

Leszno, 23.07.2026

Konrad Kowalewski

technik ortopeda, magister fizjoterapii

Aleja Grabowa 19

e-mail: ortowsparcie@gmail.com

Minister Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

PETYCJA

o usunięciu luki regulacyjnej dotyczącej wykonywania zawodu technika ortopedy, ustawowe zagwarantowanie jego samodzielności zawodowej oraz zastrzeżenie kluczowych czynności kliniczno-technicznych w indywidualnym zaopatrzeniu ortopedycznym

Działając na podstawie art. 63 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach, w interesie publicznym, w szczególności w interesie bezpieczeństwa pacjentów korzystających z indywidualnego zaopatrzenia ortopedycznego, wnoszę o **pilne podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do usunięcia istniejącej niespójności pomiędzy ustawowym uregulowaniem zawodu technika ortopedy a brakiem jednoznacznego zastrzeżenia najważniejszych czynności tego zawodu dla osób posiadających wymagane kwalifikacje zawodowe.**

Ustawa o niektórych zawodach medycznych zalicza technika ortopedę do zawodów medycznych, uzależnia możliwość wykonywania zawodu od spełnienia ustawowych warunków, posiadania właściwych kwalifikacji oraz wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego. Zawód medyczny można wykonywać od dnia uzyskania wpisu do tego rejestru. Ustawa obejmuje osoby wykonujące ten zawód systemem ustawicznego rozwoju oraz odpowiedzialności zawodowej.

Jednocześnie art. 13 ust. 1 pkt 13 ustawy stanowi, że wykonywanie zawodu technika ortopedy polega na wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, zaś art. 13 ust. 4 nakazuje Ministrowi Zdrowia określić szczegółowy wykaz tych czynności z uwzględnieniem **niezbędnych kwalifikacji, wymaganego zakresu umiejętności oraz konieczności zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.**

Na tej podstawie Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 22 kwietnia 2025 r., którego załącznik nr 13 przyznaje technikowi ortopedzie rozbudowany katalog czynności obejmujący nie tylko produkcję, lecz również bezpośrednią pracę z pacjentem, ocenę jego stanu funkcjonalnego, badanie podmiotowe, pomiary antropometryczne, analizę biomechaniczną, ocenę kikutu,

projektowanie wyrobów, wykonywanie miar i negatywów, wykonywanie korekcji, dopasowywanie zaopatrzenia oraz dobieranie i stosowanie procesu technologicznego i **kierowanie tym procesem**.

Powstaje zatem zasadnicze pytanie:

jaki rzeczywisty sens ma ustawowe wymaganie kwalifikacji, wpisu do rejestru, ustawicznego rozwoju oraz ponoszenia odpowiedzialności zawodowej przez technika ortopedę, jeżeli najistotniejsze czynności stanowiące rdzeń tego zawodu mogą być równocześnie wykonywane samodzielnie przez osobę, która tych kwalifikacji nie posiada, nie jest wpisana do rejestru jako technik ortopeda i nie podlega odpowiedzialności zawodowej właściwej dla tego zawodu?

Obowiązujące przepisy karne nie rozwiązują tego problemu. Art. 84 ustawy penalizuje wprost posługiwanie się bez uprawnienia chronionym tytułem zawodowym. Nie ustanawia natomiast analogicznej, generalnej sankcji za wykonywanie określonych czynności zawodowych technika ortopedy przez osobę, która nie używa tego tytułu.

W mojej ocenie tworzy to **lukę ochronną, która wymaga interwencji ustawodawcy**.

Nie może być tak, że ustawodawca wymaga od jednej osoby pełnych kwalifikacji zawodowych, wpisu do rejestru, aktualizacji wiedzy i ponoszenia odpowiedzialności zawodowej, lecz jednocześnie nie określa jednoznacznie, czy osoba bez tych kwalifikacji może pod inną nazwą stanowiska samodzielnie wykonywać ten sam rdzeń czynności.

