



Stanowisko EAPN Polska do projektu ustawy UD246

Uwagi do uzależnienia zasiłku rodzinnego na dziecko do ukończenia 3. roku życia od potwierdzenia pozostawania dziecka pod opieką medyczną

Podmiot zgłaszający: Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciwdziałania Ubóstwu (EAPN Polska)

Adresat konsultacji: Pełnomocnik Rządu do Spraw Równości

Główna rekomendacja. Skreślić art. 3 i art. 7 projektu. Dostęp małych dzieci do ochrony zdrowia i ich bezpieczeństwo należy wzmacniać przez usuwanie barier, aktywne docieranie do rodzin oraz zintegrowaną reakcję służb, a nie przez automatyczne ryzyko utraty dochodu wyłącznie przez rodziny korzystające z zasiłku rodzinnego.

Stanowisko w skrócie

EAPN Polska popiera cel wzmocnienia bezpieczeństwa najmłodszych dzieci, realnego dostępu do ochrony zdrowia oraz lepszej koordynacji procedury „Niebieskie Karty” i Systemu eNK@. Nie popiera jednak realizacji tego celu przez nowy, automatyczny skutek ekonomiczny w systemie zasiłku rodzinnego kierowanego obecnie wyłącznie do najbiedniejszych rodzin.

Art. 3 i art. 7 obciążają rodziny o bardzo niskich dochodach, chociaż bezpieczeństwo dzieci jest celem powszechnym. Brak potwierdzonego kontaktu z ochroną zdrowia może wynikać z zaniedbania, ale również z niedostępności wizyty, odległości, niepełnosprawności, bariery językowej, przemocy w rodzinie, kryzysu mieszkaniowego albo błędu dokumentacji. Projekt nie rozróżnia tych sytuacji przed wywołaniem skutku dochodowego.

Projektodawca nie przedstawił w OSR liczby dzieci w wieku 0–3 lata objętych zmianą, skali i przyczyn braku kontaktu medycznego, prognozy odmów i utraconych kwot, wpływu na ubóstwo, kosztów gmin i POZ ani oczekiwanego wpływu na wykrywanie przemocy. Nie porównał też interwencji z mniej dolegliwymi wariantami. Te braki są szczególnie istotne wobec standardów UE dotyczących indywidualnej oceny warunkowości świadczeń, usuwania barier oraz monitorowania dostępu i faktycznego korzystania ze wsparcia.

Bezpośrednimi materiałami legislacyjnymi UD246, do których odnosi się stanowisko są cztery dokumenty: projekt zmian ustawowych, uzasadnienie, OSR i wpis do wykazu projektów rządowych). Dodatkowo przeanalizowano raport Koalicji UNICEF z 21 lipca 2026 r., materiały EAPN Polska, stanowiska MRPiPS, ME, MS, MSWiA i MZ MZ do rekomendacji raportu alternatywnego Koalicji UNICEF dotyczącego realizacji Konwencji o prawach dziecka jako materiał porównawczy oraz oficjalne dokumenty ONZ, Unii Europejskiej i krajowe. Raport Koalicji jest stanowiskiem społeczeństwa obywatelskiego, a stanowiska resortów nie dotyczą bezpośrednio art. 3 i art. 7 UD246.

Projekt jako całość zmienia ustawę o przeciwdziałaniu przemocy domowej (art. 1), Kodeks rodzinny i opiekuńczy (art. 2) oraz ustawę o świadczeniach rodzinnych (art. 3). Niniejsze stanowisko koncentruje się na trzecim z tych obszarów: nowej przesłance prawa do zasiłku rodzinnego. Nie stanowi całościowej oceny pozostałych zmian dotyczących procedury „Niebieskie Karty” i Systemu eNK@.

Przepis	Treść mechanizmu	Skutek praktyczny
Art. 3 projektu	Dodaje art. 6a do ustawy o świadczeniach rodzinnych.	Ustanawia nową przesłankę prawa do zasiłku rodzinnego na dziecko do ukończenia 3 lat.
Art. 6a ust. 1	Zasiłek przysługuje, jeżeli dziecko „pozostaje pod opieką medyczną”.	Brak wykazania przesłanki może oznaczać brak prawa do zasiłku; systemowo wpływa także na dodatki.

Przepis	Treść mechanizmu	Skutek praktyczny
Art. 6a ust. 2	Dowodem ma być zaświadczenie POZ albo indywidualna dokumentacja medyczna, w tym książeczka zdrowia.	Nakłada nowy obowiązek dokumentacyjny na rodzinę, POZ i organ świadczeniowy.
Art. 6a ust. 3	Wystarczy co najmniej jedno świadczenie POZ, AOS albo szpitalne w kwartale referencyjnym.	Warunek nie wymaga profilaktyki ani oceny bezpieczeństwa dziecka; nie ustanawia też raportowania co kwartał przez cały okres.
Art. 6a ust. 4	Określa szeroki zakres danych w zaświadczeniu, w tym rodzaj i zakres świadczenia.	Powstaje dodatkowy przepływ danych o zdrowiu do organu świadczeniowego.
Art. 7	Obecni świadczeniobiorcy mają 3 miesiące na potwierdzenie opieki; potem zasiłek może nie przysługiwać.	Zmiana obejmuje także już pobierających świadczenie i nie zawiera wyjątków z powodu barier niezależnych od rodziny.
Art. 8	Co do zasady przewiduje 14-dniowy termin wejścia w życie.	Krótki czas na przygotowanie rodzin, gmin i POZ do nowego obowiązku.

1. Perspektywa EAPN Polska

1.1. Powszechny cel, selektywny ciężar

Bezpieczeństwo i zdrowie małych dzieci są dobrem powszechnym. Projekt wiąże jednak ryzyko ekonomiczne wyłącznie z zasiłkiem rodzinnym. Nie ustanawia analogicznego warunku w powszechnym świadczeniu wychowawczym. Oznacza to, że ciężar wymuszania zachowania poniosą rodziny spełniające bardzo niskie kryteria dochodowe. W debacie publicznej zapowiedziano przy tym rozszerzenie warunku w przyszłości na świadczenie wychowawcze, gdy pozwolą na to możliwości techniczne i zgoda polityczna – co potwierdza, że obecna selektywność nie wynika z diagnozy ryzyka, lecz z kolejności wdrożenia (zob. pkt 1.8).

