



Informacja o przeprowadzonej ANALIZIE ZDARZENIA

Przedmiot analizy:

Zdarzenie, w wyniku którego
małoletni poniósł śmierć

Oznaczenie analizy:

Analiza 2/2026

Autorzy raportu:

Grupa ekspertów powołana przez Zespół
do spraw analizy zdarzeń, na skutek których
małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego
uszczerbku na zdrowiu

Data publikacji:

6 października 2026 roku

Podstawa prawna udostępnienia

art. 22m ust. 6 ustawy z dnia 13 maja 2016 r.
o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością
na tle seksualnym i ochronie małoletnich
(t.j. Dz. U. z 2026 r., poz. 110)



Spis treści

I. Podstawa prawna i zakres udostępnianej informacji.....	1
II. Zwięzły opis stanu faktycznego analizowanego zdarzenia.....	1
III. Wnioski końcowe i zalecenia dla właściwych organów lub instytucji.....	1
IV. Rekomendacje, które dotyczą funkcjonowania systemu ochrony małoletnich.....	9
Rekomendacje systemowe.....	9
Rekomendacje sektorowe.....	10
A. Pomoc społeczna.....	10
B. Ochrona zdrowia.....	11
C. Departament ds. Równego Traktowania.....	13
D. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, organizatorzy rodzinnej pieczy zastępczej oraz powiatowe centra pomocy rodzinie – we współpracy z Ministrem Sprawiedliwości.....	14
E. Wymiar sprawiedliwości.....	16
V. Propozycje wydania lub zmiany aktów normatywnych.....	16

I. Podstawa prawna i zakres udostępnianej informacji

Zgodnie z art. 22m ust. 6 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1802):

„Na stronie internetowej urzędu obsługującego Ministra Sprawiedliwości umieszcza się informację o przeprowadzonej analizie określonego zdarzenia, która zawiera zwięzły opis stanu faktycznego analizowanego zdarzenia oraz wnioski końcowe i zalecenia dla właściwych organów lub instytucji, z wyłączeniem danych osobowych małoletniego lub innych osób mających związek ze zdarzeniem, o którym mowa w art. 22d ust. 1, umożliwiającą identyfikację tych osób, miejsce zdarzenia lub siedzibę właściwych organów lub instytucji”.

II. Zwięzły opis stanu faktycznego analizowanego zdarzenia

W nocy z (...) 2024 r. przebywający w (...) wraz z trojgiem swoich dzieci (...) (wyjazd wakacyjny) miał zadać ranę ciętą nożem swojemu 15-letniemu synowi (...), skutkiem czego nastąpił zgon chłopca. Następnie (...) miał przykryć ciało małoletniego (...) kołdrą i przenieść się samowolnie, z pozostałymi dziećmi, do innego pokoju. Rano (...) 2024 r. właścicielka (...) wezwała Policję i karetkę pogotowia.

III. Wnioski końcowe i zalecenia dla właściwych organów lub instytucji

Sąd Rejonowy w (...), III Wydział Rodzinny i Nieletnich

- Brak możliwości obiektywnej weryfikacji przebiegu, ciągłości i skuteczności leczenia psychiatrycznego oraz opieranie oceny aktualnego funkcjonowania osoby wyłącznie na przekazywanych przez nią informacjach może prowadzić do nieadekwatnej oceny jej stanu klinicznego i związanego z nim ryzyka. Szczególnej ostrożności wymagają sytuacje okresowej poprawy funkcjonowania, która nie musi oznaczać uzyskania trwałej stabilizacji stanu psychicznego ani skutecznej realizacji zaleceń terapeutycznych.

Jednocześnie brak regulacji pozwalających na realny wpływ w zakresie rzeczywiście sprawowanej opieki nad małoletnimi (w analizowanym przypadku: codzienna samodzielnie sprawowana opieka przez ojca, wspólne kilkudniowe wyjazdy za zgodą babki – w oparciu o deklaratywne rozpoznanie procesu leczenia uczestnika), stwarza przestrzeń do rozmycia

celu, jakim jest sprawowanie opieki przez rodzinę zastępczą (ustanowioną w związku z faktem, że rodzic nie daje gwarancji należytego jej sprawowania).

Eksperci rekomendują: rozważenie możliwości wdrożenia praktyki jedynie warunkowego wyrażenia zgody sprawowania opieki nad małoletnimi przez osoby z diagnozą w zakresie zdrowia psychicznego, uwzględniającego lekarskie poświadczenie realizowania regularnych wizyt czy wykupowania recept na celowane leki.

W sytuacjach, w których rodzic lub opiekun z rozpoznaniem psychozy sprawuje codzienną opiekę nad dziećmi albo przebywa z nimi bez nadzoru, decyzje sądu rodzinnego powinny być poprzedzone nie tylko formalną informacją o leczeniu, ale także oceną ciągłości terapii, wglądu w stan/przebieg procesu chorobowego, ryzyka nawrotu, ryzyka przemocy, obecności osób zależnych w gospodarstwie domowym oraz istnienia planu reagowania kryzysowego.

Rekomenduje się także, aby w takich sprawach sąd każdorazowo analizował, czy kontakty i wyjazdy dzieci z rodzicem z diagnozą zaburzenia psychicznego wymagają ograniczeń, nadzoru, stopniowego (etapowego) poszerzania albo dodatkowych warunków bezpieczeństwa, szczególnie, gdy jedno z dzieci ma orzeczoną niepełnosprawność, rozpoznanie zaburzeń neurorozwojowych lub innych zaburzeń psychicznych lub było wcześniej wskazywane – przez służby lub członków rodziny – jako dziecko nieakceptowane przez rodzica.

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w (...)

1. Rodziny zastępcze objęte opieką koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej winny być wspierane poprzez systematyczne wizyty koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej w miejscu zamieszkania rodziny. W celu pełnej i rzetelnej diagnozy sytuacji dzieci w rodzinie zastępczej, eksperci rekomendują, aby koordynator rodzinnej pieczy zastępczej rozmawiał (w miarę występowania możliwości) nie tylko z dorosłymi członkami rodziny, ale również z dziećmi i bezpośrednio od dzieci uzyskiwał informacje na temat ich relacji z dorosłymi członkami rodziny, poczucia bezpieczeństwa, potrzeb, problemów, itd. Konieczne jest także, aby we współpracy z rodziną zastępczą oraz asystentem rodziny, ale także pracownikiem socjalnym, przygotowywał plan pomocy dziecku i monitorowania jego sytuacji.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: W analizowanych materiałach informacje uzyskane przez koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej pochodziły jedynie od dorosłych członków rodziny, brak dokumentowania rozmów koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej z dziećmi. Część monitoringów rodziny przeprowadzana była jedynie telefonicznie z dorosłymi członkami rodziny.