I. ŻĄDANIA PETYCJI

1. Ustawowe uznanie samodzielności zawodu technika ortopedy

Wnoszę o wprowadzenie do ustawy jednoznacznej normy określającej technika ortopedę jako **samodzielny zawód medyczny w zakresie czynności właściwych dla zaopatrzenia ortopedycznego**, analogicznie do jednoznacznego ustawowego określenia statusu innych samodzielnych zawodów medycznych.

Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty w art. 2 stanowi wprost, że zawód fizjoterapeuty jest **samodzielnym zawodem medycznym**. Ustawa o niektórych zawodach medycznych nie zawiera analogicznego przepisu dotyczącego technika ortopedy.

Brak takiej normy powoduje w praktyce niepotrzebne spory interpretacyjne dotyczące samodzielności, zakresu odpowiedzialności i relacji technika ortopedy z przedstawicielami innych zawodów.

Wnoszę o usunięcie tej niejasności.

2. Ustawowe zastrzeżenie rdzenia czynności kliniczno-technicznych

Wnoszę o ustawowe zastrzeżenie dla osób posiadających kwalifikacje wymagane do wykonywania zawodu technika ortopedy oraz wymagany wpis do Centralnego Rejestru tych czynności, które wymagają jednoczesnego zastosowania wiedzy medycznej, biomechanicznej i technicznej oraz mają bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo i funkcjonowanie konkretnego pacjenta.

Zastrzeżenie powinno obejmować co najmniej:

1. przeprowadzanie na potrzeby indywidualnego zaopatrzenia badania podmiotowego oraz oceny stanu funkcjonalnego pacjenta;
2. wykonywanie i interpretowanie pomiarów antropometrycznych;
3. wykonywanie analizy biomechanicznej na potrzeby indywidualnego wyrobu;
4. ocenę kikutu do zaprotezowania;
5. ustalanie miejsc odciążenia, dociążenia i modelowania;
6. pobieranie miar, negatywów i danych cyfrowych bezpośrednio od pacjenta;
7. ustalanie i wykonywanie korekcji;
8. opracowywanie kliniczno-technicznej koncepcji indywidualnej protezy lub ortezy;
9. podejmowanie decyzji o rozwiązaniu konstrukcyjnym wynikającym ze stanu funkcjonalnego pacjenta;
10. dopasowanie wyrobu podczas przymiarki;
11. osiowanie protezy lub ortezy;
12. końcową ocenę funkcjonalności oraz bezpieczeństwa wyrobu;
13. zatwierdzenie indywidualnego wyrobu do przekazania pacjentowi;
14. wydanie wyrobu połączone z oceną jego dopasowania do pacjenta.

Rozporządzenie z 22 kwietnia 2025 r. już obecnie wskazuje znaczną część tych czynności jako czynności zawodowe technika ortopedy.

Petycja nie zmierza zatem do sztucznego stworzenia nowego zakresu zawodu, lecz do **zapewnienia skutecznej ochrony zakresowi, który sam ustawodawca i Minister Zdrowia uznali za wymagający określonych kwalifikacji i umiejętności ze względu na bezpieczeństwo pacjenta.**

3. Zakaz zastępowania kwalifikacji technika ortopedy kwalifikacją innego zawodu

Wnoszę o jednoznaczne wskazanie, że prawo wykonywania innego zawodu medycznego, dyplom studiów wyższych, szkolenie branżowe, kurs producenta, certyfikat techniczny lub doświadczenie zawodowe **nie zastępują kwalifikacji wymaganych przez ustawę do wykonywania zawodu technika ortopedy**, chyba że ustawa wyraźnie stanowi inaczej.

Dotyczy to również fizjoterapeutów i inżynierów biomedycznych.

Nie jest przedmiotem petycji kwestionowanie kompetencji tych grup zawodowych.

Przedmiotem petycji jest sprzeciw wobec sytuacji, w której **kwalifikacja w jednym zawodzie miałaby automatycznie uprawniać do przejęcia pełnego zakresu innego, odrębnie regulowanego zawodu medycznego bez uzyskania kwalifikacji wymaganych dla tego zawodu.**

II. FIZJOTERAPEUTA — „DOBÓR” NIE MOŻE BYĆ AUTOMATYCZNIE UTOŻSAMIANY Z „WYKONANIEM”

Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty przyznaje fizjoterapeucie m.in. prawo do:

- diagnostyki funkcjonalnej;
- zlecania określonych wyrobów medycznych;
- dobierania wyrobów do potrzeb pacjenta;
- nauczania pacjenta posługiwania się wyrobami medycznymi.

