

WPŁYW EPIDEMII COVID-19 NA SEKTOR USŁUG W POLSCE
ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM
MEDYCZNYCH ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy
im. Jana Długosza w Częstochowie

WPŁYW EPIDEMII COVID-19
NA SEKTOR USŁUG W POLSCE
ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM
MEDYCZNYCH ZAWODÓW
ZAUFANIA PUBLICZNEGO

KAROL WIATROWSKI
JACEK WIATROWSKI
BARTOSZ WANOT



Częstochowa 2022

Recenzent

PROF. DR HAB. WOJCIECH FRANCISZEK PODLECKI

Redaktor Naczelna Wydawnictwa

PAULINA PIASECKA-FLORCZYK

Korekta

ANDRZEJ MISZCZAK

Redakcja techniczna

ALEKSANDRA KUNOWSKA

Projekt okładki

KAROL WIATROWSKI

© Copyright by Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy
im. Jana Długosza w Częstochowie,
Częstochowa 2022

ISBN 978-83-66536-82-1

<http://www.doi.org/10.16926/wec19supsumzzp>

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
im. Jana Długosza w Częstochowie 42-200 Częstochowa,
ul. Waszyngtona 4/8, tel. (34) 378-43-28, faks (34) 378-43-19

www.ujd.edu.pl

e-mail: wydawnictwo@ujd.edu.pl

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I	
Charakterystyka medycznych zawodów zaufania publicznego jako specjalistycznego sektora usług	
1.1. Pojęcie zawodów zaufania publicznego i ich konstytucyjne umocowanie – wykładnia art. 17 Konstytucji	8
1.2. Lekarz oraz lekarz dentysta jako zawody zaufania publicznego	11
1.3. Pielęgniarka i położna jako zawody zaufania publicznego	15
1.4. Farmaceuta jako zawód zaufania publicznego	19
1.5. Diagnosta laboratoryjny jako zawód zaufania publicznego	24
1.6. Istotność problemu dostępu do medycznych zawodów zaufania publicznego na tle teorii ekonomicznych i społecznych	27
1.7. Podsumowanie rozdziału pierwszego	29
ROZDZIAŁ II	
Pojęcie oraz szczegółowa charakterystyka sektora usług	
2.1. Definicja sektora usług	31
2.2. Klasyfikacja i podział sektora usług	35
2.3. Umiejscowienie medycznych zawodów zaufania publicznego jako specyficznego sektora usług	42
2.4. Wielkość sektora usług i jego znaczenie dla gospodarki polskiej oraz gospodarki europejskiej	47
2.5. Podsumowanie rozdziału drugiego	64
ROZDZIAŁ III	
Wpływ epidemii COVID-19 na medyczne zawody zaufania publicznego	
3.1. Przedmowa i opis przyjętych metod badawczych	65
3.2. Oczekiwania dotyczące wpływu epidemii COVID-19 na medyczne zawody zaufania publicznego oraz ich weryfikacja na podstawie uzyskanych danych statystycznych	68
3.3. Wpływ pozostałych czynników zawodowych na zmianę wielkości uzyskiwanych dochodów brutto przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego	84
3.4. Podsumowanie rozdziału trzeciego	90
ROZDZIAŁ IV	
Wpływ pandemii COVID-19 na sektor usług w Polsce	
4.1. Przedmowa i opis przyjętych metod badawczych	91
4.2. Wpływ pandemii COVID-19 na sektor usług w Polsce w opinii respondentów	92
4.3. Wpływ epidemii COVID-19 na poszczególne sektory usług w Polsce	98
4.4. Podsumowanie rozdziału czwartego	105
ZAKOŃCZENIE	106
BIBLIOGRAFIA	107

Problematyka wykonywania medycznych zawodów zaufania publicznego jako specyficznego sektora usług w Polsce pozostaje, ze względu na nie do końca transparentny system dostępu do rzeczonych profesji oraz niedoskonałe powiązanie rozwiązań ustawowych z Konstytucją RP, fundamentalnie ważnym tematem. W dobie pandemii COVID-19 znaczenie zawodów medycznych znacząco wzrosło. Wynika to z konieczności zapewnienia poprawnego stanu zdrowia społeczeństwa. Bezpośredni trud walki z epidemią spoczął na barkach przedstawicieli profesji medycznych, którzy w głównej mierze pozostają odpowiedzialni za leczenie osób, które uległy infekcji. Od ich bezpośredniego zaangażowania zależy obecnie życie i zdrowie szerokich mas ludzkich skazanych na nierówny pojedynek z niewidzialnym wrogiem. Ważnym tematem pozostaje ponadto określenie pozycji prawnej medycznych zawodów zaufania publicznego, w związku ze znaczeniem, jakie dla społeczeństwa obywatelskiego powinna mieć sprawnie funkcjonująca służba zdrowia¹. Szeroka analiza podjęta w niniejszej pracy będzie miała za zadanie określenie umiejscowienia profesji medycznych jako specyficznego sektora usług, którego rola w dobie epidemii okazuje się bezspornie pożądana.

Rozważania podjęte w niniejszej pracy mają za zadanie odpowiedzieć na pytanie, czy medyczne zawody zaufania publicznego charakteryzują się wyższą odpornością na zachowania kryzysowe występujące w gospodarce aniżeli inne sektory usług. W tym celu analizie zostanie poddany szeroki wachlarz danych statystycznych obrazujących stan poszczególnych sektorów usług, przed i po wybuchu pandemii koronawirusa. Ponadto dodatkowo przeprowadzone zostaną autorskie badania, których celem będzie określenie wyobrażenia społeczeństwa o wpływie epidemii na gospodarkę narodową. W związku z chęcią oddania możliwie najszerszego spektrum przedstawionego problemu uwzględnione zostaną również dane bezpośrednio pozyskane od przedstawicieli zawodów medycznych, informujące o tym, w jakim stopniu pandemia wpłynęła na osiąganą przez nich dochody. Ostatecznym celem pracy będzie określenie, które branże z sektora usług najmocniej ucierpiały w związku z pojawieniem się kryzysu, a które ucierpiały w najmniejszym stopniu bądź nawet odnotowały zysk, i jak na tym tle kształtuje się sytuacja ekonomiczna przedstawicieli zawodów medycznych.

W celu oddania wyrazistości powyższych rozważań postawione zostały następujące pytania badawcze:

1. Na czym polega charakter wykonywania medycznych zawodów zaufania publicznego?
2. Jakie znaczenie dla gospodarki Rzeczypospolitej Polskiej posiada sektor usług?
3. Jakie branże sektora usług można wyodrębnić?
4. Jaka jest opinia Polaków dotycząca wpływu pandemii koronawirusa na sektor usług w Polsce?
5. Jak pandemia koronawirusa wpłynęła na wykonywanie zawodu przez przedstawicieli medycznych profesji zaufania publicznego?
6. Który sektor usług w największym stopniu ucierpiał w wyniku pojawienia się kryzysu związanego z pandemią koronawirusa, a który w najmniejszym stopniu?
7. Który z medycznych zawodów zaufania publicznego w największym stopniu ucierpiał w wyniku pojawia się kryzysu związanego z pandemią koronawirusa, a który w najmniejszym stopniu?
8. Jaka jest perspektywa rozwoju sektora usług po przezwyciężeniu epidemii koronawirusa?

Celem niniejszej pracy pozostaje przeanalizowanie wpływu obecnej pandemii koronawirusa na sektor usług w Polsce. Szczególny punkt zainteresowania skierowany zostanie względem medycznych zawodów zaufania publicznego tj. lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, farmaceuta oraz diagnosta laboratoryjny.

¹ K. Wiatrowski, J. Wiatrowski, B. Wanot, *Uwarunkowania i ekonomiczno-prawny charakter wykonywania prawniczych profesji zaufania publicznego w konfrontacji z zawodem lekarza*, Częstochowa 2020.

Badania zostaną wykonane z wykorzystaniem danych pozyskanych z raportów Głównego Urzędu Statystycznego, Eurostatu, Banku Światowego oraz autorskich badań ankietowych.

W związku z powyższym wykorzystane zostaną następujące metody badawcze:

- historyczna – polegać będzie na przedstawieniu poszczególnych medycznych zawodów zaufania publicznego, tzn. lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, farmaceuty, diagnosty laboratoryjnego, oraz budowy i struktury sektora usług w Polsce;
- analiza dokumentów – zostanie dokonana w celu ustalenia konkretnych faktów w kontekście przedstawionych problemów, w szczególności danych statystycznych pozyskanych z raportów opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny, Eurostat oraz Bank Światowy, obrazujących stan polskiej gospodarki w trakcie i przed pandemią koronawirusa;
- synteza – zostaną sformułowane wnioski na podstawie własnych badań ankietowych;
- interpretacja – polegać będzie na objaśnieniu i sformułowaniu wniosków otrzymanych wyników oraz odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Głównym celem pracy pozostaje wyartykułowanie stanowiska, że medyczne zawody zaufania publicznego, tj. lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, charakteryzują się wyższą odpornością na zjawiska kryzysowe występujące w gospodarce narodowej od większości pozostałych sektorów usług. W tym celu sformułowana została hipoteza główna przyjmująca następującą treść: „W wyniku kryzysu gospodarczego wywołanego wybuchem pandemii koronawirusa medyczne zawody zaufania publicznego charakteryzowały się wyższą odpornością na zjawiska będące efektem załamania gospodarki od większości pozostałych sektorów usług”. W tym celu zostaną przeanalizowane różnorodne determinanty charakteryzujące prowadzenie medycznej działalności zawodowej oraz przeprowadzona zostanie analiza stanu poszczególnych branży sektora usług w Polsce w okresie ostatniego roku, celem obalenia bądź też potwierdzenia hipotezy głównej, która została powyżej sformułowana.

Pierwszy rozdział niniejszej pracy stanowi charakterystykę medycznych zawodów zaufania publicznego, takich jak: lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta i diagnosta laboratoryjny. W tej części pracy relewantnym jest ponadto wyartykułowanie konstytucyjnego umocowania profesji medycznych. Kluczowa w tym przypadku pozostaje wykładnia art. 17 Konstytucji², określającego pojęcie zawodu zaufania publicznego.

Następny rozdział pracy stanowi charakterystykę pojęcia działu usług. Przedstawione zostaną różne definicje trzeciego sektora gospodarki stworzone na przestrzeni lat zarówno przez polskich, jak i zagranicznych autorów. Ważnym elementem rozdziału drugiego jest również przedstawienie podziału sektora usług zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami oraz – na tej podstawie – próba umiejscowienia w nich medycznych zawodów zaufania publicznego. Ponadto omówiona zostanie wielkość sektora usług w Polsce i jego znaczenie dla gospodarki narodowej oraz ekonomiki europejskiej.

Kolejna część pracy, która została zawarta w rozdziale trzecim, opiera się na opisie wpływu epidemii COVID-19 na profesje medyczne. W tej części egzegezy omówione zostaną czynniki wpływające na wzrost lub spadek dochodów osób zawodowo związanych ze służbą zdrowia, na skutek wybuchu koronakryzysu. Wnioski oparte zostaną na wynikach autorskiego badania ankietowego.

Czwarty, a zarazem ostatni rozdział niniejszej pracy stanowi analizę wpływu epidemii koronawirusa na sektor usług w Polsce. Przedstawione w nim zostają oczekiwania ankietowanych dotyczące rzeczoności tematu, które następnie zostaną skonfrontowane z danymi statystycznymi pozyskanymi

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 (Dz.U. z 1997, nr 78, poz. 483) z późn. zmianami.

z raportów opracowanych przez Główny Urząd Statystyczny. Analiza będzie dotyczyła zarówno poszczególnych branż wchodzących w skład sektora usług, jak i przedsiębiorstw usługowych, z uwzględnieniem liczby zatrudnionych pracowników.

Zakończenie pracy stanowią wnioski końcowe dotyczące wpływu epidemii COVID-19 na sektor usług w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem medycznych zawodów zaufania publicznego. Rze- czona część pracy stanowi ponadto weryfikację hipotez badawczych przedstawionych we wstępie.

ROZDZIAŁ I

Charakterystyka medycznych zawodów zaufania publicznego jako specjalistycznego sektora usług

1.1. Pojęcie zawodów zaufania publicznego i ich konstytucyjne umocowanie – wykładnia art. 17 Konstytucji

Pojęcie zawodu zaufania publicznego, jak podkreśla P. Antowiak, stanowi specyficzny twór utworzony na gruncie Konstytucji RP. Tym samym powyższe rozwiązanie charakteryzuje się niepowtarzalnością i unikalnością wśród europejskich systemów prawnych. Niemniej jednak brak legalnej definicji pojęcia zawodu zaufania publicznego oraz synonimicznych względem niego pojęć „wolnego zawodu” oraz „zawodu regulowanego” budzi liczne wątpliwości na gruncie doktryny prawnej. Problemem pozostaje ponadto niejednoznaczna wykładnia art. 17 Konstytucji RP³. Literalne brzmienie przepisu wskazuje na samorząd zawodowy, który to stanowi wyróżnik odróżniający zawody zaufania publicznego od innych profesji. Niemniej jednak wśród przedstawicieli doktryny pojawiają się także liczne głosy mówiące o tym, iż art. 17 Konstytucji RP⁴ odnosi się do pojęcia zawodów wolnych, a nie profesji zaufania publicznego. Jak podkreśla prof. dr hab. M. Kulesza⁵:

Uważam, że w art. 17 ust. 1 tradycyjnie chodzi właśnie o wolne zawody, bez ograniczenia, z zastrzeżeniem co do misji publicznej, o której była mowa wyżej. Oczywiście, ustawodawca też jest samorządny i może każdemu zawodowi przydać miano „zaufania publicznego” i uzbroić go w samorząd. Ale tradycyjnie chodzi właśnie o wolne zawody – takie, w przypadku których w gestii korporacji grupującej ex lege wszystkie osoby wykonujące zawód znajduje się zagadnienia deontologiczne.

W związku z powyższym jednoznaczne stwierdzenie, które konkretnie zawody można zaliczyć do grona profesji zaufania publicznego budzi szerokie wątpliwości, a stworzenie pełnej listy rzeczonych zawodów praktycznie nie jest możliwe⁶.

Jak już zostało to podkreślone, ze względu na brak jednoznacznej legalnej definicji zawodu zaufania publicznego, opis rzeczonych profesji należy oprzeć na określonych enumeratywnie cechach. Przede wszystkim zawody zaufania publicznego oraz związany z nimi samorząd zawodowy charakteryzują się tym, iż wykonują swoje zadania wyłącznie w granicach interesu publicznego. Wskazane pojęcie oznacza w szczególności zakaz nadużywania własnej pozycji⁷. Jak podkreśla P. Sarnecki w komentarzu odnoszącym się do art. 17 Konstytucji RP⁸:

Podstawą włączenia określonego zawodu do kategorii zawodu zaufania publicznego powinno być zawsze uznanie, że nałożenie owych ograniczeń nie następuje w celu stworzenia określonej grupie zawodowej przywilejów, lecz ma służyć interesowi publicznemu, a zakres ograniczeń winien być odpowiedni do ochrony tego interesu. Konstytucja wymaga obdarzenia szczególnym statusem osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, a jednocześnie wymaga, aby regulacja prawna sposobu ich wykonywania potwierdzała i instytucjonalizowała zaufanie do nich⁹.

³ Ibidem (2).

⁴ Ibidem (2).

⁵ M. Kulesza, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego, Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, Warszawa 2002.

⁶ Ibidem (5).

⁷ Ibidem (3).

⁸ Ibidem (3).

⁹ P. Sarnecki, *Komentarz do art. 17, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 4, red. L. Garlicki, Warszawa 2005, s. 2.

Samorządy zawodowe stanowią formę, która w najlepszy sposób realizuje aktywność obywatelską. Głównym zadaniem przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, oprócz wykonywania powierzonych obowiązków zawodowych, jest niewątpliwie również dbanie o jakość samego zawodu¹⁰. To samorządy egzekwują zasady, które są zawarte w kodeksach etycznych. Ponadto przynależność do struktur samorządu ma charakter obligatoryjny. Dzięki temu rozwiązaniu samorządy mają możliwość przeprowadzenia kontroli założonych w aktach prawidłowości w bardziej efektywny sposób.

Niezależnie od wielowątkowości elementów składowych oraz licznych rozbieżności w obrębie rozwiązań prawnych, można wyróżnić pewne cechy, które umożliwiają wyodrębnienie profesji zaufania publicznego jako odrębnej grupy zawodowej. Cechy te charakteryzują się pewną regularnością i odnieść je można względem wszystkich zawodów zaufania publicznego. W związku z tym należy stwierdzić, iż przedstawione poniżej enumeratywnie komponenty stanowią definicję „zawodu zaufania publicznego”, która zawiera następujące elementy¹¹:

- samodzielność w wykonywaniu zawodu;
- niezależność w wykonywaniu czynności zawodowych;
- szczególny charakter stosunków łączących osobę wykonującą zawód z odbiorcą świadczenia;
- bezinteresowność w udzielaniu świadczeń lub usług;
- przynależność do korporacji zawodowej i jej nadzór nad wykonywaniem zawodu zgodnie z obowiązującymi zasadami etycznymi i deontologicznymi;
- społeczne znaczenie wolnego zawodu oraz misja społeczna;
- podwyższony stopień odpowiedzialności za skutki prowadzonej działalności;
- trwałość kariery zawodowej¹².

Pozostając w temacie zawodów zaufania publicznego, warto przytoczyć opinię wybitnego krakowskiego konstytucjonalisty prof. P. Sarneckiego¹³. Według niego wyróżnikiem definicyjnym posiadającym znaczenie elementarne, które dotyczy profesji zaufania publicznego pozostaje fakt, iż rzeczzone zawody polegają w głównej mierze na wykonywaniu zdefiniowanej funkcji publicznej. We wskazanej kategorii został umiejscowiony szeroki wachlarz zawodów, jednakże zawody zaufania publicznego przyjmują formę przede wszystkim indywidualnych kontraktów, co umożliwia odróżnienie ich od innych profesji niosących znamiona funkcji publicznej.

Warte uwzględnienia jest ponadto stanowisko Trybunału Konstytucyjnego opublikowane w wyroku P 21/02, dotyczące zawodów zaufania publicznego. Wskazuje ono na elementy dodatkowe charakteryzujące rzeczzone profesje:

przymiot „zaufania publicznego”, jaki charakteryzuje zawody objęte zakresem art. 17 ust. 1 Konstytucji nie wyczerpuje się w gwarancji wyrażonej bezpośrednio we wskazanym przepisie – nie polega on wyłącznie na objęciu wykonywania zawodu zaufania publicznego pieczęcią samorządu. Ochrona dóbr o zasadniczym i osobistym znaczeniu dla osób korzystających z usług w sferze zawodów zaufania publicznego pociąga za sobą wymóg profesjonalnego przygotowania, doświadczenia, dyskrecji oraz taktu i kultury osobistej osób takie zawody wykonujących¹⁴.

W dalszej części egzegezy należy skupić się na rozróżnieniu analogicznych względem zawodu zaufania publicznego pojęć „wolnego zawodu” oraz „zawodu regulowanego”.

¹⁰ Ibidem (1).

¹¹ H. Izdebski, P. Skuczyński, *Etyka zawodów prawniczych. Etyka prawnicza*. Warszawa 2005.

¹² Ibidem (5).

¹³ P. Sarnecki, *Opinie w sprawie wykładni art. 17. ust.1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przegląd Sejmowy” 2001, nr 2.

¹⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 II 2004 r., sygn. akt P 21/02, OTK-A ZU 2004, nr 2, poz. 9.

Niewątpliwie najczęściej spotykanym terminem i jednocześnie najstarszym jest pojęcie „wolnego zawodu”. Definicja „wolnego zawodu” przedstawiona została między innymi art. 4 ust. 1 pkt. 11 ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne. W związku z nowelizacją, która weszła w życie 1 stycznia 2021 roku, pojęcie „wolnego zawodu”, zgodnie z rzeczoną ustawą, uległo zmianie. W następstwie tego warto przytoczyć brzmienie znowelizowanego przepisu, który definiuje wolny zawód jako:

pozarolniczą działalność gospodarczą wykonywaną osobiście przez lekarzy, lekarzy dentystów, lekarzy weterynarii, techników dentystycznych, felczerów, położne, pielęgniarki, psychologów, fizjoterapeutów, tłumaczy, adwokatów, notariuszy, radców prawnych, architektów, inżynierów budownictwa, rzeczoznawców budowlanych, biegłych rewidentów, księgowych, agentów ubezpieczeniowych, agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, brokerów reasekuracyjnych, brokerów ubezpieczeniowych, doradców podatkowych, doradców restrukturyzacyjnych, maklerów papierów wartościowych, doradców inwestycyjnych, agentów firm inwestycyjnych, rzeczowników patentowych, oraz nauczycieli w zakresie świadczenia usług edukacyjnych polegających na udzielaniu lekcji na godziny, z tym że za osobiste wykonywanie wolnego zawodu uważa się wykonywanie działalności bez zatrudniania na podstawie umów o pracę, umów zlecenia, umów o dzieło oraz innych umów o podobnym charakterze osób, które wykonują czynności związane z istotą danego zawodu¹⁵.

Rzeczony przepis wskazuje na pewne wyznaczniki charakteryzujące tego typu profesje. Należą do nich przede wszystkim:

- wolny zawód to działalność pozarolnicza wykonywana osobiście,
- wolny zawód może być wykonywany wyłącznie przez ściśle określone grupy zawodowe,
- wolny zawód jest wykonywany bez zatrudnienia, na podstawie określonych umów.

Wyróżnikiem definicyjnym „wolnego zawodu” pozostaje ponadto poziom odpowiedniego wykształcenia. Chociaż powyższa cecha nie została wymieniona *explicite* w definicji zawartej w ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, przyjąć bez wątpienia należy, że świadczenie usług związanych ze wskazanymi profesjami nie byłoby możliwe bez odpowiedniego przygotowania merytorycznego. Należy jednak podkreślić, że samo wykształcenie nie jest wyłączną cechą, za pomocą której odróżnienie „wolnych zawodów” od innych profesji byłoby możliwe. Interesujące podejście względem omawianej terminologii przedstawił dr hab. J. Jacyszyn¹⁶ w swojej publikacji. Wskazuje on, iż jego zdaniem ustawodawca w błędny sposób powiązał ze sobą rodzaj oraz typ wykształcenia w związku z określonym zawodem. W związku z powyższym cechą niewystarczającą pozostaje wykonywanie określonej profesji w celu uzyskania miana „wolnego zawodu”. Sytuacja, w której mamy do czynienia z połączeniem ze sobą wykształcenia wraz z prawem do wykonywania określonego „wolnego zawodu” zdarza się niezwykle rzadko. Można powiedzieć, iż ma ona charakter wyjątkowy. W zdecydowanej większości przypadków, wykształcenie jest dopiero jedną z koniecznych cech, które umożliwiają uzyskanie przez określoną osobę statusu podmiotu wykonującego „wolny zawód”.

W związku z powyższym powstaje pytanie, jakie są pozostałe wyróżniki definicyjne „wolnego zawodu”. W literaturze przedmiotu wskazuje się przede wszystkim na samodzielność pełnienia profesji (która jednak nie musi oznaczać indywidualności), odpowiedzialność za interes klienta lub interes publiczny, a także przestrzeganie charakterystycznej dla danego zawodu misji, która może polegać w szczególności na postępowaniu zgodnym z określonymi regułami deontologicznymi, zapewnieniu

¹⁵ Ustawa z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne Dz.U. 1998, nr 144, poz. 930.

¹⁶ M. Zieliński, *Wolny zawód. Z prac Ośrodka Badawczego Radców Prawnych*, „Radca Prawny” 1997, nr 2.

kontrahentom zaufania i tajemnicy zawodowej. Ponadto decydujące znaczenie ma konieczność ponoszenia odpowiedzialności w związku z wykonywanym zleceniem¹⁷. Dopiero immanentne połączenie wskazanych cech umożliwia stworzenie pełnej definicji „wolnego zawodu”.

Ostatnim synonimicznym terminem względem zawodu zaufania publicznego pozostaje pojęcie „zawodu regulowanego”. Rzeczone profesje scharakteryzować należy jako zawody, których wykonywanie możliwe jest wyłącznie po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji. W tym celu należy spełnić wymogi określone przepisami prawnymi danego państwa. Mogą one polegać na zdaniu egzaminu zawodowego, uzyskaniu wpisu na listę, ukończeniu szkolenia. W praktyce większość „zawodów regulowanych” można zaliczyć do grona „wolnych zawodów”¹⁸.

Reasumując, granica zachodząca pomiędzy synonimicznymi pojęciami zawodu zaufania publicznego, wolnego zawodu oraz zawodu regulowanego jest niezwykle trudna do uchwycenia. Wynika to przede wszystkim z braku przedstawienia ich legalnej definicji w polskim porządku prawnym. Stwierdzić można wyłącznie, iż pojęciem najszerszym, w ramach którego w większości znajdują się obydwa pozostałe, jest zawód wolny. Jednakże zasada ta nie pozostaje regułą wolną od różnorodnych wyjątków.

W związku z tym, tak jak wskazywano powyżej, określenie pełnej listy zawodów zaufania publicznego nie jest możliwe. Niemniej jednak, uwzględniając cechy wskazane powyżej, można wyodrębnić kilka profesji medycznych, które uznać należy za spełniające kryteria zawodu zaufania publicznego. Do wskazanego grona należą bez wątpienia lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, farmaceuta. Pewne wątpliwości w judykaturze budzi profesja diagnosty laboratoryjnego. Jednakże w większości przypadków zaliczana jest ona również do zbioru zawodów zaufania publicznego.

W dalszej części niniejszego rozdziału konieczne stanie się przedstawienie krótkiej charakterystyki rzeczonych profesji, która umożliwi lepsze ich umiejscowienie w kategorii usług specjalistycznych.

1.2. Lekarz oraz lekarz dentyista jako zawody zaufania publicznego

Zdecydowanie najważniejszymi spośród medycznych zawodów zaufania publicznego pozostają profesja lekarza oraz lekarza dentyisty. Możliwość wykonywania rzeczonych zawodów wymaga spełnienia określonych przesłanek umożliwiających rozpoczęcie działalności zawodowej. Kluczowe znaczenie we wskazanej materii odgrywa ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty¹⁹.

Specyfika rzeczonych profesji zaufania publicznego polega na tym, że absolwent wydziału lekarskiego lub stomatologicznego po otrzymaniu dyplomu ukończenia studiów wyższych zobligowany zostaje do spełnienia specjalnych warunków przed rozpoczęciem praktyki zawodowej. Przede wszystkim należy do nich uzyskanie z Okręgowej Rady Lekarskiej prawa wykonywania zawodu lekarza bądź prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty. Po wypełnieniu wskazanego obowiązku konieczny staje się wpis do rejestru lekarzy²⁰. Ponadto *conditio sine qua non* pozostaje spełnienie warunków pobocznych. Zostały one określone w sposób szczegółowy w art. 5 wskazanej powyżej ustawy²¹. W szczególności zaliczyć do nich należy:

¹⁷ A. Krasnowolski, *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*. Warszawa 2013.

¹⁸ Ibidem (17).

¹⁹ Art. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

²⁰ Art. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

²¹ Ibidem (19).

- posiadanie obywatelstwa polskiego lub innego niż polskie obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej,
- posiadanie dyplomu lekarza lub lekarza dentysty wydanego przez polską szkołę wyższą potwierdzających ukończenie co najmniej sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim lub co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących odbycie dwusemestralnego nauczania praktycznego,
- posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych,
- posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty,
- posiadanie nienagannej postawy etycznej.