2. Eksperci rekomendują, aby pracownik socjalny przeprowadzający wywiad środowiskowy w rodzinie, w której strukturze są dzieci, w ten sposób planował termin wywiadu, aby podczas wizyty w miejscu zamieszkania rodziny, obecne były dzieci. Eksperci zalecają bezpośrednie monitorowanie stanu bezpieczeństwa dzieci poprzez rozmowę z dziećmi (w miarę możliwości), zwracanie uwagi na ewentualne widoczne ślady przemocy fizycznej na ciele dzieci lub inne jej symptomy oraz monitorowanie sytuacji dzieci pod kątem zaniedbania, itp.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: W analizowanych materiałach i innych czynnościach brak udokumentowania odbycia rozmów pracownika socjalnego z dziećmi.

3. Eksperci rekomendują dla pracowników pracujących bezpośrednio z rodzinami problemowymi, z podejrzeniem przemocy domowej, szkolenia z zakresu komunikacji z dziećmi, interwencji kryzysowej, radzenia sobie przez dzieci z traumą oraz rozpoznawania sygnałów przemocy. Szkolenia te winny skupiać się na rozwoju kompetencji do budowania poczucia bezpieczeństwa u dzieci oraz kompetencji w zakresie efektywnej komunikacji i aktywnego słuchania dzieci.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: W toku analizy dokumentacji i innych czynności rozpoznawczych, ekspertom zgłoszono potrzebę szkoleń uczących jak służby powinny rozmawiać z dziećmi.

4. Eksperci rekomendują każdorazowo asystenturę rodziny w sytuacjach, w których dzieci zostały umieszczone w pieczy zastępczej w rodzinach biologicznych (spokrewnionych). W przypadku odmowy takiej formy wsparcia, zaleca się poinformowanie o tym fakcie właściwego sądu opiekuńczego.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: Wsparcie asystenta rodziny w rodzinie biologicznej miałyby w analizowanej sprawie wpływ na wieloaspektowe rozpoznanie środowiska domowego oraz relacji między jego członkami. Pozwoliłoby trafnie ustalić przyczyny dysfunkcji rodziny, zrozumieć sytuację i problemy poszczególnych osób oraz zaplanować skuteczne wsparcie.

W rodzinach po doświadczeniu przemocy, ciężkiej choroby i śmierci jednego z rodziców należy dokumentować nie tylko działania organizacyjne i opiekuńcze, ale także ocenę potrzeb psychologicznych dzieci. Rekomenduje się, aby plan pomocy dziecku (dzieciom) obejmował wsparcie w żałobie, monitorowanie objawów depresyjnych, lękowych, traumatycznych, ryzyka przeciążenia oraz ryzyka przemocy, a w przypadku dziecka z niepełnosprawnością lub rozpoznaniem zaburzeń psychicznych – indywidualny plan ochrony i wsparcia.

5. Eksperti zalecają szkolenia wysokiej jakości merytorycznej i funkcjonalnej, dla służb pracujących z rodzinami zastępczymi oraz szkolenia dla rodzin zastępczych z zakresu rozpoznawania czynników ryzyka przemocy w przypadku rodzin biologicznych (spokrewnionych) będących w kryzysie zdrowia psychicznego.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: Możliwy brak wiedzy rodziny zastępczej na temat specyfiki chorób/zaburzeń psychicznych i ryzyka, jakie powodują, mógł wpłynąć na realną ocenę stanu bezpieczeństwa dzieci oraz decyzje i sposób zachowania opiekuna.

Zalecenia dla Zespołu Interdyscyplinarnego w (...)

1. W procedurach „Niebieskie Karty”, które zamyka się w sytuacji uznania braku zasadności podejmowania działań z powodu braku intencjonalności przemocy domowej wynikającej z kryzysu psychicznego u osoby stosującej przemoc domową, eksperci rekomendują, by po zamknięciu procedury rodziny takie każdorazowo objąć wsparciem asystenta rodziny oraz wsparciem psychologicznym i prawnym. Eksperti zalecają także poinformowanie każdorazowo właściwego sądu opiekuńczego o przyczynie zamknięcia procedury, jeśli w strukturze rodziny są dzieci i jeśli rodzina odmówi wsparcia w formie asystenta rodziny.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: Stan prawny na czas zdarzenia, nie przewidywał monitoringu sytuacji rodziny z problemem zdrowia psychicznego po zamknięciu procedury „Niebieskie Karty”. Osoby doznające przemocy domowej pozostały w efekcie bez wsparcia.

2. Eksperci rekomendują sprawdzanie w sposób bezpośredni przez członków grupy diagnostyczno-pomocowej stanu bezpieczeństwa małoletnich dzieci wskazanych w procedurze „Niebieskie Karty” jako doznające przemocy domowej. Ważne, aby monitoringi te przeprowadzać w miejscu zamieszkania rodziny oraz zintensyfikować ich częstotliwość (w miarę możliwości).

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: Analizowana dokumentacja wskazała na brak systematycznego monitorowania sytuacji rodziny przez wszystkich członków grupy diagnostyczno-pomocowej (wówczas roboczej), brak bezpośredniego sprawdzania bezpieczeństwa małoletnich dzieci, informacje na temat dzieci pochodziły od osób dorosłych, brak było dokumentowanych rozmów z dziećmi. Wszystko to mogło w znaczący sposób uniemożliwić trafną diagnozę rodziny, a tym samym zmniejszyć katalog dostępnej pomocy dla poszczególnych członków rodziny.

3. Eksperci zalecają, aby w przypadkach procedur „Niebieskie Karty”, w których osoby stosujące przemoc domową znajdują się w kryzysie psychicznym, grupa diagnostyczno-pomocowa nawiązywała współpracę z centrum zdrowia psychicznego, oraz by mogła zawnioskować o poszerzenie składu grupy o psychiatrę.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: Psychiatra w składzie grupy diagnostyczno-pomocowej (wówczas roboczej) mógłby pomóc ocenić stan psychiczny osoby stosującej przemoc domową i ewentualną intencjonalność lub jej brak w działaniach takiej osoby oraz wziąć udział w opracowywaniu planu pomocy dla rodziny. Udział specjalisty zdrowia psychicznego w pracach grupy powinien służyć nie tylko ocenie intencjonalności zachowań osoby stosującej przemoc, ale także ocenie bezpieczeństwa dzieci w razie nawrotu psychozy, niestosowania leczenia, braku wglądu chorobowego oraz obecności osób zależnych w gospodarstwie domowym. Taka ocena powinna prowadzić do opracowania konkretnego planu bezpieczeństwa, a nie wyłącznie do zakończenia lub kontynuacji procedury.

Zalecenia dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w (...)