Są to ważne i niekwestionowane kompetencje fizjoterapeuty.

Ustawa nie wymienia jednak w tym katalogu wprost takich czynności jak technologiczne wykonywanie indywidualnych protez i ortez, wykonywanie korekcji modeli, wykonywanie lejów protezowych, dobieranie technologii wykonania, wykonywanie negatywów ortez, obróbka elementów, techniczne osiowanie protezy ani kierowanie procesem technologicznym w rozumieniu katalogu czynności technika ortopedy.

Tymczasem właśnie takie czynności zostały szczegółowo przypisane technikowi ortopedzie przez Ministra Zdrowia.

Dlatego wnoszę o ustawowe rozstrzygnięcie, że pojęcie:

„dobierania wyrobu medycznego do potrzeb pacjenta”

nie może być bez wyraźnej podstawy prawnej interpretowane jako automatyczne uprawnienie do przejęcia całego procesu:

projektowania technicznego → wykonywania → korekcji → technologii → osiowania → końcowego odbioru indywidualnego wyrobu.

Są to odmienne czynności i ustawodawca powinien wyraźnie określić granicę pomiędzy nimi.

III. INŻYNIER BIOMEDYCZNY — WIEDZA INŻYNIERSKA NIE JEST TOŻSAMA Z KWALIFIKACJĄ TECHNIKA ORTOPEDY

Inżynierowie i specjaliści techniczni są potrzebni współczesnej ortotyce i protetyce. Technologie CAD/CAM, skanowanie przestrzenne, modelowanie cyfrowe, druk 3D, obróbka CNC i nowoczesne materiały wymagają wysokich kompetencji technicznych.

Nie oznacza to jednak, że każdy dyplom inżynierski stanowi kwalifikację do wykonywania zawodu technika ortopedy.

Ustawa bardzo konkretnie określa ścieżki kwalifikacyjne właściwe dla technika ortopedy, w tym odpowiednie studia **w zakresie techniki ortopedycznej** oraz określone ścieżki szkolnictwa zawodowego.

Dlatego należy rozróżnić:

projekt konstrukcyjny i technologiczny wykonywany w ramach procesu produkcyjnego
od

samodzielnej decyzji kliniczno-technicznej odnoszącej się do konkretnego pacjenta.

Inżynier powinien móc uczestniczyć w procesie projektowania i produkcji w zakresie swoich kwalifikacji, lecz końcowa odpowiedzialność zawodowa za decyzje wymagające jednoczesnej oceny pacjenta, biomechaniki i dopasowania wyrobu powinna należeć do osoby posiadającej odpowiednie kwalifikacje medyczno-techniczne.

IV. OSOBY INNYCH ZAWODÓW W WARSZTACIE ORTOPEDYCZNYM

Petycja nie zmierza do usunięcia z warsztatów ortopedycznych ślusarzy, mechaników, tokarzy, spawaczy, frezerów, obuwników, modelarzy, operatorów obrabiarek, operatorów CAD/CAM, operatorów drukarek 3D ani innych specjalistów technicznych.

Ich udział może być niezbędny.

Należy jednak rozgraniczyć:

czynności pomocnicze i produkcyjne
od

samodzielnych decyzji dotyczących indywidualnego pacjenta i jego wyrobu.

Osoba wykonująca czynności pomocnicze może obrabiać, montować, frezować, drukować, spawać lub wykonywać inne działania techniczne zgodnie z dokumentacją.

Nie powinna natomiast bez odpowiedniej kwalifikacji samodzielnie:

- zmieniać korekcji;
- zmieniać konstrukcji wynikającej ze stanu pacjenta;
- interpretować klinicznie pomiarów;
- ustalać miejsc odciążenia i dociążenia;
- przeprowadzać końcowego dopasowania;

- dokonywać kliniczno-technicznego osiowania;
- zatwierdzać wyrobu do użytkowania.