Dodatkowym elementem, który pozostaje niezbędny dla wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty jest umiejętność władania językiem polskim w mowie i piśmie w stopniu umożliwiającym prowadzenie praktyki²².

Absolwenci wskazanych wydziałów medycznych przed przystąpieniem do Lekarskiego Egzaminu Państwowego (w przypadku absolwentów kierunku lekarskiego) bądź Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (w przypadku absolwentów stomatologii), zobowiązani są do ukończenia stażu podyplomowego. Głównym zadaniem tego rozwiązania pozostaje nabycie przez zainteresowane podmioty wiedzy praktycznej z zakresu wykonywanej profesji jeszcze przed jej oficjalnym rozpoczęciem. W tym celu, na okres odbywania rzeczonoego stażu, zostaje nadane prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty przez Okręgową Radę Lekarską²³. Szczegółowe warunki odbywania stażu określa art. 12 omawianej ustawy²⁴. Zgodnie z dyspozycją rzeczonoego przepisu staż podyplomowy:

- w przypadku lekarza nie może być krótszy niż 12 miesięcy,
- w przypadku lekarza dentysty wynosi dokładnie 12 miesięcy,
- staż powinien być odbywany pod przewodnictwem lekarza specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, w której kształci się stażysta,
- lekarzem specjalistą może zostać wyłącznie lekarz bądź lekarz dentysta wykonujący swój zawód przez okres co najmniej 5 lat.

Warto także zwrócić uwagę na alternatywną możliwość uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty. Mowa tutaj o procesie nostryfikacji dyplomu. Nostryfikacja (*łac.* noster – nasz, facere – czynić) to proces, który polega na ustaleniu polskiego odpowiednika dyplomu²⁵. Postępowanie nostryfikacyjne jest skomplikowaną i czasochłonną procedurą. Podstawa prawna rzeczonoego procesu została ujęta w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów na określonym poziomie oraz art. 327 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce²⁶. Ze względu jednak na rozbudowaną procedurę nostryfikacyjną, która nie stanowi głównego tematu niniejszej pracy, jej szczegółowe omówienie zostanie pominięte.

W dalszej części egzegezy odnoszącej się do zawodu lekarza oraz lekarza dentysty należy skupić się na określeniu zadań, do jakich zostali zobowiązani przedstawiciele rzeczonych profesji oraz

²² Art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

²³ Art. 5 ust. 4-7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

²⁴ Art. 12 ust. 1-3a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

²⁵ W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa 1967.

²⁶ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020, poz. 85).

w dalszej części na omówieniu ich obowiązków. Podążając tym tokiem rozumowania, na wstępie warto przeanalizować dalsze zapisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przede wszystkim w pierwszej kolejności skupić się należy na dyspozycji art. 2 ust. 1²⁷ omawianego aktu prawnego, zgodnie z którym wykonywanie zawodu lekarza oraz lekarza dentysty polega na wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- badaniu stanu zdrowia,
- rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im,
- leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich,
- wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

Jak można w prosty sposób zauważyć, powyżej wskazany katalog usług ma charakter niezwykle ogólny. Natomiast sama działalność przedstawicieli rzeczonych profesji, w zależności od wybranej specjalizacji, polegać będzie na wykonywaniu wielu innych świadczeń. Dlatego też wyliczenie zawarte w art. 2. ust. 1²⁸ rzeczony ustawy nie ma charakteru enumeratywnego.

Pewnym uzupełnieniem względem katalogu wskazanego powyżej jest art. 2 ust. 3 rzeczony ustawy²⁹. Dyspozycja omawianego przepisu wskazuje, że za wykonywanie zawodu lekarza uważa się również prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza, kierowanie podmiotem leczniczym lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

W dalszej kolejności należy poddać analizie obowiązki ciążące na osobach wykonujących zawód lekarza bądź lekarza dentysty. Wskazany temat w sposób ogólny traktuje art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W związku z powyższym do najważniejszych obowiązków lekarskich zgodnie z rzeczonym przepisem³⁰ należą przede wszystkim:

- wykonywanie zawodu lekarza bądź lekarza dentysty zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej,
- wykonywanie zawodu lekarza bądź lekarza dentysty zgodnie z dostępnymi metodami i środkami zapobiegania,
- rozpoznawanie i leczenie chorób z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Temat obowiązków lekarskich został szczegółowo rozwinięty również w rozdziale piątym rzeczony ustawy, odnoszącym się do zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. Szczegółowa analiza prawna poszczególnych przepisów byłaby zbędna, dlatego też wskazana zostanie treść wybranych artykułów określających zakazy i obowiązki osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentysty. W szczególności należy do nich zaliczyć:

Art. 30 Obowiązek udzielania pomocy lekarskiej³¹.

Art. 31 Obowiązek udzielania informacji o zdrowiu pacjenta³².

Art. 34 Obowiązek uzyskania zgody pacjenta na zabieg operacyjny, metodę leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku³³.

²⁷ Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

²⁸ Ibidem (26).

²⁹ Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

³⁰ Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

³¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

³² Ibidem (30).

³³ Ibidem (30).

Art. 36 Obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta³⁴.

Art. 37 Obowiązek lekarza w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych zasięgnięcia opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego³⁵.

Art. 40 Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej³⁶.

Art. 41. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta³⁷.

Art. 46 Obowiązek powstrzymania się od sprzedaży przez lekarza produktów i wyrobów medycznych³⁸.

Art. 49 Obowiązek uczestniczenia w pracach komisji lekarskich³⁹.

Praktyka lekarska, ze względu na konieczność zachowania profesjonalizmu oraz wysoką odpowiedzialność za ludzkie życie i zdrowie, wymaga od przedstawicieli rzeczonej profesji nieustannego podnoszenia własnych kwalifikacji zawodowych. Ponadto wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób lub ich leczeniu bez odpowiednich uprawnień podlega karze grzywny⁴⁰. W tym celu w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty zostały umieszczone dodatkowe narzędzia umożliwiające weryfikację kompetencji lekarzy, w związku z koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa poddających się zabiegom pacjentom i zagwarantowania maksymalizacji profesjonalizmu świadczonych usług medycznych. W szczególności należą do nich:

- obowiązek podjęcia przeszkolenia, na koszt zainteresowanego podmiotu, w razie niewykonywania zawodu przez okres co najmniej pięciu lat⁴¹,
- obowiązek odbycia szkolenia uzupełniającego w razie powzięcia wątpliwości dotyczących jego kompetencji zawodowych, w wyniku decyzji komisji lekarskiej powołanej przez Okręgową Radę Lekarską⁴²,
- zawieszenia lekarza w prawie do wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności lub ograniczenie lekarza w wykonywaniu określonych czynności medycznych na okres trwania niezdolności⁴³,
- utratę prawa do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, z mocy prawa, w przypadku całkowitego bądź częściowego ubezwłasnowolnienia podmiotu⁴⁴.

Przechodząc do ostatniej części rozważań dotyczących zawodu lekarza oraz lekarza dentysty, należy omówić formę prawną, w której prowadzona być może praktyka lekarska. Relevantne znaczenie w rzeczonej materii mają zmiany, które weszły w życie wraz z uchwaleniem ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁵. Do 2011 roku świadczenie usług lekarskich możliwe było wyłącznie w jednej z trzech dozwolonych prawem form, tzn. w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej oraz udzielania usług medycznych w ramach publicznego bądź niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. W wyniku zmian katalog form, za pomocą których świadczona może być praktyka lekarska został poszerzony z dotychczasowych trzech do siedmiu możliwości. Pełny ich przekrój został ujęty w art. 5⁴⁶ i 6⁴⁷ rzeczony ustawy. Wśród nich wymienić należy:

³⁴ Ibidem (30).

³⁵ Ibidem (30).

³⁶ Ibidem (30).

³⁷ Ibidem (30).

³⁸ Ibidem (30).

³⁹ Ibidem (30).

⁴⁰ Art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

⁴¹ Art. 10 ust. 1–2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

⁴² Art. 11 ust. 1–2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

⁴³ Art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

⁴⁴ Art. 14 pkt. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

⁴⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638, z późn. zm.).

⁴⁶ Art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638, z późn. zm.).

⁴⁷ Art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638, z późn. zm.).

- jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualną praktykę lekarską,
- jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania,
- jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską,
- jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania,
- jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- spółkę cywilną, spółkę jawną albo spółkę partnerską jako grupową praktykę lekarską.

Należy zwrócić uwagę na rozróżnienie dokonane przez ustawodawcę ze względu na podmioty lecznicze oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą. „Podmiot wykonujący działalność leczniczą” jest pojęciem, które charakteryzuje się szerszym zakresem podmiotowym. W związku z powyższym obejmuje nie tylko podmioty lecznicze, ale także prywatne praktyki zawodowe⁴⁸.

Reasumując, szczegółowa analiza zawodu lekarza i lekarza dentysty dokonana w niniejszym podrozdziale umożliwiła lepsze zrozumienie specyfiki wykonywania rzeczonych profesji, które charakteryzują się określonymi osobliwościami na tle innych sektorów usług. W dalszej kolejności zostaną rozpatrzone pozostałe medyczne zawody zaufania publicznego tj. pielęgniarka, położna, farmaceuta oraz diagnosta laboratoryjny.

1.3. Pielęgniarka i położna jako zawody zaufania publicznego

Kolejnymi medycznymi zawodami zaufania publicznego, które należy omówić, pozostają profesje pielęgniarki i położnej. W przypadku wskazanych grup zawodowych najważniejszą regulacją prawną dotyczącą omawianych profesji pozostaje ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Rzeczone zawody charakteryzują się ponadprzeciętnie trwałą pozycją w polskim porządku prawnym. Fakt ten został podkreślony w art. 2 rzeczonej ustawy⁴⁹, według którego profesje pielęgniarki oraz położnej stanowią samodzielne zawody medyczne. W związku z tym, samorząd pielęgniarek i położnych pozostaje niezależny względem samorządu lekarskiego. Samodzielność ta umożliwia mu samoistne decydowanie o własnych sprawach wewnętrznych, pomimo faktu nieodłącznego powiązania zawodu lekarza z profesją pielęgniarki i położnej⁵⁰. Należy jednak podkreślić, że pomimo niezależności samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, który został zagwarantowany na gruncie art. 2 omawianej ustawy⁵¹, są one zobowiązane do stosowania się względem zleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej⁵². Reczony stan rzeczy wynika z szerszego przeszkolenia lekarzy w wybranych dziedzinach medycyny i ma na celu zapewnienie profesjonalizacji świadczonych usług medycznych. Z drugiej strony, nie należy powyższego zapisu rozumieć jako przejawu nadrzędności organizacyjnej samorządu lekarskiego względem samorządu pielęgniarek i położnych. Powyższy stan rzeczy podkreślony został dodatkowo w art. 15a⁵³ przez ustawodawcę.

⁴⁸ Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie „Formy wykonywania zawodu lekarza – zagadnienia ogólne”. <https://izba-lekarska.pl/formy-wykonywania-zawodu-lekarza-zagadnienia-ogolne>.

⁴⁹ Art. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁵⁰ Ibidem (1).

⁵¹ Ibidem (48).

⁵² Art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁵³ Art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

Analizę tematu dotyczącego zawodu pielęgniarki i położnej należy rozpocząć od prześledzenia warunków, które należy spełnić celem ich wykonywania. Kluczowe znaczenie w tej materii posiada dyspozycja art. 28⁵⁴ i 31⁵⁵ rzeczonej ustawy. Według jej zapisów, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej przysługuje osobie, która:

- posiada świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub położnych bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej świadectwo lub dyplom;
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- cechuje się stanem zdrowia pozwalającym na wykonywanie zawodu pielęgniarki;
- wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Ponadto warto zwrócić uwagę na istnienie alternatywnej drogi umożliwiającej uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Rzeczone rozwiązanie wynika z art. 36a⁵⁶ i 37⁵⁷ omawianej ustawy. We wskazanym przypadku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych, na wniosek zainteresowanej osoby, może stwierdzić prawo wykonywania profesji w przypadku osoby, która ukończyła liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki bądź też ukończyła szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, ale nie uzyskała stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, a wypełnia warunki uprawniające do świadczenia usług medycznych opisane powyżej.

W dalszej części egzegezy należy skupić się na prześledzeniu zadań i obowiązków, jakie na wskazane zawody medyczne, nakłada omawiana w niniejszym podrozdziale ustawa. Dokonanie tego zadania pozostaje o tyle istotne, gdyż umożliwia rozróżnienie i rozgraniczenie usług medycznych, które mogą być świadczone przez pielęgniarki i położne względem lekarzy oraz lekarzy dentystów. Katalog zadań, do których uprawnieni są przedstawiciele rzeczonych profesji został umieszczony w art. 4⁵⁸ (w przypadku pielęgniarek) i w art. 5⁵⁹ (w przypadku położnych) omawianej ustawy. Należy jednak zaznaczyć, że wyliczenie zamieszczone we wskazanych przepisach nie ma jednak charakteru enumeratywnego. Wykonywanie profesji pielęgniarki polega tym samym na świadczeniu świadczeń zdrowotnych⁶⁰, natomiast w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Dodatkowo stosownie do zapisów ustępu drugiego omawianego przepisu⁶¹ za wykonywanie profesji pielęgniarki należy również uznać:

⁵⁴ Art. 28 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁵⁵ Art. 31 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁵⁶ Art. 36a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁵⁷ Art. 37 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁵⁸ Art. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁵⁹ Art. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁶⁰ Art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁶¹ Art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

- nauczanie zawodu pielęgniarki lub położnej, wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych lub nauczanie innych zawodów medycznych, których programy kształcenia wymagają współudziału pielęgniarki lub położnej;
- prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa;
- kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych;
- zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
- zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;
- pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Ministerstwie Obrony Narodowej oraz w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną;
- pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności;
- zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie;
- zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym;
- sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu;
- powołanie do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy pielęgniarki, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy.

Przechodząc do analizy profesji położnej, należy zauważyć, iż podobnie jak w poprzednim przypadku, wykonywanie rzeczonoego zawodu polega na świadczeniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na⁶²:

- rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

⁶² Art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

- badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;
- rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;
- sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;
- prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie: przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa oraz przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Obowiązki nałożone na pielęgniarki oraz położne w związku z wykonywanym zawodem, zostały wymienione przez ustawodawcę w art. 11⁶³ oraz art. 12⁶⁴ omawianej ustawy. Podstawowe zasady charakteryzujące rzeczzone profesje to:

- konieczność wykonywania zawodu, z należytą starannością,
- konieczność wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
- poszanowanie praw pacjenta,
- dbałość o bezpieczeństwo pacjenta,
- udzielenie pacjentom pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W dalszej części egzegezy należy poddać analizie formy, na podstawie których zawody pielęgniarki i położnej mogą być wykonywane. Kluczowe znaczenie odgrywa w tym przypadku dyspozycja zawarta w art. 19⁶⁵ rzeczony ustawy. W związku z nim, pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:

- w ramach umowy o pracę;
- w ramach stosunku służbowego;
- na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- w ramach wolontariatu;
- w ramach praktyk zawodowych.

Wyczerpujące zawarte w art. 19⁶⁶ pomimo względnie obszernego katalogu zawierającego pięć pozycji, w zestawieniu z formami wykonywania profesji przez lekarza oraz lekarza dentystę, w ostatecznym rozrachunku pozostaje zbyt ubogie. Nieuzasadnione jest pominięcie przez ustawodawcę możliwości wykonywania zawodu pielęgniarki oraz położnej z wykorzystaniem spółki osobowej lub kapitałowej, tym bardziej że w przypadku lekarzy podobna możliwość ta jest coraz częstszą praktyką⁶⁷.

Przechodząc do ostatniej części niniejszego podrozdziału, należy skupić się na obowiązkach ciążących na przedstawicielach rzeczonych zawodów zaufania publicznego. Świadczenie usług związanych z profesją pielęgniarki i położnej wymaga wypełnienia od zainteresowanego podmiotu pew-

⁶³ Art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁶⁴ Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁶⁵ Art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁶⁶ Ibidem (64).

⁶⁷ Ibidem (1).

nych warunków, co w konsekwencji powinno zapewnić jak najwyższą jakość wykonywanej pracy⁶⁸. Ponadto zapisy rzeczzonego aktu prawnego mają na celu zapewnienie ochrony względem podmiotów korzystających z usług medycznych. W związku z powyższym w omawianej ustawie został sformułowany katalog obowiązków formułowanych do pielęgniarek i położnych. Należą do nich w szczególności:

- obowiązek ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych⁶⁹;
- zagrożenie karą grzywny dla osoby, która udziela świadczeń zdrowotnych bez wymaganych uprawnień⁷⁰;
- utrata prawa do wykonywania zawodu w przypadku utraty pełnej zdolności do czynności prawnych⁷¹ bądź orzeczenia wydanego przez sąd pielęgniarek i położnych lub orzeczonego przez sąd środka karnego polegającego na zakazie wykonywania zawodu⁷²;
- obowiązek poinformowania okręgowej rady pielęgniarek i położnych oraz odbycia trwającego nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenia zawodowego, w przypadku niewykonywania zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat⁷³;
- możliwość wydania orzeczenia w sprawie niezdolności do pełnienia zawodu przez komisję lekarską ze względu na stan zdrowia⁷⁴.

Reasumując, powyżej wskazana charakterystyka umożliwiła rozróżnienie zawodu pielęgniarki i położnej od zawodów lekarza i lekarza dentysty. Należy podkreślić, iż pomimo wielu podobieństw rzeczzone profesje stanowią odmienne zawody, których samorządy konstytuują własne normy wewnętrzne. W kolejnej części niniejszego rozdziału zostanie przedstawiona charakterystyka dwóch pozostałych medycznych zawodów zaufania publicznego tzn. farmaceuty oraz diagnosty laboratoryjnego.

1.4. Farmaceuta jako zawód zaufania publicznego

Kolejnym medycznym zawodem zaufania publicznego, który należy poddać analizie, jest profesja farmaceuty. Kluczowe znaczenie w przypadku omawianej materii posiadała dotychczas ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich. Niemniej jednak, w związku z założeniami polityki rządowej zawartymi w dokumencie „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022”⁷⁵, jednym z postulatów pozostawało wzmocnienie roli farmaceuty jako jednego z medycznych zawodów zaufania publicznego. Wynikiem tych starań było uchwalenie ustawy z dnia 10 grudnia 2020 roku o zawodzie farmaceuty. W trakcie pisania niniejszej pracy obowiązuje trzymiesięczny *vacatio legis*⁷⁶, w związku z powyższym zapisy zawarte w nowym akcie prawnym nie są jeszcze stosowane. Niemniej jednak należy uznać, że dominujący tok rozważań odnoszących się do rzeczzonej profesji powinien zostać oparty na treści nowej ustawy, jako najbardziej aktualnego źródła prawnego dotyczącego wskazanej materii.

⁶⁸ Ibidem (1).

⁶⁹ Art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁷⁰ Art. 84 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁷¹ Art. 42 ust. 1 pkt. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁷² Art. 42 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁷³ Art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁷⁴ Art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).

⁷⁵ Ministerstwo Zdrowia, *Polityka lekowa państwa 2018–2022*, Warszawa 2018.

⁷⁶ L. Drabik, A. Kubiak-Sokół, E. Sobol, *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2020. Hasło: *vacatio legis* «okres upływający między datą ogłoszenia aktu prawnego lub normatywnego a datą jego wejścia w życie».

Farmaceuta jako jeden z przedstawicieli medycznych profesji zaufania publicznego stanowi samodzielny zawód medyczny⁷⁷. Wyrazem rzeczowej samodzielności pozostaje m.in. istnienie samorządu zawodu farmaceuty (dotychczas samorządu aptekarskiego) składającego się z Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz okręgowych izb aptekarskich oraz jego niezależność względem innych samorządów (m.in. samorządu lekarskiego) połączona z posiadaniem własnej osobowości prawnej⁷⁸. Przynależność do samorządu zawodowego jest obowiązkowa dla wszystkich podmiotów wykonujących zawód farmaceuty⁷⁹.

Umocnienie pozycji prawnej farmaceutów znalazło swoje odzwierciedlenie m.in. w art. 4 ustawy o zawodzie farmaceuty⁸⁰. Przełomowe znaczenie posiada w tym przypadku wprowadzenie legalnej definicji „opieki farmaceutycznej”, która traktowana jest obecnie jako świadczenie zdrowotne, a nie jak dotychczas wyłącznie usługa farmaceutyczna. Ponadto w treści nowego aktu prawnego podkreślono, iż wykonywanie rzeczowej profesji nie polega wyłącznie na ochronie zdrowia publicznego, ale ponadto ma na celu ochronę zdrowia pacjenta⁸¹.

Kluczowym tematem, który należy poddać analizie, pozostaje kwestia zadań i obowiązków, jakie spoczywają na przedstawicielach rzeczowego zawodu medycznego. Wykaz uprawnień farmaceutów, zwłaszcza po uchwaleniu nowej ustawy, jest niezwykle szeroki. W związku z powyższym szczegółowa analiza tego tematu byłaby zadaniem czasochłonnym i zbędnym. Należy wyłącznie wskazać w sposób ogólny, na czym polega wykonywanie omawianej profesji. Kluczowe znaczenie posiada tutaj art. 4 ustawy o farmaceutach⁸², o którym była mowa w powyższym akapicie. W związku z powyższym kwestię sprawowania opieki farmaceutycznej należy uznać za wystarczająco omówioną. Do pozostałych zadań farmaceutów, zgodnie z niniejszym przepisem⁸³, należą:

- udzielanie usług farmaceutycznych;
- wykonywanie zadań zawodowych;
- wykonywanie innych czynności.

Treść rzeczowego przepisu jest niezwykle enigmatyczna. W związku z powyższym konieczne pozostaje rozwinięcie jego zapisów. Zgodnie z założeniami tej ustawy jako udzielanie usług farmaceutycznych⁸⁴ rozumie się:

- wydawanie z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych;
- sporządzanie produktów leczniczych połączone z oceną ich jakości, w tym trwałości;
- przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego;
- udzielanie porady farmaceutycznej;
- czynności wykonywane w aptece szpitalnej lub zakładowej np. sporządzanie pozajelitowych leków recepturowych i aptecznych;
- wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi;
- usługi farmacji klinicznej.

⁷⁷ Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁷⁸ Art. 1 ust. 1–3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. 1991, nr 41, poz. 179).

⁷⁹ Art. 26 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁸⁰ Art. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁸¹ Art. 2a ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. 1991, nr 41, poz. 179) *versus* art. 4 ust. 1–2. ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁸² Ibidem (77).

⁸³ Art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁸⁴ Art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

Zgodnie z zapisami niniejszej ustawy⁸⁵ katalog zadań zawodowych jest niezwykle długi, dlatego też zostanie wymienionych kilka najważniejszych pozycji:

- udział w racjonalizacji farmakoterapii;
- uczestniczenie w badaniach klinicznych;
- przyjmowanie do hurtowni farmaceutycznej produktów, wyrobów lub środków;
- kierowanie apteką, punktem aptecznym, działem farmacji szpitalnej, zespołem farmacji klinicznej lub hurtownią farmaceutyczną;
- zarządzanie produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w oddziale szpitalnym.

Natomiast wykonywanie innych czynności⁸⁶ polega m.in. na prowadzeniu zajęć dydaktycznych, badań naukowych bądź zatrudnieniu w Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej lub innych jednostkach administracji rządowej.

Przechodząc do kwestii obowiązków ciążyących na podmiotach wykonujących zawód farmaceuty, kluczowe znaczenie posiada nakaz stałego podnoszenia własnej wiedzy i umiejętności zawodowych⁸⁷. Medycyna oraz farmacja stanowią jedne z najszybciej rozwijających się dziedzin nauki, w związku z powyższym nałożenie przez ustawodawcę obowiązku stałego poszerzenia wiedzy związanej z wykonywanym zawodem nie powinno stanowić zaskoczenia. Podobne zapisy zostały zresztą zawarte w przypadku dwóch poprzednich ustaw dotyczących lekarzy i lekarzy dentystów oraz pielęgniarek i położnych, których analiza stanowiła przedmiot podrozdziału drugiego i trzeciego niniejszej pracy.

W dalszej części egzegezy należy prześledzić warunki, od których spełnienia uzależniona jest możliwość wykonywania zawodu farmaceuty. Domeną profesji zaufania publicznego pozostaje konieczność posiadania odpowiednio wysokiego poziomu wykształcenia. W związku z powyższym podstawowym warunkiem pełnienia funkcji farmaceuty jest dysponowanie odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi. Ze względu na uchwalenie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, uwarunkowania umożliwiające wykonywanie rzeczzonej profesji różnią się w niezłym stopniu, w zależności od terminu ukończenia studiów wyższych. Szczegółowa ich analiza znajduje się w omawianej ustawie o zawodzie farmaceuty. Niemniej jednak można stwierdzić, że warunkiem o podstawowym znaczeniu pozostaje ukończenie studiów wyższych przygotowujących do wykonywania zawodu farmaceuty (w chwili obecnej 5-letnich), odbycie 6-miesięcznej praktyki zawodowej w aptece oraz uzyskanie tytułu magistra farmacji⁸⁸. Ponadto analogicznie względem wcześniej omawianych medycznych zawodów zaufania publicznego, możliwe jest uznanie kwalifikacji zawodowych farmaceuty wykonującego dotychczas swój zawód poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej bądź osoby, która uzyskała dyplom magistra farmacji. W niektórych przypadkach jednak konieczne staje się podejście do Farmaceutycznego Egzaminu Weryfikacyjnego⁸⁹.

Dodatkowe warunki umożliwiające wykonywanie zawodu farmaceuty zostały określone w art. 13 ust. 1 rzeczzonej ustawy⁹⁰. Należą do nich w szczególności:

- posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych;
- posiadanie stanu zdrowia umożliwiającego wykonywanie zawodu farmaceuty, potwierdzonego orzeczeniem lekarskim;

⁸⁵ Art. 4 ust. 4 pkt. 1–4 i 6 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁸⁶ Art. 4 ust. 5 pkt. 1–3 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁸⁷ Art. 43 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁸⁸ Art. 5 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁸⁹ Art. 5 ust. 1 pkt. 4–7 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁹⁰ Art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

- nienaganna postawa etyczna;
- rękojmia prawidłowego wykonywania zawodu farmaceuty oraz przestrzegania zasad etyki i deontologii zawodu farmaceuty;
- posiadanie znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu farmaceuty;
- korzystanie z pełni praw publicznych.

Ponadto warunkiem pełnienia profesji farmaceuty pozostaje wymóg niekaralności. Zgodnie z art. 13 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty:

prawo wykonywania zawodu farmaceuty posiada osoba, która nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Dopiero spełnienie wszystkich powyższych wymagań umożliwia okręgowej radzie aptekarskiej, właściwej ze względu na zamierzone miejsce wykonywania zawodu, powzięcie uchwały nadającej prawo wykonywania zawodu farmaceuty⁹¹.

Niezwykle ważnym tematem, który należy omówić, pozostaje kwestia zasad wykonywania zawodu farmaceuty. Każdy przedstawiciel rzeczonej profesji ma obowiązek wykonywać swój zawód z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta i dbałością o jego bezpieczeństwo oraz zgodnie z zasadami etyki i deontologii zawodowej⁹². Dbanie o przestrzeganie powyższych reguł powinno być najwyższym priorytetem charakteryzującym działalność każdego farmaceuty.

Bezpośrednio powiązana z tematem zasad wykonywania zawodu pozostaje kwestia ochrony pacjenta. Ustawa o zawodzie farmaceuty przewiduje szeroki wachlarz instrumentów ochronnych, umożliwiających zabezpieczenie życia i zdrowia oraz interesu ekonomicznego klienta.

