznej. Zasady kierowania i umieszczania osób w DPS określa co do zasady ustawa o pomocy społecznej, natomiast ustawa o ochronie zdrowia psychicznego ustanawia szczególny tryb dotyczący osób spełniających przesłanki określone w art. 38 i art. 39 tej ustawy. Obecnie obowiązujący art. 46 UOZP jest zdaniem KKPR w tym zakresie wystarczający. Nie wymaga uzupełnienia o dodatkowy przepis nakazujący obligatoryjne zasięgnięcie opinii biegłego psychiatry w sprawach dotyczących małoletnich. Z art. 46 ust. 3 wynika, że do postępowania o przyjęcie do domu pomocy społecznej albo o wypisanie z tej placówki stosuje się odpowiednio ust. 2, zgodnie z którym przed wydaniem postanowienia co do istoty sprawy, sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów. *Lege non distinguente* dotyczy to również małoletnich. Postępowanie dotyczące przyjęcia do DPS zostało uregulowane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z uwagi na możliwość zastosowania wobec takiej osoby przymusu, a tym samym ingerencji w jej sferę wolności osobistej. Z tego względu ustawodawca przewidział w tym zakresie kontrolę sądową oraz obligatoryjne zasięgnięcie opinii biegłego. Gwarancje te odnoszą się do wszystkich osób objętych tym trybem, bez różnicowania ze względu na wiek, a więc zarówno do osób dorosłych, jak i małoletnich. Odmienne należy ocenić przyjęcie do ZOL, które co do zasady opiera się na dobrowolności i wymaga odpowiedniej podstawy w zakresie zgody pacjenta lub podmiotu uprawnionego do jej wyrażenia. Ewentualna regulacja powinna zostać ukształtowana z uwzględnieniem zasady dobrowolności i obejmować zarówno pacjentów małoletnich, jak i osoby dorosłe, w tym osoby faktycznie niezdolne do samodzielnego wyrażenia zgody lub podjęcia decyzji w sprawie własnego leczenia i opieki.

W przypadku pacjentów niesamodzielných albo faktycznie niezdolnych do samodzielnego podjęcia decyzji konieczne jest zapewnienie możliwości zainicjowania procedury przyjęcia do placówki także przez osoby inne niż przedstawiciel ustawowy. Krąg podmiotów uprawnionych do wystąpienia z takim wnioskiem powinien być dostatecznie szeroki i obejmować w szczególności osoby bliskie, opiekuna faktycznego, lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub domowej opieki długoterminowej, pracownika socjalnego oraz sąd opiekuńczy. Rozwiązanie takie ma szczególne znaczenie w sytuacjach, w których przedstawiciel

ustawowy nie podejmuje działań koniecznych dla zapewnienia pacjentowi odpowiedniej opieki albo nie rozpoznaje jego rzeczywistych potrzeb zdrowotnych.

Zdaniem KKPR rozważenia wymaga wprowadzenie komisji kwalifikacyjnej powoływanej w sprawie rozstrzygnięcia o przyjęciu do placówki. O kwalifikacji powinny decydować przede wszystkim wskazania zdrowotne, w tym potrzeba udzielania świadczeń leczniczych, stałej opieki pielęgnacyjnej lub innych świadczeń wymagających pobytu stacjonarnego. W skład tej komisji wchodziłoby przedstawiciele placówki, do której pacjent został zgłoszony oraz przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta, którego zadaniem jest dbałość o ochronę praw pacjenta. Na etapie kwalifikacji do przyjęcia nie ma potrzeby obligatoryjnego angażowania sądu, co pozwala uniknąć nadmiernego obciążania sądów sprawami niewymagającymi bezpośredniej ingerencji judykacyjnej. Jednocześnie podmiotom uprawnionym do zaskarżenia rozstrzygnięcia powinien zostać zapewniony skuteczny środek prawny zaskarżenia do sądu, gwarantujący możliwość poddania sprawy kontroli sądowej. W przypadku małoletniego jego interesy reprezentowałby co do zasady przedstawiciel ustawowy. Ewentualne nieprawidłowości związane z przyjęciem pacjenta do placówki mogłyby podlegać kontroli sądu opiekuńczego na zasadach ogólnych, po uzyskaniu przez sąd informacji wskazujących na potrzebę podjęcia stosownych czynności. Członkowie komisji posiadający kwalifikacje medyczne pełniliby funkcję ekspercką, funkcjonalnie zbliżoną do roli biegłego powoływanego dla potrzeb konkretnej sprawy. Rozwiązanie wykorzystujące kolegiatną ocenę konkretnej sprawy nie jest obce polskiemu prawu medycznemu; zbliżony mechanizm występuje w postępowaniu przed Komisją Lekarską działającą przy Rzeczniku Praw Pacjenta. W proponowanym modelu komisja *ad hoc* spełniałaby natomiast rolę decydowania o kwalifikacji do przyjęcia do placówki, czyli analogiczną do funkcji lekarza izby przyjęć w szpitalu.