W przeciwnym razie zaciera się granica pomiędzy **udziałem w produkcji a faktycznym wykonywaniem zawodu medycznego**.

V. MINIMALNA OBSADA I RZECZYWISTY NADZÓR

Wnoszę o ustanowienie minimalnego standardu obsady warsztatu wykonującego indywidualne zaopatrzenie ortopedyczne.

Postuluję zasadę:

na jedną osobę bez kwalifikacji technika ortopedy wykonującą czynności mające bezpośredni wpływ na indywidualny wyrób powinien przypadać co najmniej jeden technik ortopeda posiadający aktualne uprawnienie do wykonywania zawodu.

Standard ten powinien dotyczyć osób wykonujących czynności konstrukcyjne, korekcyjne, produkcyjne lub montażowe wymagające bieżących decyzji mających wpływ na bezpieczeństwo lub funkcjonalność wyrobu.

Nadzór powinien być:

rzeczywisty, bezpośredni, dostępny w miejscu wykonywania czynności i możliwy do udokumentowania.

Nie powinien sprowadzać się do formalnego wskazania nazwiska osoby, która w rzeczywistości nie uczestniczy w procesie.

Jeżeli Minister Zdrowia uzna proporcję 1:1 za nadmierną, wnoszę o wskazanie — po przeprowadzeniu analizy ryzyka — **innego konkretnego minimalnego standardu gwarantującego rzeczywisty, a nie pozorny nadzór.**

VI. OCHRONA TYTUŁU NIE WYSTARCZA — POTRZEBNA JEST OCHRONA CZYNNOŚCI

Obecnie ustawa chroni tytuł zawodowy. Art. 14 stanowi, że tytuł odpowiadający nazwie zawodu medycznego podlega ochronie prawnej, natomiast art. 84 przewiduje sankcję za posługiwanie się takim tytułem bez wymaganego uprawnienia.

Ochrona ta jest potrzebna, ale sama w sobie nie rozwiązuje zasadniczego problemu.

Pacjenta nie chroni wyłącznie to, **jak ktoś nazywa swoje stanowisko.**

Pacjenta chroni przede wszystkim to:

czy osoba dokonująca pomiaru, korekcji, projektu, dopasowania i końcowej oceny posiada kwalifikacje do wykonania tych czynności oraz ponosi za nie odpowiedzialność zawodową.

Dlatego wnoszę o uzupełnienie ochrony tytułu ochroną najważniejszych czynności.

VII. „ORTOTYK”, „PROTETYK” I INNE NAZWY STANOWISK

Aktualna klasyfikacja zawodów i specjalności wymienia zawód:

321403 — Technik ortopeda,

a odrębnie m.in.:

321401 — Protetyk słuchu oraz

731105 — Ortopeda mechanik.

Sama nazwa stanowiska funkcjonująca u pracodawcy nie powinna być traktowana jako źródło kwalifikacji zawodowych.

Dlatego postuluję, aby przy ustalaniu, kto rzeczywiście wykonuje czynności technika ortopedy, kontrola obejmowała łącznie:

kwalifikacje + wpis do rejestru + faktyczny zakres czynności + odpowiedzialność za wyrób.

Nie wystarczy nazwa wpisana do umowy o pracę.

Osoba posiadająca kwalifikacje technika ortopedy, wykonująca czynności tego zawodu, powinna być ujmowana jako technik ortopeda również wtedy, gdy pracodawca nadał jej dodatkowo inną nazwę stanowiska.

Analogicznie osoba nieposiadająca takich kwalifikacji nie powinna być traktowana jako równoważna technikowi ortopedzie tylko dlatego, że określono jej stanowisko jako „ortotyk”, „protetyk” czy „specjalista protetyki i ortotyki”.

VIII. IDENTYFIKOWALNOŚĆ — PACJENT MA PRAWO WIEDZIEĆ, KTO ODPOWIADAŁ ZA WYRÓB

Wnoszę o ustanowienie obowiązku wskazania w dokumentacji indywidualnego zaopatrzenia osoby odpowiedzialnej zawodowo za najważniejsze czynności kliniczno-techniczne.