W pierwszej kolejności należy przeanalizować narzędzia umożliwiające ochronę życia i zdrowia pacjenta. Jednym z takich rozwiązań pozostaje utrata prawa do wykonywania zawodu przez farmaceutę, w następujących przypadkach⁹³:

- pozbawienie prawa wykonywania zawodu farmaceuty;
- ubezwłasnowolnienie całkowite lub częściowe farmaceuty;
- złożenie przez farmaceutę oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu farmaceuty;
- prawomocne skazania za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- pozbawienie praw publicznych.

Dodatkowym zabezpieczeniem pozostaje ponadto zawieszenie farmaceuty w wykonywaniu części bądź całości czynności, przez specjalnie powołaną w tym celu komisję. Rzeczone postępowanie wynikać powinno z niezdolności farmaceuty do dalszego wykonywania profesji, ze względu na stan zdrowia, ponieważ utrzymywanie się wskazanego negatywnego stanu rzeczy może grozić niebezpieczeństwem dla życia i zdrowia pacjentów⁹⁴.

Kolejnym instrumentem ochronnym pozostaje konieczność odbycia przeszkolenia zawodowego, trwającego nie dłużej niż 2 miesiące, w przypadku farmaceutów, którzy nie wykonywali w okresie trwającym dłużej niż 5 lat funkcji aptekarza⁹⁵. W momencie gdy ponownie chcieliby po przerwie zająć rzeczone stanowisko odbycie przeszkolenia jest obligatoryjne.

⁹¹ Ibidem (87).

⁹² Art. 27 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁹³ Art. 21 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁹⁴ Art. 22 ust. 1–3 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁹⁵ Art. 37 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

Inne zabezpieczenie formułuje również dyspozycja art. 79⁹⁶ i art. 80⁹⁷ omawianej ustawy. Zgodnie z zapisami powyższych artykułów, osoby posługujące się w sposób bezprawny tytułem zawodowym „farmaceuta” oraz sprawujące opiekę farmaceutyczną bez odpowiednich uprawnień podlegają karze grzywny, ograniczenia wolności bądź w niektórych przypadkach karze pozbawienia wolności do roku.

Przechodząc do narzędzi umożliwiających ochronę interesu ekonomicznego klientów, należy wskazać na dwa najważniejsze rozwiązania prawne wskazane przez ustawodawcę. Po pierwsze farmaceuta jest zobowiązany do udzielania, na podstawie dostępnej mu wiedzy, wszelkich informacji, które mogą okazać się niezbędne w ramach świadczonej usługi⁹⁸. Ponadto farmaceutów obowiązuje zakaz reklamy produktów leczniczych. Zabiegi te mają na celu ochronę interesu ekonomicznego pacjenta i zapewnienie mu dostępu do produktów najbardziej spersonalizowanych względem jego osoby⁹⁹. Co więcej dzięki wykorzystaniu rzeczzonego rozwiązania, niemożliwy, bądź co najmniej znacznie utrudniony, staje się podprogowy marketing wybranych suplementów i leków przez farmaceutów.

Ostatnim tematem, który należy przeanalizować w niniejszym podrozdziale, pozostaje kwestia dopuszczalnej formy zatrudnienia farmaceutów. Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 36¹⁰⁰ omawianej ustawy, zawód farmaceuty może być wykonywany:

- w ramach stosunku pracy;
- na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- w ramach wolontariatu;
- w formie jednoosobowej działalności gospodarczej;
- w ramach spółki jawnej bądź partnerskiej;
- w ramach stosunku służbowego.

Dodatkowym obowiązkiem pozostaje konieczność niezwłocznego poinformowania okręgowej izby lekarskiej, której określony farmaceuta jest członkiem, o podjęciu bądź zakończeniu pełnienia profesji na obszarze jej działalności¹⁰¹. Przepis ten stanowi funkcję regulacyjną i wyposaża okręgowe izby w ponadprogramowy zespół kompetencji o zasadniczym znaczeniu.

Co więcej, warto zwrócić uwagę na dyspozycję art. 30¹⁰² omawianej ustawy. Rieczony przepis wskazuje, że wyłącznie farmaceuta, który wykonuje swój zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem. Innymi słowy istnieje możliwość wykonywania profesji farmaceuty, nie będąc jednocześnie aptekarzem. Jednak powyższy stan rzeczy zdarza się niezwykle rzadko.

Reasumując, zawód farmaceuty stanowi medyczną profesję zaufania publicznego, której pozycja prawna uległa ugruntowaniu w ostatnim czasie. Rieczoną zmianę należy ocenić pozytywnie. Niemniej jednak zastanawiająca jest opieszałość ustawodawcy dotycząca szczegółowej regulacji przedstawionej powyżej materii. W następnym podrozdziale analizie poddany zostanie ostatni z medycznych zawodów zaufania publicznego – diagnosta laboratoryjny. Zaliczanie rzeczzonej profesji do grona zawodów zaufania nadal budzi pewne wątpliwości natury prawnej. W związku z tym podjęta zostanie krótka analiza mająca na celu wykazanie, iż zaliczenie diagnosty laboratoryjnego do omawianego grona jest słusznym zabiegiem.

⁹⁶ Art. 79 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁹⁷ Art. 80 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁹⁸ Art. 28 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

⁹⁹ Art. 29 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

¹⁰⁰ Art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

¹⁰¹ Art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

¹⁰² Art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

1.5. Diagnosta laboratoryjny jako zawód zaufania publicznego

Ostatnim medycznym zawodem zaufania publicznego, który należy omówić w ramach niniejszego rozdziału pozostaje diagnosta laboratoryjny. Spośród wskazanych powyżej profesji, diagnosta laboratoryjny stanowi najnowszy zawód. Uregulowanie zasad jego funkcjonowania nastąpiło w drodze ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku. Pomimo wątpliwości polegających na tym, czy rzeczoną profesję należy zaliczyć do zawodów zaufania publicznego, należy uznać, iż spełnia ona wszelkie warunki umożliwiające zaszeregowanie jej do wskazanego grona. Przemawia za tym przede wszystkim intelektualny charakter zawodu, wyrażający się w podejmowaniu przez diagnostów trudu wyspecjalizowania w obrębie 13 specjalizacji, dzięki czemu uczestniczą oni na równych prawach wraz z lekarzami w procesie leczenia pacjenta¹⁰³. Ponadto kluczowe znaczenie dla uznania diagnosty laboratoryjnego za zawód zaufania publicznego miała opinia Trybunału Konstytucyjnego¹⁰⁴, według której rzeczoną profesję uznać należy za zawód o podstawowym znaczeniu dla życia i zdrowia obywateli. Niezwykle ważny był również sam zamysł projektodawców ustawy, według których ustawa miała za zadanie spełniać dwa podstawowe cele:

Pierwszy z nich to uregulowanie zasad wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. [...] Ustawa ma na celu zdefiniowanie zawodu diagnosty laboratoryjnego, określenie wymagań kwalifikacyjnych osób, które go wykonują, zasad kształcenia i doksztalcania diagnostów, zasad wykonywania zawodu oraz kontroli i nadzoru nad jego wykonywaniem. [...] Drugim ważnym celem jest utworzenie samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych¹⁰⁵.

W związku z powyższym schemat budowy rzeczzonego aktu prawnego jest analogiczny względem innych ustaw charakteryzujących omawiane we wcześniejszych podrozdziałach zawody zaufania publicznego, co ostatecznie przesądza o słuszności zaliczenia diagnosty laboratoryjnego do wskazanego grona profesji.

Przechodząc do analizy uwarunkowań wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, rozważania należy rozpocząć od stwierdzenia, iż podobnie jak w poprzednich przypadkach, przedstawiciele rzeczzonej profesji zrzeszeni są w obrębie niezależnego samorządu zawodowego, do którego przynależność z mocy prawa jest obowiązkowa¹⁰⁶. Jednostką organizacyjną samorządu pozostaje natomiast wyłącznie jeden organ o szczeblu krajowym – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych¹⁰⁷.

Katalog podmiotów uprawnionych do wykonywania czynności laboratoryjnych jest szerszy aniżeli w przypadku innych medycznych zawodów zaufania publicznego. Do samodzielnego dokonywania czynności laboratoryjnych w laboratorium, oprócz samych diagnostów, uprawnieni są ponadto lekarze posiadający odpowiednią wiedzę oraz umiejętności w zakresie wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej¹⁰⁸. Rzeczony rozwiązanie stanowi stanowczą rozbieżność względem reguł przyjętych w przypadku innych zawodów medycznych, gdzie cechą charakterystyczną pozostawało obowiązywanie zasady *incompabilitas*¹⁰⁹. Sztandarowym przykładem tego rozwiązania pozostaje mię-

¹⁰³ A. Augustynowicz, H. Owczarek, *Zawód diagnosty laboratoryjnego zawodem zaufania publicznego*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2010, 8/2, s. 304–315.

¹⁰⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 czerwca 2005 r., sygn. akt K 17/04, 66/6/A/2005.

¹⁰⁵ Fragment uzasadnienia do poselskiego projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych (druk nr 351).

¹⁰⁶ Art. 5 ust. 1–2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹⁰⁷ Art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹⁰⁸ Art. 6 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹⁰⁹ L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, wyd. 7, Kraków 2020, Hasło: Zasada *incompalitas* (Zasada niepołączalności) – Zasada niełączenia pewnych funkcji publicznych została określona w art. 102, 103 i 107 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 roku. Zgodnie z tymi przepisami zasadę *incompatibilitatis* należy postrzegać w dwóch aspek-

dzy innymi dyspozycja art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich, zgodnie z którą „aptekarz nie może jednocześnie wykonywać zawodu lekarza, lekarza dentysty, felczera, starszego felczera, lekarza weterynarii, pielęgniarki lub położnej”. Niemal identyczne treściowo rozwiązanie znalazło się ponadto w nowej ustawie o zawodzie farmaceuty¹¹⁰.

Uprawnienia umożliwiające wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego może otrzymać osoba, która ukończyła studia na kierunku analityka medyczna i uzyskała tytuł magistra. Niemniej jednak możliwe jest ukończeniu studiów wyższych na innych kierunkach, takich jak: biologia, farmacja, chemia, biotechnologia, weterynaria bądź kierunek lekarski. Wówczas podmiot, który uzyska tytuł magistra z wybranych dziedzin oraz odbędzie szkolenie podyplomowe zakończone egzaminem, na równych prawach z absolwentem analityki medycznej może wykonywać rzeczoną profesję¹¹¹. W związku z powyższym ścieżka kariery umożliwiająca zajmowanie się w sposób zawodowy diagnostyką laboratoryjną jest zdecydowanie prostsza względem innych zawodów medycznych. Warto zwrócić ponadto uwagę na analogiczny przypadek, względem uprzednio omawianych profesji medycznych, umożliwiający uznanie dyplomu bądź kwalifikacji zawodowych osoby, która wykonywała zawód diagnosty laboratoryjnego w innym kraju¹¹².

Poza tym do dodatkowych wymagań, które są stawiane przed diagnostami laboratoryjnymi, należą¹¹³:

- posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych;
- posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego;
- wpis na listę diagnostów laboratoryjnych.

W dalszej części egzegezy należy poddać analizie zadania, do których wykonywania uprawnieni są diagnosty laboratoryjni. Pełen katalog czynności diagnostycznych zawiera dyspozycja art. 2¹¹⁴ omawianej ustawy. Należą do nich w szczególności:

- badania laboratoryjne;
- mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych;
- działania zmierzające do ustalenia zgodności tkankowej;
- ocena jakości i przydatności dokonywanych badań;
- działalność naukowa i dydaktyczna prowadzona w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- postępowanie z komórkami rozrodczymi i zarodkami w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji¹¹⁵.

W kolejnej części niniejszego podrozdziału warto bliżej przyjrzeć się kwestii dotyczącej zasad wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. Ponadto należy prześledzić zasady odpowiedzialności przedstawicieli profesji oraz ich obowiązków, co jest szczególnie istotne z punktu widzenia pacjentów. Diagnosta laboratoryjny zobowiązany jest do wykonywania zawodu z należytą starannością oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej. W swoich działaniach powinien ponadto kierować się wskazaniami posiadanej wiedzy zawodowej¹¹⁶.

tach: 1. formalnym – wyrażoną jako zakaz łączenia mandatu poselskiego lub senatorskiego z funkcjami państwowymi, 2. materialnym – wyrażoną jako zakaz podejmowania czy też wykonywania określonej działalności gospodarczej. Pozostałe przypadki zasady *incompatibilitatis* wynikają wprost z ustaw ustrojowych.

¹¹⁰ Art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

¹¹¹ Art. 7 ust. 1 pkt. 1–3 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹¹² Art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹¹³ Art. 7 ust. 1 pkt. 6–8 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹¹⁴ Art. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹¹⁵ Art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹¹⁶ Art. 21 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

Funkcję ochronną względem pacjenta pełni niewątpliwie dyspozycja art. 29 ust. 1¹¹⁷ omawianej ustawy, zgodnie z którą diagnosta zobowiązany jest do zachowania tajemnicy zawodowej. Kluczowe znaczenie posiada również treść artykułu 14 ust. 1¹¹⁸ rzeczzonego aktu prawnego, według którego diagnosta laboratoryjny, który w okresie dłuższym niż 5 lat nie wykonywał profesji, a zamierza podjąć jej wykonywanie, powinien zawiadomić o tym fakcie Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych i odbyć przeszkolenie. Ponadto w przypadku uzasadnionego podejrzenia dotyczącego niezdolności diagnosty laboratoryjnego do wykonywania zawodu, ze względu na stan zdrowia, możliwe jest zawieszenie go w wykonywaniu części bądź całości czynności zawodowych¹¹⁹.

Dodatkowy instrument ochronny stanowi art. 12 ust. 1¹²⁰ omawianej ustawy, zgodnie z którym diagnosta laboratoryjny traci prawo do wykonywania zawodu w następujących przypadkach:

- ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego;
- pozbawienia praw publicznych;
- orzeczenia dyscyplinarnego lub wyroku sądowego o zakazie wykonywania zawodu;
- utraty przez lekarza wpisanego na listę diagnostów laboratoryjnych prawa wykonywania zawodu lekarza.

W celu zapewnienia najwyższej jakości świadczonych usług diagnostyki laboratoryjnej są ponadto zobowiązani do ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych¹²¹. Podobny nakaz został sformułowany do pozostałych, omawianych wcześniej, profesji medycznych.

Problematyka formy wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego nie została ujęta w obrębie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Rzeczony fakt stanowi niewątpliwie niedopatrzenie ze strony ustawodawcy. W związku z powyższym diagnosta laboratoryjny stanowi jedyną profesję medyczną, w przypadku której forma wykonywania zawodu nie została w sposób jednoznaczny uregulowana prawnie. Pewną nadzieję na zmianę dotyczącą wskazanej materii daje projekt ustawy o medycynie laboratoryjnej, która ma zastąpić obecnie obowiązujący akt prawny¹²². Niemniej jednak proces legislacyjny w rzeczonym przypadku okazuje się niezwykle długi, a projekt ustawy regulujący omawianą materię znajduje się dopiero na etapie konsultacji społecznych.

Reasumując, diagnosta laboratoryjny stanowi ostatni z medycznych zawodów zaufania publicznego, którego analiza stanowiła przedmiot niniejszego rozdziału. Rzeczona profesja charakteryzuje się pewnymi odmiennostami względem pozostałych zawodów medycznych, w związku z powyższym jej zakwalifikowanie do grona profesji zaufania publicznego może nadal budzić pewne wątpliwości na gruncie doktryny prawnej. W kolejnej części niniejszego rozdziału koniecznym zabiegiem będzie przesłedzenie istotności dostępu do wskazanych zawodów z punktu widzenia teorii ekonomicznych oraz społecznych.

¹¹⁷ Art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹¹⁸ Art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹¹⁹ Art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹²⁰ Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹²¹ Art. 30zf ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).

¹²² Projekt ustawy o medycynie laboratoryjnej – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, źródło: <https://kidl.org.pl/news/view?id=1247>, [dostęp: 4.01.2021].

1.6. Istotność problemu dostępu do medycznych zawodów zaufania publicznego na tle teorii ekonomicznych i społecznych

Usługi świadczone przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego wyróżniają się określoną specyfiką. Osoby pełniące rzeczne profesje zobowiązane są do wykonywania zawodu zgodnie z zasadami deontologicznymi określonymi przez samorządy zawodowe. Wskazane w poprzednich podrozdziałach wartości mają na celu realizację szeroko pojętej misji społecznej, polegającej w przypadku profesji medycznych na dbaniu o bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa. Jest to szczególnie istotne w dobie kryzysu zdrowotnego wywołanego pandemią koronawirusa. Warto ponadto zwrócić uwagę na skorelowany z misją społeczną obowiązek państwa wynikający z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP¹²³. Wskazany przepis wprowadza zasadę, zgodnie z którą, każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. Konstytucja wprawdzie nie wyznacza wprost obszaru tej asekuracji, niemniej jednak rzeczony przywilej nie można rozpatrywać w kategorii prawa o charakterze abstrakcyjnym i nieokreślonym¹²⁴. Jak podkreśla Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 23 marca 1999 roku:

prawo to sprowadza się do stworzenia poszczególnym jednostkom realnej możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności¹²⁵.

Funkcję ochroną posiada ponadto ust. 2¹²⁶ rzeczony przepis. Gwarantuje on wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na ich sytuację materialną. W związku z powyższym rzeczoną regułą należy rozpatrywać w kategorii tzw. równości szans¹²⁷. Zgodnie ze wskazaną zasadą, każdy z obywateli może w razie potrzeby liczyć na jednakowy standard oferowanej opieki medycznej oraz na równy dostęp do niej, bez względu na wysokość płaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz posiadany status materialny¹²⁸.

Niemniej jednak kluczowe znaczenie w przypadku omawianych profesji, odgrywa również kryterium zysku i opłacalności prowadzonej działalności zawodowej. Lekarze, diagności laboratoryjni czy farmaceuci oferują swoje usługi w ramach gospodarki wolnorynkowej. Problemem pozostaje jednak wzajemne zderzenie się ze sobą rządzących rynkiem reguł z wymaganiami stawianymi przed przedstawicielami zawodów zaufania publicznego, związanymi z rolą, jaką nakłada na nich ustawodawca. Dodatkowo rynek usług medycznych w związku z licznymi ograniczeniami dotyczącymi możliwości wykonywania omawianych powyżej profesji nie wpisuje się w funkcjonowanie klasycznych teorii ekonomicznych¹²⁹. Swoistą ekstraordynaryjność rynku usług medycznych, można przedstawić z wykorzystaniem trzech przykładowych teorii mikroekonomicznych, takich jak:

- teoria dóbr substytucyjnych;
- funkcja użyteczności Cobba-Douglassa;
- teoria optymalnego wyboru konsumenta.

¹²³ Ibidem (3).

¹²⁴ M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, Kraków 2016.

¹²⁵ Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K. 2/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 38.

¹²⁶ Ibidem (3).

¹²⁷ S. Jarosz-Żukowska, Ł. Żukowski, *Prawo do nauki i jego gwarancje*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014.

¹²⁸ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000.

¹²⁹ Ibidem (1).

W pierwszej kolejności specyfikę rynku usług medycznych należy przedstawić z wykorzystaniem teorii dóbr substytucyjnych. Ze względu na konieczność posiadania określonych umiejętności poświadczonych kwalifikacjami zawodowymi usługa medyczna nie może być zamieniona na dobro innego rodzaju. Teoretycznie istnieje możliwość skorzystania ze świadczenia oferowanego przez osobę nieposiadającą odpowiedniego wykształcenia (przykładowo wizyta u uzdrowiciela, medycyna alternatywna), jednakże skutki leczenia z zastosowaniem tego typu metod prawdopodobnie okażą się odwrotne do zamierzonych. W innych przypadkach usługa świadczona przez przedstawiciela zawodu zaufania publicznego jest całkowicie niezastępowalna (przykładowo diagnostyka laboratoryjna, zapłodnienie pozaustrojowe metodą *in vitro*). Dodatkowo warto zwrócić uwagę m.in. na dyspozycję art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹³⁰. Według rzeczonoego przepisu prawne świadczenie usług medycznych przez osoby, które nie są do tego uprawnione zagrożone jest karą grzywny, a w momencie, gdy dany podmiot działa celem osiągnięcia korzyści majątkowej bądź wprowadza w błąd pacjenta co do posiadanych przez siebie kwalifikacji zawodowych podlega karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku. Podobne rozwiązania zostały zamieszczone w pozostałych ustawach odnoszących się do medycznych zawodów zaufania publicznego. Szczegółowa analiza powyższych rozwiązań została przeprowadzona w poprzednich podrozdziałach, w związku z tym podawanie analogicznych przykładów jest zbędne. W rzeczonym przypadku nie będzie możliwe co do zasady uzyskanie przez konsumenta dobra substytucyjnego, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do pozostałych rynków¹³¹.

W odniesieniu do profesji medycznych zastosowania nie znajdzie funkcja użyteczności Cobba-Douglassa. Za jej pomocą możliwe jest opisanie preferencji konsumenta krańcowej stopy substytucji (MRS – *Marginal Rate of Substitution*)¹³². W związku z niemożliwością zmiany dobra (w tym przypadku usługi medycznej) na dobro substytucyjne, konsument nie jest w stanie substytuować danej ilości dobra X na większą ilość dobra Y, nawet jeżeli rzeczona transakcja mogłaby przynieść mu znaczącą korzyść. Przykładowo nie jest możliwe zastąpienie profesjonalnego badania laboratoryjnego na inne, tańsze dokonane przez osobę nieuprawnioną. Eksperyment dokonany w ten sposób nie posiada żadnej doniosłości prawnej i faktycznej.

Pozostając przy tematyce medycznych zawodów zaufania publicznego, warto przeanalizować możliwość zastosowania teorii optymalnego wyboru konsumenta w odniesieniu do rzeczonych profesji. Zgodnie ze wskazanym twierdzeniem klient, decydując się na zakup danego koszyka dóbr (w rzeczonym przypadku usług medycznych), w założeniu pragnie uzyskać z niego jak największą korzyść, to znaczy osiągnąć najwyższą możliwą do zdobycia krzywą obojętności. Ponadto, kierując się własnymi preferencjami, nie powinien przekroczyć dochodu, którym dysponuje. Celem dokonania odpowiedniego wyboru zobligowany zostaje do zestawienia ze sobą uzyskanych ofert z posiadanymi środkami finansowymi¹³³. Realizując założenia zawarte w dyspozycji art. 68 Konstytucji RP¹³⁴, każdy obywatel ma możliwość dostępu do publicznej służby zdrowia na równych zasadach. Podmiot pragnący skorzystać z usługi oferowanej przez przedstawiciela medycznego zawodu zaufania publicznego jest w stanie dostosować preferowany koszyk dóbr do własnych potrzeb oraz indywidualnych możliwości finansowych. W związku z powyższym możliwe jest skorzystanie z usługi, która jest

¹³⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).

¹³¹ Ibidem (1).

¹³² Czarny E., *Mikroekonomia*, Funkcja Cobba-Douglassa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.

¹³³ Czarny E., *Mikroekonomia*, Optymalny Wybór Konsumenta, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.

¹³⁴ Ibidem (3).

dotowana przez państwo (porada lekarska w przychodni objętej dofinansowaniem z Narodowego Funduszu Zdrowia¹³⁵) bądź wybranie usługi, którą podmiot będzie musiał sfinansować w całości z własnych dochodów (zabieg dokonany w prywatnej klinice). Dlatego też należy stwierdzić, że teoria optymalnego wyboru konsumenta znajduje pełne zastosowanie w odniesieniu do materii dotyczącej dostępu do medycznych profesji zaufania publicznego.

Reasumując, usługi świadczone przez przedstawicieli zawodów medycznych charakteryzują się określoną specyfiką. W związku z powyższym funkcjonowanie rzeczzonego rynku nie do końca można odnieść względem ustandaryzowanego modelu działania gospodarki wolnorynkowej. Niemniej jednak, wybrane teorie mikroekonomiczne można bez większych problemów zastosować do analizy materii dotyczącej rzeczonych profesji. Powszechny dostęp do bezpieczeństwa medycznego stanowi filar działania demokratycznego państwa prawnego. W związku z powyższym tematyka dotycząca dostępu i funkcjonowania medycznych zawodów zaufania publicznego w obrębie teorii ekonomicznych pozostaje zasadniczym tematem z punktu widzenia różnorodnych dziedzin nauki oraz poprawnego funkcjonowania państwa¹³⁶.

1.7. Podsumowanie rozdziału pierwszego

Pozycja prawna medycznych zawodów zaufania publicznego w Polsce pozostaje niezwykle silna. Konieczność zapewnienia szczególnej ochrony profesjom medycznym wynika ze szczególnej roli, do jakich zostały one zobowiązane. Podobnie jak w przypadku innych sektorów usług, przedstawiciele zawodów zaufania publicznego kierują się w swoich działaniach przede wszystkim kryterium zysku i opłacalności ekonomicznej. Niemniej jednak została na nich sędowana dodatkowa odpowiedzialność wynikająca z konieczności realizacji określonych zasad deontologicznych. Rozwiązanie przyjęte w polskim systemie prawnym charakteryzuje się unikalnością wśród metod przyjętych w Europie Zachodniej. Powszechną praktyką występującą w innych państwach pozostaje ochrona prawna „wolnych zawodów” wyłącznie w aktach prawnych o randze nie wyższej od ustawowej¹³⁷.

Funkcjonowanie zawodów zaufania publicznego stanowi nieodłączny element działania demokratycznego państwa prawnego, jakim jest Rzeczpospolita Polska. Co więcej, należy przyjąć, iż powszechna akceptacja rozwiązań konstytucyjnych przez obywateli w referendum¹³⁸ przesądziła jednoznacznie o woli suwerena. Ochrona rzeczonych profesji nie ogranicza się wyłącznie do rozwiązań zawartych w art. 17 Konstytucji RP¹³⁹. W polskim porządku prawnym istnieją również inne akty prawne, przede wszystkim o randze ustawowej, które regulują rzeczoną materię. Przykładem pozostają omawiane w niniejszym rozdziale ustawy dotyczące zasad funkcjonowania poszczególnych zawodów medycznych (przykładowo ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Należy jednak podkreślić, iż w związku z zasadą nadrzędności konstytucji (art. 8 Konstytucji RP¹⁴⁰),

¹³⁵ Narodowy Fundusz Zdrowia – państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, działająca na podstawie ustawy i statutu. Głównym zadaniem organizacji pozostaje realizacja zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej. Źródło: Art. 31m ust. 1–2 i Art. 31n pkt. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹³⁶ Ibidem (1).

¹³⁷ Ibidem (1).

¹³⁸ Referendum odbyło się w dniu 25 maja 1997 r., na podstawie zarządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 31, poz. 174).

¹³⁹ Ibidem (3).

¹⁴⁰ Ibidem (1).

rzeczone rozwiązania prawne nie mogą pozostawać w sprzeczności z Konstytucją RP, a w szczególności z dyspozycją art. 17 Konstytucji¹⁴¹ traktującego na temat zawodów zaufania publicznego.

Wymieniony katalog medycznych profesji zaufania publicznego, w skład którego wchodzi lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, farmaceuty i diagnosty laboratoryjnego należy uznać za kompletny. Pewne wątpliwości budzi zaliczenie do wskazanego grona psychologa oraz lekarza weterynarii, w związku z powyższym analiza wskazanych zawodów została pominięta.