Według GUS w 2024 r. zasiłek rodzinny pobierało 341,4 tys. rodzin na 783,6 tys. dzieci; 27,3% dzieci objętych zasiłkiem nie ukończyło 6 lat. Aż 55,2% rodzin pobierających zasiłek miało dochód do 400 zł na osobę, a 36,1% – powyżej 400 zł, lecz nie wyższy niż ustawowe kryterium. Obowiązują progi 674 zł na osobę oraz 764 zł w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością; zasiłek na dziecko do 5 lat wynosi 95 zł miesięcznie. Kwota ta nie zmieniła się od 2016 r., a progi – od listopada 2015 r.; w cenach z 2025 r. 95 zł odpowiada realnie ok. 60 zł. W dłuższej perspektywie liczba dzieci z zasiłkiem spadła z ok. 2,2 mln w 2016 r. do 783,6 tys. w 2024 r. – działały różne przyczyny (demografia, wzrost płac, zamrożone progi), ale kierunek jest jednoznaczny. Dane za 2024 r. są najnowszymi dostępnymi – GUS publikuje je pod koniec września kolejnego roku – a populacja beneficjentów szybko się kurczy: jeszcze w 2023 r. zasiłek obejmował 1 019,3 tys. dzieci, a projektodawca rozporządzenia weryfikacyjnego z 2024 r. sam zakładał spadek wydatków na świadczenia podlegające weryfikacji z 5 392,1 mln zł w 2023 r. do 4 621,2 mln zł w 2027 r. Skala i struktura grupy dotkniętej art. 3 i art. 7 w dacie wejścia w życie będzie zatem inna niż w danych przywołanych w OSR. OSR nie wyodrębnia grupy 0–3 lata i nie ocenia, czy utrata zasiłku oraz powiązanych dodatków nie pogłębi deprivacji dziecka.

Łukę tę można wstępnie wypełnić szacunkiem struktury roczników. Dzieci do ukończenia 3. roku życia to trzy z sześciu roczników grupy poniżej 6 lat (213,9 tys.), a według malejącej liczby urodzeń rejestrowanych przez GUS (z ok. 375 tys. w 2019 r. do ok. 252 tys. w 2024 r.) roczniki najmłodsze stanowią ok. 44% tej grupy. Daje to rząd wielkości 90–110 tys. dzieci objętych art. 3 i art. 7, z tendencją malejącą. Szacunek ma charakter poglądowy; pokazuje jednak, że podstawową skalę interwencji można było ustalić w OSR dostępnymi metodami.

1.2. Mechanizm warunkowości dotyka dziecko i nie usuwa barier

Celem zasiłku rodzinnego jest częściowe pokrycie wydatków na utrzymanie dziecka. Utrata wsparcia z powodu nieprzedłożenia dokumentu może obniżyć środki na żywność, leki, transport lub mieszkanie. Strata nie ogranicza się przy tym do 95 zł zasiłku: wraz z prawem do zasiłku wygasają powiązane dodatki, m.in. z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie urlopu wychowawczego (400 zł), samotnego wychowywania dziecka (193 zł), wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej (95 zł) oraz kształcenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością do 5. roku życia (90 zł). Miesięczna strata rodziny z małym dzieckiem może więc sięgać kilkuset złotych, a w zbiegu kilku dodatków – ok. 870 zł.

Kierunek tej ingerencji jest odwrotny do celu ustawy także w świetle badań. Analizy programów pieniężnych – głównie amerykańskie i nowozelandzkie – wskazują, że deprywacja materialna zwiększa ryzyko zaniedbania dziecka i kontaktu rodziny ze służbami ochrony dzieci, a dodatkowe, bezwarunkowe wsparcie pieniężne to ryzyko obniża: dodatkowy transfer rzędu 1000 USD w pierwszych miesiącach życia dziecka zmniejszał prawdopodobieństwo zgłoszenia do służb ochrony dziecka do 3. roku życia o ok. 10%, a nowozelandzki pakiet świadczeń dla rodzin z dziećmi do lat 3 ograniczył zgłoszenia podejrzeń krzywdzenia o 19–26%. Nagły ubytek dochodu działa w przeciwną stronę. Sankcja odbierająca zasiłek i dodatki rodzinie o dochodzie poniżej 674 zł na osobę może zatem zwiększać ryzyko dokładnie tych zjawisk, którym projekt ma przeciwdziałać. Instrument ma więc skutek dolegliwy niezależnie od deklarowanego w uzasadnieniu „motywacyjnego” charakteru.

Brak kontaktu z ochroną zdrowia może wynikać z zaniedbania, ale także z niedostępnego terminu, odległości, niepełnosprawności opiekuna lub dziecka, bariery językowej, kryzysu mieszkaniowego, przemocy w rodzinie albo błędu dokumentacji. W profilu Polski do komunikatu Komisji z 2026 r. wskazano szeroki zakres bezpłatnych badań dzieci, lecz zarazem brak danych o rzeczywistym korzystaniu z nich i niejasność, czy dostępne środki odpowiadają na niezaspokojone potrzeby zdrowotne dzieci zagrożonych ubóstwem. Nie przesądza to przyczyn braku wizyt, ale potwierdza potrzebę ich zbadania przed ustanowieniem automatycznego skutku dochodowego.

Na osobne podkreślenie zasługuje wewnętrzna sprzeczność projektu. Nośnikiem art. 3 jest ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej, a mechanizm może uderzać właśnie w osoby doznające przemocy: opiekun w kryzysie przemocy często nie jest w stanie terminowo uzyskać i przedłożyć wymaganego dokumentu, a utrata samodzielnego dochodu pogłębia zależność ekonomiczną od osoby stosującej przemoc – czyli zjawisko, któremu nowelizowana ustawa ma przeciwdziałać. Automatyczny skutek dochodowy może zatem osłabiać, a nie wzmacniać, ochronę dzieci w rodzinach dotkniętych przemocą.

1.3. Słaby związek środka z deklarowanym celem

Jedna dowolna wizyta, konsultacja specjalistyczna lub hospitalizacja w kwartale referencyjnym nie jest równoznaczna z systematyczną profilaktyką ani z oceną zagrożenia przemocą. Projekt nie określa standardu rozmowy, badania, przesiewu ani dalszej interwencji. Jednocześnie kalendarz profilaktyki zdrowego dziecka nie przewiduje wizyty w każdym trzymiesięcznym oknie między 1. a 3. rokiem życia.

Nie można wykluczyć, że dobrze zaprojektowany bodziec lub aktywne przypomnienie zwiększy korzystanie z konkretnie określonego świadczenia zdrowotnego. Brak kontaktu może też być sygnałem wymagającym indywidualnego sprawdzenia sytuacji dziecka. Dokumentacja UD246 nie wykazuje jednak łańcucha: warunek w zasiłku → dodatkowa wizyta → ujawnienie przemocy lub poważnego zaniedbania → skuteczna ochrona dziecka. Sam brak kontaktu nie jest dowodem przemocy ani niewłaściwego wykorzystania świadczenia.