Dokumentacja powinna wskazywać:

imię i nazwisko technika ortopedy, indywidualny identyfikator wpisu do Centralnego Rejestru oraz zakres czynności, które wykonał lub zatwierdził.

W szczególności identyfikowalne powinny być osoby odpowiedzialne za:

- pomiar;
- projekt kliniczno-techniczny;
- korekcję;
- dopasowanie;
- osiowanie;
- końcową kontrolę;
- zatwierdzenie wyrobu do wydania.

Nie chodzi przy tym o zastępowanie odpowiedzialności producenta wynikającej z przepisów o wyrobach medycznych, lecz o możliwość ustalenia **odpowiedzialności zawodowej konkretnej osoby wykonującej zawód medyczny.**

IX. SANKCJA ZA WYKONYWANIE CZYNNOŚCI ZASTRZEŻONYCH BEZ KWALIFIKACJI

Wprowadzenie katalogu czynności zastrzeżonych bez skutecznego mechanizmu egzekwowania byłoby regulacją pozorną.

Dlatego wnoszę o wprowadzenie sankcji za:

1. samodzielne wykonywanie czynności ustawowo zastrzeżonych bez wymaganych kwalifikacji;
2. powierzanie takich czynności osobie, która kwalifikacji nie posiada;
3. świadome wykazywanie osoby bez wymaganych kwalifikacji jako personelu spełniającego wymogi przewidziane dla technika ortopedy;
4. reklamowanie uprawnienia do samodzielnego wykonywania zastrzeżonych czynności bez posiadania odpowiednich kwalifikacji.

Sankcja powinna być proporcjonalna, lecz na tyle realna, aby ochrona zawodu nie ograniczała się do ochrony samej nazwy stanowiska.

X. BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA JEST ISTOTĄ SPRAWY

Indywidualna proteza, orteza, gorset lub obuwie ortopedyczne nie są zwykłym produktem konsumpcyjnym.

Ich konstrukcja i dopasowanie bezpośrednio wpływają na:

- rozkład obciążeń;
- stabilność;
- chód;
- pozycję stawów;
- skórę;
- równowagę;
- funkcję kończyny;
- bezpieczeństwo poruszania się.

Błąd popełniony na etapie pomiaru, korekcji, projektu, osiowania lub dopasowania może być powielany na kolejnych etapach wykonywania wyrobu.

Dlatego kwalifikacje osoby podejmującej decyzję dotyczącą pacjenta nie mogą być traktowane jako kwestia wyłącznie kadrowa lub organizacyjna.

Jest to kwestia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta.

Co szczególnie istotne, sam art. 13 ust. 4 ustawy nakazuje Ministrowi Zdrowia przy określaniu katalogu czynności zawodowych uwzględniać właśnie kwalifikacje, zakres umiejętności i bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

XI. CENTRALNA NIESPÓJNOŚĆ OBECNEGO SYSTEMU

Obecny model regulacyjny prowadzi do pytania, którego nie można pozostawiać bez jednoznacznej odpowiedzi:

Czy ustawowo uregulowany zawód medyczny ma rzeczywisty zakres kompetencji, czy wyłącznie chronioną nazwę?

Jeżeli określone w rozporządzeniu czynności rzeczywiście tworzą zawodowy zakres technika ortopedy, to czynności stanowiące jego kliniczno-techniczny rdzeń powinny podlegać odpowiedniej ochronie.

Jeżeli natomiast Minister Zdrowia stoi na stanowisku, że osoba nieposiadająca kwalifikacji technika ortopedy może samodzielnie wykonywać pełny zakres tych czynności, wnoszę o jednoznaczne wskazanie:

1. **podstawy prawnej takiego uprawnienia;**
2. **znaczenia wymogu kwalifikacji technika ortopedy;**
3. **znaczenia obowiązkowego wpisu do Centralnego Rejestru;**
4. **znaczenia ustawowej odpowiedzialności zawodowej;**
5. **znaczenia szczegółowego wykazu czynności zawodowych określonego przez Ministra Zdrowia;**
6. **organu właściwego do kontroli osoby niewpisanej do rejestru, która wykonuje te czynności bez posługiwania się chronionym tytułem.**

Nie można racjonalnie utrzymywać jednocześnie, że określone kwalifikacje są konieczne do wykonywania zawodu medycznego oraz że kwalifikacje te nie mają praktycznego znaczenia dla samodzielnego wykonywania czynności tworzących rdzeń tego zawodu.