Reasumując, poprawne funkcjonowanie profesji zaufania publicznego stanowi obligatoryjny warunek dla sprawnego istnienia państwa. Szczegółowa analiza warunków wykonywania zawodów medycznych dokonana w niniejszym rozdziale umożliwiła przedstawienie ich specyfiki i odmienności względem pozostałych sektorów usług. W kolejnym rozdziale konieczne stanie się umiejscowienie profesji medycznych w określonej branży usług. Ponadto niezbędna będzie analiza znaczenia rzeczonych gałęzi gospodarki oraz jej szczegółowe omówienie dla funkcjonowania państwa polskiego.

¹⁴¹ Ibidem (1).

ROZDZIAŁ II

Pojęcie oraz szczegółowa charakterystyka sektora usług

2.1. Definicja sektora usług

Podanie uniwersalnej definicji, za pomocą której możliwe stałoby się opisanie sektora usług nie jest możliwe. Poszczególni autorzy wymieniają różne elementy, które w ich opinii odgrywają kluczową rolę w charakterystyce rzeczowej gałęzi gospodarki. Ze względu na wieloznaczność wskazanego pojęcia, w pierwszej kolejności warto odpowiedzieć na pytanie, jakie sfery działalności gospodarczej człowieka nie są usługami. Ponadto niezwykle ważne pozostaje podanie definicji samego sektora gospodarki.

Sektor gospodarki to „ogół przedsiębiorstw, które z reguły prowadzą tę samą działalność podstawową, to znaczy wytwarzają wyroby lub usługi o podobnym przeznaczeniu”¹⁴². Opierając się na rzeczowej definicji, możemy stwierdzić, iż podstawową rolą sektora usług, podobnie jak innych sektorów występujących w gospodarce, jest wytwarzanie określonych dóbr bądź świadczenie określonych usług. Działalność ta podyktowana jest koniecznością zaspokojenia wzajemnych potrzeb poszczególnych gałęzi gospodarki, jak również innych konsumentów, którzy nie biorą czynnego udziału w procesie produkcyjnym. Zadaniem tym zajmują się poszczególne przedsiębiorstwa, które ze względu na rodzaj prowadzonej działalności można podzielić na sektory.

Tradycyjnie sektory gospodarki można podzielić na trzy podstawowe części, które zostały wykształcone w wyniku działalności gospodarczej człowieka¹⁴³. Należą do nich:

- Sektor pierwszy (sektor rolniczy).
- Sektor drugi (sektor przemysłowy).
- Sektor trzeci (sektor usługowy).

Sektor pierwszy (rolniczy) obejmuje działalność człowieka polegającą na: rolnictwie, leśnictwie, myślistwie, rybołówstwie oraz przemyśle wydobywczym. Sektor drugi (przemysłowy) obejmuje natomiast przemysł przetwórczy, przemysł ciężki, górnictwo oraz budownictwo¹⁴⁴. *A contrario* na podstawie rzeczowej klasyfikacji można stwierdzić, iż działalnością zaliczającą się do sektora usług, pozostają czynności, które nie wchodzą w obręb pierwszego oraz drugiego sektora gospodarki i tym samym stanowią pewne dopełnienie szeroko rozumianej aktywności ekonomicznej człowieka¹⁴⁵. Niemniej jednak kluczową kwestią wymagającą udzielenia odpowiedzi pozostaje nadal fakt odnoszący się do tego, na czym polega wskazana działalność, której nie można jednocześnie zakwalifikować do pierwszego i drugiego sektora gospodarki. W tym celu konieczne jest przedstawienie kilku definicji określających usługi.

Jedną z najczęściej wykorzystywanych definicji usług w polskiej literaturze pozostaje termin opracowany przez O. Langego w 1978 roku. Zgodnie z jego brzmieniem usługi to

[...] wszelkie czynności związane bezpośrednio lub pośrednio (np. przy podziale produktów) z zaspokajaniem potrzeb ludzkich, ale nie służące do wytwarzania przedmiotów¹⁴⁶.

¹⁴² W. Smid, *Leksykon przedsiębiorcy*, Warszawa 2007, s. 216.

¹⁴³ A. Runge, J. Runge, *Słownik pojęć z geografii społeczno-ekonomicznej*, Katowice 2008, s. 292–294.

¹⁴⁴ Ibidem (143).

¹⁴⁵ E. Nowosielska, *Główne tendencje rozwojowe ostatniego dwudziestolecia i aktualne problemy badawcze*, „Zeszyty Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN” 1994, nr 22.

¹⁴⁶ O. Lange, *Ekonomia polityczna*, t. 1–2, Warszawa 1978.

Definicja przedstawiona powyżej ma charakter uniwersalny. Zwracając uwagę na poszczególne wyróżniki definicyjne rzeczzonego pojęcia, należy zauważyć pewne cechy, które w sposób istotny odróżniają usługę od wartości dodanej wytworzonej przez pozostałe sektory gospodarki¹⁴⁷.

Po pierwsze, usługa ma charakter niematerialny. Jej celem pozostaje zaspokojenie potrzeb ludzkich, jednak nie w wyniku wytwarzania nowych produktów.

Po drugie, usługa ma na celu zaspokojenie *potrzeb ludzkich*. Jednakże w przeciwieństwie do produkcji pozostaje ona bezpośrednio powiązana z odbiorcą. Tak jak w przypadku sektora pierwszego i drugiego gospodarki istnieje możliwość wyprodukowania danego towaru, a dopiero w dalszej kolejności jego sprzedaży innemu podmiotowi, tak w przypadku usługi jest to niewykonalne. Wszak niemożliwe jest świadczenie usługi fryzjerskiej bez obecności klienta, który pragnąłby się jej poddać.

Po trzecie, w niektórych przypadkach zakwalifikowanie danej czynności jako usługi bądź produkcji może być problematyczne. Wynika to z faktu występowania tzw. *usług produkcyjnych*, które pozostają bezpośrednio powiązane z procesem produkcyjnym, jednak nie zmierzają do wytworzenia nowego produktu materialnego. Są to wszelkiego rodzaju czynności zabezpieczające, konserwujące, naprawiające czy też dopasowujące istniejące już wcześniej wyroby. Jako przykład można podać usługę naprawczą pieca hutniczego.

Kolejne próby definicyjne w znacznym stopniu bazują na wskazanej powyżej definicji opracowanej przez O. Langego. Jako przykład należy podać terminy ukute przez F. Wiśniewskiego w 1985 roku oraz jedną z najnowszych definicji usług opracowaną w 2006 roku przez F. Kłosowskiego, którzy definiują usługi w sposób następujący:

Wszystkie prace społecznie pożyteczne wykonywane w celu nadania im nowej wartości z wyjątkiem prac łączących się bezpośrednio z dobrami przyrody¹⁴⁸.

Działalność służącą do zaspokajania potrzeb ludzkich, która nie znajduje żadnego ucieleśnienia w nowych dobrach materialnych¹⁴⁹.

Wszelka działalność o charakterze instytucyjnym, skierowana na podmiot, którym może być człowiek, jednostka gospodarcza lub rzecz – w celu nadania jej nowej, zachowania lub odtworzenia istniejącej wcześniej wartości, nie dająca produktu materialnego¹⁵⁰.

Niemniej jednak należy zwrócić uwagę na dodatkowy wyróżnik definicyjny w przypadku terminu ukutego przez F. Kłosowskiego. Nowym elementem rzeczzonej definicji pozostaje *działalność o charakterze instytucjonalnym*. Zabieg ten miał prawdopodobnie na celu oddzielenie usług od szerokiego wachlarza czynności, które można uznać za przysługi lub pomoc wzajemną¹⁵¹ (np. przysługa polegająca na zrobieniu zakupów dla chorego sąsiada).

W przypadku literatury zagranicznej traktującej na temat charakterystyki i podziału usług podobnie brak jednoznacznej zgody co do obecności jednej definicji usług. Ponadto zdecydowana większość z nich formułuje termin *usługi* w sposób analogiczny względem rodzimych publikacji¹⁵². Jako przykład można przytoczyć jedną z najbardziej popularnych definicji opracowaną przez T. Hilla w 1977 roku, który definiuje usługi w następujący sposób:

¹⁴⁷ D. Ilnicki, *Przestrzenne zróżnicowanie usług w Polsce. Teoretyczne i praktyczne uwarunkowania badań*, „Rozprawy Naukowe Instytutu Geografii i Rozwoju Regionalnego Uniwersytetu Wrocławskiego”, Wrocław 2009.

¹⁴⁸ F. Wiśniewski, *Pojęcie i podział usług*, Poznań 1985.

¹⁴⁹ Ibidem (149).

¹⁵⁰ F. Kłosowski, *Tendencje zmian w sektorze usług konurbacji katowickiej w latach 1991–2002*, [w:] *Kierunki przekształceń struktury gospodarczej i społeczno-demograficznej miast*, red. J. Słodczyk, E. Szafranek, Opole 2006.

¹⁵¹ K. Polarczyk K., *Wynik pracy podstawą definicji i klasyfikacji usług oraz sfery usług*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1994, nr 1, s. 189–203.

¹⁵² Ibidem (147).

Usługi to działanie zmierzające do zmiany stanu (condition) osoby lub dobra materialnego (good), będącego własnością podmiotu gospodarczego, w wyniku oddziaływania innego podmiotu gospodarczego, pod warunkiem uzyskania zgody (osoby lub podmiotu gospodarczego) na podjęcie czynności na jego rzecz¹⁵³.

Wyczerpującego zestawienia najważniejszych cech odnoszących się do sektora usług dokonał K. Polarczyk. Według autora należy wyróżnić 7 podstawowych atrybutów, z pomocą których można określić, jaki rodzaj pracy może zostać zakwalifikowany jako usługa. Na podstawie rzeczonoego zestawienia można określić, iż¹⁵⁴:

- Usługa pozostaje czynnością, którą należy zaliczyć do kategorii pracy użytecznej społecznie.
- Podmiotem (bądź innymi słowy wykonawcą lub sprawcą) usług może być pojedynczy człowiek lub też zakład usługowy. Zakładem usługowym nazywamy zespół ludzki wraz z dostępnymi środkami pracy, który wykonuje określoną pracę skierowaną dla odbiorcy.
- W wyniku pracy usługowej tworzona jest określona wartość. Rzeczona wartość nie posiada jednak charakteru materialnego, a wyłącznie nadaje istniejącemu przedmiotowi nową, zwykle wzbogaconą wartość użytkową. W związku z powyższym usługa nie może istnieć samodzielnie poza obiektem tzn. produktem materialnym bądź człowiekiem.
- Nie jest możliwe jednoznaczne wydzielenie usług w obrębie pracy społecznie użytecznej.
- Usługi nie mają jednorodnego charakteru, w związku z czym konieczna jest ich systematyzacja.
- Sektory gospodarki są ze sobą wzajemnie powiązane, stąd dla poprawnego funkcjonowania sektora usług konieczne jest podjęcie współpracy z pozostałymi działami gospodarki.
- Cechą charakterystyczną sektora usług pozostaje wzrost ich znaczenia wraz z rozwojem społeczno-ekonomicznym państw.

W większości przypadków cechy przedstawione przez K. Polarczyka pokrywają się z atrybutami wskazanymi przez pozostałych autorów. Na szczególną uwagę zasługują jednak punkt piąty oraz siódmy powyższego zestawienia. Systematyzacja działalności usługowej posiada elementarne znaczenie, dzięki niej możliwe pozostaje zakwalifikowanie określonej aktywności ekonomicznej człowieka do danej kategorii. Rzeczona schematyzacja jest szczególnie istotna we wzajemnych stosunkach podmiotów gospodarczych. Temat klasyfikacji usług zostanie rozwinięty w dalszej części niniejszego rozdziału. Analogicznie punkt siódmy zestawienia, odnoszący się do wzrostu znaczenia sektora usług wraz z rozwojem społeczno-ekonomicznym państw, zostanie poddany analizie w dalszej części pracy.

Warto zwrócić uwagę również na odnoszące się do definicji usług zestawienie opracowane przez A. Szczukocką. Na podstawie kilkunastu definicji opracowanych przez polskich badaczy zajmujących się wskazanym tematem, autorka opracowała cztery podstawowe elementy, na podstawie których możliwe jest odróżnienie *usługi* od innych dóbr. Należą do nich w szczególności¹⁵⁵:

- Niematerialność – usługi w większości przypadków nie są powiązane z wytwarzaniem określonych dóbr materialnych. W związku z tym usługi nie mogą być przed zakupem ocenione za pomocą zmysłów przez potencjalnego nabywcę, tak samo jak nie mogą być pokazane klientowi przed zakupem.
- Różnorodność – usługi nie mają jednolitego charakteru, a w związku z tym trudno je poddać standaryzacji.
- Nierozdzielność – w przypadku usług procesy: produkcji, sprzedaży, dystrybucji i konsumpcji pozostają ze sobą immanentnie powiązane.

¹⁵³ T.P. Hill, *On good and services*, „The Review of Income and Wealth” 1977, vol. 23, nr 4, s. 315–338.

¹⁵⁴ Ibidem (151).

¹⁵⁵ A. Szczukocka, *Statystyczna ocena znaczenia sektora usług w gospodarce Polski*, Łódź 2013, s. 19.

— Nietrwałość – ze względu na charakter usług nie ma możliwości ich magazynowania bądź produkcji na zapas i gromadzenia na zapas.

Ponadto dodatkowymi cechami, które wyróżniają inni autorzy są również: brak możliwości transportu usług oraz wysoki stopień interakcji z klientem¹⁵⁶. Niemniej jednak atrybut dotyczący bezpośredniego kontaktu z klientem ulega w przypadku znacznej części usług ograniczeniu. Widoczne jest to przede wszystkim na przykładzie usług elektronicznych (np. bankowość elektroniczna)¹⁵⁷. Ich dynamiczny rozwój podyktowany jest rozwojem technologii informatycznych, a w ostatnim czasie koniecznością izolacji społecznej w związku z epidemią koronawirusa.

Pozostając w temacie definicji usług, nie sposób pominąć regulacji prawnych. W związku z obecnością Polski w strukturach Unii Europejskiej elementarne znaczenie we wskazanej tematyce posiadają przepisy wydawane przez organy unijne. Spośród nich najważniejszym pozostają art. 60 TWE¹⁵⁸, według którego za usługi należy uznać „świadczenie wykonywane z reguły odpłatnie, o ile nie są one uregulowane przepisami dotyczącymi swobodnego przepływu towarów, kapitału i osób”, oraz art. 57 TFUE¹⁵⁹, według którego

usługami w rozumieniu Traktatów są świadczenia wykonywane zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób. Usługi obejmują zwłaszcza: działalność o charakterze przemysłowym, działalność o charakterze handlowym, działalność rzemieślniczą, wykonywanie wolnych zawodów.

Wyliczenie zawarte w art. 57 TFUE¹⁶⁰ nie ma charakteru enumeratywnego, na co wskazuje obecne w przepisie słowo *zwłaszcza*. W związku z powyższym można wnioskować, iż usługami są świadczenia, które mają charakter zwykle odpłatny, związane w szczególności z działalnością wskazaną w art. 57 TFUE¹⁶¹, jednak mogące szeroko poza nią wykraczać¹⁶². Dodatkowo warto zwrócić uwagę na zarysowaną w powyższych przepisach zasadę swobodnego świadczenia usług, która stanowi jeden z najważniejszych dogmatów funkcjonowania wspólnego rynku europejskiego¹⁶³. Zasada ta została zawarta już w traktacie ustanawiającym Europejską Wspólnotę Gospodarczą¹⁶⁴. Zgodnie z dyspozycją art. 3 TWE¹⁶⁵ przewidziano, iż „dla stworzenia wspólnego rynku działania Wspólnoty obejmują m.in. zniesienie pomiędzy państwami członkowskimi przeszkód w swobodnym przepływie towarów, osób, usług i kapitału”. Przepisy traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską mają bezpośredni skutek, co potwierdził Trybunał Sprawiedliwości w sprawie Van Binsbergen¹⁶⁶ z 1974 roku. Bezpośredni skutek oznacza w praktyce nadanie bezpośrednich praw obywatelom wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej oraz – w przypadku naruszenia rzeczonych przepisów – możli-

¹⁵⁶ Sasser W.E., *Match supply and demand in service industries*, „Harvard Business Review” 1976, Nov. – Dec.

¹⁵⁷ Ibidem (155).

¹⁵⁸ Art. 60 traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.

¹⁵⁹ Art. 57 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

¹⁶⁰ Ibidem (156).

¹⁶¹ Ibidem (156).

¹⁶² M. Kulesza, L. Kamiński, *Swoboda świadczenia usług i wykonywania wolnych zawodów, cz.1: Opracowanie analityczne*, Warszawa 1998.

¹⁶³ J. Kulawik, B. Jankowski, *Świadczenie usług w Unii Europejskiej*, Warszawa 2014.

¹⁶⁴ Przepisy traktatu ustanawiającego Europejską Wspólnotę Gospodarczą znalazły swoje odzwierciedlenie w późniejszym akcie prawnym – Traktacie ustanawiającym Wspólnotę Europejską.

¹⁶⁵ Art. 3 traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.

¹⁶⁶ Wyrok TS 33/74 z dnia 3 grudnia 1974 r. w sprawie Johannes Henricus Maria Van Binsbergen vs Bestuur Van De Bedrijfsvereniging Voor De Metaalnijverheid, ECR (1974), 1299.

wość domagania się przez nich ich poszanowania przed sądami krajowymi oraz innymi organami władzy, jak i wymiaru sprawiedliwości¹⁶⁷. Temat swobody przepływu usług stanowi wielowątkowe zagadnienie, którego szczegółowa analiza wymaga osobnego opracowania. W związku z faktem, iż wskazana problematyka nie stanowi głównego punktu rozważań niniejszej pracy, jej dalsze rozwinięcie zostanie pominięte.

Tematyka definicji sektora usług została w sposób wyczerpujący opisana w niniejszym podrozdziale. Cechą charakterystyczną pozostaje brak uniwersalnej definicji odnoszącej się do rzeczzonego pojęcia. W związku z powyższym w kolejnym podrozdziale koniecznym zabiegiem pozostanie przedstawienie klasyfikacji i podziału poszczególnych rodzajów usług. Zabieg ten umożliwi lepsze zrozumienie specyfiki wskazanego sektora gospodarki.

2.2. Klasyfikacja i podział sektora usług

Jednoznaczna klasyfikacja i podział sektora usług nie jest możliwy. Jak dotąd nie opracowano uniwersalnej typizacji wskazanej problematyki. Poszczególni autorzy, podobnie jak w przypadku definicji usług, w odmienny sposób traktują na temat ich klasyfikacji i podziału. Podstawowym celem klasyfikacji, jak podkreślają P. Mudie oraz A. Cottam¹⁶⁸, pozostaje „stwierdzenie, czy pewne cechy lub zachowania są na tyle ważne i odmienne, że zasługują na oddzielne traktowanie, określenie stopnia, w jakim pewne cechy i zachowania mogą odnosić się do różnych kategorii, ułatwienie zrozumienia”. W związku z tym poniżej zostanie przedstawione zestawienie zawierające najważniejsze klasyfikacje usług, które zostały opracowane przez polskich oraz zagranicznych autorów.

Tabela 2.1. Podział i typizacja usług według wybranych autorów

	Autor	Podział usług
1.	Katouzian (1970) ¹⁶⁹	Podział usług na nowe (usługi edukacyjne, ochrona zdrowia), stare (usługi hotelowe, handel) i komplementarne (usługi mające na celu zwiększenie mobilności np. usługi finansowe, transport).
2.	Kabaj (1972) ¹⁷⁰	Podział usług ze względu na zadania wykonywane w procesie reprodukcji. Cztery grupy usług: grupa pierwsza – przedłużenie procesu produkcji dóbr materialnych (np. handel, gastronomia, transport), grupa druga – oparta na rozwoju zasobów ludzkich (np. oświata, kultura, ochrona zdrowia), grupa trzecia – usługi związane z funkcjonowaniem aparatu państwowego (ubezpieczenia, administracja publiczna, wymiar sprawiedliwości), grupa czwarta – usługi konsumpcyjne przeznaczone dla ludności oraz inna działalność usługowa.
3.	Gelinger (1976) ¹⁷¹	Pięć subsektorów usługowych: tradycyjny (usługi krawieckie, usługi fryzjerskie), uprzemysłowiony (transport), biurokratyczny (administracja publiczna), związany z rozwojem człowieka (edukacja, ochrona zdrowia), sektor łączący usługi doradztwa oraz nowe technologie.
4.	Niewadzi (1982) ¹⁷²	Podział usług na trzy podsfer: usługi związane z produkcją (np. handel, transport), usługi związane z osobowością człowieka (np. ochrona zdrowia, opieka społeczna), usługi związane z warunkami bytowymi (gospodarka komunalna i mieszkaniowa).

¹⁶⁷ Ibidem (159).

¹⁶⁸ P. Mudie, A. Cottam, *Usługi. Zarządzanie i marketing*, Warszawa 1998.

¹⁶⁹ M.A. Katouzian, *The development of the service sector. A new approach*, „Oxford Economic Papers” 1970, vol. 22, nr 3, s. 362–382.

¹⁷⁰ M. Kabaj, *Elementy pełnego i racjonalnego zatrudnienia w gospodarce socjalistycznej*, Warszawa 1972.

¹⁷¹ O. Gelinger, *À la découverte du nouveau tertiaire*, „Le Monde” 20.05.1976.

¹⁷² Cz. Niewadzi, *Sektor usług w kapitalizmie*, Warszawa 1982.

Tabela 2.1. Podział i typizacja usług... (cd.)

	Autor	Podział usług
5.	Rogoziński (2000) ¹⁷³	Usługa określana jako obsługa. W jej obrębie wyróżniamy: obsługę nabywcy (obsługa gospodarstw domowych, np. naprawy, remonty), obsługę osobistą (usługi wyższe aniżeli podstawowe, np. wizyta w restauracji), obsługę osobowości (usługi wyższego rzędu, np. rozrywka, turystyka).
6.	Filipiak i Panasiuk (2008) ¹⁷⁴	Cztery grupy usług: infrastrukturalne – adresowane do wszystkich konsumentów i oparte na systemie technicznym (np. usługi transportowe, pocztowe, komunalne), osobiste – dotyczące potrzeb ludzkich (np. edukacja, ochrona zdrowia), profesjonalne – ich świadczenie związane jest z posiadaniem określonych umiejętności i kwalifikacji przez usługodawcę, najczęściej potwierdzonych dyplomem lub innym dokumentem dającym prawo wykonywania zawodu (np. usługi prawnicze).
	Autor	Typizacja usług ¹⁷⁵
7.	Carp (1974) ¹⁷⁶	Cztery grupy usług podzielonych ze względu na obiekt świadczonej usługi i materialne właściwości. Wyróżniono usługi związane z: obsługą osób, rzeczy, przekazywaniem informacji i rzeczy, związane z dobrami materialnymi.
8.	Lovelock (1983) ¹⁷⁷	Pięć systemów obejmujących: charakter usługi, powiązania pomiędzy usługobiorcą a usługodawcą, stopień dopasowania usług do potrzeb klienta indywidualnego, popyt i podaż na usługi, sposób dostarczania potrzebnych usług klientom.
9.	Mayer (2005) ¹⁷⁸	Podział usług ze względu na typy przedsiębiorstw usługowych. Cztery kryteria wyróżnienia przedsiębiorstw: forma prawna (przedsiębiorstwa publiczne, prywatne, instytucje publiczne, samorządowe, organizacje oraz stowarzyszenia), kooperacja (przedsiębiorstwa usługowe, które oferują swoim klientom usługi będące wynikiem kooperacji z innymi podmiotami), forma organizacyjna (przedsiębiorstwa pojedyncze lub filie), sposób świadczenia usługi, która jest rozumiana jako metoda za pomocą, której ustalana jest cena (przedsiębiorstwa taryfowe, umowne).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Katouzian (1970), Kabaj (1972), Carp (1974), Gelinger (1976), Niewadzi (1982), Lovelock (1983), Rogoziński (2000), Mayer (2005), Filipiak i Panasiuk (2008).

Pozostając w temacie podziału usług, warto odnotować interesujące zestawienie opracowane przez D. Ilnickiego¹⁷⁹, w którym autor zebrał podstawowe składowe sektora usług, jakie zostały wymienione przez wiodących badaczy rzeczonoego tematu. Tabela przedstawiająca wspomniane informacje została przedstawiona poniżej.

¹⁷³ K. Rogoziński, *Usługi rynkowe*, Poznań 2000.

¹⁷⁴ B. Filipiak, A. Panasiuk, *Przedsiębiorstwo usługowe. Ekonomika*, Warszawa 2008.

¹⁷⁵ Pojęcia podziału i typizacji i usług nie są ze sobą tożsame. Typizacją usług nazywamy podział, który oparty jest na kilku kryteriach jednocześnie. Źródło: A. Szczukocka, *Statystyczna ocena znaczenia sektora usług w gospodarce Polski*, Łódź 2013, s. 24.

¹⁷⁶ H.J. Carp, *Der Transformationsprozess in Dienstleistungs-Unternehmungen*, Berlin 1974.

¹⁷⁷ Ch. Lovelock, *Classifying services to gain strategic marketing insights*, „Journal of Marketing” 1983, nr 47.

¹⁷⁸ R.E. Mayer, *Introduction to multimedia learning*, Santa Barbara 2005.

¹⁷⁹ Na podstawie zestawienia D. Ilnickiego, *Główne składowe sektora usług*, [w:] D. Ilnicki, *Przestrzenne zróżnicowanie usług w Polsce. Teoretyczne i praktyczne uwarunkowania badań*, „Rozprawy Naukowe Instytutu Geografii i Rozwoju Regionalnego Uniwersytetu Wrocławskiego”, Wrocław 2009, s. 12.

Tabela 2.2. Wyszczególnienie sektorów usług według wybranych autorów

Sektor usług	Autor											
	Fisher (1935)	Clark (1941)	Fourastie (1949)	Clark (1957)	Kuznets (1966)	Fuchs (1968)	Gershuny (1978)	Stanback (1979)	Gershuny & Miles (1983)	Petit (1986)	Daniels (1993)	NRC ¹⁸⁰ (1994)
Gospodarka komunalna (utilities)				*								*
Budownictwo (construction)				*								
Handel (trade)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Transport (transport)	*	*	*	*					*	*	*	*
Komunikacja (communication)	*	*	*	*					*	*	*	*
Usługi finansowe i biznesowe (financial and business services)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Usługi pozostałe (other services)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Usługi administracyjne (government)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Źródło: Na podstawie zestawienia D. Ilnickiego „Główne składowe sektora usług”, [w:] D. Ilnicki, *Przestrzenne zróżnicowanie usług w Polsce. Teoretyczne i praktyczne uwarunkowania badań*, „Rozprawy Naukowe Instytutu Geografii i Rozwoju Regionalnego Uniwersytetu Wrocławskiego”, Wrocław 2009, s. 12.

¹⁸⁰ Skrót od: National Research Council (część US National Academies).

Cechą charakterystyczną powyższego zestawienia pozostaje jednoznaczne zaliczenie określonych działów działalności gospodarczej do sektora usług przez wszystkich wymienionych autorów. Segmentami, które zostały definitywnie zakwalifikowane jako usługi pozostają: usługi finansowe i biznesowe, usługi administracyjne, handel oraz szeroka definicyjnie podgrupa pozostałych usług. Wątpliwości może budzić natomiast niezaliczenie transportu, a zwłaszcza komunikacji, do działu usług przez aż czterech badaczy. Ponadto zauważalne jest zaliczenie budownictwa do sektora usług wyłącznie przez Clarka. Rzeczony fakt wynikać może ze specyficznego charakteru sektora budowlanego. Wspomniany dział gospodarki pozostaje bezpośrednio powiązany z produkcją dóbr materialnych, co implikuje możliwość jego zakwalifikowania do tzw. *usług produkcyjnych*, których omówienie było tematem poprzedniego podrozdziału.