EAPN Polska dostrzega najpoważniejszy argument za znaczeniem kontaktu medycznego: badania pediatryczne nad „urazami ostrzegawczymi” pokazują, że ok. 27% ciężko skrzywdzonych niemowląt miało wcześniej drobny, pozornie błahy uraz, a w ok. 40% tych przypadków wiedział o nim personel medyczny (Sheets i in., Pediatrics 2013). Wniosek z tych badań dotyczy jednak czujności profesjonalistów – rozpoznawania urazów ostrzegawczych, protokołów postępowania i szkoleń – a nie sankcji dochodowej wobec rodziny. Warunek z art. 6a nie zawiera żadnego z tych elementów.

Najbliższym krajowym punktem odniesienia jest obowiązujący od 2009 r. warunek pozostawiania matki pod opieką medyczną od 10. tygodnia ciąży, od którego zależą jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka oraz dodatek z tego tytułu (art. 9 ust. 6 i art. 15b ust. 5 ustawy o świadczeniach rodzinnych, dodane ustawą z dnia 6 grudnia 2008 r., Dz.U. Nr 237, poz. 1654, stosowane od 1 listopada 2009 r.; formy opieki i wzór zaświadczenia określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r., Dz.U. Nr 183, poz. 1234). Ewaluacja ekonometryczna tej reformy (Cygan-Rehm i Karbownik 2022) wykazała skromne, lecz statystycznie istotne pozytywne efekty dla zdrowia noworodków. Wyniki te nie uzasadniają jednak art. 3 i art. 7. Badano warunek jednorazowy, dotyczący jednej, jasno określonej czynności własnej kobiety, w świadczeniu wówczas powszechnym – a nie powtarzalny warunek kwartalny utrzymywany przez trzy lata w świadczeniu z kryterium dochodowym, którego utrata pomniejsza bieżący dochód na utrzymanie dziecka. Badanie mierzyło ponadto zdrowie noworodków, a nie wykrywanie przemocy i zaniedbań, czyli deklarowany cel UD246. Wreszcie praktyka szybko obnażyła słabość tego warunku: kobietom odmawiano świadczeń, ponieważ z powodu kolejek nie zdołały dostać się do lekarza na czas, a odmowy te uchylały dopiero sądy administracyjne, przyjmując, że matka nie może ponosić negatywnych konsekwencji oczekiwania na wizytę. W nowszym orzecznictwie warunek odczytywany jest w świetle art. 71 ust. 1 Konstytucji tak, że świadczenie przysługuje również wtedy, gdy opóźnienie objęcia opieką wynikało z przyczyn niezależnych od matki (np. wyrok WSA w Szczecinie z 15 kwietnia 2021 r., II SA/Sz 948/20). Doświadczenie to potwierdza konieczność wyjątków z powodu barier niezależnych od rodziny, których art. 7 nie przewiduje. Co więcej, wobec problemów z uzyskiwaniem zaświadczeń i fali odmów ustawodawca sam wycofał się z pełnego wymogu: ustawą z dnia 5 marca 2010 r. (Dz.U. Nr 50, poz. 301) przejściowo – od 31 marca 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. – złagodzono warunek do potwierdzenia jednego badania w ciąży. Warunek medyczny wprowadzony bez przygotowania i wyjątków wymagał więc korekty już w pierwszych miesiącach obowiązywania, co czyni 14-dniowe *vacatio legis* z art. 8 tym trudniejszym do obrony.

1.4. Obciążenie administracyjne i dane o zdrowiu

Wymóg przedstawienia zaświadczenia albo dokumentacji tworzy nową barierę proceduralną. Może prowadzić do utraty świadczenia także przez osoby, które spełniły warunek materialny, lecz nie uzyskały dokumentu w terminie. Zakres zaświadczenia obejmuje „rodzaj i zakres” świadczenia, chociaż dla ustalenia prawa wystarczałaby informacja, czy kontakt nastąpił. Nie przedstawiono osobnej analizy minimalizacji danych.

Dane o korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych należą do szczególnych kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 RODO. Utworzenie nowego, systematycznego przepływu takich danych do organów świadczeniowych wymaga wykazania niezbędności i podstawy prawnej, przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych (art. 35 RODO) oraz zaopiniowania projektu przez Prezesa UODO. Dokumentacja UD246 nie zawiera żadnego z tych elementów. Zakres przekazywanych informacji powinien być ograniczony do potwierdzenia faktu i daty kontaktu, zgodnie z zasadą minimalizacji danych (art. 5 ust. 1 lit. c RODO).

1.5. Braki OSR i przejrzystości procesu

OSR wprost przyznaje brak danych o liczbie dzieci w grupie 0–3 lata. Nie szacuje odsetka dzieci bez świadczenia w kwartale referencyjnym, przyczyn braku kontaktu, liczby odmów, utraconych kwot, kosztów gmin i POZ, wpływu na ubóstwo ani efektu dla wykrywania przemocy. Nie przedstawia danych według dochodu, miejsca zamieszkania, niepełnosprawności, sytuacji migracyjnej i dostępności POZ oraz nie bada ryzyka niepobierania świadczeń z powodu nowej procedury. Zapowiedziana ewaluacja po roku dotyczy procedury „Niebieskie Karty”, a nie art. 6a.

Publiczna wersja 2.0 wpisu UD246 w wykazie prac Rady Ministrów, zaktualizowana 1 lipca 2026 r., nie opisuje zmiany ustawy o świadczeniach rodzinnych. Art. 3 i art. 7 wykraczają zatem poza zakres opisany w wykazie. Uzasadnia to aktualizację wpisu, uzupełnienie OSR i ponowienie konsultacji; samo w sobie nie przesądza o niezgodności procedury legislacyjnej z prawem.

1.6. Standard praw i polityki społecznej

Stanowisko opiera się na zasadzie nadrzędnego interesu dziecka oraz na łącznym prawie dziecka do zdrowia, zabezpieczenia społecznego i odpowiedniego poziomu życia (Konwencja o prawach dziecka, w szczególności art. 3, 24, 26 i 27). Konstytucyjne obowiązki ochrony rodziny i praw dziecka (art. 71 i 72 Konstytucji RP) wymagają zbadania, czy środek jest konieczny, adekwatny i nie przerzuca kosztu interwencji na samo dziecko. Ocena ta powinna objąć również test proporcjonalności ograniczeń (art. 31 ust. 3), zasadę równego traktowania – identyczne zachowanie opiekuna wywołuje skutek wyłącznie wobec dzieci z rodzin spełniających kryterium dochodowe (art. 32), szczególny obowiązek władz publicznych w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi (art. 68 ust. 3) oraz zasadę zaufania do państwa i ochrony interesów w toku (art. 2), skoro art. 7 obejmuje osoby już pobierające świadczenie przy 14-dniowym *vacatio legis*. Na konstytucyjny obowiązek szczególnej opieki zdrowotnej powoływały się także sądy administracyjne, korygując odmowy świadczeń uzależnionych od opieki medycznej w ciąży z powodu barier niezależnych od rodziny.