1. Eksperci rekomendują zapewnienie ciągłości leczenia po wypisie z oddziału poprzez czynne przekazanie pacjenta do opieki ambulatoryjnej (umówiona wizyta przed wypisem) oraz — u pacjentów z rozpoznaniem psychozy, brakiem wglądu i nawrotami — objęcie leczeniem środowiskowym / opieką czynną i koordynowaną z procedurą reagowania w sytuacji odmowy leczenia dorosłego, pod którego opieką pozostają niepełnoletni.
2. Eksperci rekomendują wdrożenie procedur diagnozy funkcjonalnej dorosłego z ciężkimi przebiegami chorób psychicznych, w których będą rozpoznawane także ryzyka związane z małoletnimi pozostającymi pod opieką danego pacjenta. Badanie powinno obejmować rozpoznanie, na ile stan chorego w trakcie przyjęcia i przy wypisie może mieć wpływ na funkcjonowanie małoletnich.
3. Eksperci zalecają obiektywizację oceny współpracy w leczeniu (dokumentowanie faktu podania iniekcji), a nie opieranie podtrzymania na deklaracji pacjenta z brakiem krytycyzmu wobec choroby. W sytuacji przerwania leczenia przez pacjenta dorosłego, pod którego opieką pozostają małoletni zastosowanie odpowiednich procedur (zgłoszenie do MOPR/OPS, sądu rodzinnego) zabezpieczających małoletnich.
4. Eksperci rekomendują standard wypisu pacjenta sprawującego opiekę nad małoletnimi — przy odnotowanych groźbach/agresji wobec rodziny: ocena ryzyka dla małoletnich, zawiadomienie sądu rodzinnego i ośrodka pomocy społecznej oraz powiązanie z procedurą „Niebieskie Karty”, z wykorzystaniem art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
5. Eksperci zalecają konsekwentne korzystanie z trybu wnioskowego (art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) i informowanie sądu opiekuńczego, gdy pacjent z rozpoznaniem psychozy przerywa leczenie, a pod jego opieką pozostają małoletni.
6. Eksperci rekomendują opracowanie i wdrożenie standardu planu bezpieczeństwa dzieci dla tych rodzin, w których opiekun pozostaje w leczeniu z powodu zaburzenia psychicznego, którego przebieg lub okresowe zaostrzenia mogą wpływać na jego zdolność do sprawowania bezpiecznej i adekwatnej opieki nad małoletnimi. Plan powinien obejmować w szczególności zasady monitorowania leczenia, sposób reagowania na objawy nawrotu choroby, określenie

osób odpowiedzialnych za opiekę nad dziećmi w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia opiekuna oraz zasady współpracy pomiędzy ochroną zdrowia, pomocą społeczną, sądem rodzinnym i oświatą.

Zalecenia dla Centrum Zdrowia Psychicznego w SPZOZ (...)

1. Ekspersi rekomendują delegowanie przedstawiciela do współpracy z zespołem interdyscyplinarnym/grupą diagnostyczno-pomocową z obszaru odpowiedzialności terytorialnej Centrum Zdrowia Psychicznego w szczególności w przypadkach, w których stan psychiczny lub przebieg zaburzenia mogą mieć znaczenie dla oceny ryzyka, planowania i koordynacji podejmowanych działań.
2. Ekspersi rekomendują wykorzystanie punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK) oraz koordynatora opieki CZP jako stałego, jednoznacznie wskazanego kanału kontaktu dla pozostałych służb (pomoc społeczna, piecza zastępcza, sąd rodzinny, kurator, oświata) w sprawach rodzin, w których opiekun pozostaje w leczeniu psychiatrycznym.
3. Ekspersi rekomendują wypracowanie procedury aktywnego (asertywnego) monitorowania ciągłości leczenia pacjenta z rozpoznaniem psychozy, który sprawuje opiekę nad małoletnimi — w szczególności po wypisie ze szpitala psychiatrycznego i po hospitalizacji bez zgody; procedura powinna obejmować reagowanie na niezgłoszenie się pacjenta na wizytę lub na iniekcję preparatu o przedłużonym działaniu (depot) oraz aktywny kontakt zespołu leczenia środowiskowego we współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej lub zespołem interdyscyplinarnym z obszaru działania CZP.
4. Ekspersi rekomendują wypracowanie zasad współpracy i koordynacji pomiędzy CZP a podmiotami zaangażowanymi w pomoc rodzinom objętym procedurą „Niebieskie Karty” lub zagrożonym przemocą domową — tj. ośrodkiem pomocy społecznej, koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej, zespołem kuratorskim/sądem rodzinnym oraz jednostkami oświaty — w tym formalnej ścieżki przekazywania informacji o przerwaniu leczenia opiekuna małoletnich (za zgodą pacjenta, a w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia — w trybie przewidzianym przepisami).
5. Ekspersi rekomendują włączanie do oceny stanu pacjenta oceny ryzyka dla małoletnich pozostających pod jego opieką (zwłaszcza w okresach zaostrzeń, przy braku wglądu

chorobowego i niestosowaniu się do zaleceń) oraz dokumentowanie tej oceny, podjętych działań ochronnych oraz sposobu przekazania informacji właściwym podmiotom.

6. Eksperci rekomendują, aby w przypadku pacjentów sprawujących opiekę nad małoletnimi, u których aktualny stan psychiczny, przebieg zaburzenia lub okresowe zaostrzenia objawów mogą wpływać na zdolność do sprawowania bezpiecznej i adekwatnej opieki, dokonywać i dokumentować indywidualną ocenę sytuacji i bezpieczeństwa każdego dziecka pozostającego pod ich opieką. Ocena powinna uwzględniać zarówno aktualne funkcjonowanie rodzica lub opiekuna, jak i indywidualne potrzeby oraz poziom zależności dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci z niepełnosprawnościami, zaburzeniami psychicznymi, przewlekłymi problemami zdrowotnymi lub innymi szczególnymi potrzebami rozwojowymi i opiekuńczymi.

Zalecenia dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w (...)

1. Eksperci rekomendują zapewnienie ciągłości leczenia po wypisie z oddziału poprzez czynne przekazanie pacjenta do opieki ambulatoryjnej (umówiona wizyta przed wypisem) oraz — u pacjentów z rozpoznaniem psychozy, brakiem wglądu i nawrotami — objęcie leczeniem środowiskowym/opieką czynną i koordynowaną z procedurą reagowania w sytuacji odmowy leczenia dorosłego, pod którego opieką pozostają niepełnoletni.

2. Eksperci rekomendują zapewnienie ciągłości leczenia po wypisie — czynne przekazanie do opieki ambulatoryjnej/środowiskowej oraz przekazanie zaleceń, tak aby zakończenie hospitalizacji nie skutkowało przerwaniem leczenia.