W ramach projektowanego rozwiązania systemowego zasadne może okazać się redakcyjne wyodrębnienie przepisów odnoszących się wyłącznie do małoletnich, jest to jednak kwestia przyjętej techniki legislacyjnej. Dotychczasowe regulacje z zakresu prawa medycznego nie zawsze przewidują odrębne unormowania odnoszące się do poszczególnych kategorii pacjentów. W przypadku osób prawnie albo faktycznie niesamodzielnych ustawodawca często posługuje się techniką enumeratywnego wskazania poszczególnych grup podmiotów w ramach tej samej jednostki redakcyjnej. Procedura powinna zapewniać odpowiednio szeroki krąg wnioskodawców (osoby bliskie, opiekun faktyczny, lekarz prowadzący hospitalizację pacjenta w szpitalu, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jeżeli sprawuje bieżącą opiekę nad pacjentem, lekarz specjalista prowadzący leczenie ambulatoryjne oraz lekarz kierujący leczeniem pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub innym podmiocie leczniczym, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej albo pielęgniarka domowej opieki długoterminowej, sąd opiekuńczy, pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej albo centrum usług społecznych albo szpitala, jeżeli pacjent w nim

przebywa), w tym uwzględniać wolę pacjenta zdolnego do wyrażenia zgody.

Obowiązujące przepisy przewidują możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego także wtedy, gdy pacjent nie jest zdolny do samodzielnego wyrażenia zgody, a jego stan zdrowia wymaga niezwłocznej interwencji, a nie ma możliwości porozumienia z przedstawicielem ustawowym pacjenta. Konieczność ta może wystąpić u pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody, w tym małoletniego, który może odczuwać potrzebę uzyskania pomocy medycznej, a jednocześnie być zaniedbywany przez swoich prawnych opiekunów.

Na występowanie tego rodzaju przypadków wskazywały również publikacje prasowe, a ich istnienie znajduje potwierdzenie w praktycznych spostrzeżeniach sędziów rodzinnych, formułowanych m.in. w toku dyskusji środowiskowych i konferencji naukowych. Projektowana regulacja powinna umożliwiać zainicjowanie procedury zmierzającej do udzielenia świadczenia lub podjęcia określonej czynności medycznej wobec pacjenta nie tylko przez podmioty uprawnione do reprezentacji, ale również przez inne osoby bliskie, dysponujące informacjami mogącymi wskazywać na potrzebę objęcia pacjenta specjalistyczną opieką. Rozwiązanie takie byłoby uzasadnione zwłaszcza w sytuacjach, w których przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny nie rozpoznaje rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjenta albo z innych względów nie podejmuje działań koniecznych dla zapewnienia mu odpowiedniej opieki. Wprawdzie obowiązujące przepisy pozwalają sądowi opiekuńczemu na podjęcie postępowania z urzędu, także na skutek zawiadomienia pochodzącego od osoby nieposiadającej formalnego umocowania do reprezentowania małoletniego, mechanizm ten jednak może prowadzić do niepotrzebnego wydłużenia drogi do uzyskania niezbędnej pomocy. Postulowane rozwiązanie nie zmierzałoby do przyznania osobom trzecim kompetencji do podejmowania decyzji medycznych za pacjenta. Osoby te mogłyby wszcząć procedurę przyjęcia pacjenta do placówki lub ocenę potrzeby udzielenia mu określonego świadczenia zdrowotnego, nie uzyskując jednocześnie uprawnienia do podejmowania decyzji medycznych w jego imieniu ani do zastępowania podmiotów uprawnionych do wyrażenia zgody.