Najbardziej bezpośredni standard zawiera Zalecenie Komisji 2013/112/UE „Inwestowanie w dzieci”. Wskazuje ono, że decyzje o uzależnieniu świadczeń rodzinnych od zachowania rodziców powinny być podejmowane indywidualnie, z oceną możliwego negatywnego wpływu. Zaleca też ułatwianie korzystania ze świadczeń, maksymalizowanie ich zasięgu i łagodzenie skutków reform dla osób najbardziej defaworyzowanych. Blankietowy mechanizm art. 3 i art. 7, bez badania przyczyn i wpływu na dziecko, jest trudny do pogodzenia z tym kierunkiem.

Zalecenie Rady (UE) 2021/1004 ustanawiające europejską gwarancję dla dzieci zaleca zapewnienie dzieciom w potrzebie skutecznego i bezpłatnego dostępu do wysokiej jakości ochrony zdrowia (pkt 4 lit. a). Skuteczny dostęp wiąże ono z dostępnością, osiągalnością, jakością, terminowością i świadomością uprawnień (pkt 3 lit. d i e), a ponadto akcentuje najlepszy interes dziecka, aktywne docieranie, identyfikowanie barier, zintegrowane wsparcie i monitoring (w szczególności pkt 5–6, 8 i 11–12). Polski Krajowy Plan Działania do 2030 r. również identyfikuje bariery i różnicowanie terytorialne oraz zakłada wsparcie zintegrowane i monitoring. Komunikat Komisji COM(2026) 539 wzmacnia ten kierunek przez nacisk na adekwatność, zasięg i faktyczne pobieranie świadczeń. Dokumenty te nie ustanawiają bezpośrednio egzekwowalnego zakazu

warunkowania zasiłku, lecz przemawiają za usuwaniem barier i wsparciem rodzin zamiast automatycznego odbierania dochodu.

Zalecenie Komisji (UE) 2024/1238 dotyczące zintegrowanych systemów ochrony dziecka zaleca ocenę wpływu projektów ustaw na ochronę dzieci, koordynację międzysektorową, zintegrowane prowadzenie spraw i pomoc dziecku oraz rodzinie po uzyskaniu racjonalnie uzasadnionej informacji wskazującej na przemoc. Wspiera to rozwój eNK@, aktywne działania POZ i współpracę POZ–OPS–służby ochrony dziecka, uruchamiane na podstawie indywidualnej oceny, a nie blankietową utratę zasiłku.

1.7. Wnioski z raportu Koalicji UNICEF i stanowisk resortów

Finalny raport Koalicji UNICEF z 21 lipca 2026 r. przywołuje rekomendacje dotyczące równego dostępu do wysokiej jakości ochrony zdrowia, odpowiedniego i trwałego poziomu życia, wielowymiarowej strategii ograniczania ubóstwa dzieci, proporcjonalnego uniwersalizmu, zintegrowanych usług oraz udziału organizacji społecznych i osób z doświadczeniem ubóstwa. Dla UD246 oznacza to potrzebę łącznej oceny prawa dziecka do zdrowia i zabezpieczenia materialnego oraz skupienia na realnych barierach dostępu.

Przeanalizowane stanowiska MRPiPS, ME, MS, MSWiA i MZ do rekomendacji raportu alternatywnego Koalicji UNICEF dotyczącego realizacji Konwencji o prawach dziecka wspierają – w swoich właściwych obszarach – indywidualną ocenę najlepszego interesu dziecka, holistyczne i prewencyjne wsparcie rodziny, diagnozę przyczyn trudności, koordynację usług i ewaluację. Nie odnoszą się jednak bezpośrednio do art. 3 i art. 7 UD246. Nie dowodzą więc nieskuteczności tych przepisów; potwierdzają natomiast, że projektodawca nie przedstawił danych i analiz niezbędnych do wykazania ich skuteczności, konieczności i proporcjonalności.

Kierunek ten znajduje potwierdzenie w publicznych zapowiedziach samego MRPiPS. W kwietniu i maju 2026 r. wiceministra Katarzyna Nowakowska poinformowała, że świadczenia rodzinne uzależnione od dochodu zostaną włączone do systemu świadczeń z pomocy społecznej, a kryteria dochodowe mają podlegać obowiązkowej corocznej weryfikacji; resort przyznaje przy tym, że dotychczasowy system weryfikacji kryteriów jest „nieadekwatny do potrzeb”, a kryterium świadczeń rodzinnych (674 zł) pozostaje znacznie niższe od kryterium pomocy społecznej (823 zł na osobę w rodzinie). Zmiany te pozostają na etapie zapowiedzi, mają jednak trojake znaczenie dla oceny UD246. Po pierwsze, projekt nakłada nowy warunek na świadczenie, którego podstawa prawna i tryb przyznawania mają wkrótce ulec zasadniczej przebudowie, a OSR nie odnosi się do tych równoległych prac resortu. Po drugie, autodiagnoza MRPiPS potwierdza nieadekwatność zamrożonych kryteriów dochodowych, na których projekt opiera cały mechanizm. Po trzecie, logika pomocy społecznej – wywiad środowiskowy, praca socjalna i indywidualny plan wsparcia – jest zaprzeczeniem automatycznego wstrzymania wypłaty; po zapowiadanej integracji mechanizm art. 3 i art. 7 dublowałby istniejące narzędzia indywidualnej oceny. Przemawia to co najmniej za wstrzymaniem się z ustanawianiem nowej warunkowości do czasu rozstrzygnięcia kierunku reformy.

1.8. Publiczne argumenty za mechanizmem i ich ocena

W debacie publicznej wokół projektu formułowane są – także ze strony rządowej – argumenty, że mechanizm odpowiada na przypadki skrajnej przemocy wobec dzieci w wieku 0–3 lata, które „pozostawały poza jakimkolwiek systemem”; że warunek spełnia każda zwykła wizyta (POZ, patronaż, stomatolog), więc nie nakłada na rodziców nowych obowiązków ani nikogo nie pozbawia świadczeń; oraz że docelowo – po uzyskaniu możliwości technicznych i zgody politycznej – analogiczny warunek miałyby objąć także świadczenie wychowawcze. Argumenty te wymagają krytycznej oceny.