Brak uniwersalnej definicji usług, jak również fakt, iż jak dotąd nie wypracowano jednolitej klasyfikacji wskazanego sektora gospodarki jest niezwykle problematyczny z punktu widzenia nauk badawczych, celów statystycznych, jak i pewności obrotu gospodarczego. Wskazane powyżej typizacje zawierają liczne elementy wspólne. W większości przypadków autorzy wymieniają jako przykład usługi powiązane z transportem, edukacją, ochroną zdrowia bądź też handlem. Niemniej jednak każdy podział zawiera pewne unikatowe części składowe oraz oparty jest na odmiennych kryteriach poznawczych.

W związku z powyższym zarówno liczne organizacje międzynarodowe, jak i poszczególne państwa opracowały autorskie podziały dopasowane do ich potrzeb. Wyróżniamy klasyfikacje odnoszące się do rodzajów wykonywanej działalności, klasyfikacje wyrobów i usług, czy też klasyfikacje handlu zagranicznego. Ponadto warto zaznaczyć, iż systemy klasyfikacyjne różnią się od siebie przyjętym zasięgiem terytorialnym, który obejmują. Z punktu widzenia rozważań powziętych na kanwie niniejszej pracy warto omówić systemy międzynarodowe, systemy wyróżnione na poziomie Unii Europejskiej oraz systemy krajowe. Najważniejsze klasyfikacje zostały przedstawione w tabeli znajdującej się poniżej, a szczegółowa charakterystyka systemów dotyczących *explicite* klasyfikacji usług zostanie przeprowadzona w dalszej części niniejszego podrozdziału.

Tabela 2.3. System powiązań klasyfikacji gospodarczych

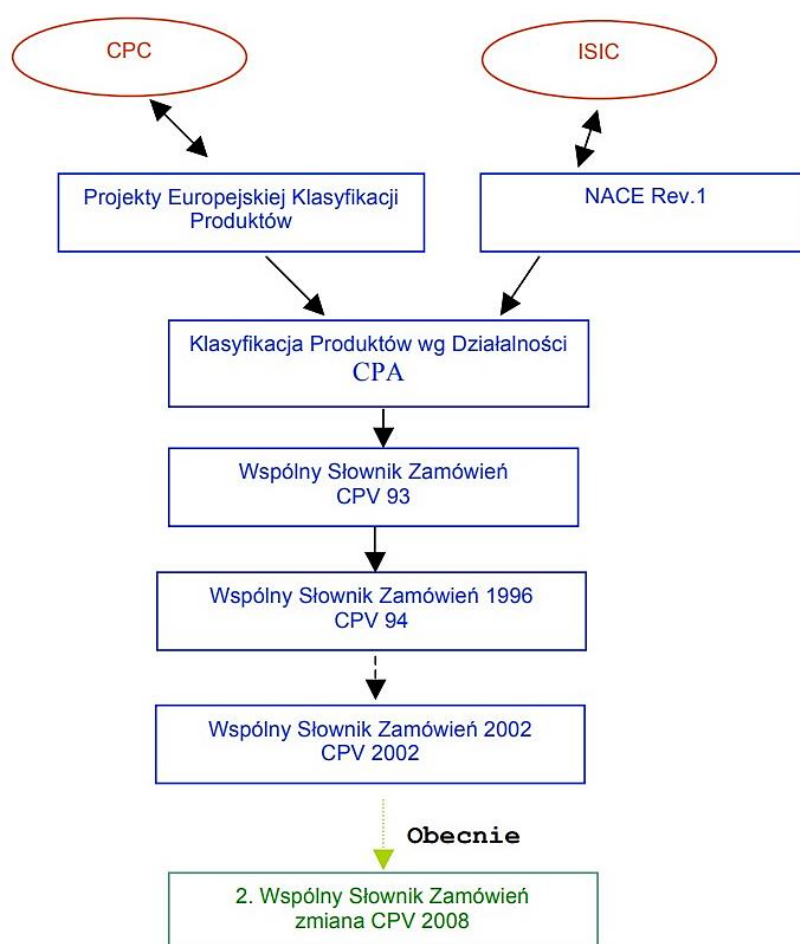
Zasięg klasyfikacji	Klasyfikacja działalności	Klasyfikacja produktów (wyroby i usługi)	Klasyfikacja handlu zagranicznego
Międzynarodowy (ONZ)	ISIC – Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Rodzajów Działalności	CPC – Centralna Klasyfikacja Produktów	HS – Zharmonizowany System Oznaczenia i Kodowania Towarów
Unii Europejskiej (UE)	NACE – Nomenklatura Działalności we Wspólnocie Europejskiej	CPA – Klasyfikacja Produktów wg Działalności	CN – Scalona Nomenklatura Towarowa Handlu Zagranicznego
Krajowy – Polska	PKD – Polska Klasyfikacja Działalności	PKWiU – Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług	CN – Scalona Nomenklatura Towarowa Handlu Zagranicznego

Źródło: Na podstawie zestawienia Głównego Urzędu Statystycznego, *Zasady metodyczne polskiej klasyfikacji wyrobów i usług*, Warszawa 2012

Z punktu widzenia rozważań ujętych w niniejszym podrozdziale kluczowe znaczenie posiada klasyfikacja produktów (wyrobów oraz usług), niemniej jednak poboczne typizacje posiadają również kluczowe znaczenie w celu przedstawienia charakterystyki poszczególnych gałęzi usług. Poniżej przedstawiona zostanie szczegółowa charakterystyka poszczególnych części składowych klasyfikacji. Szczególna uwaga zostanie skierowana na historię poszczególnych typizacji, ich budowę oraz wzajemne zależności zachodzące pomiędzy jej częściami składowymi. W pierwszej kolejności analizie

zostaną poddane klasyfikacje o charakterze międzynarodowym, natomiast w dalszej kolejności niniejszego podrozdziału zostanie przedstawiona charakterystyka klasyfikacji krajowych. Szczególna uwaga zostanie skierowana na historię poszczególnych typizacji, ich budowę oraz wzajemne zależności zachodzące pomiędzy jej częściami składowymi.

Cechą charakterystyczną klasyfikacji o charakterze międzynarodowym pozostaje ich wzajemna współzależność. W związku z powyższym opisywanie poszczególnych typizacji z osobna byłoby irracjonalnym i bezproduktywnym zabiegiem ze względu na brak faktycznego ich wykorzystania w obrocie gospodarczym. W celu uproszczenia i ujednolicenia występujących klasyfikacji już w 1993 roku Komisja Europejska opracowała *Wspólny Słownik Zamówień (CPV)*. Rzeczona typizacja bierze swój rodowód z kilku nomenklatur międzynarodowych, które w praktyce gospodarczej wykorzystywane są do przejrzystej klasyfikacji poszczególnych produktów, wyrobów i usług¹⁸¹. W celu zrozumienia pełnego rysu historycznego *Wspólnego Słownika Zamówień (CPV)*, poniżej został przedstawiony graf obrazujący powstanie rzeczony klasyfikacji.



Schemat 2.1. Zarys historyczny powstania *Wspólnego Słownika Zamówień (CPV)*

Źródło: Na podstawie Komisja Europejska, *Przewodnik po Wspólnym Słowniku Zamówień (CPV). Zamówienia Publiczne w Unii Europejskiej*, Warszawa 2008, s. 4

Jak widać na powyżej załączonym grafie klasyfikacje o charakterze międzynarodowym pozostają w ścisłej współzależności pomiędzy sobą. Kluczowa z punktu widzenia charakterystyki sektora usług na poziomie europejskim Klasyfikacja Produktów według Działalności wywodzi się z ujednolicenia

¹⁸¹ Komisja Europejska, *Przewodnik po Wspólnym Słowniku Zamówień (CPV). Zamówienia Publiczne w Unii Europejskiej*, Warszawa 2008.

systemów opracowanych przez Organizację Narodów Zjednoczonych, takich jak CPC – Centralna Klasyfikacja Produktów oraz ISIC – Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Rodzajów Działalności oraz innych systemów unijnych, takich jak NACE – Nomenklatura Działalności we Wspólnocie Europejskiej. Na podstawie kolejnych aktualizacji opracowano ostatecznie *Wspólny Słownik Zamówień (CPV)*, który stanowi podstawę typizacji produktów i usług na obszarze Unii Europejskiej. W związku z członkostwem Polski w strukturach wskazanej organizacji rzeczona klasyfikacja posiada fundamentalne znaczenie w poprawnym funkcjonowaniu obrotu gospodarczego w kraju i poza jego granicami¹⁸².

W dalszej części niniejszego podrozdziału należy skupić się na budowie oraz strukturze poszczególnych kodów wchodzących w skład *Wspólnego Słownika Zamówień (CPV)*. Obecnie obowiązująca wersja klasyfikacji składa się z dwóch podstawowych części: słownika głównego oraz słownika pobocznego. Kluczowe znaczenie posiada słownik główny, który składa się łącznie z 9454 terminów, za pomocą których opisywane są produkty wyroby i usługi stosowane w zamówieniach. Kod wykorzystywany w CPV składa się z dziewięciu cyfr. Pierwsze dwie cyfry wskazują na dział, natomiast każda z kolejnych cyfr wskazuje na kolejne poziomy klasyfikacji. W przypadku CPV oprócz działów wyróżniamy ponadto grupy, klasy, kategorie i podkategorie. Jeżeli dany dział (bądź kolejna część składowa następująca po nim) nie posiada dalszego rozróżnienia, wówczas w miejsce kolejnych bardziej szczegółowych poziomów określonych liczbami wpisywany jest rząd cyfr „0”. Ponadto warto wskazać, iż ostatnia cyfra w kodzie stosowana jest jako tzw. cyfra kontrolna¹⁸³.

W dalszej części niniejszego podrozdziału należy poddać analizie krajowe klasyfikacje działalności gospodarczej. Każda z nich pozostaje spójna i porównywalna metodologicznie względem analogicznych typizacji wyróżnianych na poziomie unijnym oraz międzynarodowym. Wyróżniamy trzy klasyfikacje o podstawowym znaczeniu:

- PKD – Polską Klasyfikację Działalności;
- PKWiU – Polską Klasyfikację Wyrobów i Usług;
- CN – Scaloną Nomenklaturę Towarową Handlu Zagranicznego.

Najbardziej rozpowszechnioną w obrocie gospodarczym klasyfikacją pozostaje bez wątpienia Polska Klasyfikacja Działalności (PKD). Obecnie obowiązująca wersja typizacji obowiązuje od 1 stycznia 2008 roku¹⁸⁴. Wyróżniamy kilka poziomów klasyfikacji kodów PKD¹⁸⁵. Szczegółowa charakterystyka oraz przykład zastosowania nomenklatury PKD zostały przedstawione poniżej¹⁸⁶.

- Poziom pierwszy – sekcja. Sekcje oznaczamy symbolem jednoliterowym. Łącznie wyróżniamy 21 rodzajów działalności w obrębie sekcji do których należą:
 - Sekcja A – rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo;
 - Sekcja B – górnictwo i wydobywanie;
 - Sekcja C – przetwórstwo przemysłowe;
 - Sekcja D – wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych;
 - Sekcja E – dostawa wody, gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją;

¹⁸² Rozporządzenie Komisji WE nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 roku.

¹⁸³ Ibidem (181).

¹⁸⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 roku w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz.U. z 2007 r., nr 251, poz. 1885 z dnia 31 grudnia 2007 r.).

¹⁸⁵ Główny Urząd Statystyczny, *Wyjaśnienia Polskiej Klasyfikacji Działalności* (2007).

¹⁸⁶ Główny Urząd Statystyczny, *Schemat ułożenia Polskiej Klasyfikacji Działalności* (2007).

- Sekcja F – budownictwo;
 - Sekcja G – handel hurtowy i detaliczny, naprawa pojazdów samochodowych, włączając motocykle;
 - Sekcja H – transport i gospodarka magazynowa;
 - Sekcja I – działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi;
 - Sekcja J – informacja i komunikacja;
 - Sekcja K – działalność finansowa i ubezpieczeniowa;
 - Sekcja L – działalność związana z obsługą rynku nieruchomości;
 - Sekcja M – działalność profesjonalna, naukowa i techniczna;
 - Sekcja N – działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca;
 - Sekcja O – administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe zabezpieczenie społeczne;
 - Sekcja P – edukacja;
 - Sekcja Q – opieka zdrowotna i pomoc społeczna;
 - Sekcja R – działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją;
 - Sekcja S – pozostała działalność usługowa;
 - Sekcja T – gospodarstwa domowe zatrudniające pracowników, gospodarstwa domowe produkujące wyroby i świadczące usługi na własne potrzeby;
 - Sekcja U – organizacje i zespoły eksterytorialne.
- Poziom drugi – dział. Działy oznaczamy dwucyfrowym kodem numerycznym. Łącznie wyróżniamy 88 działów w obrębie PKD.
- Poziom trzeci – grupa. Grupy oznaczamy trzycyfrowym kodem numerycznym. Łącznie wyróżniamy 272 grupy w obrębie PKD.
- Poziom czwarty – klasa. Klasy oznaczamy czterocyfrowym kodem numerycznym. Łącznie wyróżniamy 615 klas w obrębie PKD.
- Poziom piąty – podklasa. Podklasy oznaczamy pięciocyfrowym kodem alfanumerycznym. Łącznie wyróżniamy 654 podklasy w obrębie PKD. Podstawowym celem wyodrębnienia podklas jest wskazanie na działy gospodarki charakterystyczne dla polskiej gospodarki.

Warto zaznaczyć, iż pomimo zastosowania krótszego kodu w przypadku Polskiej Klasyfikacji Działalności, podział przyjęty na kanwie rzeczowej typizacji jest zbieżny względem klasyfikacji międzynarodowych, w szczególności względem omawianego uprzednio *Wspólnego Słownika Zamówień (CPV)*. W obydwu przypadkach wyróżniono pięć poziomów struktury kodu, które zostały wyodrębnione na podstawie analogicznych kryteriów. Ponadto nazwy większości poziomów pozostają względem siebie zbieżne w każdym z analizowanych przypadków.

W kolejnej części niniejszego podrozdziału należy skupić się na pozostałych klasyfikacjach krajowych. Każda z nich pozostaje bezpośrednio powiązana z Polską Klasyfikacją Działalności i pełni względem niej funkcję uzupełniającą. W pierwszej kolejności należy omówić Polską Klasyfikację Wyrobów i Usług (PKWiU). Obecnie obowiązująca wersja typizacji obowiązuje od 1 stycznia 2016 roku¹⁸⁷. Kod PKWiU analogicznie względem PKD składa się z oznaczenia alfanumerycznego. Poziom najwyższy (sekcje) został wyodrębniony za pomocą symbolu literowego, natomiast kolejne poziomy nomenklatury wyróżniono, wykorzystując do tego celu oznaczenia cyfrowe. Łącznie kod PKWiU składa się tym samym z jednej litery znajdującej się na początku kodu oraz siedmiu cyfr. Grupowanie z uwzględnieniem poziomów jest jednak w tym wypadku bardziej dokładne, aniżeli w przypadku

¹⁸⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 września 2015 roku w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU) (Dz.U. z 2015 r., poz. 1676).

PKD. W całości kod PKWiU składa się z siedmiu poziomów, które zostały wymienione poniżej, w kolejności od najwyższego do najniższego¹⁸⁸:

- Poziom pierwszy – sekcje (oznaczenie za pomocą symbolu jednoliterowego, kolor czerwony w tabeli);
- Poziom drugi – działy (oznaczenie za pomocą symbolu dwucyfrowego, kolor zielony w tabeli);
- Poziom trzeci – grupy (oznaczenie za pomocą symbolu trzycyfrowego, kolor żółty w tabeli);
- Poziom czwarty – klasy (oznaczenie za pomocą symbolu czterocyfrowego, kolor niebieski w tabeli);
- Poziom piąty – kategorie (oznaczenie za pomocą symbolu pięciocyfrowego, kolor fioletowy w tabeli);
- Poziom szósty – podkategorie (oznaczenie za pomocą symbolu sześciocyfrowego, kolor pomarańczowy w tabeli);
- Poziom siódmy – pozycje (oznaczenie za pomocą symbolu ośmiocyfrowego, kolor czarny w tabeli).

Ostatecznie należy omówić ostatnią z wiodących klasyfikacji krajowych – Scaloną Nomenklaturę Towarową Handlu Zagranicznego (CN). Z punktu widzenia charakterystyki usług nie posiada ona wiodącego znaczenia. Od 1 lipca 2020 roku uległ zmianie sposób identyfikacji towarów i usług. Dotychczas kluczowe znaczenie posiadała Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług z 2008 roku, obecnie w celu charakterystyki towarów stosuje się Nomenklaturę Scaloną, natomiast opis usług następuje z wykorzystaniem Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług z 2015 roku¹⁸⁹. Obecnie obowiązująca wersja Nomenklatury Scalonej obowiązuje od 1 stycznia 2021 roku¹⁹⁰. Kod wykorzystywany w rzeczony typizacji składa się z ośmiu cyfr, które na poziomie sześciu pierwszych są zbieżne z Zharmonizowanym Systemem Określania i Kodowania Towarów (HS)¹⁹¹. W związku z faktem, iż wspomniana klasyfikacja nie odnosi się bezpośrednio do sektora usług jej szczegółowa charakterystyka zostanie pominięta.

Podsumowując, w niniejszym podrozdziale przedstawiono wyczerpującą charakterystykę odnoszącą się do wiodących krajowych i międzynarodowych klasyfikacji produktów, wyrobów i usług. Ponadto dokonano opisu podziału sektora usług według wiodących autorów zajmujących się opisywanym tematem. Celem przedstawienia rzeczony charakterystyki jest próba umiejscowienia usług świadczonych przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w obrębie opisanych uprzednio typizacji, która będzie stanowić temat kolejnego podrozdziału niniejszej pracy.

2.3. Umiejscowienie medycznych zawodów zaufania publicznego jako specyficznego sektora usług

Celem rozważań podjętych w niniejszym podrozdziale jest umiejscowienie świadczeń oferowanych przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w sektorze usług. Grupa zawodów omawianych na łamach niniejszej pracy charakteryzuje się określonymi cechami, które odróżniają je od pozostałych branż wchodzących w obręb sektora usługowego. Wyliczenie atrybutów,

¹⁸⁸ Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 września 2015 roku w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU) (Dz.U. z 2015 r., poz. 1676), Warszawa 2015.

¹⁸⁹ B. Gebel, *Od 1 lipca 2020 r. PKWiU 2008 zostanie zastąpione nomenklaturą scaloną CN oraz PKWiU 2015*, <https://ksiegowosc.infor.pl/podatki/vat/stawki-vat/3642785,Od-1-lipca-2020-r-PKWiU-2008-zostanie-zastapione-nomenklatura-scalona-CN-oraz-PKWiU-2015.html>, [dostęp: 14.04.2021].

¹⁹⁰ Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/1577 z dnia 21 września 2020 r. zmieniające załącznik I do rozporządzenia Rady (EWG) nr 2658/87 w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej.

¹⁹¹ Główny Urząd Statystyczny, *Standardowe klasyfikacje i nomenklatury*, Warszawa 2021.

od których spełnienia uwarunkowane pozostaje wykonywanie profesji medycznych, stanowiło punkt rozważań podjętych w rozdziale pierwszym niniejszej pracy. W związku z powyższym w niniejszym podrozdziale zostaną dokonane następujące czynności systematyzacyjne. W pierwszej kolejności zostaną dopasowane atrybuty sektora usług względem czynności oferowanych przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego. Działanie to będzie miało na celu odpowiedzenia na pytanie, czy profesje medyczne faktycznie wpisują się w obręb cech świadczących o przynależności do sektora usługowego. Następnie wykorzystując przedstawione w poprzednim podrozdziale klasyfikacje, dokonana zostanie próba przyporządkowania czynności medycznych w obręb poszczególnych typizacji. Tym samym możliwe stanie się przedstawienie położenia medycznych zawodów zaufania publicznego na tle pozostałych profesji kwalifikowanych jako usługi.

Spośród zestawień dotyczących cech sektora usług, jednym z najbardziej doskonałych pozostaje opracowana przez A. Szczukocką typizacja, która została przedstawiona w pierwszym podrozdziale rozdziału drugiego niniejszej pracy. Wykorzystując rzeczoną klasyfikację, spróbujemy określić, czy świadczenia oferowane przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego można zaszeregować jako usługi. Cechy, na temat których pisała autorka to w szczególności¹⁹²:

- Niematerialność – usługi w większości przypadków nie są powiązane z wytwarzaniem określonych dóbr materialnych. W związku z tym usługi nie mogą być przed zakupem ocenione za pomocą zmysłów przez potencjalnego nabywcę, tak samo jak nie mogą być pokazane klientowi przed zakupem;
- Różnorodność – usługi nie mają jednolitego charakteru, a związku z tym trudno je poddać standaryzacji;
- Nierozdzielność – w przypadku usług procesy: produkcji, sprzedaży, dystrybucji i konsumpcji pozostają ze sobą immanentnie powiązane;
- Nietrwałość – ze względu na charakter usług nie ma możliwości ich magazynowania bądź produkcji na zapas i gromadzenia na zapas.

Przechodząc do kwalifikacji czynności medycznych, należy zauważyć, iż w przypadku wszystkich profesji, których opis stanowił temat pierwszego rozdziału niniejszej pracy, wszystkie atrybuty wymienione powyżej są spełnione łącznie. W celu poparcia rzeczzonego toku rozumowania poniżej zostanie przedstawiona analiza poszczególnych cech usług na przykładzie medycznych zawodów zaufania publicznego¹⁹³:

- Niematerialność – czynności świadczone przez przedstawicieli zawodów medycznych w zdecydowanej większości nie są powiązane z wytwarzaniem konkretnych dóbr materialnych. Wyłącznie w przypadku farmaceutów został zachowany w bardzo ograniczonym stopniu materialny charakter wykonywanej pracy tj. sporządzanie produktów farmakologicznych i leczniczych. Jednakże nawet w tym przypadku świadczenie materialne poprzedzone jest zwykle czynnością o charakterze niematerialnym. Przykładowo przed sporządzeniem preparatu leczniczego dokonane jest badanie stanu zdrowia pacjenta;
- Różnorodność – czynności świadczone przez przedstawicieli zawodów medycznych często w istotny sposób różnią się od siebie. Głównym zadaniem lekarza i lekarza dentystry pozostaje badanie stanu zdrowia pacjenta i jego leczenie, podczas gdy diagnosta laboratoryjny zajmuje się w zdecydowanej większości badaniami laboratoryjnymi. Względem pozostałych sektorów usług,

¹⁹² Ibidem (155).

¹⁹³ Ibidem (155).

czynności dokonywane przez przedstawicieli profesji medycznych pozostają całkowicie oddzielne, co uniemożliwia poddanie ich standaryzacji;

- Nierozdzielność – przykładem w najlepszym stopniu ilustrującym nierozdzielność usług medycznych pozostaje sporządzanie produktów farmakologicznych przez farmaceutę. Procesy produkcji, sprzedaży i dystrybucji są ze sobą bezpośrednio powiązane. W przeważającej ilości przypadków produkt zamawiany jest na zamówienie, sprzedawany określonemu pacjentowi, zwykle po uprzedniej wizycie lekarskiej.
- Nietrwałość – nie jest możliwe uzyskanie porady lekarskiej lub świadczenia pielęgnacyjnego na zapas. Czynności dokonywane przez przedstawicieli zawodów medycznych nie mogą zostać w żaden sposób zmagazynowane.

W dalszej części niniejszego podrozdziału należy skupić się na umiejscowieniu usług medycznych w obrębie przedstawionych uprzednio klasyfikacji. Typizacjami, które zostaną wykorzystane w tym celu pozostają:

- Wspólny Słownik Zamówień (CPV);
- Polska Klasyfikacja Działalności (PKD);
- Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług (PKWiU).

W przypadku Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) kodem, który opisuje usługi świadczone przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego pozostaje 85000000-9 – usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej¹⁹⁴. Dokładny opis kodów CPV został ujęty w poprzednim podrozdziale. Liczba 85 na początku kodu wskazuje na dział będący najwyższym poziomem klasyfikacyjnym według wskazanej typizacji. W obrębie rzeczzonego działu wyróżniamy kolejne części składowe za pomocą których możemy zakwalifikować następująco po sobie: grupy, klasy, kategorie i podkategorie. W związku z tym wyodrębniamy cztery grupy tj. (85110000-3 – usługi szpitalne i podobne), (85120000-6 – usługi medyczne i podobne), (85130000-9 – usługi stomatologiczne i podobne), (85140000-2 – różne usługi w dziedzinie zdrowia). Natomiast w obrębie rzeczonych grup wyróżniamy następujące klasy:

- W obrębie grupy – 85110000-3 – usługi szpitalne i podobne wyróżniamy: 85111000-0 – Usługi szpitalne; 85112000-7 – Dodatkowe usługi szpitalne.
- W obrębie grupy – 85120000-6 – usługi medyczne i podobne wyróżniamy: 85121000-3 – Usługi medyczne.
- W obrębie grupy – 85130000-9 – usługi stomatologiczne i podobne wyróżniamy: 85131000-6 – Usługi stomatologiczne.

W obrębie grupy - 85140000-2 – różne usługi w dziedzinie zdrowia wyróżniamy:

- 85145000-7 – Usługi świadczone przez laboratoria medyczne;
- 85148000-8 – Usługi analizy medycznej;
- 85149000-5 – Usługi farmaceutyczne.

W dalszej kolejności część klas dzieli się dalej na kategorie i podkategorie. Ze względu jednak na fakt, iż charakterystyka w obrębie niższych poziomów strukturalnych nie różni się w istotnym stopniu od analizy dokonanej dotychczas w obrębie CPV zostanie ona pominięta.

Klasyfikacjami o zasięgu krajowym, w obrębie których należy umiejscowić czynności wykonywane przez przedstawicieli medycznych, pozostają Polska Klasyfikacja Działalności (PKD) oraz Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług. W pierwszej kolejności zostanie przedstawione usytuowanie usług me-

¹⁹⁴ Wspólny Słownik Zamówień (CPV), <https://www.portalzp.pl/kody-cpv>, [dostęp: 14.04.2021].

dycznych, z wykorzystaniem w tym celu PKD. W przypadku rzeczowej typizacji najwyższym poziomem organizacyjnym pozostaje sekcja, a w następnej kolejności dział. Usługi wykonywane przez wskazane profesje mieszczą się w sekcji Q klasyfikacji – opieka zdrowotna i pomoc społeczna oraz dziale 86 – opieka zdrowotna. Szczegółowe ulokowanie czynności medycznych, uwzględniające podział PKD na grupy, klasy i podklasy zostało zilustrowane w tabeli znajdującej się poniżej:

Tabela 2.4. Kody Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) odpowiadające usługom świadczonym przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego

Grupa	Opis grupy	Klasa	Opis klasy	Podklasa	Opis podklasy
86.1	Działalność szpitali	86.10	Działalność szpitali	86.10.Z	Działalność szpitali
82.2	Praktyka lekarska	86.21	Praktyka lekarska ogólna	86.21.Z	Praktyka lekarska ogólna
		86.22	Praktyka lekarska specjalistyczna	86.22.Z	Praktyka lekarska specjalistyczna
		86.23	Praktyka lekarska dentystyczna	86.23.Z	Praktyka lekarska dentystyczna
86.9	Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej	86.90	Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej	86.90.C	Praktyka pielęgniarek i położnych
				86.90.E	Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), <http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd/5,2,1502,opieka-zdrowotna.html>, [dostęp: 14.04.2021].