KKPR zwraca uwagę na konieczność zapewnienia w postępowaniu wszechstronnej oceny stanu zdrowia oraz środowiska życiowego osoby, której dotyczy wnioszek, z wykorzystaniem potrzebnych wiadomości specjalnych. Z tego względu zasadne byłoby ustawowe wskazanie podstawowego katalogu dokumentów, na których powinna opierać się ocena, obejmującego w szczególności: 1) skierowanie lekarskie; 2) wywiad pielęgniarski; 3) opinię pracownika socjalnego na temat sytuacji osobistej i warunków socjalno-bytowych pacjenta w miejscu zamieszkania lub dotychczasowego pobytu.

Za właściwą należy uznać praktykę poszukiwania placówki o profilu opieki odpowiadającej potrzebom zdrowotnym, pielęgnacyjnym i opiekuńczym, położonej jak najbliżej miejsca zamieszkania. W ocenie KKPR podstawowym kryterium wyboru placówki jest zapewnienie

podopiecznemu opieki odpowiadającej przede wszystkim jego potrzebom zdrowotnym i innym rozpoznany potrzebom specjalnym. Kwalifikacja powinna opierać się z jednej strony na ustaleniu i rozpoznaniu potrzeb osoby, której dotyczy wniosek, z drugiej natomiast na ocenie możliwości medycznych i opiekuńczych konkretnej placówki, do której skierowany będzie wniosek o przyjęcie. Z tego względu, w opinii KKPR nie jest konieczne angażowanie do tego postępowania biegłego sądowego. Jego wiedza na ten temat będzie mieć charakter ekspercki, bez bezpośredniego rozeznania warunków panujących w konkretnej placówce. Bardziej odpowiednie byłoby powierzenie oceny osobom wykonującym zawody medyczne, posiadającym odpowiednie kwalifikacje oraz bezpośrednią znajomość warunków funkcjonowania placówki, do której kierowany jest wniosek o przyjęcie, co czyniłoby ich status zbliżonym do biegłych *ad hoc*.

KKPR opowiada się w związku z tym za rozwiązaniem, w którym o kwalifikacji do przyjęcia do placówki rozstrzygałaby powoływana doraźnie kilkuosobowa komisja o mieszanym składzie. W jej skład powinni wchodzić co najmniej lekarz i pielęgniarka, reprezentujący placówkę, do której ma nastąpić przyjęcie, a także przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta. Ze względu na możliwość wystąpienia nadużyć przesłanki kwalifikacji powinny zostać określone ustawowo w sposób dostatecznie precyzyjny. Komisja powinna brać pod uwagę w szczególności stan zdrowia pacjenta, jego sytuację osobistą, możliwość zapewnienia mu odpowiedniej opieki w miejscu zamieszkania lub dotychczasowego pobytu oraz jego najlepiej pojęty interes. Zdaniem KKPR te kryteria decyzyjne powinny ze względów gwarancyjnych znaleźć się *expressis verbis* w ustawie.

Ze względu na mieszany skład komisji oraz zakres dokumentacji stanowiącej podstawę jej rozstrzygnięcia, orzeczenie komisji w przedmiocie kwalifikacji do przyjęcia nie miałoby charakteru orzeczenia lekarskiego w ścisłym tego słowa znaczeniu. Jego podstawę stanowiłyby nie tylko ustalenia medyczne, lecz także informacje dotyczące sytuacji osobistej, opiekuńczej i socjalno-bytowej osoby, której dotyczy wniosek. Z tego względu, w ocenie KKPR rozstrzygnięcie komisji miałoby charakter zbliżony do orzeczenia lekarskiego, nie stanowiłoby jednak opinii ani orzeczenia lekarza w rozumieniu art. 31 UPP. Z tego względu projektowana regulacja powinna samodzielnie określać środek zaskarżenia, przewidując możliwość poddania rozstrzygnięcia komisji bezpośredniej kontroli sądu opiekuńczego.