3. Eksperci rekomendują wdrożenie procedur oceny funkcjonowania dorosłych pacjentów sprawujących opiekę nad małoletnimi, u których stan psychiczny lub przebieg zaburzenia mogą okresowo wpływać na zdolność do sprawowania bezpiecznej i adekwatnej opieki. Ocena powinna uwzględniać również sytuację małoletnich pozostających pod opieką pacjenta oraz identyfikację ewentualnych czynników ryzyka dla ich bezpieczeństwa i prawidłowego funkcjonowania. W szczególności, zarówno przy przyjęciu pacjenta, jak i przed zakończeniem hospitalizacji, należy ocenić, czy jego aktualny stan psychiczny może ograniczać zdolność do sprawowania opieki nad dzieckiem oraz czy istnieje potrzeba zapewnienia dziecku dodatkowego wsparcia lub opieki ze strony innej osoby dorosłej.

IV. Rekomendacje, które dotyczą funkcjonowania systemu ochrony małoletnich

Rekomendacje systemowe

- Ustawowe uregulowanie przepływu informacji (przetwarzania danych osobowych) w ramach współpracy międzysektorowej i koordynacji działań w różnych sektorach, tj. oświaty, pomocy społecznej, ochrony zdrowia, sprawiedliwości, Policji. Informacje przetwarzane w ramach współpracy międzysektorowej powinny być:

- 1) widoczne dla opiekunów prawnych oraz niepełnoletnich powyżej 16 r.ż. (np. ze względu na odrębny wymóg zgody na leczenie). Powinny zawierać szczegóły o urzędnikach lub specjalistach, którzy przeglądają te dane, aby koordynować wsparcie;
- 2) konieczne i wystarczające dla efektywnej współpracy wszystkich specjalistów, którzy działają na rzecz dziecka i jego rodziny.

- Stworzenie ogólnopolskiego systemu teleinformatycznego, który umożliwia korzystanie z zasobów danych gromadzonych przez sektory usług publicznych, tj. ochronę zdrowia, oświatę, pomoc społeczną. Celem jest umożliwienie koordynacji wsparcia i wczesnej interwencji w sytuacji doświadczania przemocy przez niepełnoletnich. Dostęp do informacji, w tym zapisów dotyczących historii małoletniego i rodziny, zwiększa prawdopodobieństwo prawidłowego oszacowania ryzyka zagrożenia życia lub zdrowia niepełnoletniego.

- Wysokiej jakości merytorycznej i funkcjonalnej szkolenia, w tym w zakresie budowania świadomości i odpowiedzialności, dla pracowników socjalnych, policjantów, kuratorów sądowych, osób pracujących w systemie pieczy zastępczej, przedstawicieli oświaty, w zakresie **priorytetyzowania dobra dziecka** i uważności na bezpieczeństwo małoletnich pozostających pod opieką rodzica/opiekuna, któremu ograniczono władzę rodzicielską lub jej pozbawiono w stosunku do innych dzieci, lub w stosunku do których występowały wcześniejsze podejrzenia przemocy lub rodzina znajduje się w kryzysowej sytuacji ze względu na ciężką chorobę lub inne wydarzenia traumatyczne.

Należy rozważyć opracowanie standardu interdyscyplinarnej oceny bezpieczeństwa dziecka w rodzinach, w których współwystępują przemoc domowa, zaburzenie psychiczne rodzica, (którego aktualny przebieg lub nasilenie objawów mogą wpływać na jego zdolność do sprawowania bezpiecznej i adekwatnej opieki), niestosowanie leczenia, śmierć lub ciężka

choroba drugiego rodzica, a także szczególna podatność dziecka na krzywdzenie ze względu na jego stan zdrowia i sprawność lub inne cechy. Standard ten powinien także wskazywać minimalne elementy planu bezpieczeństwa, osoby odpowiedzialne za jego realizację, częstotliwość weryfikacji sytuacji dziecka oraz tryb natychmiastowego reagowania.

Rekomendacje sektorowe

A. Pomoc społeczna

- Eksperti rekomendują uregulowanie prawne rozmowy pracownika socjalnego, koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej, asystenta rodziny z dzieckiem (dziećmi).

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: W celu pełnej diagnozy sytuacji dzieci w rodzinie, koniecznym jest, aby służby rozmawiały nie tylko z dorosłymi członkami rodziny, ale również z dziećmi (w miarę ich możliwości) i bezpośrednio od dzieci uzyskiwały informacje na temat ich relacji z dorosłymi członkami rodziny, poczucia bezpieczeństwa, potrzeb, problemów, itd.

- Eksperti rekomendują, aby pracownicy socjalni przeprowadzający wywiady środowiskowe w rodzinie, w której strukturze są dzieci, w ten sposób planowali terminy wywiadów, aby (w miarę możliwości) podczas wizyty w miejscu zamieszkania rodziny, obecne były dzieci. Eksperti zalecają bezpośrednie monitorowanie stanu bezpieczeństwa dzieci poprzez rozmowę z dziećmi, zwracanie uwagi na ewentualne ślady przemocy fizycznej na ciele dzieci oraz inne oznaki doznawania przemocy, oraz monitorowanie sytuacji dzieci pod kątem zaniedbań, czy innych zachowań krzywdzących.

- Eksperti rekomendują funkcjonalne szkolenia dla pracowników pracujących bezpośrednio z rodzinami z zakresu efektywnej i bezpiecznej komunikacji z dziećmi, które powinny obejmować tematykę interwencji kryzysowej, radzenia sobie przez dzieci z traumą oraz rozpoznawania sygnałów przemocy. Szkolenia te winny skupiać się na budowaniu kompetencji pracowników socjalnych do wzmacniania poczucia bezpieczeństwa u dzieci oraz kompetencji w zakresie aktywnego i przyjaznego wysłuchiwanie dzieci.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: W toku analizy dokumentacji i innych czynności, ekspertom zgłoszono potrzebę szkoleń uczących, jak służby powinny rozmawiać z dziećmi.

B. Ochrona zdrowia

- umożliwienie sprawozdawania i rozliczania świadczeń na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej w trybie zbiorczym, bez identyfikatora indywidualnego świadczeniobiorcy — w odniesieniu do obszaru działania świadczeniodawcy, jednostki samorządu terytorialnego lub objętej działaniem populacji;
- realizację tej zmiany jedną z dwóch dróg: (A) na poziomie aktów wykonawczych — przez wprowadzenie odrębnego komunikatu zbiorczego w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 w powiązaniu z rozporządzeniem o świadczeniach gwarantowanych (art. 31d), albo (B) — droga rekomendowana ze względu na pewność prawną — przez wprowadzenie w ustawie o świadczeniach wyraźnej delegacji ustawowej, z odesłaniem katalogu takich świadczeń do rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych (art. 31d), rozporządzenia określającego standard organizacyjny opieki (art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej) lub programu pilotażowego (art. 48e);
- rozwiązanie jest spójne z wyrażoną w art. 190 ust. 1 ustawy koniecznością ochrony danych osobowych oraz z zasadą minimalizacji danych (art. 5 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679 — RODO), gdyż gromadzenie identyfikatora indywidualnego jest zbędne tam, gdzie świadczenie nie dotyczy oznaczonej osoby;
- umocowanie ustawowe odpowiedzialności terytorialnej centrum zdrowia psychicznego wobec rodzin objętych procedurą „Niebieskie Karty” — w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461), w powiązaniu z przepisami o programach pilotażowych (art. 48e) oraz rozporządzeniem w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2024 poz. 875);
- wprowadzenie świadczenia „sesja koordynacji w ramach zespołu interdyscyplinarnego” w ramach budżetu populacyjnego (CZP) — przez zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.), wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461);