XII. PYTANIA, NA KTÓRE WNOSZĘ O JEDNOZNACZNĄ ODPOWIEDŹ

1.

Czy osoba nieposiadająca kwalifikacji technika ortopedy i niewpisana do Centralnego Rejestru jako technik ortopeda może obecnie samodzielnie wykonywać pełny zakres czynności wskazanych dla technika ortopedy w załączniku nr 13 do rozporządzenia z 22 kwietnia 2025 r.?

Jeżeli tak — **proszę o wskazanie jednoznacznej podstawy prawnej.**

2.

Czy fizjoterapeuta nieposiadający równocześnie kwalifikacji technika ortopedy może samodzielnie:

- a) wykonać negatyw ortezy,
- b) wykonać jego korekcję,
- c) zaprojektować konstrukcję indywidualnej ortezy,
- d) wykonać indywidualną ortezę,
- e) wykonać lej protezowy,
- f) dokonać technicznego osiowania protezy,
- g) przeprowadzić końcową kontrolę techniczną indywidualnej protezy,
- h) samodzielnie zatwierdzić ją do wydania pacjentowi?

Proszę o wskazanie podstawy prawnej **odrębnie dla każdej czynności.**

3.

Czy ustawowe pojęcie „dobierania wyrobów medycznych do potrzeb pacjenta” w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty obejmuje również technologiczne wykonywanie indywidualnego wyrobu?

Jeżeli tak — proszę o wskazanie przepisu, z którego wynika takie rozszerzenie pojęcia „dobór”.

4.

Czy sam dyplom inżyniera biomedycznego — bez spełnienia którejkolwiek z ustawowych ścieżek kwalifikacyjnych technika ortopedy — uprawnia do wykonywania zawodu technika ortopedy?

5.

Jaki organ jest właściwy do podjęcia działań wobec osoby, która nie posługuje się tytułem „technik ortopeda”, ale faktycznie wykonuje czynności stanowiące zakres tego zawodu?

6.

Czy Minister Zdrowia uważa obecną ochronę samego tytułu zawodowego za wystarczającą dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów?

7.

Czy Minister Zdrowia podejmie prace nad ustawowym katalogiem czynności zastrzeżonych?

8.

Czy Minister Zdrowia podejmie prace nad sankcją za wykonywanie czynności zastrzeżonych bez wymaganych kwalifikacji?

9.

Czy Minister Zdrowia wprowadzi obowiązek identyfikowania osoby odpowiedzialnej zawodowo za projekt, dopasowanie i końcową ocenę indywidualnego wyrobu?

10.

Czy Minister Zdrowia oraz NFZ przeprowadzą kontrolę lub analizę struktury kwalifikacji personelu uczestniczącego w wykonywaniu indywidualnego zaopatrzenia ortopedycznego?

11.

Czy w ramach tej analizy zostanie zweryfikowane wykorzystywanie nazw stanowisk takich jak „ortotyk”, „protetyk” lub „specjalista ortotyki i protetyki” oraz porównane z rzeczywistymi kwalifikacjami i faktycznie wykonywanymi czynnościami?

12.

Czy Minister Zdrowia ustanowi minimalne standardy rzeczywistego nadzoru nad osobami nieposiadającymi kwalifikacji technika ortopedy uczestniczącymi w procesie wykonywania indywidualnego wyrobu?

13.

Czy Minister Zdrowia dopuści do prac legislacyjnych **bezpośrednią reprezentację praktykujących techników ortopedów**, w tym osób niewystępujących jako reprezentanci organizacji interdyscyplinarnych?