W ocenie KKPR proponowany model pozwalałby zapewnić osobie kwalifikowanej do przyjęcia odpowiednie gwarancje poszanowania jej dobra zdrowotnego, potrzeb bytowych oraz praw pacjenta. Należy przy tym uwzględnić, że sam pobyt w placówce nie przesądza o posiadaniu statusu pacjenta w rozumieniu UPP. Postulowane ulokowanie procedury kwalifikacyjnej w regulacjach dotyczących działalności leczniczej pozwalałoby jednoznacznie objąć osobę, której dotyczy postępowanie, reżimem ochronnym właściwym dla pacjenta już na etapie ubiegania się o przyjęcie do placówki.

Zdaniem KKPR zasadne jest wprowadzenie odrębnej regulacji prawnej, uwzględniającej specyfikę sytuacji pacjentów prawnie lub faktycznie niezdolnych do wyrażenia zgody. Regulacja ta powinna obejmować w szczególności rozszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do zainicjowania postępowania oraz ustanowienie bezpośredniej drogi zaskarżenia rozstrzygnięcia do sądu opiekuńczego. Rozwiązania te mają szczególne znaczenie z punktu widzenia ochrony praw osób, które ze względu na brak zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji nie są w stanie skutecznie dochodzić własnych interesów, a w praktyce działania na rzecz ochrony ich dobra podejmowane będą przez osoby trzecie zainteresowane ich sytuacją.

3.2. Dopuszczalność udzielania podczas pobytu w placówce świadczeń zdrowotnych, dla których przepisy prawa wymagają co do zasady każdorazowego uzyskania zgody podmiotu uprawnionego

Odrębnego rozważenia wymaga kwestia dopuszczalności udzielania podczas pobytu w placówce świadczeń zdrowotnych, dla których przepisy prawa wymagają co do zasady każdorazowego uzyskania zgody podmiotu uprawnionego. Problem ten był sygnalizowany przez RPO w odniesieniu do osób dorosłych, nieubezpieczeniowych, ale jednocześnie niezdolnych z przyczyn faktycznych do wyrażenia zgody. Zdaniem KKPR także w tym zakresie konieczna jest interwencja ustawodawcza. Obowiązujące przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dopuszczają udzielenie świadczenia bez uprzedniego uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego jedynie wówczas, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej (art. 33 ust. 1.). Pojęcie „niezwłocznej pomocy lekarskiej” nie może być utożsamiane wyłącznie ze stanami bezpośredniego lub nagłego zagrożenia życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i obejmuje również przypadki wymagające szybkiej interwencji medycznej, które nie mają charakteru stanów nagłych w ścisłym znaczeniu. Jednocześnie zakres zastosowania tego przepisu nie może być rozszerzany na wszystkie świadczenia, których udzielenie byłoby z medycznego punktu widzenia zasadne lub pożądane. Wątpliwości budzi w szczególności kwestia czy sądowe zezwolenie na przyjęcie i pobyt pacjenta w ZOL obejmuje *implicite* również zgodę na udzielanie świadczeń leczniczych i pielęgnacyjnych związanych z tym pobytem. Zdaniem KKPR kwestia ta powinna zostać rozstrzygnięta ustawowo w sposób jednoznaczny. W przeciwnym razie nadal będą istniały wątpliwości co do przestrzegania standardów ochrony praw człowieka

Z tego względu konieczne jest zaprojektowanie odrębnej podstawy ustawowej, sytuującej się między rozwiązaniem przyjętym w art. 33 ust. 1 UZL a konstrukcją przewidzianą w art. 33 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W opinii KKPR odpowiedni przepis powinien brzmieć następująco:

Art. X. 1. Orzeczenie o przyjęciu do zakładu opiekuńczego stanowi podstawę do udzielania

pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia zgody, bez konieczności uzyskania odrębnej zgody, świadczeń zdrowotnych niezbędnych ze względu na jego aktualny stan zdrowia, związanych z bieżącą opieką medyczną i pielęgnacyjną sprawowaną w związku z pobytem w zakładzie.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do świadczeń zdrowotnych, dla których przepisy odrębne wymagają uzyskania odrębnej zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo zezwolenia sądu opiekuńczego. W przypadku konieczności niezwłocznego udzielenia świadczenia zdrowotnego art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty stosuje się odpowiednio.