- powiązanie warunków umów i sprawozdawczości Narodowego Funduszu Zdrowia z aktywnym monitorowaniem ciągłości leczenia opiekunów małoletnich (reagowanie na przerwanie leczenia, np. niezgłoszenie się na iniekcję preparatu o przedłużonym działaniu) — w przepisach o warunkach umów o udzielanie świadczeń (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2025 poz. 1461); wprowadzenie obowiązku dokumentowania oceny wpływu stanu psychicznego pacjenta sprawującego opiekę nad małoletnimi na bezpieczeństwo każdego z pozostających pod jego opieką dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci z niepełnosprawnościami, zaburzeniami psychicznymi lub innymi szczególnymi potrzebami zdrowotnymi i rozwojowymi;
- uwzględnienie potrzeb rodzin doświadczających przemocy domowej współwystępującej z chorobą psychiczną w mapach potrzeb zdrowotnych (art. 95a i nast. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2025 poz. 1461);
- wprowadzenie obowiązku zabezpieczenia małoletniego przy wypisie pacjenta sprawującego opiekę nad małoletnimi, gdy rodzina jest lub była objęta procedurą „Niebieskie Karty” (poinformowanie właściwego zespołu interdyscyplinarnego oraz przekazanie zaleceń co do dalszego leczenia i oceny wpływu stanu zdrowia pacjenta na bezpieczeństwo małoletnich pozostających pod jego opieką) — skoordynowana zmiana w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461), w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 poz. 156) oraz w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2024 poz. 917);
- wprowadzenie obowiązku opracowania planu bezpieczeństwa dla małoletnich pozostających pod opieką osoby, której aktualny stan psychiczny, przebieg zaburzenia lub okresowe zaostrzenia objawów mogą wpływać na zdolność do sprawowania bezpiecznej i adekwatnej opieki nad dzieckiem, w szczególności w przypadku współwystępowania dodatkowych czynników ryzyka, takich jak przemoc domowa, groźby jej użycia, hospitalizacje psychiatryczne bez zgody lub istotne ryzyko nawrotu zaburzenia; plan powinien określać zasady monitorowania leczenia, sposób reagowania na pogorszenie stanu zdrowia opiekuna, osoby odpowiedzialne za opiekę nad dziećmi oraz zasady współpracy pomiędzy ochroną zdrowia, pomocą społeczną, sądem rodzinnym i oświatą.

C. Departament ds. Równego Traktowania

a. W procedurach „Niebieskie Karty”, które zamyka się w przypadku uznania braku zasadności podejmowania działań z powodu niewystępowania intencjonalności przemocy domowej wynikającej z kryzysu psychicznego u osoby stosującej przemoc domową, eksperci rekomendują wypracowanie standardu (protokołu) oceny i dokumentowania przesłanki braku intencjonalności, tak aby jej uznanie następowało wyłącznie po udokumentowanej ocenie stanu psychicznego osoby stosującej przemoc oraz ocenie bezpieczeństwa małoletnich. W sytuacji uznania przesłanki braku intencjonalności, rekomenduje się, by po zamknięciu procedury obejmować takie rodziny każdorazowo wsparciem asystenta rodziny (jeśli w strukturze rodziny są małoletni) oraz wsparciem psychologicznym i prawnym. Eksperci zalecają także poinformowanie właściwego sądu opiekuńczego o przyczynie zamknięcia procedury, jeśli w strukturze rodziny są dzieci i jeśli rodzina odmówi wsparcia w formie asystenta rodziny.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: w rodzinie, w której osoba stosująca przemoc pozostawała w kryzysie psychicznym, samo monitorowanie sytuacji po zamknięciu procedury „Niebieskie Karty” było niewystarczające. Rodzina ta pozostała bez wsparcia instytucjonalnego.

b. Eksperci rekomendują sprawdzanie w sposób bezpośredni przez członków grupy diagnostyczno-pomocowej stanu bezpieczeństwa małoletnich dzieci wskazanych w procedurze „Niebieskie Karty” jako doznające przemocy domowej. Ważne, aby monitoringi te przeprowadzać w miejscu zamieszkania rodziny oraz zintensyfikować ich częstotliwość (w miarę możliwości). Informacje uzyskane podczas takich monitoringów winny pochodzić także od samych dzieci (w miarę możliwości).

c. Eksperci zalecają Zespołom Interdyscyplinarnym nawiązywanie współpracy z centrami zdrowia psychicznego, aby w przypadkach procedur „Niebieskie Karty”, w których osoby stosujące przemoc domową znajdują się w kryzysie psychicznym, grupa diagnostyczno-pomocowa mogła zawnioskować o poszerzenie składu o psychiatrę.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: Psychiatra w składzie grupy diagnostyczno-pomocowej mógłby pomóc ocenić stan psychiczny osoby stosującej przemoc

domową i ewentualną intencjonalność lub jej brak w działaniach takiej osoby oraz wziąć udział w opracowywaniu planu pomocy dla rodziny.

d. Eksperci rekomendują ewidencjonowanie przez Departament danych na temat procedur „Niebieskie Karty” z wyszczególnieniem danych ze względu na rodziny w kryzysie psychicznym.

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: Gromadzenie danych na ten temat pozwoliłoby poznać skalę takich problemów i w przyszłości opracować procedury dotyczące postępowań w przypadku procedur „Niebieskie Karty” w rodzinach z kryzysem psychicznym.

D. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, organizatorzy rodzinnej pieczy zastępczej oraz powiatowe centra pomocy rodzinie – we współpracy z Ministrem Sprawiedliwości

Rekomendacja: Ujednolicenie standardów oceny ryzyka i monitorowania bezpieczeństwa dzieci umieszczonych w spokrewnionej rodzinnej pieczy zastępczej.

Zespół rekomenduje rozważenie opracowania i wdrożenia jednolitych standardów oceny ryzyka oraz monitorowania bezpieczeństwa dzieci przebywających w spokrewnionej rodzinnej pieczy zastępczej (porównywalnych ze standardami obowiązującymi w zawodowej rodzinnej pieczy zastępczej oraz pieczy instytucjonalnej, przy uwzględnieniu specyfiki więzi rodzinnych).