Po pierwsze, dzieci, na które pobierany jest zasiłek rodzinny, nie znajdują się w „szarej strefie”: rodzina złożyła wniosek, przeszła weryfikację dochodową i jest znana organowi świadczeniowemu: prawo do zasiłku ustala się na roczny okres zasiłkowy, więc weryfikacja jest ponawiana co najmniej raz w roku, a rodzina ma ustawowy obowiązek zgłaszania zmian mających wpływ na prawo do świadczeń. Dzieci rzeczywiście niewidoczne dla instytucji to te, na które nie są pobierane żadne świadczenia – tych warunek w ogóle nie obejmuje, ponieważ nie mają czego utracić. Sankcja dochodowa działa natomiast w przeciwnym kierunku: rodziny, które utracą zasiłek albo zrezygnują z jego dochodzenia z powodu procedury, znikają z pola widzenia organu. Ostatni regularny kanał kontaktu państwa z rodziną zostaje zerwany – mechanizm powiększa zbiór dzieci poza systemem, zamiast go zmniejszać.

Po drugie, zapewnienie, że mechanizm nikogo nie pozbawia świadczeń, jest nie do pogodzenia z brzmieniem przepisów: art. 6a ust. 1 czyni opiekę medyczną przesłanką prawa do zasiłku, a art. 7 wiąże brak potwierdzenia w terminie z nieprzysługiwaniem świadczenia. Organy będą stosować tekst ustawy, a nie towarzyszące mu deklaracje. Jeżeli intencją projektodawcy rzeczywiście nie jest odbieranie świadczeń, właściwą konsekwencją jest przekształcenie przepisu w mechanizm sygnałowy – informację uruchamiającą ofertę pomocy i indywidualną ocenę – bez skutku dochodowego, zgodnie z rekomendacją nr 3.

Po trzecie, teza, że warunek spełnia każda zwykła wizyta, prowadzi do dylematu. Jeżeli wystarczy dowolny, bierny kontakt (w tym stomatologiczny), warunek nie weryfikuje ani profilaktyki, ani bezpieczeństwa dziecka i nie zmienia zachowań – jest pusty. Jeżeli zaś kalendarz profilaktyki nie przewiduje świadczenia w kwartale referencyjnym, rodzic musi odbyć dodatkową wizytę, co obciąża rodziny i POZ – wbrew zapewnieniu o braku nowych obowiązków. Obu zapewnień nie da się utrzymać jednocześnie.

Po czwarte, w materiałach przeanalizowanych w niniejszym stanowisku nie odnaleziono postulatu warunkowania zasiłku rodzinnego kontaktem medycznym; NIK rekomenduje narzędzia informacyjne i nadzorcze bez sankcji dochodowej. Jeżeli stanowiska eksperckie popierające taki warunek istnieją, powinny zostać wskazane w OSR. EAPN Polska podziela cel zapobiegania krzywdzeniu dzieci; analizy takich przypadków wskazują jednak na zawodność reakcji i koordynacji służb, a nie na brak jakiegokolwiek kontaktu dziecka z instytucjami – odpowiedzią jest zintegrowana reakcja i System eNK@, które projekt już zawiera i które EAPN Polska popiera.

Po piąte, zapowiedź rozszerzenia warunku na świadczenie wychowawcze potwierdza, że rozpoczęcie od zasiłku rodzinnego nie wynika z diagnozy ryzyka, lecz z uwarunkowań technicznych i politycznych. Selektywne obciążenie najuboższych rodzin (pkt 1.1) nie wynika więc z diagnozy, gdzie ochrona dzieci jest najbardziej potrzebna, lecz – jak wprost przyznano – z tego, co było najłatwiej wdrożyć. To dodatkowy argument za rezygnacją z mechanizmu, a nie za jego rozszerzaniem.

Skalę ryzyka pokazuje świeże doświadczenie: po uzależnieniu świadczenia wychowawczego dla dzieci cudzoziemskich od nauki w polskiej szkole (2024 r.), a następnie od aktywności zawodowej rodzica (2025 r.), według doniesień prasowych z maja 2026 r. świadczenie przestało otrzymywać ok. dwie trzecie rodzin ukraińskich pobierających je na początku roku, choć część wniosków nadal oczekiwała na rozpatrzenie. Warunkowanie świadczeń na dzieci prowadzi więc w praktyce do masowej utraty wsparcia – także przez dzieci, wobec których rodziców warunek miał być jedynie „motywacyjny”.

Niespójność widać wreszcie w zestawieniu z polityką opieki nad małymi dziećmi. Jeżeli ochroną ma być kontakt dziecka z instytucją, najskuteczniejszą formą jest opieka żłobkowa – codzienna, a nie krótka wizyta raz na kwartał. Tymczasem według danych EU-SILC 2024 przywołanych w analizie Komisji z opieki formalnej korzystało 4,3% dzieci do lat 3 zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem, wobec 15,1% ogółu dzieci w tym wieku (najwyższa nierówność w UE), a rządowe instrumenty i lokalne regulacje premiuje aktywność zawodową rodziców, ustawiając rodziny o najniższych dochodach na końcu kolejki do miejsc. Spójna

polityka bezpieczeństwa najmłodszych zaczynałaby się od priorytetowego dostępu dzieci z rodzin o niskich dochodach do opieki formalnej, a nie od sankcji w zasiłku.