Pojęcie „bieżącej opieki medycznej” miałoby charakter nowej kategorii normatywnej, nawiązującej do konstrukcji przyjętej w art. 33 ust. 1 UZL. Jego zakres byłby szerszy niż pojęcie „niezwłocznej pomocy lekarskiej”, ponieważ obejmowałby nie tylko interwencje wymagające podjęcia bez zbędnej zwłoki, lecz również niezbędne, powtarzalne czynności lekarskie i pielęgnacyjne związane z codzienną opieką nad pacjentem przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Zdaniem KKPR art. 33 ust. 1 UZL stanowi w tym zakresie właściwy i bezpieczny punkt odniesienia, natomiast jego *odpowiednie* stosowanie pozwoliłoby uwzględnić specyfikę stacjonarnej opieki długoterminowej oraz odmienny charakter świadczeń udzielanych pacjentom przebywającym w ZOL. Projektowana regulacja nie powinna ograniczać się do sytuacji wymagających natychmiastowej interwencji, lecz obejmować świadczenia konieczne dla zachowania lub poprawy zdrowia pacjenta, wynikające z potrzeby zapewnienia mu ciągłości opieki. Do tej kategorii należałyby w szczególności takie czynności jak nawadnianie dożylne, systematyczne podawanie uprzednio zaordynowanych produktów leczniczych, pielęgnacja odleżyn, stosowanie metod leczenia bólu i inne świadczenia mieszczące się w zakresie bieżącej opieki lekarskiej i pielęgnacyjnej. Są to czynności, których dopuszczalność bez każdorazowego uzyskiwania zgody zastępczej budziła dotychczas wątpliwości właśnie w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej nad osobami faktycznie lub prawnie niezdolnymi do samodzielnego wyrażenia zgody.

3.3. Obowiązek niezwłocznego zawiadomienia o przyjęciu do zakładu opiekuńczego

W celu przeciwdziałania wskazanemu w Informacji o wynikach kontroli NIK¹⁸ zjawisku „znikania” małoletniego umieszczonego w placówce opiekuńczej z ewidencji oraz systemu pieczy zastępczej, KKPR postuluje wprowadzenie ustawowego obowiązku niezwłocznego zawiadamiania o przyjęciu do zakładu opiekuńczego właściwych organów i podmiotów. Obowiązek ten powinien spoczywać na kierowniku placówki i obejmować: 1) sąd opiekuńczy - w każdym przypadku osoby małoletniej – ponadto 2) właściwy podmiot lub osobę odpowiedzialną za koordynację pieczy zastępczej oraz 3) ośrodek pomocy społecznej właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu małoletniego pacjenta. Celem proponowanej regulacji jest zapewnienie ciągłości nadzoru nad

¹⁸ Ibidem, s. 32 i n.

sytuacją prawną, rodzinną i faktyczną osoby umieszczonej w placówce oraz wyeliminowanie przypadków, w których przyjęcie do zakładu prowadziłoby *de facto* do pozostawienia jej bez realnej możliwości zmiany jej sytuacji prawnej i faktycznej. Rozwiązanie to powinno w szczególności zapobiegać sytuacjom, w których długotrwały pobyt w placówce prowadziłby do faktycznego zamknięcia drogi do zmiany formy pieczy, przysposobienia albo odbudowywania i podtrzymywania więzi rodzinnych. Obowiązek informacyjny miałby nie tylko charakter ewidencyjny, lecz przede wszystkim gwarancyjny, służąc zachowaniu realnej możliwości okresowej oceny, czy dalszy pobyt małoletniego w placówce pozostaje zgodny z jego najlepiej pojętym interesem i czy ingerencja w sferę władzy rodzicielskiej jest adekwatna do bieżącej sytuacji opiekuńczej dziecka.