W szczególności należy rozważyć ograniczenie możliwości podejmowania wyłącznie na podstawie nieformalnych uzgodnień pomiędzy rodziną zastępczą a rodzicami dziecka decyzji dotyczących jego kilkudniowych pobyków, nocowania lub pozostawiania bezpośrednio pod opieką rodzica albo innej osoby, której sytuacja może stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa dziecka. Przed zaakceptowaniem takiego pobytu powinna zostać przeprowadzona i udokumentowana indywidualna ocena ryzyka, uwzględniająca w szczególności aktualny stan zdrowia psychicznego i fizycznego osoby, która ma sprawować opiekę nad dzieckiem jak i jej aktualne funkcjonowanie, zdolność do

zaspokajania potrzeb dziecka oraz realizowanie zaleceń terapeutycznych lub medycznych. Analiza aktualnego zdarzenia ukazuje również potrzebę oceny sytuacji z uwzględnieniem występowania przemocy domowej, uzależnień czy wcześniejszych sytuacji zagrażających dziecku. Nadto – ustalenia warunków, w których dziecko ma przebywać oraz możliwość uzyskania pomocy w sytuacji kryzysowej.

Sama diagnoza zaburzenia psychicznego nie powinna automatycznie prowadzić do wykluczenia możliwości sprawowania opieki lub kontaktu z dzieckiem – powinna jednak – podobnie jak inne istotne czynniki ryzyka – skutkować pogłębioną oceną aktualnego funkcjonowania danej osoby, jej stabilności, realizowania leczenia oraz zdolności do zapewnienia dziecku bezpiecznej i adekwatnej opieki. Decyzja nie może być oparta wyłącznie na deklaracjach członków rodziny ani na dotychczasowym braku ujawnionych incydentów.

Należy również jednoznacznie określić, kto jest uprawniony do zaakceptowania dłuższego pobytu dziecka poza miejscem sprawowania pieczy, w jakich sytuacjach konieczne jest stanowisko organizatora rodzinnej pieczy zastępczej, a kiedy rozstrzygnięcie sądu opiekuńczego.

Spokrewniona rodzinna piecza zastępcza jest oparta na istniejących wcześniej więziach, zaufaniu oraz poczuciu rodzinnej odpowiedzialności za dziecko. Okoliczności te stanowią jej istotny zasób, mogą jednak jednocześnie prowadzić do zatarcia granic pomiędzy rolą rodziny zastępczej a rolą rodziców dziecka oraz do nieformalnego przekazywania faktycznej opieki bez udziału i wiedzy instytucji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo małoletniego. Bliskość rodzinna nie może powodować obniżenia standardu oceny ryzyka ani prowadzić do założenia, że osoby spokrewnione samodzielnie rozpoznają i właściwie zabezpieczą wszystkie zagrożenia. W rodzinnej pieczy spokrewnionej może dochodzić do swoistego „uśpienia czujności systemu”: rzadszego weryfikowania informacji przekazywanych przez rodzinę, akceptowania nieformalnych ustaleń oraz niewystarczającego monitorowania zmian w sposobie sprawowania faktycznej opieki nad dzieckiem.

E. Wymiar sprawiedliwości

Wzmocnienie ustawowych kompetencji zawodowych kuratorów rodzinnych w zakresie oceny bezpieczeństwa dziecka

Zespół rekomenduje nadanie priorytetowego charakteru oraz doprowadzenie do zakończenia trwających już prac legislacyjnych nad kompleksowym uregulowaniem postępowania wykonawczego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych, w tym w szczególności nad ustawowym wzmocnieniem pozycji oraz kompetencji zawodowego kuratora rodzinnego, tj.:

- nadanie zawodowemu kuratorowi rodzinnemu statusu organu postępowania wykonawczego w sprawach rodzinnych i opiekuńczych oraz jednoznaczne określenie jego uprawnień i obowiązków związanych z wykonywaniem orzeczeń sądu;
- przyznanie kuratorowi wyraźnego ustawowego uprawnienia do żądania informacji i dokumentów niezbędnych do wykonywania orzeczenia sądu, diagnozy i oceny sytuacji opiekuńczo-wychowawczej oraz weryfikacji bezpieczeństwa dziecka – od organów administracji publicznej i innych instytucji posiadających informacje o dziecku lub jego środowisku, w szczególności od podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Skuteczna ocena bezpieczeństwa dziecka wymaga, aby zawodowy kurator rodzinny mógł nie tylko opierać się na informacjach przekazywanych przez rodziców lub opiekunów, lecz również weryfikować je w niezależnych źródłach. Brak jednoznacznych podstaw ustawowych prowadzi obecnie do rozbieżności interpretacyjnych i niejednolitej praktyki, może również skutkować odmową przekazania informacji, powoływaniem się przez instytucje na ochronę danych osobowych lub tajemnicę zawodową, opóźnieniami w wymianie informacji.

V. Propozycje wydania lub zmiany aktów normatywnych

Obowiązujący art. 22j ust. 2 nie obejmuje Narodowego Funduszu Zdrowia (płatnika dysponującego całościowymi danymi o sprawozdanych świadczeniach) ani Centrum e-Zdrowia (administratora SIM/P1, jako jedyne źródła obejmującego również świadczenia udzielane poza środkami publicznymi). Brak tych podmiotów w katalogu uniemożliwia odtworzenie ciągłości procesu diagnostyczno-leczniczego — w analizowanej sprawie zwłaszcza leczenia psychiatrycznego rodzica — co jest niezbędne do prawidłowej analizy zdarzenia i sformułowania rekomendacji. Projekt rozszerza katalog o oba podmioty, obejmuje

wprost rodzica/opiekuna oraz przesądza, że tajemnice i przepisy o ochronie danych nie stanowią podstawy odmowy w zakresie niezbędnym do analizy (spójnie z istniejącym art. 22j ust. 6, który już dziś daje ekspertom dostęp do tajemnicy lekarskiej). Zasadne jest wyraźne wskazanie, że dostęp do danych NFZ i SIM/P1 powinien mieć charakter ściśle celowy, ograniczony do analizy konkretnego zdarzenia oraz objęty obowiązkiem rozliczalności. Pozwoli to wzmocnić proporcjonalność projektowanego rozwiązania i ograniczyć ryzyko zarzutu nadmiernego dostępu do danych medycznych osób trzecich, w szczególności rodziców lub opiekunów faktycznych.