2. Stanowisko EAPN Polska

1. Skreślić art. 3 i art. 7 projektu. Warunek kontaktu medycznego nie powinien automatycznie pozbawiać dziecka dochodu przeznaczonego na jego utrzymanie. Rekomendacja ta odpowiada standardowi indywidualnej oceny warunkowości świadczeń z Zalecenia Komisji 2013/112/UE – jedynemu standardowi odnoszącemu się bezpośrednio do tego mechanizmu.
2. Uzupełnić OSR o skalę interwencji, przyczyny braku kontaktu z ochroną zdrowia, dostępność POZ, skutki dochodowe, koszty, ryzyko niepojęcia świadczeń, rozkład skutków i mierzalną teorię zmiany. Dane należy przedstawić co najmniej według dochodu, terytorium, niepełnosprawności i sytuacji migracyjnej. Po uzupełnieniu OSR i pełnym ujawnieniu zakresu projektu należy ponowić konsultacje.
3. Zastąpić automatyczny skutek dochodowy pakietem działań pomocowych i ochronnych: przypomnieniami przez IKP, mObywatela i SMS; aktywnym kontaktem POZ; wzmocnieniem wizyt patronażowych; pomocą w umówieniu wizyty, transporcie, dostępności i komunikacji; elektroniczną weryfikacją bez ujawniania danych klinicznych; oraz skoordynowaną reakcją POZ–OPS–służby ochrony dziecka po indywidualnej ocenie ryzyka. Kierunek ten potwierdza NIK w informacji o profilaktyce zdrowotnej dzieci i młodzieży (2026 r.), rekomendując informowanie, przypomnienia, elektroniczne dokumentowanie i nadzór – bez sankcji dochodowej. Elementem pakietu powinien być również priorytetowy dostęp dzieci z rodzin o niskich dochodach do opieki żłobkowej – instytucji zapewniającej najczęstszy, codzienny kontakt dziecka z profesjonalistami.
4. Zaktualizować wpis UD246 w wykazie prac Rady Ministrów tak, aby ujawniał pełny tytuł, zakres, grupy objęte oddziaływaniem, skutki społeczne i mierniki projektu. Oficjalny opis wersji 2.0 z 1 lipca 2026 r. nie przedstawia zmiany ustawy o świadczeniach rodzinnych.
5. Nie rozszerzać krytykowanego warunku na świadczenie wychowawcze ani inne transfery. Nierówne rozłożenie ciężaru przemawia za rezygnacją z mechanizmu, a nie za jego upowszechnieniem. Publiczne zapowiedzi objęcia w przyszłości także świadczenia wychowawczego czynią tę rekomendację pilną: mechanizm kwestionowany co do zasady nie powinien być utrwalany jako wzorzec dla kolejnych transferów.
6. Skoordynować projekt z zapowiedzianą przez MRPiPS integracją świadczeń rodzinnych zależnych od dochodu z systemem pomocy społecznej oraz z planowaną coroczną weryfikacją kryteriów dochodowych. Do czasu rozstrzygnięcia kierunku tej reformy nie należy ustanawiać nowej warunkowości w świadczeniu, którego konstrukcja prawna ma się zasadniczo zmienić.
7. Skierować projekt do zaopiniowania przez Rzecznika Praw Dziecka oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Projekt dotyczy praw dziecka i tworzy nowy przepływ danych o zdrowiu, a dokumentacja nie wskazuje, aby którykolwiek z tych organów przedstawił opinię.

Uwaga ewentualna. Jeżeli art. 3 i art. 7 nie zostaną skreślone, minimalne zabezpieczenia powinny obejmować: indywidualne zawiadomienie; wcześniejszą ofertę realnie dostępnego terminu i pomocy; termin naprawczy; uwzględnienie barier niezależnych od rodziny; alternatywne dowody; indywidualną ocenę najlepszego interesu dziecka; decyzję z uzasadnieniem i prawem odwołania; niezwłoczne wznowienie i pełne wyrównanie świadczenia; ograniczenie zakresu danych; oraz wdrożenie dopiero od kolejnego okresu zasiłkowego. Nie usuwa to zasadniczego sprzeciwu EAPN Polska.

3. Tabela uwag konsultacyjnych

Podmiot: EAPN Polska | Priorytet: skreślenie art. 3 i art. 7 projektu

Lp.	Jednostka redakcyjna / dokument	Treść uwagi i uzasadnienie	Propozycja zmiany
1	Art. 3 i art. 7 projektu	Sprzeciw wobec automatycznego uzależnienia zasiłku rodzinnego na dziecko do ukończenia 3 lat od wykazania kontaktu z ochroną zdrowia. Cel powszechnego bezpieczeństwa dzieci jest realizowany przez ryzyko utraty dochodu tylko w bardzo niskodochodowej grupie. Mechanizm może przy tym uderzać w osoby doznające przemocy domowej, pogłębiając ich zależność ekonomiczną od osoby stosującej przemoc – wbrew celowi ustawy zmienianej w art. 1 projektu. Zalecenie Komisji 2013/112/UE wskazuje, że warunkowość świadczeń związana z zachowaniem rodziców powinna być oceniana indywidualnie, wraz z możliwym negatywnym wpływem. Choć jest to standard niewiążący, projekt nie odnosi się do niego ani nie wykazuje konieczności, skuteczności i proporcjonalności rozwiązania.	Skreślić art. 3 i art. 7 projektu. W konsekwencji dostosować tytuł ustawy, uzasadnienie i OSR w części dotyczącej ustawy o świadczeniach rodzinnych.
2	Art. 3 – projektowany art. 6a ust. 3 [uwaga ewentualna]	Jedno dowolne świadczenie POZ, AOS albo szpitalne w kwartale referencyjnym nie jest miernikiem systematycznej profilaktyki ani oceny bezpieczeństwa. Reguła jest zarazem zbyt szeroka i niedopasowana do kalendarza profilaktyki zdrowego dziecka. Okres referencyjny liczony jest przy tym niejednolicie: przy zaświadczeniu – kwartał poprzedzający jego wystawienie, a przy dokumentacji medycznej – kwartał poprzedzający złożenie wniosku, co różnicuje sytuację rodzin zależnie od rodzaju przedkładanego dowodu. Europejska gwarancja dla dzieci kieruje państwo ku skutecznemu i bezpłatnemu dostępowi do badań i działań profilaktycznych, a nie ku utracie dochodu.	Jeżeli art. 3 nie zostanie skreślony, powiązać ewentualny obowiązek wyłącznie z konkretnymi, należnymi świadczeniami profilaktycznymi i wykluczyć negatywny skutek, gdy świadczenia nie zaoferowano w sposób terminowy, dostępny i bezpłatny. Preferowane pozostaje rozwiązanie bez sankcji dochodowej.
3	Art. 3 – projektowany art. 6a ust. 2 [uwaga ewentualna]	Zaświadczenie albo przedkładanie dokumentacji medycznej tworzy barierę administracyjną i ryzyko nieuzyskania świadczenia mimo faktycznego kontaktu dziecka z ochroną zdrowia. Komisja w dokumentach z 2026 r. wskazuje na potrzebę ograniczania niepobierania świadczeń wynikającego ze złożonych procedur, braku informacji, stygmatyzacji i błędów administracyjnych.	Zapewnić bezkosztową, automatyczną weryfikację po stronie administracji, po sprawdzeniu podstawy prawnej, minimalizacji danych i bezpieczeństwa. Dokument od rodziny powinien być tylko dobrowolną drogą awaryjną.