3.4. Uzupełnienie obowiązującego standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej

W nawiązaniu do uchybień organizacyjnych wskazanych w Informacji o wynikach kontroli NIK¹⁹, których ograniczeniu służą założenia przedstawione w ramach niniejszego stanowiska KKPR wskazuje, iż w odniesieniu do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych należy rozważyć uzupełnienie obowiązującego standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej, określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2026 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, o szczególne wymagania dotyczące organizacji pobytu małoletnich. Uzupełniając, Rzecznik Praw Dziecka mógłby opracować rekomendacje dotyczące organizacji pobytu małoletnich, przygotowane z udziałem ekspertów i ukierunkowane na ochronę ich bezpieczeństwa, prywatności, intymności oraz integralności osobistej. Szczęólnego znaczenia wymaga ochrona dzieci przed przemocą lub innymi zachowaniami naruszającymi ich bezpieczeństwo ze strony dorosłych mieszkańców placówki, w tym przed ryzykiem przemocy seksualnej. Powyższa ochrona została już prawnie uregulowana poprzez nałożenie na podmioty obowiązku wdrożenia standardów ochrony małoletnich, natomiast w świetle raportu NIK zasadne staje się pytanie o realną weryfikację stosowania tych zapisów w praktyce, w tym kontrolę sposobów dokumentowania ujawnionych lub zgłoszonych incydentów lub zdarzeń zagrażających małoletnim (art. 22c ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich). Niniejsza uwaga ma również zastosowanie do domów pomocy społecznej, w których przebywają osoby małoletnie.

Skoro w systemie ochrony zdrowia powszechnie przyjmuje się potrzebę organizacyjnego wyodrębnienia opieki nad pacjentami małoletnimi, analogiczne założenie powinno znaleźć zastosowanie również w placówkach zapewniających długoterminową opiekę osobom małoletnim wymagającym stałego wsparcia. Zdaniem KKPR niedopuszczalne jest organizowanie długotrwałego

¹⁹ Ibidem, s. 13 i n.

pobytu dzieci w sposób prowadzący do ich wspólnego zakwaterowania z niespokrewnionymi osobami dorosłymi oraz do korzystania z tych samych pomieszczeń sanitarnych bez odpowiednich zabezpieczeń organizacyjnych. Zgodnie z przywołaną wyżej ustawą (...) o ochronie małoletnich i przygotowanymi resortowymi wytycznymi do ustawy, wspólne zamieszkiwanie dziecka z niespokrewnionym z nim dorosłym, który nie pozostaje wobec dziecka w żadnej formalnej relacji opiekuńczej (np. nie jest rodzicem zastępczym, wychowawcą placówki pobytu całodobowego) jest rozwiązaniem niedopuszczalnym. Należy również podnieść, że małoletnie osoby z niepełnosprawnością przebywające w placówkach pobytu całodobowego są w szczególnym ryzyku krzywdzenia seksualnego z uwagi na skrzyżowanie ryzyka podatności (wynikającego z niepełnosprawności) z ryzykiem sytuacyjnym (tworzenia sytuacji niemonitorowanego przebywania mieszkańców dorosłych z mieszkańcami małoletnimi) i nakładającego się na nie ryzyka instytucjonalnego (braku konceptualizacji zagrożenia dzieci). Powyższe ustalenia znajdują potwierdzenie w licznych badaniach empirycznych, w tym w opracowaniach przeglądowych o wysokim wskaźniku weryfikowalności wyników (np. Scottish Child Abuse Inquiry Evidence Review, 2026²⁰; Royal Commission into Institutional Responses to Child Sexual Abuse, 2016²¹; J. Cardoso, S. C. Sousa, T. C. Almeida 2025²²; P. Parkinson, J. Cashmore 2017²³).

Tym samym standard organizacyjny powinien przewidywać co najmniej obowiązek przestrzennego wyodrębnienia części przeznaczonej dla małoletnich, w szczególności w formie osobnego skrzydła, kondygnacji albo innej wydzielonej strefy mieszkalnej, wraz z odrębnymi urządzeniami sanitarnymi. Dostęp do tej części placówki powinien być zorganizowany w sposób zapewniający dzieciom rzeczywiste bezpieczeństwo, prywatność i ochronę przed nieuprawnionym kontaktem z dorosłymi mieszkańcami placówki.