W ustawie z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. 2024 poz. 560 z późn. zm.) w art. 22j wprowadza się następujące zmiany:

w ust. 2 po pkt 9 dodaje się pkt 10 i 11 w brzmieniu:

„10) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia — w celu szczegółowego ustalenia, czy i jakie świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych były udzielane małoletniemu, jego rodzeństwu, rodzicowi albo opiekunowi prawnemu lub faktycznemu, we wszystkich zakresach świadczeń, obejmując w szczególności: a) nazwy sprawozdanych świadczeń oraz produktów rozliczeniowych i daty ich realizacji, b) nazwy i adresy podmiotów leczniczych oraz komórki organizacyjne, w których udzielono świadczeń, ze wskazaniem części VIII kodu resortowego, c) imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy osoby, która udzieliła danego świadczenia w danym dniu;

jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacji w ochronie zdrowia, prowadzącą Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych — w celu szczegółowego ustalenia zdarzeń medycznych przetwarzanych w systemie informacji medycznej, dotyczących małoletniego, jego rodzeństwa, rodzica albo opiekuna prawnego lub faktycznego, niezależnie od tego, czy świadczenia sprawozdano w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy poza nimi — w ramach działalności komercyjnej lub na podstawie prywatnego ubezpieczenia — obejmując w szczególności: a) zdarzenia medyczne związane z udzieleniem świadczenia: datę, rozpoznanie (kod ICD 10), nazwę zdarzenia medycznego, podmiot leczniczy, komórkę organizacyjną ze wskazaniem części VIII kodu resortowego oraz imię, nazwisko i specjalizację osoby udzielającej

świadczenia, b) recepty, w tym recepty w postaci elektronicznej: datę wystawienia i datę realizacji, podmiot leczniczy, nazwę produktu leczniczego i nazwę substancji czynnej według klasyfikacji ATC oraz imię, nazwisko i specjalizację osoby wystawiającej, c) skierowania, w tym skierowania w postaci elektronicznej: rodzaj, datę wystawienia i datę realizacji, podmiot wystawiający i realizujący, komórkę organizacyjną ze wskazaniem części VIII kodu resortowego oraz imię, nazwisko i specjalizację osoby wystawiającej i realizującej;"

po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Podmioty, o których mowa w ust. 2 pkt 10 i 11, udzielają informacji oraz udostępniają dane nieodpłatnie, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wniosku. W zakresie niezbędnym do analizy określonego zdarzenia tajemnice ustawowo chronione, przepisy o ochronie danych osobowych oraz przepisy o systemie informacji w ochronie zdrowia nie stanowią podstawy odmowy udzielenia informacji lub udostępnienia danych; przepisu ust. 3 w części dotyczącej wyłączenia lub ograniczenia na podstawie przepisów odrębnych nie stosuje się.".

Widoczność procedury „Niebieskie Karty” w centralnym profilu pacjenta

Procedura „Niebieskie Karty” jest niewidoczna dla personelu medycznego udzielającego świadczeń małoletniemu lub jego opiekunowi, mimo że ochrona zdrowia (POZ, SOR, psychiatria) bywa pierwszym i powtarzalnym punktem kontaktu z krzywdzonym dzieckiem lub z opiekunem w kryzysie. Krzywdzenie dziecka często ujawnia się dopiero przy kontakcie zdrowotnym opiekuna (np. leczenie psychiatryczne rodzica), gdy samo dziecko pozostaje „niewidoczne” dla systemu. Powiązanie opiekuna z wykazem małoletnich pod jego opieką (PESEL + minimalny zestaw danych o ryzyku) umożliwia personelowi medycznemu uwzględnienie bezpieczeństwa tych dzieci. Zakres danych ograniczono do niezbędnego minimum (fakt + daty, wiek, status NK, szczególna wrażliwość) zgodnie z zasadą minimalizacji (art. 5 ust. 1 lit. c RODO), z rejestracją każdego wglądu i bez ujawniania informacji osobie podejrzewanej o stosowanie przemocy. Informacja o procedurze „Niebieskie Karty” nie może automatycznie prowadzić do ograniczenia udzielania świadczeń zdrowotnych ani zastępować klinicznej i indywidualnej oceny ryzyka. Jej funkcją powinno być uruchomienie uważności diagnostycznej oraz, w razie potrzeby, współpracy międzysektorowej.

W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2026 poz. 208) dodaje się art. 11b w brzmieniu:

„Art. 11b. 1. W Systemie Informacji Medycznej przetwarza się informację o objęciu usługobiorcy będącego osobą małoletnią oraz jego rodzica albo opiekuna prawnego procedurą „Niebieskie Karty”, o której mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej, obejmującą wyłącznie:

a. fakt objęcia procedurą „Niebieskie Karty”;

b. datę wszczęcia oraz datę zakończenia procedury.

1a. Informacja, o której mowa w ust. 1, w odniesieniu do usługobiorcy będącego rodzicem albo opiekunem prawnym obejmuje także wykaz osób małoletnich pozostających pod jego opieką, zawierający numer PESEL każdej z tych osób oraz informacje na ich temat niezbędne do oceny i minimalizowania ryzyka związanego z przemocą domową, ograniczone do:

1. roku urodzenia (wieku);

2. faktu objęcia danej osoby małoletniej procedurą „Niebieskie Karty”, wraz z datą jej wszczęcia i zakończenia — jeżeli dotyczy;

3. informacji o orzeczeniu o niepełnosprawności lub o szczególnych potrzebach zdrowotnych zwiększających podatność na krzywdzenie — jeżeli dotyczy;

a. informacji o właściwym zespole interdyscyplinarnym lub innym punkcie kontaktowym odpowiedzialnym za prowadzenie procedury, ograniczonej do nazwy podmiotu, miejscowości oraz służbowego sposobu kontaktu w zakresie niezbędnym do podjęcia działań ochronnych przez pracownika medycznego;

b. informacji, czy osoba dorosła, której udzielane jest świadczenie, jest osobą doznającą przemocy domowej, osobą stosującą przemoc domową albo osobą, wobec której istnieje podejrzenie stosowania przemocy domowej wyłącznie w zakresie niezbędnym do oceny bezpieczeństwa małoletnich i z zastrzeżeniem, że informacja ta nie jest prezentowana tej osobie w Internetowym Koncie Pacjenta.

4. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 1a, w tym wykaz osób małoletnich pozostających pod opieką usługobiorcy, przekazuje do Systemu Informacji Medycznej przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego niezwłocznie po wszczęciu oraz po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty”, a także niezwłocznie po powzięciu informacji o zmianie danych objętych wykazem.

5. Powiadomienie, o którym mowa w pkt 4, nie obejmuje opisu zdarzeń, treści zgłoszeń, danych osoby zawiadamiającej ani szczegółów działań podejmowanych w procedurze

„Niebieskie Karty”, chyba że ich ujawnienie jest niezbędne do bezpośredniej ochrony życia lub zdrowia osoby małoletniej.

6. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 1a, są prezentowane w centralnym profilu pacjenta jako powiadomienie wyłącznie pracownikowi medycznemu udzielającemu świadczenia zdrowotnego osobie małoletniej albo jej rodzicowi lub opiekunowi prawnemu, w zakresie niezbędnym do oceny zagrożenia życia lub zdrowia osoby małoletniej oraz zapewnienia jej ochrony. Informacji tych nie udostępnia się w Internetowym Koncie Pacjenta osobie, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc domową.

7. Każdy dostęp do informacji, o których mowa w ust. 1 i 1a, podlega rejestracji w sposób umożliwiający ustalenie pracownika medycznego, który uzyskał dostęp, oraz daty i celu dostępu.