Lp.	Jednostka redakcyjna / dokument	Treść uwagi i uzasadnienie	Propozycja zmiany
4	Art. 3 – projektowany art. 6a ust. 4 pkt 5 [uwaga ewentualna]	Informacja o „rodzaju i zakresie” świadczenia jest nadmiarowa wobec przesłanki polegającej na samym fakcie kontaktu. OSR nie analizuje nowego przepływu danych o zdrowiu do organu świadczeniowego ani zasady minimalizacji danych.	Ograniczyć zakres do potwierdzenia „świadczenie udzielone: tak/nie”, daty i identyfikatora podmiotu. Usunąć informacje o rodzaju i zakresie świadczenia oraz dane, które nie są niezbędne do ustalenia prawa.
5	Art. 3 – projektowany art. 6a ust. 4	W wyliczeniu po pkt 2 występuje drugi pkt 2. Jest to usterka redakcyjna utrudniająca jednoznaczne odwoływanie się do przepisu.	W razie pozostawienia przepisu poprawić numerację punktów. Uwaga techniczna nie oznacza akceptacji mechanizmu.
6	Art. 7 ust. 1–2 [uwaga ewentualna]	Przepis obejmuje osoby już pobierające świadczenie i wiąże brak potwierdzenia w ciągu 3 miesięcy z nieprzystęgiwaniem zasiłku. Nie przewiduje badania przyczyn, uprzedniej oferty pomocy, terminu naprawczego, indywidualnej oceny wpływu na dziecko ani wyrównania. Doświadczenie analogicznego warunku opieki medycznej przy jednorazowej zapomodze z tytułu urodzenia dziecka pokazuje, że brak takich wyjątków prowadzi do odmów z powodu barier niezależnych od rodziny (np. kolejek), korygowanych dopiero przez sądy administracyjne. Uzasadnienie odwołuje się przy tym do wstrzymania wypłaty z art. 28 ust. 3 ustawy, co nie jest tym samym co brak prawa.	Skreślić art. 7. Ewentualnie: zastosować zmianę dopiero od kolejnego okresu; poprzedzić skutek zawiadomieniem, ofertą pomocy, terminem naprawczym i indywidualną decyzją; dopuścić alternatywne dowody i bariery niezależne od rodziny; zapewnić odwołanie, wznowienie i pełne wyrównanie.
7	Art. 8 [uwaga ewentualna]	Czternaście dni nie wystarczy do przygotowania procedur, kanałów weryfikacji, ochrony danych, formularzy, szkoleń gmin i POZ oraz skutecznego poinformowania rodzin.	Jeżeli art. 3 i art. 7 pozostaną, przewidzieć co najmniej 6 miesięcy vacatio legis oraz zastosować nowy mechanizm dopiero do wniosków na kolejny pełny okres zasiłkowy.
8	Uzasadnienie – część dotycząca art. 6a i art. 7	Stwierdzenia, że mechanizm nie jest represyjny oraz jest adekwatny, konieczny i proporcjonalny, nie mają oparcia w analizie. Nie skonfrontowano ich ze standardem indywidualnej warunkowości z Zalecenia 2013/112/UE, podejściem europejskiej gwarancji dla dzieci ani modelem zintegrowanej, indywidualnej ochrony z Zalecenia (UE) 2024/1238. Nie wyjaśniono też relacji między brakiem prawa a wstrzymaniem wypłaty.	Przeredagować uzasadnienie po uzupełnieniu danych. Osobno opisać przesłankę prawa, tryb dowodowy, wstrzymanie wypłaty, odmowę, późniejsze potwierdzenie, odwołanie i wyrównanie; przedstawić test konieczności i proporcjonalności z porównaniem alternatyw.

Lp.	Jednostka redakcyjna / dokument	Treść uwagi i uzasadnienie	Propozycja zmiany
9	OSR – pkt 4 „Podmioty, na które oddziałuje projekt”	OSR podaje 783,6 tys. dzieci pobierających zasiłek i 213,9 tys. dzieci poniżej 6 lat, lecz przyznaje brak danych dla grupy 0–3. Brakuje liczby rodzin narażonych na odmowę, przyczyn braku kontaktu, danych o rzeczywistym korzystaniu z profilaktyki oraz rozkładu według dochodu, terytorium, niepełnosprawności, sytuacji migracyjnej i dostępności POZ.	Uzupełnić OSR o liczbę dzieci 0–3, odsetek bez wymaganego kontaktu i przyczyny, rzeczywistą dostępność świadczeń oraz dane zdezagregowane. Zbadać ryzyko niepobierania zasiłku. Skorygować omyłkową jednostkę „tys. zł” przy liczbie dzieci. Do czasu uzupełnienia danych można przyjąć szacunek struktury roczników: ok. 90–110 tys. dzieci (ok. 44% grupy poniżej 6 lat, według liczby urodzeń GUS).
10	OSR – wpływ na finanse publiczne oraz rodzinę	Kwota 41 mln zł dotyczy Systemu eNK@. Nie oszacowano niewypłaconych zasiłków i dodatków, kosztów gmin, POZ i dodatkowych świadczeń ani wpływu pieniężnego na rodziny. Wpływ na rodzinę opisano wyłącznie jako pozytywny, bez analizy ubóstwa i podstawowych potrzeb dziecka. GUS pokazuje, że świadczenie trafia głównie do gospodarstw o bardzo niskich dochodach.	Przedstawić liczbę i kwotę możliwych odmów/utrat, koszty wdrożenia i obsługi, obciążenie POZ oraz wpływ na dochód rozporządzalny, ubóstwo dzieci, bezpieczeństwo żywnościowe i mieszkaniowe; uwzględnić kumulację z utratą dodatków.
11	OSR – warianty i analiza innych środków	Nie porównano automatycznego skutku dochodowego z narzędziami usuwającymi bariery. Nie wyjaśniono, dlaczego powszechny problem ma być rozwiązywany przez selektywny transfer. Europejska gwarancja dla dzieci i Zalecenie (UE) 2024/1238 wspierają aktywne docieranie, koordynację usług i indywidualne prowadzenie spraw po uzyskaniu uzasadnionego sygnału zagrożenia.	Porównać co najmniej: przypomnienia IKP/mObywatel/SMS, aktywny kontakt POZ, wizyty patronażowe, pomoc w umówieniu wizyty, transporcie i komunikacji, elektroniczną dokumentację oraz model POZ–OPS–ochrona dziecka oparty na indywidualnej ocenie. Priorytetem powinno być usunięcie bariery, nie utrata dochodu.
12	OSR – ewaluacja i wskaźniki	Zapowiedziana ewaluacja po roku dotyczy procedury „Niebieskie Karty”. Dla art. 6a nie określono celu ilościowego, liczby dodatkowych wizyt, ujawnionych zagrożeń, kosztu jednostkowego, skutków dla ubóstwa i niepobierania świadczeń ani sposobu ustalenia związku przyczynowego. Jest to niespójne z podejściem monitoringowym europejskiej gwarancji dla dzieci i polskiego Planu Działania.	Dodać odrębny plan ewaluacji art. 6a z miernikami procesu, wyniku, dostępu, ubóstwa i nierówności, punktem odniesienia, badaniem skutków niezamierzonych i niezależną oceną. Przed wdrożeniem rozważyć pilotaż działań pomocowych bez skutku dochodowego.
13	Wpis UD246 w wykazie prac Rady Ministrów	Publiczna wersja 2.0 z 1 lipca 2026 r. odnosi się do ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej i opisuje Niebieskie Karty/eNK@, lecz nie ujawnia nowelizacji ustawy o świadczeniach rodzinnych ani warunku opieki medycznej.	Niezwłocznie zaktualizować pełny tytuł, cel, środki, grupy objęte oddziaływaniem, skutki i mierniki. Po uzupełnieniu OSR zapewnić realny termin na ponowne konsultacje projektu rozszerzonego względem zakresu opisanego w wykazie, z udziałem organizacji społecznych i reprezentacji osób doświadczających ubóstwa.