W przypadku usług medycznych grupami PKD, które można przyporządkować względem wskazanej zbiorowości pozostają: 86.1 – działalności szpitali, 82.2 – praktyka lekarska oraz 86.9 – pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej. Przy czym kod 82.2 odnosi się przede wszystkim do czynności wykonywanych przez lekarzy oraz lekarzy dentystów, kod 86.1 w większości do działalności farmaceutów i częściowo diagnostów laboratoryjnych, natomiast kod 86.9 względem pozostałych profesji medycznych. Ponadto podklasy wskazują na pewne wyłączenia działalności, niemniej jednak w większości nie dotyczą one medycznych zawodów zaufania publicznego.

Ostatnią klasyfikacją, za pomocą której zostaną umiejscowione profesje medyczne w sektorze usług, pozostaje Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług (PKWiU). Podział przyjęty w rzeczowej typizacji jest rozszerzeniem struktury opisanej w ramach PKD. Podobnie jak w poprzednim przypadku czynności świadczone przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego zostały umiejscowione w sekcji Q klasyfikacji – usługi w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz dziale 86 – usługi w zakresie opieki zdrowotnej. Szczegółowy podział w obrębie PKWiU obejmujący grupy, klasy, kategorie, podkategorie oraz pozycje został przedstawiony w tabeli 2.5.

Tabela 2.5. Kody Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU-2015) odpowiadające usługom świadczonym przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego

Symbol PKWiU 2015	Nazwa grupowania
86.1	USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ SZPITALĘ
86.10	Usługi świadczone przez szpitale
86.10.1	Usługi świadczone przez szpitale
86.10.11	Usługi szpitalne chirurgiczne
86.10.11.0	Usługi szpitalne chirurgiczne
86.10.12	Usługi szpitalne ginekologiczne i położnicze
86.10.12.0	Usługi szpitalne ginekologiczne i położnicze
86.10.15	Pozostałe usługi szpitalne świadczone przez lekarzy
86.10.15.0	Pozostałe usługi szpitalne świadczone przez lekarzy
86.2	USŁUGI W ZAKRESIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ
86.21	Usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej
86.21.1	Usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej
86.21.10	Usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej
86.21.10.0	Usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej
86.22	Usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej
86.22.1	Usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej
86.22.11	Usługi w zakresie analizy i opisywania obrazów medycznych
86.22.11.0	Usługi w zakresie analizy i opisywania obrazów medycznych
86.22.19	Pozostałe usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej
86.22.19.0	Pozostałe usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej
86.23	Usługi w zakresie praktyki dentystycznej
86.23.1	Usługi w zakresie praktyki dentystycznej
86.23.11	Usługi w zakresie praktyki ortodontycznej
86.23.11.0	Usługi w zakresie praktyki ortodontycznej
86.23.19	Pozostałe usługi w zakresie praktyki dentystycznej
86.23.19.0	Pozostałe usługi w zakresie praktyki dentystycznej
86.9	POZOSTAŁE USŁUGI W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ
86.90	Pozostałe usługi w zakresie opieki zdrowotnej
86.90.1	Pozostałe usługi w zakresie opieki zdrowotnej
86.90.11	Usługi świadczone przez położne
86.90.11.0	Usługi świadczone przez położne
86.90.12	Usługi świadczone przez pielęgniarki
86.90.12.0	Usługi świadczone przez pielęgniarki
86.90.15	Usługi świadczone przez medyczne laboratoria diagnostyczne
86.90.15.0	Usługi świadczone przez medyczne laboratoria diagnostyczne
86.90.19	Pozostałe usługi w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowane
86.90.19.0	Pozostałe usługi w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowane

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU-2015), <http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkwiu2015/1,2,8371,uslugi-w-zakresie-opieki-zdrowotnej.html#D86>, [dostęp: 14.04.2021].

Podsumowując, w niniejszym podrozdziale dokonano umiejscowienia czynności świadczonych przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w sektorze usług. W tym celu wykorzystano trzy wiodące klasyfikacje: Wspólny Słownik Zamówień (CPV), Polską Klasyfikację Działalności (PKD) oraz Polską Klasyfikację WYROBÓW I USŁUG (PKWiU). Ponadto dokonano porównania cech świadczeń medycznych względem atrybutów wyróżniających usługi. Tematem następnego podrozdziału będzie analiza wielkości sektora usług na tle pozostałych działów gospodarki i przedstawienie jego znaczenia dla gospodarki polskiej oraz gospodarki światowej.

2.4. Wielkość sektora usług i jego znaczenie dla gospodarki polskiej oraz gospodarki europejskiej

Sektor usług, w obręb którego wchodzi czynności wykonywane przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego, stanowi jedną z trzech podstawowych części gospodarki każdego kraju. Zgodnie z tradycyjnym podziałem system ekonomiczny państw dzielimy, wyróżniając sektor pierwszy (rolniczy), sektor drugi (przemysł) oraz sektor trzeci (usługi)¹⁹⁵. Opisując wielkość i znaczenie sektora usług dla współczesnych systemów gospodarczych, w pierwszej kolejności należy rozpocząć rozważania od koncepcji trójsektorowej struktury gospodarczej według J. Fourastiego. Zgodnie z rzezoną koncepcją opracowaną w latach 30. XX wieku przez A.B.G. Fishera, C. Clarka oraz J. Fourastiego wraz ze wzrostem rozwoju ekonomicznego gospodarek krajowych udział w wytwarzanym produkcie sektora pierwszego oraz drugiego z czasem maleje, natomiast trzeciego rośnie. W związku z powyższym państwa charakteryzujące się wyższym poziomem rozwoju cechują się wysokim lub bardzo wysokim udziałem sektora usługowego w gospodarce, umiarkowanym udziałem sektora przemysłowego oraz niskim lub bardzo niskim udziałem sektora rolniczego¹⁹⁶. U podstaw wskazanej teorii leży założenie dotyczące spadku zapotrzebowania na wolumen siły roboczej wraz z rozwojem społeczno-ekonomicznym państw. Postęp techniczny obserwowany w nasilonym tempie od końca XVIII wieku oraz zmiana panujących stosunków społecznych wymusiły w konsekwencji ewolucję istniejących struktur zatrudnienia¹⁹⁷. W celu zobrazowania powyższej koncepcji został przedstawiony wykres 2.1. ilustrujący relacje pomiędzy trzema sektorami gospodarki w poszczególnych fazach rozwoju społeczno-ekonomicznego.

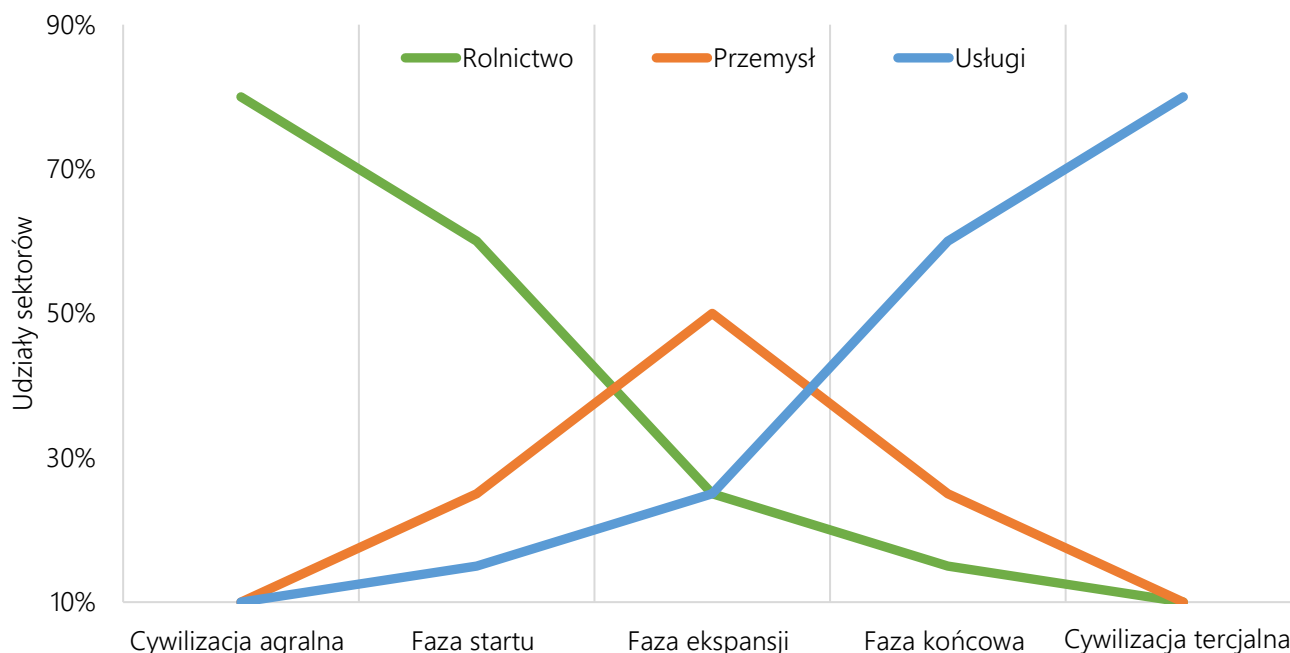
Przechodząc do analizy powyższego wykresu, należy zauważyć, iż podział powinien rozgraniczać trzy stadia rozwoju społeczno-ekonomicznego – fazę startu, fazę ekspansji oraz fazę końcową. Etapem poprzedzającym stadium fazy startowej jest cywilizacja agrarna, zwana również inaczej cywilizacją prymarną. W Europie kończy się ona około 1800 roku. Wówczas dochodzi do sukcesywnego zmniejszenia liczby osób zatrudnionych w sektorze rolniczym, na rzecz przede wszystkim sektora przemysłowego oraz w mniejszym stopniu usług. Kolejnym etapem jest faza ekspansji. Jej okres przypada na przełom XIX i XX wieku, przy czym momentem przełomowym w przypadku państw wysokorozwiniętych są lata 50. i 60. XX wieku. W początkowym stadium jej trwania wolumen siły roboczej z rolnictwa zostaje przekierowany do szybko rozwijającego się przemysłu. Niemniej jednak wówczas dochodzi również do wspomnianego momentu kulminacyjnego, w którym liczba osób zatrudnionych drugim sektorze gospodarki osiąga swoje maksimum. Ostatnim etapem pozostaje faza końcowa, która ostatecznie doprowadza do powstania cywilizacji tercjalnej. Jej początek datuje się

¹⁹⁵ Ibidem (143).

¹⁹⁶ K. Rogoziński, *Usługi rynkowe*, Poznań 2000, s. 93.

¹⁹⁷ R. Kosmański, *Teoria trzech sektorów a struktura pracujących w Polsce na tle integracji z Unią Europejską*, „Zeszyty Studiów Doktoranckich/ Akademia Ekonomiczna w Poznaniu. Wydział Ekonomii” 2008, nr 44, s. 6.

na rok 2000. Rzeczono stadium charakteryzuje się sukcesywnym spadkiem znaczenia sektora przemysłowego i rolniczego. Siła robocza zostaje skierowana do sektora usług, który z czasem osiąga dominującą rolę¹⁹⁸.



Wykres 2.1. Długookresowe zmiany w strukturze zatrudnienia w układzie trzech sektorów wg J. Fourastiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Rogoziński, *Usługi rynkowe*, Poznań 2000, s. 103.

W związku z powyższym powstaje pytanie, na jakim etapie rozwoju pozostaje gospodarka polska na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej oraz jaka jest wielkość sektora usługowego na tle pozostałych sektorów gospodarki. Celem niniejszego podrozdziału będzie analiza rozmiaru sektora trzeciego, z uwzględnieniem danych dotyczących wielkości zatrudnienia oraz wartości dodanej brutto¹⁹⁹, z horyzontem czasowym od 2000 roku. Ponadto w celach porównawczych zostaną przedstawione analogiczne dane dotyczące pozostałych dwóch sektorów gospodarki. Co więcej, niezbędna będzie analiza koncentrująca się na znaczeniu i wielkości sektora usług w pozostałych krajach wchodzących w skład Unii Europejskiej przy uwzględnieniu analogicznych determinant.

W pierwszej kolejności zostaną omówione dane dotyczące polskiej gospodarki. W tabelach znajdujących się poniżej umieszczono informacje odnoszące się do wielkości zatrudnienia w sektorze usług oraz dane związane z łączną liczbą osób czynnych zawodowo w poszczególnych województwach w Polsce w latach 2005–2020. Przedstawiają się one w następujący sposób:

¹⁹⁸ Ibidem (199).

¹⁹⁹ Wartość dodana brutto (ang. *Gross added value*) stanowi sumę wartości dodanej brutto wszystkich sektorów instytucjonalnych lub gałęzi działalności gospodarczej. Obliczana jest jako różnica między produkcją globalną i zużyciem pośrednim (strona produkcji) lub jako suma kosztów związanych z zatrudnieniem, amortyzacji środków trwałych, nadwyżki operacyjnej brutto/dochodu mieszanego brutto oraz pozostałych podatków pomniejszonych o dotacje związane z produkcją (strona dochodowa). Źródło: rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 549/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie europejskiego systemu rachunków narodowych i regionalnych w Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE L 174 z 26.06.2013, str. 1, z późn. zm.).

Tabela 2.6. Liczba osób [w tysiącach osób] zatrudnionych w sektorze usług w poszczególnych województwach w Polsce

Nazwa województwa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]
Polska	7 531	7 912	8 309	8 550	8 819	8 758	8 777	8 884	8 941	9 179	9 289	9 354	9 507	9 607	9 612	9 600
Dolnośląskie	587	642	651	624	657	673	645	637	628	663	677	734	740	757	774	764
Kujawsko-Pomorskie	374	367	369	360	439	421	410	420	415	427	463	465	464	479	470	471
Lubelskie	417	407	447	473	492	497	490	481	495	527	563	470	471	485	481	482
Lubuskie	226	234	244	229	236	248	241	240	236	237	242	253	253	245	242	249
Łódzkie	582	602	637	681	683	667	667	655	689	719	705	618	632	625	588	614
Małopolskie	610	686	689	714	704	697	717	724	746	767	722	791	817	834	843	864
Mazowieckie	1 232	1 372	1 464	1 544	1 614	1 534	1 572	1 634	1 610	1 752	1 796	1 616	1 646	1 696	1 707	1 678
Opolskie	177	182	185	198	198	188	184	185	180	193	210	208	214	216	204	213
Podkarpackie	345	362	386	424	437	410	394	403	414	408	426	455	459	444	437	441
Podlaskie	193	199	227	250	244	249	251	238	240	248	248	250	265	262	259	256
Pomorskie	401	408	447	473	464	491	497	536	554	544	604	599	618	618	647	641
Śląskie	946	962	1 033	1 046	1 056	1 057	1 095	1 114	1 098	1 057	1 011	1 090	1 087	1 082	1 097	1 074
Świętokrzyskie	225	229	243	260	281	292	276	278	279	285	289	261	265	268	273	274
Warmińsko-Mazurskie	257	281	292	301	320	309	293	283	299	302	309	301	317	314	304	311
Wielkopolskie	622	640	651	623	627	682	708	712	703	691	682	817	826	834	844	833
Zachodniopomorskie	340	341	346	353	369	347	337	347	359	360	345	427	434	449	443	436

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego <https://bdl.stat.gov.pl> [dostęp: 22.04.2021].

Tabela 2.7. Liczba osób [w tysiącach osób] czynnych zawodowo w poszczególnych województwach w Polsce

Nazwa województwa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]
Polska	14 116	14 594	15 240	15 800	15 868	15 474	15 562	15 591	15 568	15 862	16 084	16 197	16 423	16 484	16 461	16 442
Dolnośląskie	1 004	1 100	1 140	1 148	1 144	1 134	1 096	1 088	1 056	1 094	1 132	1 238	1 235	1 241	1 258	1 253
Kujawsko-pomorskie	741	727	741	733	829	779	762	791	762	781	843	852	862	872	872	870
Lubelskie	931	915	972	985	982	986	970	947	958	988	1 026	866	867	875	863	860
Lubuskie	398	419	438	417	407	427	421	406	405	403	413	427	429	426	426	424
Łódzkie	1 114	1 129	1 241	1 332	1 277	1 218	1 230	1 193	1 248	1 278	1 238	1 104	1 122	1 122	1 090	1 104
Małopolskie	1 245	1 307	1 276	1 322	1 297	1 260	1 289	1 298	1 315	1 317	1 270	1 407	1 426	1 438	1 445	1 460
Mazowieckie	1 979	2 144	2 291	2 479	2 480	2 327	2 406	2 450	2 408	2 621	2 734	2 457	2 487	2 523	2 539	2 528
Opolskie	351	356	365	385	386	362	359	361	346	367	391	396	403	403	391	389
Podkarpackie	748	783	825	874	887	835	824	808	800	777	797	831	848	837	832	837
Podlaskie	430	421	454	497	496	474	475	458	454	467	483	481	483	487	483	482
Pomorskie	694	704	764	795	789	805	798	860	894	902	995	986	1 009	1 009	1 031	1 024
Śląskie	1 666	1 704	1 765	1 822	1 856	1 799	1 903	1 908	1 904	1 855	1 761	1 868	1 886	1 873	1 866	1 847
Świętokrzyskie	508	542	579	590	583	609	602	584	554	579	588	513	519	508	515	524
Warmińsko-mazurskie	483	509	538	559	563	549	521	506	529	527	556	546	558	555	558	565
Wielkopolskie	1 274	1 295	1 312	1 298	1 297	1 346	1 363	1 373	1 366	1 331	1 304	1 553	1 602	1 609	1 603	1 583
Zachodniopomorskie	552	542	542	566	598	564	547	562	573	574	555	673	690	707	694	697

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://bdl.stat.gov.pl> [dostęp: 22.04.2021].

Przechodząc do analizy danych zawartych w powyższych tabelach, należy odnotować następujące prawidłowości.

Po pierwsze, liczba osób zatrudnionych w sektorze usług w Polsce charakteryzuje się tendencją wzrostową. W 20-letnim okresie objętym badaniem liczba zatrudnionych w obrębie usług wzrosła z 7 mln 531 tysięcy osób do 9 mln 600 tysięcy osób (wzrost o 21,55%). Warto jednak odnotować, iż z podobną tendencją mieliśmy do czynienia w obszarze całej gospodarki. W okresie od 2000 roku liczba osób czynnych zawodowo wzrosła z 14 mln 116 tysięcy osób do 16 mln 442 tysięcy osób (wzrost o 14,15%). W związku z powyższym zasadnym pozostaje postawienie pytania, czy udział sektora usług w obrębie polskiej gospodarki uległ zwiększeniu. Szczegółowa analiza tego zagadnienia zostanie przedstawiona w dalszej części niniejszego podrozdziału.

Po drugie, liczba osób zatrudnionych w obrębie sektora usług jest silnie zróżnicowana przestrzennie. Poszczególne województwa mają wprawdzie różną liczbę mieszkańców, jednakże pomimo tego faktu różnice zachodzące pomiędzy poszczególnymi regionami pozostają znaczne. Podczas gdy w województwie mazowieckim, śląskim, łódzkim, wielkopolskim, dolnośląskim czy małopolskim liczba zatrudnionych w rzeczonym sektorze w ciągu całego badanego okresu przekraczała milion osób, tak w niektórych regionach (np. województwo podlaskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie) oscylowała zaledwie w granicach 300 tysięcy.

Po trzecie, każde z województw w okresie od 2000 do 2020 roku odnotowało ogólny wzrost liczby osób zatrudnionych w sektorze usług. Niemniej jednak poszczególne regiony charakteryzowały się odmiennym tempem wzrostu. Z największym procentowym przyrostem liczby pracowników w ramach branży usługowej mieliśmy do czynienia w przypadku województwa pomorskiego (wzrost o 59,95%), małopolskiego (wzrost o 41,80%) oraz mazowieckiego (wzrost o 36,19%), natomiast z najniższym przyrostem w przypadku województwa śląskiego (wzrost o 13,53%), lubuskiego (wzrost o 10,53%) oraz łódzkiego (wzrost o 5,41%).

Po czwarte, analogicznie względem sektora usług łączna liczna osób czynnych zawodowo w większości przypadków uległa zwiększeniu. Wyjątkiem od tej reguły pozostają dwa województwa – łódzkie (spadek o 0,96%) oraz lubelskie (spadek o 7,63%). Natomiast największe przyrosty odnotowano w przypadku województwa pomorskiego (wzrost o 47,60%), mazowieckiego (wzrost 27,75%) oraz zachodniopomorskiego (wzrost o 26,29%). Tym samym województwa mazowieckie i pomorskie odnotowały najwyższy procentowy wzrost liczby osób czynnych zawodowo w Polsce, jak i wolumenu pracowników zatrudnionych w obrębie samego sektora usług. W związku z powyższym można domniemywać, iż regiony te dokonały absorpcji nadwyżki siły roboczej właśnie do branży usługowej. Fakt ten świadczyć może o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego rzeczonych obszarów w obrębie kraju.

W dalszej części niniejszego podrozdziału należy skupić się na procentowym udziale osób zatrudnionych w obszarze sektora usług w Polsce. Dotychczas przedstawione dane, wyrażone w liczbach bezwzględnych, nie odzwierciedlały pełnego obrazu badanego zjawiska. Fakt ten wynikał przede wszystkim z odmiennej liczby mieszkańców w poszczególnych województwach. Dane procentowe umożliwiają natomiast ukazanie w przejrzysty sposób, jaki jest udział sektora usługowego w obrębie poszczególnych województw, jak i całej gospodarki, co będzie miało kluczowe znaczenie podczas dalszej analizy porównawczej względem pozostałych krajów wchodzących w skład Unii Europejskiej. Ponadto omówiony zostanie procentowy udział osób zatrudnionych w obrębie dwóch pozostałych sektorów gospodarki. Informacje, o których mowa, zostały przedstawione w tabelach (Tabela 2.8. i Tabela 2.9.).

Tabela 2.8. Procentowy udział osób zatrudnionych w sektorze usług względem wszystkich osób aktywnych zawodowo w poszczególnych województwach w Polsce w latach 2005–2020

Nazwa województwa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Średnia 2005–2020
	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]
Polska	53,35%	54,21%	54,52%	54,11%	55,58%	56,60%	56,40%	56,98%	57,43%	57,87%	57,75%	57,75%	57,89%	58,28%	58,39%	58,39%	56,59%
Dolnośląskie	58,43%	58,40%	57,12%	54,30%	57,45%	59,32%	58,86%	58,52%	59,50%	60,56%	59,80%	59,29%	59,94%	60,98%	61,53%	60,94%	59,06%
Kujawsko-pomorskie	50,46%	50,40%	49,75%	49,10%	52,91%	54,01%	53,78%	53,10%	54,50%	54,69%	54,90%	54,58%	53,77%	54,86%	53,96%	54,11%	53,05%
Lubelskie	44,80%	44,45%	46,04%	47,97%	50,09%	50,46%	50,49%	50,75%	51,67%	53,33%	54,81%	54,30%	54,33%	55,39%	55,75%	56,06%	51,29%
Lubuskie	56,73%	55,81%	55,66%	55,04%	58,08%	58,00%	57,25%	59,12%	58,18%	58,71%	58,51%	59,17%	59,04%	57,64%	56,81%	58,79%	57,66%
Łódzkie	52,23%	53,30%	51,28%	51,15%	53,50%	54,77%	54,23%	54,88%	55,22%	56,26%	56,99%	55,98%	56,34%	55,68%	53,97%	55,60%	54,46%
Małopolskie	48,97%	52,51%	54,03%	53,99%	54,26%	55,27%	55,61%	55,77%	56,72%	58,25%	56,86%	56,21%	57,29%	58,00%	58,31%	59,19%	55,70%
Mazowieckie	62,28%	63,98%	63,89%	62,28%	65,07%	65,89%	65,35%	66,68%	66,84%	66,85%	65,69%	65,76%	66,17%	67,24%	67,25%	66,40%	65,48%
Opolskie	50,32%	51,05%	50,79%	51,27%	51,26%	51,90%	51,29%	51,14%	51,95%	52,62%	53,71%	52,40%	53,17%	53,60%	52,11%	54,70%	52,08%
Podkarpackie	46,06%	46,20%	46,82%	48,51%	49,25%	49,03%	47,75%	49,91%	51,75%	52,46%	53,42%	54,71%	54,10%	53,08%	52,54%	52,70%	50,52%
Podlaskie	44,85%	47,21%	49,89%	50,23%	49,14%	52,48%	52,79%	51,88%	52,81%	53,16%	51,35%	51,98%	54,82%	53,72%	53,73%	53,17%	51,45%
Pomorskie	57,77%	57,90%	58,52%	59,43%	58,84%	60,97%	62,32%	62,33%	61,91%	60,29%	60,71%	60,71%	61,28%	61,23%	62,75%	62,60%	60,60%
Śląskie	56,78%	56,49%	58,49%	57,41%	56,90%	58,76%	57,57%	58,39%	57,66%	57,00%	57,39%	58,35%	57,64%	57,76%	58,82%	58,16%	57,72%
Świętokrzyskie	44,26%	42,32%	41,97%	44,09%	48,16%	47,87%	45,93%	47,56%	50,41%	49,12%	49,06%	50,83%	51,13%	52,86%	53,01%	52,22%	48,17%
Warmińsko-mazurskie	53,21%	55,16%	54,28%	53,78%	56,91%	56,26%	56,24%	55,95%	56,53%	57,28%	55,60%	55,15%	56,86%	56,53%	54,44%	55,02%	55,57%
Wielkopolskie	48,78%	49,42%	49,59%	48,00%	48,32%	50,70%	51,97%	51,85%	51,48%	51,90%	52,31%	52,62%	51,58%	51,82%	52,65%	52,65%	50,98%
Zachodniopomorskie	61,70%	62,89%	63,87%	62,44%	61,76%	61,60%	61,71%	61,68%	62,71%	62,70%	62,13%	63,51%	62,85%	63,51%	63,78%	62,60%	62,59%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://bdl.stat.gov.pl>, [dostęp: 22.04.2021].