4. Wnioski

Przedstawione ustalenia wskazują jednoznacznie, że obecny model kierowania dzieci i

²⁰ A. Franklin, J. Greenaway, A. Leyman, Abuse in residential care institutions for disabled children and young People, Report for the Scottish Child Abuse Inquiry, Manchester Metropolitan University, April 2026, <https://www.childabuseinquiry.scot/evidence/abuse-residential-care-institutions-disabled-children-and-young-people>, s. 61-62, dostęp 28.10.2026

²¹ G. Llewellyn, S. Wayland, G. Hindmarsh, *Disability and child sexual abuse in institutional contexts*, Royal Commission into Institutional Responses to Child Sexual Abuse, Sydney, November 2016, <https://www.childabuseroyalcommission.gov.au/sites/default/files/file-list/Research%20Report%20-%20Disability%20and%20child%20sexual%20abuse%20in%20institutional%20contexts%20-%20Causes.pdf>, dostęp 28.10.2026, s. 50

²² J. Cardoso, S. C. Sousa, T. C. Almeida, *Sexual Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Systematic Review*, „Journal of Child & Adolescent Trauma” 2025, t. 18, nr 2, s. 409–422

²³ P. Parkinson, J. Cashmore, *Assessing the different dimensions and degrees of risk of child sexual abuse in institutions*, Royal Commission into Institutional Responses to Child Sexual Abuse, Sydney, June 2017, <https://www.childabuseroyalcommission.gov.au/sites/default/files/file-list/Research%20Report%20-%20Assessing%20the%20different%20dimensions%20and%20degrees%20of%20risk%20of%20child%20sexual%20abuse%20in%20institutions%20-%20Causes.pdf>, dostęp 28.10.2026, s. 84

młodzieży do zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i domów pomocy społecznej oraz zasady ich pobytu w tych placówkach wymagają uporządkowania ustawowego. Nie jest przy tym wystarczające stworzenie jednolitej procedury dla wszystkich przypadków. Odmienne charakter mają bowiem sytuacje, w których umieszczenie dziecka jest konsekwencją jego stanu zdrowia i konieczności zapewnienia mu specjalistycznej, całodobowej opieki, odmienne zaś te, w których pobyt ten staje się faktycznie formą zastępującą pieczę nad dzieckiem z powodu niewydolności jego środowiska rodzinnego albo braku miejsca w odpowiedniej formie pieczy zastępczej.

W ocenie KKPR podstawowym założeniem przyszłych regulacji powinno być zatem jednoznaczne rozdzielenie funkcji leczniczej, opiekuńczej i pieczy nad dzieckiem. O rodzaju właściwej placówki oraz podstawie prawnej umieszczenia nie powinna decydować dostępność wolnego miejsca, lecz rzeczywiste potrzeby konkretnego dziecka, ustalone z uwzględnieniem jego stanu zdrowia, stopnia samodzielności, sytuacji rodzinnej oraz możliwości zapewnienia mu odpowiedniej opieki w środowisku rodzinnym lub w innych formach wsparcia. W przypadku gdy pobyt ma przede wszystkim charakter leczniczy lub leczniczo-pielęgnacyjny, zasadnicze znaczenie powinny mieć wskazania medyczne. Przedstawiciel ustawowy nie powinien mieć kompetencji do jednostronnego decydowania o potrzebie długotrwałego pobytu dziecka w placówce medycznej, podobnie jak nie może skutecznie domagać się kontynuowania hospitalizacji po ustaniu wskazań medycznych. Jego rola polega na reprezentowaniu dziecka i wyrażaniu zgody w granicach określonych przepisami prawa, zawsze z uwzględnieniem ochrony dobra dziecka.

Inaczej należy oceniać sytuacje, w których umieszczenie dziecka w placówce następuje przede wszystkim z przyczyn opiekuńczych lub społecznych. Takie placówki jak DPS nie powinny pełnić funkcji substytutu wobec systemu pieczy zastępczej wyłącznie dlatego, że w systemie tym brakuje odpowiednich miejsc. Szczególne potrzeby dziecka związane z niepełnosprawnością mogą przemawiać za koniecznością zapewnienia mu wyspecjalizowanego środowiska opiekuńczego, nie mogą jednak prowadzić do faktycznego wyłączenia go z systemu ochrony właściwego dla dzieci pozbawionych prawidłowej opieki rodzicielskiej. Niepokój budzi w szczególności sytuacja, w której dziecko umieszczone w DPS przestaje być ujmowane w statystykach dotyczących pieczy zastępczej. Zakwalifikowanie placówki jako zapewniającej opiekę określonej grupie osób małoletnich nie powinno prowadzić do osłabienia obowiązku państwa w zakresie monitorowania sytuacji dziecka, w tym przez sąd opiekuńczy prowadzący postępowanie wykonawcze w tych sprawach, ani do utraty z pola widzenia możliwości jego powrotu do rodziny, umieszczenia w bardziej odpowiedniej formie pieczy, przysposobienia lub usamodzielnienia. Każde długoterminowe umieszczenie dziecka poza środowiskiem rodzinnym powinno podlegać okresowej ocenie pod względem jego dalszej celowości i zgodności z dobrem dziecka.