4. Źródła i uwagi metodologiczne

Prawo, dane i standardy polskie i unijne

- [Ustawa o świadczeniach rodzinnych – tekst jednolity, Dz.U. 2025 poz. 1208](#) ze zm. (ost. zm. Dz.U. 2026 poz. 203)
- [Regulamin pracy Rady Ministrów, M.P. 2026 poz. 404](#)
- [Rozporządzenie o progach i wysokości świadczeń, Dz.U. 2024 poz. 1238](#)
- [GUS, Świadczenia na rzecz rodziny w 2024 r.](#)
- [Zalecenie Rady \(UE\) 2021/1004 ustanawiające europejską gwarancję dla dzieci](#)
- [NIK, Profilaktyka zdrowotna dzieci i młodzieży \(24.07.2026 r.\)](#)
- [Zalecenie Komisji 2013/112/UE „Inwestowanie w dzieci: przerwanie cyklu marginalizacji”](#)
- [Krajowy Plan Działania na rzecz realizacji europejskiej gwarancji dla dzieci do 2030 r.](#)
- [Zalecenie Komisji \(UE\) 2024/1238 w sprawie rozwoju i wzmacniania zintegrowanych systemów ochrony dziecka](#)
- [Komunikat Komisji COM\(2026\) 539 „Przerwanie cyklu ubóstwa dzieci – wzmocnienie europejskiej gwarancji dla dzieci”](#)
- [SWD\(2026\) 772 – analiza wdrażania europejskiej gwarancji dla dzieci, w tym profil Polski](#)

Materiały Koalicji UNICEF i stanowiska resortów

- Zaktualizowany raport Koalicji UNICEF dotyczący wdrażania Konwencji o prawach dziecka w Polsce, wersja finalna z 21.07.2026 r., w szczególności s. 19, 21, 63–65 i 91–97.
- Stanowiska MRPiPS, ME, MS, MSWiA i MZ do rekomendacji raportu alternatywnego – wykorzystane wyłącznie w zakresie zasad indywidualizacji, wsparcia rodziny, koordynacji, dostępności usług i ewaluacji.

Materiały EAPN

- Wkład Polskiego Komitetu EAPN do raportu alternatywnego, wersja po redakcji z 26.05.2026 r. – wykorzystany jako materiał programowy; tezy przyczynowe uwzględniono wyłącznie po odrębnej weryfikacji.
- [EAPN Position Paper on Adequate Income](#)
- [EAPN, Winning the Fight Against Child Poverty: for a European Child Guarantee](#)
- [EAPN, Assessment of the Annual Growth Survey and Joint Employment Report \(o negatywnej warunkowości\)](#)

Zastrzeżenia metodologiczne

- Projekt wymaga wykazania co najmniej jednego świadczenia w kwartale referencyjnym przy ustalaniu prawa; nie nakazuje składania dowodu w każdym kwartale przez cały okres pobierania zasiłku.
- NIK nie oceniała mechanizmu warunkowości świadczeń. Jej rekomendacje dotyczą m.in. informowania, przypomnień, elektronicznego dokumentowania i nadzoru; publikacja nastąpiła po dacie OSR.
- Badanie K. Cygan-Rehm i K. Karbownika (The effects of incentivizing early prenatal care on infant health, „Journal of Health Economics” 2022) dotyczy warunku wprowadzonego w 2009 r. w świadczeniu jednorazowym i wówczas powszechnym. Przywołano je jako dowód możliwego, skromnego efektu behawioralnego bodźca finansowego, a nie jako dowód skuteczności warunkowania cyklicznego, dochodowo selektywnego zasiłku rodzinnego ani wpływu warunku na wykrywanie przemocy. Szacunek liczby dzieci 0–3 objętych projektem jest obliczeniem własnym EAPN Polska opartym na strukturze urodzeń GUS i ma charakter pogładowy.

- Dane o skutkach warunkowania świadczenia wychowawczego dla rodzin cudzoziemskich pochodzą z doniesień prasowych (maj 2026 r.) i obejmują wnioski nierozpatrzone w dacie publikacji; ostateczny ubytek może okazać się mniejszy. Ustalenia o „urazach ostrzegawczych” (Sheets i in., Pediatrics 2013) oraz o wpływie transferów pieniężnych na ryzyko krzywdzenia i zaniedbania (badania amerykańskie i nowozelandzkie) przywołano jako kontekst naukowy; nie przesądzają one wielkości efektów w warunkach polskich. Realna wartość zasiłku (ok. 60 zł w cenach 2025 r.) jest przeliczeniem własnym wskaźnikami inflacji GUS za lata 2016–2025.
- Zalecenia Rady i Komisji, komunikaty oraz dokumenty robocze UE mają w tym stanowisku znaczenie interpretacyjne i programowe. Nie ustanawiają bezpośrednio prawa do polskiego zasiłku rodzinnego ani zakazu każdej warunkowości. Stanowisko nie przesądza niezgodności UD246 z Konstytucją lub prawem UE; wskazuje, że mechanizm jest trudny do pogodzenia ze wskazanymi standardami oraz że brakuje analiz potrzebnych do oceny jego skuteczności, konieczności i proporcjonalności.
- Sformułowania o możliwym pogłębieniu ubóstwa opisują ryzyko wymagające oszacowania ex ante, a nie kategorię prognozę wielkości efektu. Materiały resortowe nie oceniają art. 3 i art. 7 UD246 i nie są przedstawiane jako dowód ich nieskuteczności.

– koniec stanowiska –