Tabela 2.9. Procentowy udział osób zatrudnionych w sektorze rolniczym względem wszystkich osób aktywnych zawodowo w poszczególnych województwach w Polsce w latach 2005–2020

Nazwa województwa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Średnia 2005-2020
	[%]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]
Polska	17,37%	15,79%	14,74%	13,96%	13,28%	13,05%	12,90%	12,57%	11,99%	11,47%	11,50%	10,54%	10,18%	9,57%	9,10%	9,54%	12,35%
Dolnośląskie	8,54%	6,89%	6,47%	6,68%	7,32%	6,46%	6,39%	6,55%	5,50%	4,59%	4,75%	4,08%	4,54%	4,73%	3,86%	4,65%	5,75%
Kujawsko-pomorskie	17,18%	18,53%	17,18%	17,57%	15,77%	13,74%	14,64%	16,59%	15,30%	14,02%	14,01%	13,38%	12,99%	12,18%	12,97%	13,97%	15,00%
Lubelskie	35,91%	35,81%	33,71%	29,62%	28,09%	28,59%	27,93%	27,71%	26,54%	23,32%	21,90%	21,39%	22,75%	21,72%	19,56%	20,01%	26,54%
Lubuskie	11,45%	9,78%	9,89%	8,70%	7,38%	7,97%	7,67%	7,71%	8,59%	7,87%	6,36%	6,68%	8,11%	6,76%	6,22%	6,72%	7,99%
Łódzkie	16,81%	16,04%	17,76%	16,11%	12,86%	13,18%	13,36%	12,95%	13,16%	12,39%	12,24%	12,64%	12,14%	11,26%	12,35%	12,01%	13,58%
Małopolskie	23,08%	19,96%	16,07%	15,42%	15,04%	14,58%	14,27%	13,12%	11,87%	11,01%	11,51%	10,95%	9,49%	8,81%	9,07%	9,30%	13,35%
Mazowieckie	15,90%	12,67%	11,02%	12,43%	11,67%	11,52%	11,81%	10,97%	10,95%	11,06%	11,67%	10,81%	10,33%	9,12%	8,15%	8,89%	11,19%
Opolskie	18,22%	16,95%	14,67%	12,26%	12,25%	12,22%	12,18%	11,71%	12,07%	11,44%	10,24%	10,29%	9,50%	9,43%	8,70%	8,94%	11,94%
Podkarpackie	25,64%	25,19%	25,41%	22,75%	22,57%	22,36%	21,69%	19,75%	17,84%	16,24%	15,72%	12,94%	12,23%	11,80%	9,61%	9,62%	18,21%
Podlaskie	34,38%	29,73%	27,04%	27,18%	26,59%	23,60%	23,95%	25,04%	24,20%	23,07%	23,78%	23,02%	20,16%	20,18%	19,53%	18,95%	24,40%
Pomorskie	11,71%	9,70%	8,54%	7,64%	7,41%	7,26%	7,59%	8,20%	7,07%	6,57%	6,61%	6,29%	6,77%	7,06%	5,70%	5,66%	7,49%
Śląskie	4,34%	3,79%	3,36%	2,54%	2,38%	2,96%	2,90%	2,58%	2,65%	2,74%	2,64%	2,61%	2,20%	2,32%	2,33%	2,32%	2,79%
Świętokrzyskie	33,23%	34,01%	31,35%	25,03%	22,13%	22,70%	24,48%	24,04%	21,80%	22,53%	22,66%	19,05%	19,61%	18,03%	17,64%	19,67%	23,62%
Warmińsko-mazurskie	16,36%	15,47%	13,24%	12,78%	12,84%	12,47%	11,37%	11,90%	12,68%	12,99%	13,23%	13,55%	11,70%	10,63%	11,16%	12,08%	12,78%
Wielkopolskie	16,48%	14,39%	14,92%	15,66%	16,62%	15,16%	14,03%	13,68%	13,02%	12,95%	12,91%	11,67%	11,05%	10,26%	10,56%	11,03%	13,40%
Zachodniopomorskie	10,15%	8,67%	6,92%	6,23%	6,65%	7,94%	7,59%	8,28%	8,03%	8,02%	7,65%	7,06%	7,39%	6,40%	5,30%	6,10%	7,40%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://bdl.stat.gov.pl>, [dostęp: 22.04.2021].

Tabela 2.10. Procentowy udział osób zatrudnionych w sektorze przemysłowym względem wszystkich osób aktywnych zawodowo w poszczególnych województwach w Polsce w latach 2005–2020

Nazwa województwa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Średnia 2005–2020
	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]	[tys. osób]
Polska	29,24%	29,97%	30,72%	31,88%	31,10%	30,28%	30,66%	30,40%	30,52%	30,49%	30,44%	31,33%	31,54%	31,66%	31,96%	31,50%	30,86%
Dolnośląskie	33,00%	34,76%	36,43%	38,86%	35,10%	34,13%	34,57%	34,79%	34,89%	34,71%	35,19%	36,46%	35,32%	33,68%	33,96%	33,73%	34,97%
Kujawsko-pomorskie	32,37%	31,01%	33,04%	33,37%	31,29%	32,25%	31,58%	30,28%	30,14%	31,10%	30,83%	31,75%	32,80%	32,24%	32,19%	31,31%	31,72%
Lubelskie	19,26%	19,76%	20,25%	22,34%	21,82%	20,95%	21,53%	21,48%	21,79%	23,25%	22,95%	24,13%	22,84%	22,61%	24,40%	23,58%	22,06%
Lubuskie	31,89%	34,35%	34,46%	36,25%	34,60%	34,09%	34,96%	33,23%	33,17%	33,29%	34,95%	33,86%	32,79%	35,19%	36,56%	33,84%	34,22%
Łódzkie	30,96%	30,59%	30,94%	32,61%	33,48%	31,94%	32,41%	32,12%	31,56%	31,12%	30,57%	31,06%	31,25%	32,97%	33,62%	32,10%	31,83%
Małopolskie	27,84%	27,48%	29,86%	30,55%	30,68%	30,09%	30,10%	31,05%	31,20%	30,46%	30,92%	31,74%	31,67%	31,67%	31,60%	30,59%	30,47%
Mazowieckie	21,70%	23,29%	24,99%	25,16%	23,22%	22,43%	22,80%	22,27%	22,15%	21,81%	22,21%	22,91%	23,13%	23,27%	24,07%	23,98%	23,09%
Opolskie	31,53%	31,93%	34,41%	36,47%	36,55%	35,89%	36,60%	37,14%	36,13%	35,87%	35,92%	37,18%	37,14%	36,85%	39,00%	36,23%	35,93%
Podkarpackie	28,31%	28,58%	27,74%	28,68%	28,21%	28,52%	30,49%	30,28%	30,41%	31,17%	30,71%	32,14%	33,52%	34,86%	37,40%	36,93%	31,12%
Podlaskie	20,71%	23,13%	23,02%	22,45%	24,22%	23,92%	23,26%	23,19%	22,93%	23,72%	24,72%	24,69%	24,77%	25,94%	26,63%	27,57%	24,05%
Pomorskie	30,52%	32,29%	32,84%	32,92%	33,52%	31,61%	30,00%	29,38%	31,04%	32,86%	32,60%	32,60%	31,63%	31,36%	31,17%	31,54%	31,74%
Śląskie	38,81%	39,74%	38,15%	40,05%	40,69%	38,19%	39,51%	38,99%	39,62%	40,09%	39,74%	38,69%	39,82%	39,14%	37,87%	38,56%	39,23%
Świętokrzyskie	22,55%	23,72%	26,73%	30,88%	29,76%	29,43%	29,59%	28,49%	27,80%	28,31%	28,19%	30,07%	29,20%	29,06%	29,35%	28,11%	28,20%
Warmińsko-mazurskie	30,38%	29,27%	32,57%	33,48%	30,16%	31,27%	32,44%	32,20%	30,84%	29,45%	29,78%	30,39%	30,54%	32,07%	33,15%	31,96%	31,25%
Wielkopolskie	34,77%	36,17%	35,47%	36,33%	35,06%	34,11%	33,99%	34,47%	35,50%	35,14%	34,69%	35,52%	37,25%	37,67%	36,41%	36,00%	35,53%
Zachodnio-pomorskie	28,11%	28,35%	29,12%	31,37%	31,59%	30,51%	30,65%	30,08%	29,21%	29,19%	30,21%	29,32%	29,61%	29,92%	30,74%	31,01%	29,94%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://bdl.stat.gov.pl>, [dostęp: 22.04.2021].

Na podstawie danych zawartych w powyższych tabelach należy odnotować kilka następujących prawidłowości.

Po pierwsze ponad połowa wszystkich pracowników pozostaje zatrudniona w obrębie sektora usług w Polsce. Ponadto wskaźnik zatrudnienia w ramach sektora trzeciego gospodarki nieznacznie rośnie. W 15-letnim okresie badawczym udział ten wzrósł z 53,35% w 2005 roku do 58,39% w 2020 roku (wzrost o 5,04%). Podobnie sytuacja kształtowała się w przypadku sektora przemysłowego. W poddanym analizie czasokresie odsetek osób zatrudnionych w ramach drugiego sektora gospodarki wzrósł z 29,24% w 2005 roku do 31,50% w 2020 roku (wzrost o 2,26%). Odwrotną tendencję odnotowano w przypadku sektora rolniczego. Pomiedzy 2005 a 2020 rokiem udział osób zatrudnionych w rolnictwie zmniejszył się z 17,37% w 2005 roku do 9,54% w 2020 roku (spadek o 7,83%). W związku z powyższym na podstawie rzeczonych danych możemy stwierdzić, iż to usługi w głównej mierze były odpowiedzialne za absorpcję siły roboczej z sektora rolniczego. Z punktu widzenia teorii trzech sektorów wg J. Fourastiego jest to pozytywna informacja świadcząca o postępującym procesie transformacji polskiej gospodarki. Niemniej jednak pomimo dominującej roli sektora usług w Polsce, udział pozostałych sektorów w zatrudnieniu pozostaje nadal stosunkowo wysoki. Łączna liczba miejsc pracy w obrębie rolnictwa oraz przemysłu nadal wynosi 41,04%. W obrębie rzeczonych statystyk najbardziej niepokojącym zjawiskiem pozostaje z jednej strony zbyt powolny przyrost liczby osób zatrudnionych w sektorze usługowym, z drugiej strony stale rosnący udział pracowników w ramach sektora przemysłowego. Wysoka i rosnąca rola przemysłu uniemożliwia przeprowadzenie pełnej i sprawnej transformacji gospodarczej i ostateczne przejście polskiego systemu ekonomicznego do fazy cywilizacji tercjanej.

Po drugie poszczególne regiony w Polsce charakteryzują się znacznymi różnicami w zakresie zatrudnienia w poszczególnych sektorach gospodarki. Województwa mazowieckie, pomorskie oraz zachodniopomorskie charakteryzują się wysokim udziałem osób zatrudnionych w usługach (ponad 60%). Województwo śląskie cechuje się ponadprzeciętnie wysokim odsetkiem pracowników zatrudnionych w przemyśle (blisko 40%). Natomiast województwa lubelskie, podkarpackie i świętokrzyskie pełnią typowe funkcje rolnicze. Udział pracowników zatrudnionych w pierwszym sektorze gospodarki we wskazanych regionach oscyluje w granicach 25%.

Dane wskazane w powyższych tabelach ilustrują znaczenie poszczególnych sektorów w gospodarce polskiej. Na ich podstawie można sformułować trzy następujące wnioski końcowe:

1. Pomimo dominującej roli sektora usługowego jego wielkość jest zbyt niska, aby można było zakwalifikować gospodarkę polską do grona najbardziej rozwiniętych systemów ekonomicznych.
2. Udział w zatrudnieniu sektora rolniczego pomimo zauważalnej tendencji spadkowej pozostaje nadal wysoki. Szczególnie zauważalne jest to w przypadku niektórych regionów, takich jak województwo lubelskie (średnie zatrudnienie w rolnictwie w latach 2005–2020 wynosiło aż 26,54%)
3. Sektor przemysłowy pozostaje kluczowym pracodawcą po usługach. Jego znaczenie pozostaje znaczne i przybiera tendencję wzrostową w przypadku przeważającej większości województw w Polsce.

W dalszej części niniejszego podrozdziału zostaną przedstawione analogiczne dane odnoszące się do pozostałych krajów Unii Europejskiej. Celem tego zabiegu będzie ukazanie dysproporcji zachodzącej pomiędzy gospodarką polską a gospodarkami pozostałych krajów europejskich. Ponadto możliwe stanie się wskazanie znaczenia sektora usług i jego wielkości dla Unii Europejskiej jako jednolitego organizmu polityczno-gospodarczego. Rzeczone informacje zostały przedstawione w tabeli (Tabela 2.11.).

W dalszej części niniejszego podrozdziału analizie zostaną poddane dane dotyczące poszczególnych segmentów sektora usług w Polsce oraz pozostałych krajach Wspólnoty Europejskiej. Informacje będą dotyczyły liczby zatrudnionych pracowników, jak i wartości dodanej brutto wypracowanej przez branżę usługową w poszczególnych latach. Rzeczone dane przedstawione zostały w trzech tabelach (Tabela 2.12., Tabela 2.13., Tabela 2.14.).

Tabela 2.11. Procentowy udział osób zatrudnionych w sektorze usług w krajach Unii Europejskiej z uwzględnieniem danych dotyczących strefy euro w latach 2000-2017

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
UE – 28	63,25%	63,69%	64,36%	64,89%	65,62%	65,95%	66,31%	66,74%	67,15%	68,64%	69,55%	69,73%	70,18%	70,71%	71,18%	71,42%	71,82%	71,86%
Strefa Euro ²⁰⁰	68,52%	69,02%	69,64%	70,21%	70,85%	71,15%	71,60%	70,80%	71,58%	72,23%	73,16%	73,06%	73,65%	74,14%	74,33%	74,07%	74,40%	74,48%
Polska	50,90%	50,40%	52,00%	53,00%	53,00%	53,20%	54,00%	54,40%	54,20%	55,80%	56,90%	56,70%	57,20%	57,80%	58,20%	58,20%	58,40%	58,60%
Austria	67,60%	68,20%	68,70%	69,20%	69,70%	70,20%	71,00%	70,80%	71,20%	71,70%	72,20%	72,30%	72,70%	72,90%	72,80%	73,50%	73,60%	73,70%
Belgia	75,00%	75,20%	75,80%	76,40%	77,10%	77,40%	77,50%	77,80%	78,10%	78,60%	79,00%	79,40%	79,40%	79,80%	80,40%	80,90%	81,10%	81,10%
Bułgaria	48,10%	48,80%	48,70%	50,10%	50,80%	51,30%	51,30%	51,40%	50,50%	52,40%	53,90%	54,50%	55,20%	55,60%	55,70%	55,80%	56,60%	56,10%
Chorwacja	53,50%	54,10%	54,20%	54,30%	54,90%	55,00%	55,50%	55,90%	56,20%	57,60%	58,20%	57,40%	59,90%	61,60%	63,70%	64,20%	65,40%	66,40%
Cypr	72,80%	73,80%	73,40%	73,40%	73,50%	73,60%	74,20%	73,80%	73,60%	74,00%	74,90%	75,90%	77,30%	78,90%	80,10%	80,10%	79,90%	79,70%
Czechy	56,30%	56,50%	57,30%	58,10%	57,50%	57,40%	57,90%	58,20%	58,70%	59,70%	60,20%	59,50%	59,70%	60,10%	60,10%	60,10%	59,90%	60,20%
Dania	74,70%	75,00%	75,40%	76,00%	76,70%	76,90%	77,00%	77,00%	77,20%	79,10%	80,10%	80,20%	80,30%	80,70%	80,60%	80,50%	80,60%	80,50%
Estonia	60,40%	61,80%	62,30%	61,90%	60,50%	61,40%	62,40%	60,90%	61,80%	65,60%	66,90%	64,60%	65,80%	66,60%	67,50%	66,70%	67,80%	67,80%
Finlandia	66,80%	67,40%	68,20%	68,90%	69,40%	69,60%	69,70%	70,00%	70,00%	71,60%	72,20%	72,10%	72,40%	73,00%	73,40%	73,80%	73,90%	73,80%
Francja	75,90%	76,10%	76,40%	76,70%	77,10%	77,20%	77,50%	77,70%	78,00%	78,40%	79,00%	79,30%	79,40%	79,70%	79,70%	80,20%	80,60%	80,80%
Grecja	65,00%	65,80%	66,40%	66,90%	69,40%	68,70%	69,30%	69,60%	69,70%	69,90%	72,50%	73,00%	73,30%	73,60%	74,10%	74,80%	75,30%	75,30%
Hiszpania	64,60%	65,00%	65,70%	66,40%	67,00%	67,70%	68,60%	69,30%	71,30%	73,90%	75,00%	76,30%	77,60%	78,50%	79,00%	78,90%	78,70%	78,50%
Holandia	78,20%	78,60%	79,10%	79,60%	79,80%	80,20%	80,90%	81,20%	81,40%	81,80%	82,10%	82,30%	82,50%	82,90%	83,10%	83,20%	83,40%	83,50%
Irlandia	64,20%	64,80%	66,00%	67,10%	67,00%	67,30%	67,30%	68,00%	68,50%	73,60%	76,90%	77,50%	78,00%	77,80%	78,00%	77,10%	76,70%	76,90%
Litwa	55,40%	56,70%	55,40%	54,60%	56,10%	56,80%	55,70%	59,70%	61,60%	64,20%	66,60%	66,90%	66,10%	66,10%	66,30%	65,90%	67,10%	67,30%

²⁰⁰ Dane dla strefy euro uwzględniają akcesję poszczególnych krajów w kolejnych latach do wspólnego systemu monetarnego. Dane w latach 2000–2006 dotyczą 12 pierwotnych krajów wchodzących w skład strefy euro, tj. Austrii, Belgii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Luksemburga, Niemiec, Portugalii i Włoch. Kolejne dane zostały rozszerzone o informacje z dodatkowych krajów zgodnie z następującą kolejnością akcesji do wspólnej waluty. Od 2007 Słowenia, od 2008 Cypr i Malta, od 2009 Słowacja, od 2011 Estonia, od 2014 Łotwa i od 2015 Litwa.

Tabela 2.11. Procentowy udział osób zatrudnionych w sektorze usług... (cd.)

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Luksemburg	73,30%	74,20%	74,70%	74,70%	75,10%	75,10%	75,70%	76,20%	76,80%	77,40%	77,80%	78,10%	78,80%	79,20%	79,70%	80,00%	80,01%	80,04%
Łotwa	60,70%	58,60%	59,50%	60,50%	62,90%	64,40%	62,20%	64,90%	65,40%	67,80%	68,80%	68,10%	68,10%	68,20%	68,80%	68,90%	69,70%	69,70%
Malta	66,70%	67,00%	68,10%	69,50%	70,80%	70,90%	71,60%	72,40%	73,80%	75,30%	76,00%	76,40%	77,50%	78,30%	79,50%	80,30%	81,40%	81,90%
Niemcy	69,70%	70,20%	71,00%	71,60%	72,00%	72,60%	73,00%	73,30%	73,20%	73,60%	74,00%	73,80%	73,80%	73,90%	74,00%	74,10%	74,50%	74,70%
Portugalia	54,20%	54,90%	55,60%	56,50%	57,90%	59,20%	59,80%	60,50%	61,50%	62,90%	63,60%	64,40%	65,10%	65,70%	66,60%	67,10%	67,90%	68,10%
Rumunia	28,20%	28,60%	32,80%	32,30%	36,10%	36,60%	37,90%	37,80%	38,60%	39,80%	39,90%	41,70%	41,50%	41,80%	42,00%	43,50%	46,40%	46,60%
Szwecja	73,70%	73,90%	74,30%	75,10%	75,60%	75,70%	76,00%	75,90%	75,60%	76,40%	76,70%	76,40%	76,60%	77,10%	77,30%	77,80%	78,30%	77,90%
Słowacja	59,50%	60,20%	60,90%	60,90%	61,40%	61,30%	61,90%	62,30%	62,00%	63,90%	64,60%	64,60%	65,30%	65,30%	65,80%	65,90%	65,80%	65,50%
Słowenia	51,60%	52,10%	53,90%	54,60%	55,40%	55,70%	56,70%	57,10%	57,40%	59,20%	60,50%	61,10%	61,80%	62,20%	62,70%	62,90%	63,00%	63,20%
Węgry	59,20%	59,70%	59,90%	60,90%	62,20%	62,40%	62,80%	63,20%	63,70%	66,30%	66,80%	66,90%	66,00%	67,80%	68,60%	69,50%	69,10%	68,30%
Włochy	67,70%	67,80%	68,10%	68,50%	68,70%	68,60%	68,90%	68,90%	69,20%	69,80%	70,30%	70,90%	71,40%	72,10%	72,70%	73,10%	73,10%	73,50%
Wielka Brytania	77,00%	77,80%	78,40%	79,10%	79,70%	80,10%	80,40%	80,60%	80,90%	81,60%	81,80%	82,10%	82,20%	82,60%	82,60%	82,70%	82,80%	82,30%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, [dostęp: 22.04.2021].

Tabela 2.12. Wartość dodana brutto [w milionach euro] w sektorze usług z uwzględnieniem poszczególnych działów usług w krajach Unii Europejskiej w 2017 roku

	1	2	3	4	5	6	7	8
Średnia UE – 27	83 317,14	20 695,21	19 972,03	46 852,01	48 109,74	80 926,39	14 666,64	314 539,16
łącznie UE -27	2 249 562,80	558 770,70	539 244,70	1 265 004,30	1 298 962,90	2 185 012,60	395 999,40	8 492 557,40
Polska	105 937,30	16 987,80	17 538,20	20 131,50	34 889,40	59 887,50	9 186,30	264 558,00
Austria	73 672,80	11 720,60	13 744,10	32 690,50	32 259,70	57 637,10	9 352,60	231 077,40
Belgia	75 861,70	16 799,50	25 705,00	36 108,40	60 409,60	85 465,90	8 117,20	308 467,30
Bułgaria	10 085,30	2 758,50	2 960,50	4 514,00	2 737,90	6 270,60	1 053,90	30 380,70

Tabela 2.12. Wartość dodana brutto [w milionach euro] w sektorze usług... (cd.)

	1	2	3	4	5	6	7	8
Chorwacja	9 398,50	1 949,90	2 567,10	3 831,70	3 442,70	6 209,60	1 543,70	28 943,20
Cypr	4 450,10	1 107,40	1 821,80	1 673,10	1 820,30	3 302,60	736,90	14 912,20
Dania	51 220,40	11 801,40	14 840,80	26 621,30	24 238,60	54 338,00	8 288,70	191 349,20
Estonia	4 604,20	1 207,80	849,80	2 156,90	1 885,20	3 269,80	526,00	14 499,70
Finlandia	30 534,00	11 402,00	6 509,00	24 748,00	16 803,00	39 189,00	6 062,00	135 247,00
Francja	363 169,00	106 839,00	79 388,00	264 349,00	280 140,00	460 019,00	60 722,00	1 614 626,00
Grecja	39 865,10	4 758,30	8 807,20	26 255,00	7 755,10	30 973,10	4 978,20	123 392,00
Hiszpania	251 393,00	39 340,00	40 383,00	121 488,00	91 369,00	190 717,00	53 020,00	787 710,00
Holandia	136 693,00	32 619,00	48 133,00	45 934,00	99 150,00	139 037,00	15 628,00	517 194,00
Irlandia	35 248,10	31 327,00	18 210,10	16 864,00	30 176,50	31 152,30	4 011,50	166 989,50
Litwa	12 018,60	1 384,10	774,90	2 504,30	2 656,70	5 341,60	870,70	25 550,90
Luksemburg	8 491,90	3 330,10	14 076,70	3 880,30	6 246,50	8 139,70	906,60	45 071,80
Łotwa	5 985,30	1 221,10	908,50	2 910,90	1 807,00	3 852,70	774,70	17 460,20
Malta	2 133,90	764,00	827,10	632,50	1 662,30	1 724,50	1 160,50	8 904,80
Niemcy	467 957,00	135 393,00	117 924,00	310 932,00	336 912,00	532 330,00	111 500,00	2 012 948,00
Portugalia	41 821,50	5 941,20	8 509,90	21 194,70	12 961,60	32 695,30	4 951,40	128 075,60
Republika Czeska	33 274,50	9 603,50	7 144,00	15 005,50	12 698,40	25 451,20	3 782,70	106 959,80
Rumunia	34 586,80	10 266,60	4 592,60	15 071,70	14 151,00	23 136,30	5 832,30	107 637,30
Słowacja	14 299,90	3 673,50	2 138,90	7 727,00	7 666,10	11 021,90	2 722,10	49 249,40
Słowenia	7 803,10	1 486,10	1 406,20	2 874,90	3 794,80	6 086,60	939,90	24 391,60
Szwecja	76 090,90	30 478,80	17 468,50	35 506,80	49 407,60	91 044,70	12 446,10	312 443,40
Węgry	19 533,80	5 291,70	3 884,00	9 703,40	10 709,50	18 592,60	3 166,40	70 881,40
Włochy	333 433,10	59 318,80	78 131,80	209 694,90	151 212,40	258 127,00	63 719,00	1 153 637,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, [dostęp: 22.04.2021].

Tabela 2.13. Procentowy udział osób zatrudnionych w poszczególnych składowych sektora usług w krajach Unii Europejskiej w 2017 roku

	1	2	3	4	5	6	7
Średnia UE – 27	25,31%	3,05%	2,73%	1,05%	11,41%	22,84%	5,09%
Łącznie UE – 27	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Polska	22,90%	2,40%	2,40%	0,90%	6,60%	20,30%	3,10%
Austria	26,80%	2,70%	2,80%	1,40%	11,90%	23,60%	4,50%
Belgia	21,00%	2,50%	2,50%	0,60%	19,70%	30,60%	4,20%
Bułgaria	25,20%	2,70%	1,80%	0,80%	7,00%	15,40%	3,20%
Chorwacja	28,00%	2,90%	2,80%	0,50%	7,00%	20,90%	4,30%
Cypr	32,30%	2,80%	5,10%	0,60%	9,70%	20,00%	9,20%
Dania	26,00%	3,50%	2,70%	1,60%	10,80%	30,50%	5,40%
Estonia	25,30%	4,80%	1,90%	1,60%	8,10%	21,10%	5,00%
Finlandia	20,20%	4,10%	1,70%	1,00%	12,60%	28,80%	5,40%
Francja	22,80%	3,10%	2,80%	1,30%	15,40%	30,00%	5,40%
Grecja	35,10%	2,00%	1,80%	0,40%	8,70%	22,30%	5,00%
Hiszpania	29,90%	2,50%	1,80%	1,00%	12,30%	22,10%	8,90%
Holandia	24,80%	3,20%	2,30%	0,80%	21,70%	26,30%	4,40%
Irlandia	28,50%	4,00%	4,00%	0,70%	10,70%	24,80%	4,20%
Litwa	27,00%	2,10%	1,50%	1,10%	8,20%	22,90%	4,50%
Luksemburg	22,70%	4,40%	10,80%	1,00%	16,70%	20,60%	4,20%
Łotwa	27,20%	3,70%	1,90%	2,50%	9,00%	20,80%	4,60%
Malta	26,00%	4,00%	5,30%	0,80%	15,00%	24,60%	6,20%
Niemcy	22,70%	2,90%	2,60%	1,10%	13,90%	24,70%	6,80%
Portugalia	25,60%	2,00%	1,70%	0,80%	11,70%	20,60%	5,70%
Republika Czeska	23,20%	2,80%	1,80%	1,80%	8,80%	18,20%	3,60%

Tabela 2.13. Procentowy udział osób zatrudnionych... (cd.)

	1	2	3	4	5	6	7
Rumunia	22,00%	2,10%	1,30%	0,30%	4,40%	13,70%	2,80%
Słowacja	26,20%	2,80%	1,90%	1,20%	10,20%	20,00%	3,20%
Słowenia	21,50%	3,00%	2,20%	0,60%	13,20%	18,80%	3,90%
Szwecja	20,10%	3,90%	1,80%	1,60%	11,80%	33,90%	4,80%
Węgry	24,20%	3,10%	2,00%	1,60%	10,80%	22,30%	4,30%
Włochy	26,10%	2,40%	2,60%	0,70%	12,20%	18,90%	10,60%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, [dostęp: 22.04.2021].