8. Po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty” informacje, o których mowa w ust. 1 i 1a, przestają być prezentowane jako powiadomienie, o którym mowa w ust. 3, i pozostają przetwarzane jako zapis historyczny, udostępniany na zasadach określonych dla danych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej.

9. Przetwarzanie informacji, o których mowa w ust. 1 i 1a, odbywa się w celu ochrony żywotnych interesów osoby małoletniej oraz wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym w zakresie ochrony zdrowia, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. c, g i h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO)."

W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2024 poz. 1673) dodaje się:

„Art. 9ca. 1. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego przekazuje do Systemu Informacji Medycznej, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208), informacje, o których mowa w art. 11b ust. 1 i 1a tej ustawy, dotyczące:

- 1) osoby małoletniej doznającej przemocy domowej oraz jej rodzica albo opiekuna prawnego — w zakresie faktu objęcia procedurą „Niebieskie Karty” oraz daty jej wszczęcia i zakończenia;
- 2) osoby będącej rodzicem albo opiekunem prawnym — w zakresie wykazu osób małoletnich pozostających pod jej opieką, obejmującego numer PESEL każdej z tych osób oraz informacje, o których mowa w art. 11b ust. 1a pkt 1–3 ustawy, o której mowa w pkt 1.

2. Przekazanie informacji, o których mowa w ust. 1, następuje niezwłocznie po wszczęciu oraz po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty”, a w przypadku zmiany danych objętych wykazem, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 — niezwłocznie po powzięciu informacji o tej zmianie.
3. Przekazanie informacji, o których mowa w ust. 1, odbywa się z wykorzystaniem danych przetwarzanych na podstawie art. 9c i nie wymaga zgody osób, których dane dotyczą.
4. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego niezwłocznie aktualizuje informacje przekazane do Systemu Informacji Medycznej w przypadku powzięcia informacji o zmianie osoby sprawującej opiekę nad małoletnim, umieszczeniu małoletniego w pieczy zastępczej, zmianie miejsca pobytu małoletniego albo ustaniu przesłanek uzasadniających prezentowanie powiadomienia.”

Świadczenia na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej — sprawozdawanie bez identyfikatora indywidualnego

Sprawozdawczość NFZ wymaga przypisania każdego świadczenia do indywidualnie zidentyfikowanego świadczeniobiorcy (numerem PESEL, a przy jego braku — identyfikatorem zastępczym), co wynika z art. 188 oraz art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461) i rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r., t.j. Dz.U. 2025 poz. 1588). Świadczenia o charakterze populacyjnym i środowiskowym (koordynacja międzysektorowa, profilaktyka, edukacja zdrowotna) nie mają indywidualnego beneficjenta, przez co nie mieszczą się w komunikatach sprawozdawczych. Bariera dotyczy sprawozdawczości, nie modelu finansowania (finansowanie populacyjne — budżet populacyjny centrum zdrowia psychicznego — już istnieje).

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461):

a) w art. 5 dodaje się punkt w brzmieniu: „,...) świadczenie na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej — świadczenie opieki zdrowotnej udzielane na rzecz społeczności lokalnej, określonej grupy lub populacji obszaru działania świadczeniodawcy, w tym działania z zakresu koordynacji międzysektorowej, profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej, którego ze względu na jego charakter nie przypisuje się indywidualnemu świadczeniobiorcy;”;

b) po art. 190 dodaje się art. 190a w brzmieniu: „Art. 190a. 1. W przypadku świadczeń na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń odbywa się bez identyfikatora indywidualnego świadczeniobiorcy, w szczególności bez numeru PESEL, w sposób zbiorczy — w odniesieniu do obszaru działania świadczeniodawcy, jednostki samorządu terytorialnego lub populacji objętej działaniem. 2. Wykaz świadczeń na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej oraz szczegółowy sposób ich sprawozdawania i rozliczania określają przepisy wydane na podstawie art. 31d albo przepisy określające standard organizacyjny lub warunki realizacji świadczeń w danym zakresie lub przez dany podmiot, wydane na podstawie art. 48e niniejszej ustawy albo art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 poz. 156). 3. Przepis ust. 1 nie wyłącza obowiązku dokumentowania liczby i rodzaju zrealizowanych świadczeń oraz obszaru ich realizacji, w zakresie niezbędnym do rozliczenia umowy.”

W ramach sprawozdawania świadczeń na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej nie przekazuje się danych umożliwiających identyfikację poszczególnych osób uczestniczących w działaniu, chyba że danej osobie udzielono odrębnego, indywidualnego świadczenia opieki zdrowotnej, dokumentowanego i sprawozdawanego na zasadach właściwych dla tego świadczenia.

Zmiana w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w art. 77 ust. 1 tj. Rodziny zastępcze i rodzinne domy dziecka obejmuje się, na ich wniosek, opieką koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej. Proponuje się wykreślenie: *na ich wniosek*.

Poszerzenie uprawnień pracownika socjalnego w art. 105 ustawy o pomocy społecznej tj. *obowiązek udzielenia informacji* w ten sposób, że: Jednostki sektora finansów publicznych, w tym sądy, Policja, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i organy administracji publicznej, a także kuratorzy sądowi, komornicy, pracodawcy, podmioty wykonujące działalność leczniczą, przedszkola, szkoły, placówki, poradnie i ośrodki, o których mowa w **art. 2 zakres systemu oświaty** pkt 1–8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, szkoły wyższe, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, organizacje pozarządowe, o których mowa w **art. 3 działalność pożytku publicznego, organizacje pozarządowe, wyłączenie stosowania przepisów ustawy** ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,

oraz podmioty wymienione w **art. 3** *działalność pożytku publicznego, organizacje pozarządowe, wyłączenie stosowania przepisów ustawy* ust. 3 tej ustawy są obowiązani niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika ośrodka pomocy społecznej, dyrektora centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, lub pracownika socjalnego udostępnić informacje, które mają znaczenie dla rozstrzygnięcia o przyznaniu lub wysokości świadczeń z pomocy społecznej, dla ustalenia wysokości odpłatności za świadczenia z pomocy społecznej lub dla weryfikacji uprawnień do świadczeń z pomocy społecznej, wysokości tych świadczeń lub odpłatności za te świadczenia ***oraz które mają znaczenie w diagnozie sytuacji rodziny.***

Nawiązanie do stanu faktycznego analizowanej sprawy: W przypadku pracy socjalnej z osobą w kryzysie psychicznym i podejrzeniem o braku podjęcia przez taką osobę leczenia, pracownicy socjalni nie mają narzędzi do weryfikacji, czy osoba taka pozostaje w leczeniu, wykupuje recepty itp. Poszerzenie uprawnień pracownika socjalnego w dostępie do informacji od podmiotów leczniczych umożliwiłoby dokonanie pełnej diagnozy sytuacji rodziny, w tym sprawdzenia bezpieczeństwa małoletnich dzieci będących w strukturze rodziny.