XIII. WNIOSEK O POWOŁANIE ZESPOŁU

Wnoszę o powołanie przy Ministrze Zdrowia zespołu roboczego, którego zadaniem będzie przygotowanie projektu regulacji dotyczącej:

1. samodzielności zawodu technika ortopedy;
2. czynności zastrzeżonych;
3. zasad współpracy z fizjoterapeutami, lekarzami, inżynierami i personelem produkcyjnym;
4. minimalnych wymagań dotyczących nadzoru;
5. identyfikowalności osoby odpowiedzialnej zawodowo;
6. systemu kontroli i sankcji.

W skład zespołu powinni wejść w szczególności **praktykujący technicy ortopedzi rzeczywiście wykonujący indywidualne protezy, ortezy i inne zaopatrzenie**, ponieważ regulowanie zakresu

zawodu bez rzeczywistej reprezentacji osób, które ten zawód wykonują, nie zapewni prawidłowej oceny skutków projektowanych przepisów.

XIV. PROPORCJONALNOŚĆ

Proponowane rozwiązanie nie zmierza do wyłączenia współpracy interdyscyplinarnej.

Lekarz powinien zachować swoje kompetencje diagnostyczne i lecznicze.

Fizjoterapeuta powinien zachować swoje kompetencje w zakresie diagnostyki funkcjonalnej, fizjoterapii, zlecania i doboru wyrobów oraz nauczania posługiwania się nimi.

Inżynier powinien móc uczestniczyć w procesie konstrukcyjnym i technologicznym.

Personel produkcyjny powinien móc wykonywać czynności odpowiadające jego kwalifikacjom.

Granica powinna przebiegać w miejscu, w którym rozpoczyna się samodzielna decyzja kliniczno-techniczna dotycząca indywidualnego pacjenta oraz odpowiedzialność za jej skutek.

Zastrzeżenie tak określonego rdzenia czynności jest rozwiązaniem znacznie bardziej proporcjonalnym niż wyłączenie innych zawodów z całego procesu produkcyjnego.

XV. WNIOSEK KOŃCOWY

Wnoszę o potraktowanie niniejszej petycji nie jako postulatu ochrony interesu jednej grupy zawodowej, lecz jako wniosku o **usunięcie niespójności w regulacji zawodu medycznego i stworzenie przejrzystego systemu odpowiedzialności za indywidualne zaopatrzenie ortopedyczne pacjenta.**

Pacjent powinien mieć pewność, że osoba, która:

ocenia jego stan → dokonuje pomiaru → ustala korekcję → projektuje rozwiązanie → dopasowuje wyrób → ocenia jego funkcję → zatwierdza go do użytkowania

posiada kwalifikacje zawodowe odpowiadające tym czynnościom i ponosi za nie możliwą do ustalenia odpowiedzialność zawodową.

Sama ochrona nazwy zawodu tego celu nie zapewnia.

Dlatego wnoszę o:

1. rozpoczęcie prac legislacyjnych;
2. przygotowanie katalogu czynności zastrzeżonych;
3. ustawowe określenie samodzielności technika ortopedy;
4. ustanowienie zasad identyfikowalności i odpowiedzialności;
5. ustanowienie skutecznej kontroli oraz sankcji;

6. przedstawienie odpowiedzi osobno na każde z pytań zawartych w petycji wraz z podaniem podstawy prawnej.

Proszę również o podanie sygnatury sprawy oraz poinformowanie mnie o sposobie rozpatrzenia petycji.

Konrad Kowalewski

.....

czytelny podpis

Załącznik — podstawowe akty prawne

1. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych — tekst jednolity: Dz.U. 2025 poz. 1730. Ustawa wymienia technika ortopedę wśród zawodów medycznych, określa warunki wykonywania zawodu, wpis do Centralnego Rejestru, zakres wykonywania zawodu, ochronę tytułu oraz odpowiedzialność zawodową.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne — Dz.U. 2025 poz. 626, załącznik nr 13.
3. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty — tekst jednolity ogłoszony w Dz.U. 2026 poz. 584.
4. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 października 2025 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy — Dz.U. 2025 poz. 1534.
5. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych.
6. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/958 w sprawie analizy proporcjonalności przed przyjęciem nowych regulacji dotyczących zawodów.