Szczególnego uregulowania wymagają także przypadki, w których przedstawiciel ustawowy nie wykonuje swoich obowiązków w sposób odpowiadający interesowi dziecka, pozostaje bierny, nie utrzymuje z nim rzeczywistego kontaktu albo podejmuje decyzje przede wszystkim z uwagi na własną sytuację życiową. Zgoda przedstawiciela ustawowego na pobyt dziecka w placówce nie może mieć charakteru nieograniczonego ani zastępować obiektywnej oceny czy umieszczenie jest rzeczywiście konieczne i czy wybrano formę opieki najlepiej odpowiadającą potrzebom dziecka.

Interwencja sądu opiekuńczego powinna koncentrować się przede wszystkim na przypadkach konfliktowych, przypadkach braku możliwości skutecznego działania przedstawiciela ustawowego, zagrożenia dobra dziecka lub zastosowania rozwiązania ingerującego w jego wolność wbrew jego woli albo stanowisku osoby uprawnionej do reprezentacji. Nie wydaje się natomiast celowe obligatoryjne angażowanie sądu w każdą decyzję organizacyjną lub medyczną dotyczącą pobytu. Kontrola sądowa powinna być dostępna jako rzeczywista gwarancja ochrony praw dziecka, ale nie powinna zastępować decyzji medycznych ani bieżącego zarządzania procesem opieki.

Niezależnie od podstawy umieszczenia w placówce dzieci i młodzież powinny być traktowane jako odrębna grupa wymagająca szczególnej ochrony. Długoterminowy charakter pobytu nie może prowadzić do zatarcia różnicy między opieką nad dzieckiem a opieką nad osobą dorosłą. Warunki bytowe, organizacja przestrzeni, sposób świadczenia opieki oraz relacje z otoczeniem powinny być dostosowane do wieku i etapu rozwoju. Konieczne jest również uregulowanie sytuacji osób z niepełnosprawnościami po osiągnięciu przez nie pełnoletności. Brak odpowiedniej oferty pieczy i opieki długoterminowej prowadzi do sytuacji, w której rozwiązania podejmowane w dzieciństwie stają się rozwiązaniami faktycznie trwałymi, mimo że nie były projektowane jako model docelowy. System powinien zapewniać ciągłość wsparcia, ale nie automatyzm instytucjonalizacji.

Podsumowując, KKPR podziela stanowisko o potrzebie podjęcia prac legislacyjnych w obszarze tak istotnym dla dzieci znajdujących się w niezwykle trudnej sytuacji życiowej, wymagającej wyważonych i precyzyjnych decyzji ze strony podmiotów zobowiązanych do ochrony ich dobra. Celem tych regulacji nie powinno być jednak wyłącznie wprowadzenie dodatkowej kontroli formalnej nad przyjęciem dziecka do placówki. Konieczne jest stworzenie spójnego modelu, który z jednej strony zagwarantuje odpowiednią ochronę dziecka i możliwość kontroli decyzji ingerujących w jego sytuację osobistą, z drugiej zaś pozwoli na elastyczne reagowanie na jego potrzeby zdrowotne i opiekuńcze. Punktem odniesienia dla wszystkich rozwiązań powinien pozostawać najlepiej pojęty interes dziecka, oceniany indywidualnie i z uwzględnieniem zarówno jego aktualnych potrzeb, jak i perspektywy dalszego rozwoju, utrzymywania więzi rodzinnych oraz możliwie pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Opracowane przez: Zespół problemowy do spraw ochrony praw dziecka jako pacjenta w procesie

diagnostyczno-leczniczym pod kierunkiem prof. dr hab. Marii Boratyńskiej.