Tabela 2.14. Liczba osób [w tys. osób] zatrudnionych w poszczególnych składowych sektorach usług w krajach Unii Europejskiej w 2017 roku

	1	2	3	4	5	6	7	9
Średnia UE – 27	1855	210	179	77	937	1775	461	785
łącznie UE – 27	50091	5679	4837	2077	25307	47935	12458	148384
Polska	3 731	386	396	147	1 081	3 305	503	9 549
Austria	1 181	118	124	63	527	1 043	199	3 255
Belgia	996	119	121	28	937	1 454	201	3 856
Bułgaria	889	94	65	27	246	544	112	1 977
Chorwacja	450	46	45	8	113	335	69	1 066
Cypr	131	11	21	2	39	81	38	324
Dania	760	103	78	46	316	889	157	2 350
Estonia	162	31	12	10	52	135	32	435
Finlandia	519	105	45	26	324	738	138	1 894
Francja	6 359	856	781	376	4 295	8 362	1 506	22 535

Tabela 2.14. Liczba osób [w tys. osób] zatrudnionych... (cd.).

	1	2	3	4	5	6	7	9
Grecja	1 560	89	81	18	389	992	220	3 351
Hiszpania	5 794	493	358	202	2 391	4 285	1 729	15 251
Holandia	2 274	296	212	73	1 989	2 408	400	7 652
Irlandia	611	85	86	15	229	532	89	1 647
Litwa	368	28	20	15	111	311	61	915
Luksemburg	98	19	47	4	72	89	18	348
Łotwa	241	33	16	22	79	184	41	616
Malta	58	9	12	2	33	55	14	182
Niemcy	10 044	1 283	1 130	473	6 139	10 919	3 005	32 993
Portugalia	1 229	94	82	36	564	989	275	3 270
Republika Czeska	1 242	151	95	95	471	974	195	3 223
Rumunia	1 897	184	114	23	384	1 184	245	4 030
Słowacja	622	67	46	27	242	475	76	1 554
Słowenia	213	30	22	6	131	187	39	626
Szwecja	1 010	196	92	83	592	1 700	240	3 913
Węgry	1 101	140	89	71	494	1 015	196	3 107
Włochy	6 551	611	648	181	3 065	4 750	2 660	18 465

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, [dostęp: 22.04.2021].

Przed rozpoczęciem analizy informacji wskazanych w powyższych tabelach należy dokonać kilku uwag technicznych dotyczących oznaczenia danych. Numery wskazane w górnym wierszu każdej z tabel odnoszą się do poszczególnych segmentów sektora²⁰¹ usług bądź wartości sumarycznych, przy czym:

- Numerem 1 oznaczono: Handel hurtowy i detaliczny, transport, działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi;
- Numerem 2 oznaczono: Informację i komunikację;
- Numerem 3 oznaczono: Działalność finansową i ubezpieczeniową;
- Numerem 4 oznaczono: Działalność związaną z nieruchomościami;
- Numerem 5 oznaczono: Działalność profesjonalną, naukową i techniczną; działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierającą;
- Numerem 6 oznaczono: Administrację publiczną, obronę narodową, edukację, zdrowie ludzkie i opiekę społeczną;
- Numerem 7 oznaczono: Działalność związaną z kulturą, rozrywką i rekreacją; pozostałą działalność usługową; działalność organizacji i zespołów domowych oraz eksterytorialnych;
- Numerem 8 oznaczono: Łączną wielkość sektora usług;
- Numerem 9 oznaczono: Łączną liczbę osób zatrudnionych w usługach.

Kolory, którymi oznaczono poszczególne komórki tabeli należy odnieść natomiast do stosunku względem wartości średniej. Kolorem jasnozielonym oznaczono tym samym wartości większe od wartości przeciętnej dla krajów Unii Europejskiej, natomiast kolorem jasnoczerwonym wartości mniejsze.

W pierwszej kolejności analizie zostaną poddane dane dotyczące wartości dodanej brutto wytworzonej w poszczególnych gałęziach sektora usług w krajach Unii Europejskiej. Na ich podstawie można sformułować następujące wnioski:

1. Cechą charakterystyczną pozostaje dominacja dwóch państw pod względem łącznej wielkości wytworzonej wartości brutto. Rzeczona branża wygenerowała w 2017 roku najwyższe dochody w Niemczech (ponad 2 mld euro) oraz we Francji (ponad 1,6 mld euro). Wyniki te są 6,4 razy wyższe od średniej unijnej w przypadku Niemiec oraz 5,1 razy wyższe w przypadku Francji;
2. Polska cechuje się niższą od średniej unijnej łączną wielkością wytworzonej wartości brutto w 2017 roku. Wynik ten pozostawał o 49 981,16 mln euro niższy względem przeciętnej dla krajów Unii Europejskiej;
3. Wysokość łącznej wielkości wartości brutto w 2017 roku był wyższy w przypadku Polski od licznych pozostałych krajów Unii Europejskiej. Niemniej jednak, uwzględniając potencjał ludnościowy niektórych krajów oraz wielkość gospodarki, rezultat ten wydaje się być daleko niezadowolający. Przykładowo Austria mająca 4,3 krotnie²⁰² niższą liczbą populacji niż Polska odnotowała wartość dodaną brutto w 2017 roku w sektorze usług niższą zaledwie o 33 480,6 mln euro;
4. Dominującym działem usług pod względem wysokości wartości dodanej brutto w Polsce pozostaje handel hurtowy i detaliczny, transport, działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi. W 2017 roku wielkość tego sektora wynosiła 105 937,30 mln euro, co klasyfikuje Polskę na szóstym miejscu spośród krajów Unii Europejskiej. Co więcej, wielkość rzeczonoego działu jako jedyna pozostaje wyższa od średniej unijnej, uwzględniając jako wyznacznik wartość dodaną brutto;

²⁰¹ Wskazany poniżej podział pozostaje zbieżny z zestawieniem Eurostatu.

²⁰² Liczba ludności Polski na dzień 30.06.2020 wynosiła 38,354 mln osób, natomiast Austrii 8,864 mln osób, źródło: Główny Urząd Statystyczny, *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 roku. Stan w dniu 30 czerwca*, Warszawa 2020 oraz dane Eurostatu.

5. Najmniej znaczącym działem sektora w przypadku gospodarki polskiej pozostaje działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją; pozostała działalność usługową; działalność organizacji i zespołów domowych oraz eksterytorialnych. W 2017 wartość dodana brutto wygenerowana przez rzeczoną branżę wynosiła zaledwie 9186,30 mln euro.

W dalszej kolejności należy skupić się na analizie danych dotyczących liczby osób zatrudnionych w poszczególnych działach sektora usług. Informacje zostały przedstawione zarówno jako procentowy udział zatrudnionych względem wszystkich sektorów gospodarki, jak również w bezwzględnych danych liczbowych. Na ich podstawie należy sformułować kilka następujących wniosków:

1. Najwyższy procentowy udział zatrudnienia w Polsce odnotowano w przypadku dwóch następujących działów sektora usług: handlu hurtowego i detalicznego, transportu, działalności związanej z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi oraz administracji publicznej, obrony narodowej, edukacji, zdrowia ludzkiego i opieki społecznej. Odsetek liczby pracujących we wskazanych branżach wynosił odpowiednio w 2017 roku – 22,90% i 20,30%. Tendencja ta jest zbieżna względem pozostałych krajów Unii Europejskiej, gdzie udział ten oscylował w granicach 25,31% i 22,84%.
2. Pomimo niskiego względem pozostałych krajów Unii Europejskiej procentowego udziału sektora usług w tworzeniu produktu gospodarczego w Polsce, łączna liczba osób zatrudnionych w rzeczonej branży pozostaje wysoka. W 2017 łącznie w usługach w naszym kraju pracowało 9 mln 549 tys. osób. Wynik ten jest piątym najwyższym spośród krajów Unii Europejskiej i klasyfikuje Polskę powyżej średniej unijnej. Powodów tego stanu rzeczy należy prawdopodobnie upatrywać w wysokiej jak na standardy unijne liczbie ludności w naszym kraju. Polska, w wyniku wyjścia ze struktur unijnych Wielkiej Brytanii, stała się piątym pod względem liczby ludności krajem Unii Europejskiej²⁰³.
3. Pomimo faktu, iż dział administracja publiczna, obrona narodowa, edukacja, zdrowie ludzkie i opieka społeczna wygenerował w 2017 roku w Polsce blisko o połowę niższą wartość dodaną brutto od działu handel hurtowy i detaliczny, transport, działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi, liczba zatrudnionych w przypadku pierwszej branży usługowej były wyłącznie o 426 tysięcy osób niższa od drugiego działu usługowego. Świadczyć to może o rozroście biurokracji w przypadku aparatu administracji publicznej.

Ostatnim elementem, który będzie stanowił punkt rozważań w niniejszym podrozdziale, pozostaje przedstawienie wniosków końcowych dotyczących wielkości i znaczenia sektora usług w Polsce oraz w pozostałych krajach Unii Europejskiej. W związku z powyższym należy przedstawić następujące konkluzje:

1. Kraje Unii Europejskiej charakteryzują się wysokim bądź bardzo wysokim udziałem sektora usług w zatrudnieniu. W niektórych przypadkach odsetek osób zatrudnionych w branży usługowej przekracza 80% – np. Holandia, Francja Dania;
2. Polska cechuje się niskim udziałem sektora usług w zatrudnieniu na tle pozostałych krajów europejskich. Odsetek ten nie przekracza 60%, co pozostaje wyjątkiem względem innych krajów Unii Europejskiej;
3. W przypadku Polski absorpcja siły roboczej do sektora usług następuje przede wszystkim z sektora rolniczego, natomiast w przypadku najbardziej rozwiniętych krajów Unii Europejskiej (np. Niemcy) absorpcja ta następuje w znacznie wyższym stopniu z sektora przemysłowego. Fakt ten świadczy o ciągle postępującym procesie transformacji społeczno-gospodarczej Polski i nie osiągnięciu przez nią fazy cywilizacji tercjalnej;

²⁰³ Krajami członkowskimi Unii Europejskiej o wyższej od Polski liczbie ludności pozostają Niemcy (83,166 mln), Francja (67,320 mln), Włochy (59,641 mln) oraz Hiszpania (47,332 mln) mieszkańców, źródło: Eurostat.

4. Pozostałe kraje byłego bloku wschodniego zazwyczaj lepiej radzą sobie z transformacją gospodarczą, czego przykładem może być znacznie szybszy wzrost udziału zatrudnionych w obrębie sektora usługowego;
5. W przypadku Polski występuje silne zróżnicowanie znaczenia sektora usług w poszczególnych częściach kraju. Najwyższy odsetek osób zatrudnionych w usługach cechuje województwo mazowieckie, najniższy – świętokrzyskie;
6. Najwyższą wartość dodaną brutto oraz najwyższe zatrudnienie w Polsce jak i w pozostałych krajach Unii Europejskiej odnotowuje się w handlu, transporcie, usługach związanych z zakwaterowaniem i gastronomią.

2.5. Podsumowanie rozdziału drugiego

Sektor usług stanowi podstawę nowoczesnych systemów ekonomicznych na świecie. Rola w tworzeniu produktu gospodarczego rzeczonyj branży ma elementarny charakter ze względu na możliwość zastosowania licznych innowacji usprawniających efektywność procesu gospodarowania i niematerialność umożliwiającą oferowania usług bez ograniczeń przestrzennych. W rozdziale drugim niniejszej pracy dokonano szczegółowej charakterystyki sektora usługowego, poczynając od przedstawienia definicji oraz obowiązujących klasyfikacji, kończąc na opisie znaczenia i wielkości branży usługowej dla gospodarki polskiej oraz pozostałych krajów wchodzących w skład Unii Europejskiej.

Wnioski wynikające z analizy danych statystycznych wskazują jednoznacznie na zbyt niskie znaczenie sektora usług na tle pozostałych gałęzi gospodarki w Polsce. Uwzględniając jego kluczowe znaczenie w tworzeniu produktu, jest to negatywne zjawisko. Pozytywną informacją pozostaje jednak to, iż udział usług w okresie objętym badaniem uległ zwiększeniu. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia dalszej transformacji gospodarczej oraz rozwoju medycznych zawodów zaufania publicznego, które stanowią wiodący przedmiot opisu niniejszej pracy.

W kolejnym rozdziale niniejszej pracy zostanie przeprowadzona analiza dotyczącą wpływu epidemii COVID-19 na medyczne zawody zaufania publicznego. W tym celu wykorzystane zostaną autorskie badania ankietowe zebrane w trakcie trwania pandemii od przedstawicieli profesji medycznych. W dalszej kolejności zostaną one zestawione z dostępnymi danymi opublikowanymi przez urzędy statystyczne. Ich konfrontacja umożliwi przedstawienie realnego wpływu sytuacji epidemiologicznej na rynek pracy w Polsce. Ponadto możliwe stanie się potwierdzenie bądź obalenie części hipotez przedstawionych na początku niniejszej pracy.

ROZDZIAŁ III

Wpływ epidemii COVID-19 na medyczne zawody zaufania publicznego

3.1. Przedmowa i opis przyjętych metod badawczych

Celem niniejszego rozdziału pozostaje odpowiedź na pytanie, jaki wpływ wywarła pandemia koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego. Dominującym aspektem, który został poddany analizie pozostają dochody brutto osiągnęte przez osoby wykonujące profesje medyczne. W związku z koniecznością udzielenia odpowiedzi na powyższe zagadnienie zostały przeprowadzone trzy badania ankietowe w rocznym czasokresie obejmującym termin od kwietnia 2020 roku do kwietnia 2021 roku.

Dwa pierwsze pomiary zostały skierowane do ogółu respondentów bez ograniczeń podmiotowych i przedmiotowych. Próba obejmowała odpowiednio 302 oraz 205 ankietowanych. W przypadku obydwu pomiarów treść przeprowadzonej ankiety pozostała zbieżna. Głównym celem przeprowadzenia dwóch odrębnych badań o identycznej treści było zbadanie różnic pomiędzy udzielonymi odpowiedziami w okresie pierwszej i kolejnych fal pandemii koronawirusa. W związku z powyższym pierwsze badanie zostało przeprowadzone w okresie od kwietnia do czerwca 2020 roku (pierwsza fala pandemii koronawirusa w Polsce), natomiast drugie w okresie od października 2020 roku do kwietnia 2021 roku (druga i trzecia fala pandemii koronawirusa w Polsce). Temat badań został sformułowany w następujący sposób: „Oczekiwania odnoszące się do wpływu pandemii koronawirusa na sektor usług w Polsce”. Respondenci zostali poproszeni o udzielenie opinii na temat kilku zagadnień. Postawione pytania dotyczące medycznych zawodów zaufania publicznego obejmowały następujące problemy badawcze:

1. Który z medycznych zawodów zaufania publicznego w najwyższym stopniu ucierpiał pod względem finansowym pod wpływem epidemii koronawirusa w Polsce?
2. Który z medycznych zawodów zaufania publicznego w najmniejszym stopniu ucierpiał pod względem finansowym pod wpływem epidemii koronawirusa w Polsce?
3. Czy w opinii respondentów medyczne zawody zaufania publicznego charakteryzują się wyższą odpornością na występowanie sytuacji kryzysowych od innych działów sektora usług?

W celu konfrontacji otrzymanych wyników z rzeczywistością, w okresie od stycznia do kwietnia 2021 roku zostało przeprowadzone dodatkowe badanie ankietowe. W tym przypadku formularz został skierowany do przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego. Temat badania został sformułowany w sposób następujący: „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”. Próba obejmowała 406 ankietowanych. Respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań badawczych. Część z nich pozostawała zbieżna względem dwóch poprzednich ankiet, natomiast część została indywidualnie spersonalizowana dla potrzeb badawczych i miała odmienny charakter niż uprzednio. Postawione pytania dotyczące medycznych zawodów zaufania publicznego obejmowały następujące problemy badawcze:

1. Który z medycznych zawodów zaufania publicznego w najwyższym stopniu ucierpiał pod względem finansowym pod wpływem epidemii koronawirusa w Polsce?
2. Który z medycznych zawodów zaufania publicznego w najmniejszym stopniu ucierpiał pod względem finansowym pod wpływem epidemii koronawirusa w Polsce?
3. Czy w opinii respondentów medyczne zawody zaufania publicznego charakteryzują się wyższą odpornością na występowanie sytuacji kryzysowych od innych działów sektora usług?

4. Jakie przeciętne przychody brutto miesięczne osiągał Pan(i) w związku z wykonywanym medycznym zawodem zaufania publicznego do momentu wybuchu pandemii koronawirusa?
5. W jakim stopniu zmieniła się wielkość uzyskiwanych przez Pana (Panią) przychodów w związku z wykonywanym medycznym zawodem zaufania publicznego od momentu wybuchu pandemii koronawirusa?

W przypadku rzeczony ankiet respondenci zostali ponadto poproszeni o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań bezpośrednio dotyczących wykonywanej przez nich profesji medycznej. Przyjmowały one następującą treść:

1. Który z medycznych zawodów zaufania publicznego jest przez Pana (Panią) wykonywany?
 2. W jaki sposób wykonuje Pan(i) swoją profesję?
 3. Jakim stażem zawodowym charakteryzuje się Pan(i) w związku z wykonywaną profesją medyczną?
- Podstawione pytania nie miały przypadkowej treści. Głównym ich celem pozostawało zbadanie następujących kwestii badawczych:

1. Który z medycznych zawodów zaufania publicznego charakteryzuje się najwyższymi osiąganymi dochodami brutto?
2. W przypadku którego z medycznych zawodów zaufania publicznego nastąpił najwyższy spadek osiąganych dochodów brutto w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa?
3. W jakim stopniu forma zatrudnienia wpływa na osiągane dochody brutto z działalności zawodowej?
4. W jakim stopniu forma zatrudnienia wpłynęła na spadek bądź wzrost dochodów brutto po wybuchu pandemii koronawirusa?
5. Czy długość posiadanego stażu zawodowego koreluje z wysokością osiąganych dochodów brutto w przypadku przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego?
6. Czy istnieje korelacja pomiędzy długością stażu zawodowego a spadkiem dochodów brutto w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych?

W każdym przypadku przed rozpoczęciem właściwej części badania respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań wstępnych dotyczących: płci, wieku, zamieszkiwanego regionu, wielkości zamieszkiwanego miasta oraz wykształcenia. Otrzymane rezultaty zostały przedstawione w tabelach znajdującej się poniżej. Pierwsza z nich dotyczy dwóch ankiet skierowanych do ogółu respondentów, natomiast druga odnosi się do badania skierowanego do przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego. Rzeczne wyniki kształtują się w sposób następujący:

Tabela 3.1. Rozkład danych dotyczących płci, wieku, regionu, wielkości miasta i wykształcenia respondentów w badaniach „Oczekiwania odnoszące się do wpływu pandemii koronawirusa na sektor usług w Polsce”

Kategoria	Pierwsza fala pandemii		Druga i trzecia fala pandemii		Łącznie	
Płeć						
Kobieta	151	50,00%	93	45,37%	244	48,13%
Mężczyzna	137	45,36%	102	49,76%	239	47,14%
Preferuję nie podawać informacji	14	4,64%	10	4,88%	24	4,73%
Grupa wiekowa						
Poniżej 18 lat	29	9,60%	27	13,17%	56	11,05%
Od 19 do 30 lat	105	34,77%	83	40,49%	188	37,08%
Od 31 do 45 lat	72	23,84%	43	20,98%	115	22,68%
Od 46 do 60 lat	73	24,17%	45	21,95%	118	23,27%
Powyżej 60 lat	23	7,62%	7	3,41%	30	5,92%

Tabela 3.1. Rozkład danych dotyczących płci, wieku, regionu, wielkości miasta i... (cd.)

Kategoria	Pierwsza fala pandemii		Druga i trzecia fala pandemii		Łącznie	
Region ²⁰⁴						
Region 1	125	41,39%	57	27,80%	182	35,90%
Region 2	80	26,49%	79	38,54%	159	31,36%
Region 3	37	12,25%	37	18,05%	74	14,60%
Region 4	57	18,87%	29	14,15%	86	16,96%
Zagranica	3	0,99%	3	1,46%	6	1,18%
Wielkość miasta						
Poniżej 100 tys. mieszkańców	57	18,87%	42	20,49%	99	19,53%
Od 100 do 250 tys. mieszkańców	91	30,13%	34	16,59%	125	24,65%
Od 250 do 500 tys. mieszkańców	47	15,56%	32	15,61%	79	15,58%
Od 500 tys. do 1 mln mieszkańców	70	23,18%	68	33,17%	138	27,22%
Powyżej 1 mln mieszkańców	37	12,25%	29	14,15%	66	13,02%
Wykształcenie						
Wykształcenie podstawowe	28	9,27%	21	10,24%	49	9,66%
Wykształcenie średnie	50	16,56%	53	25,85%	103	20,32%
Wykształcenie zasadnicze zawodowe	21	6,95%	11	5,37%	32	6,31%
Wykształcenie wyższe	203	67,22%	120	58,54%	323	63,71%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 507 respondentów.

Statystycznie najczęściej poddaną badaniu osobą jest kobieta (48,13% wszystkich respondentów), w przedziale wiekowym od 19 do 30 lat (37,08% wszystkich respondentów), zamieszkała w regionie pierwszym, czyli w województwie mazowieckim, wielkopolskim, dolnośląskim lub śląskim (35,90% wszystkich respondentów), zamieszkała w mieście o wielkości od 0,5 do 1 miliona mieszkańców (27,22% wszystkich respondentów), posiadająca wykształcenie wyższe (63,71% wszystkich respondentów).

Tabela 3.2. Rozkład danych dotyczących płci, wieku, regionu, wielkości miasta i wykształcenia przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Kategoria	Udział	Udział procentowy
Płeć		
Kobieta	275	67,73%
Mężczyzna	119	29,31%
Preferuję nie podawać informacji	12	2,96%

²⁰⁴ Podział regionów nastąpił w oparciu o wysokość PKB per capita, w poszczególnych województwach, poczynając od województw o najwyższym współczynniku, kończąc na województwach o najniższych współczynnikach. Źródło: Główny Urząd Statystyczny, dane na 2016 rok. Region 1. – Województwa: mazowieckie, wielkopolskie, dolnośląskie, śląskie. Region 2. – Województwa: pomorskie, łódzkie, małopolskie, lubuskie. Region 3. – Województwa: zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie, opolskie, świętokrzyskie. Region 4. – Województwa: warmińsko-mazurskie, podlaskie, podkarpackie, lubelskie.

Tabela 3.2. Rozkład danych dotyczących płci, wieku, regionu, wielkości miasta i... (cd.)

Kategoria	Udział	Udział procentowy
Grupa wiekowa		
Poniżej 30 lat	101	24,88%
Od 31 do 45 lat	136	33,50%
Od 46 do 60 lat	151	37,19%
Od 61 do 75 lat	17	4,19%
Powyżej 75 lat	1	0,25%
Region ²⁰⁵		
Region 1	298	73,40%
Region 2	66	16,26%
Region 3	24	5,91%
Region 4	12	2,96%
Zagranica	6	1,48%
Wielkość miasta		
Poniżej 100 tys. mieszkańców	140	34,48%
Od 100 do 250 tys. mieszkańców	65	16,01%
Od 250 do 500 tys. mieszkańców	71	17,49%
Od 500 tys. do 1 mln mieszkańców	104	25,62%
Powyżej 1 mln mieszkańców	26	6,40%
Wykształcenie		
Wykształcenie średnie	75	18,47%
Studia pierwszego stopnia (licencjat)	132	32,51%
Studia drugiego stopnia (magisterium)	163	40,15%
Studia trzeciego stopnia (doktorat)	36	8,87%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów.

Statystycznie najczęściej poddaną badaniu osobą jest kobieta (67,73% wszystkich respondentów), w przedziale wiekowym od 46 do 60 lat (37,19% wszystkich respondentów), zamieszkała w regionie pierwszym, czyli w województwie mazowieckim, wielkopolskim, dolnośląskim lub śląskim (73,40% wszystkich respondentów), zamieszkała w mieście o wielkości poniżej 100 tysięcy mieszkańców (34,48% wszystkich respondentów), posiadająca wykształcenie wyższe z tytułem magistra (40,15% wszystkich respondentów).

3.2. Oczekiwania dotyczące wpływu epidemii COVID-19 na medyczne zawody zaufania publicznego oraz ich weryfikacja na podstawie uzyskanych danych statystycznych

Celem niniejszego rozdziału pozostaje przedstawienie oczekiwań dotyczących wpływu epidemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego oraz ich późniejsza weryfikacja w oparciu o dane pozyskane od respondentów. W pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane informacje dotyczące opinii ankietowanych odnoszącej się do pytania, która z profesji medycznych w ich mniemaniu ucierpią pod względem finansowym w największym stopniu, a która w stopniu najniższym w wyniku wybuchy pandemii COVID-19. Wyniki dotyczące rzeczowej kwestii zostały przedstawione w tabelach znajdujących się poniżej:

²⁰⁵ Ibidem (207).

Tabela 3.3. Opinia respondentów dotycząca zawodu medycznego, który w ich mniemaniu w najmniejszym stopniu ucierpiał pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 (w liczbach bezwzględnych)

	Opinia przedstawicieli zawodów medycznych	Opinia społeczna (1. fala pandemii)	Opinia społeczna (2. i 3. fala pandemii)	Opinia społeczna (ogółem)
Diagnosta laboratoryjny	66	21	52	73
Farmaceuta	148	131	62	193
Lekarz	111	122	42	164
Lekarz dentysta	33	11	27	38
Pielęgniarka	27	6	6	12
Położna	21	11	16	27
Łącznie	406	302	205	507

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 913 respondentów.

Tabela 3.4. Opinia respondentów dotycząca zawodu medycznego, który w ich mniemaniu w najmniejszym stopniu ucierpiał pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 (procentowo)

	Opinia przedstawicieli zawodów medycznych	Opinia społeczna (1. fala pandemii)	Opinia społeczna (2. i 3. fala pandemii)	Opinia społeczna (ogółem)
Diagnosta laboratoryjny	16,26%	6,95%	25,37%	14,40%
Farmaceuta	36,45%	43,38%	30,24%	38,07%
Lekarz	27,34%	40,40%	20,49%	32,35%
Lekarz dentysta	8,13%	3,64%	13,17%	7,50%
Pielęgniarka	6,65%	1,99%	2,93%	2,37%
Położna	5,17%	3,64%	7,80%	5,33%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 913 respondentów.

Tabela 3.5. Opinia wszystkich respondentów dotycząca zawodu medycznego, który w ich mniemaniu w najmniejszym stopniu ucierpiał pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 (w liczbach bezwzględnych i procentowo)

	Opinia wszystkich respondentów (w liczbach bezwzględnych)	Opinia wszystkich respondentów (procentowo)
Diagnosta laboratoryjny	139	15,22%
Farmaceuta	341	37,35%
Lekarz	275	30,12%
Lekarz dentysta	71	7,78%
Pielęgniarka	39	4,27%
Położna	48	5,26%
Łącznie	913	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 913 respondentów.

Tabela 3.6. Opinia respondentów dotycząca zawodu medycznego, który w ich mniemaniu w największym stopniu ucierpiał pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 (w liczbach bezwzględnych)

	Opinia przedstawicieli zawodów medycznych	Opinia społeczna (1. fala pandemii)	Opinia społeczna (2. i 3. fala pandemii)	Opinia społeczna (ogółem)
Diagnosta laboratoryjny	32	4	14	18
Farmaceuta	11	3	6	9
Lekarz	82	58	27	85
Lekarz dentysta	95	165	42	207
Pielęgniarka	160	70	81	151
Położna	26	2	35	37
Łącznie	406	302	205	507

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 913 respondentów.

Tabela 3.7. Opinia respondentów dotycząca zawodu medycznego, który w ich mniemaniu w największym stopniu ucierpiał pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 (procentowo)

	Opinia przedstawicieli zawodów medycznych	Opinia społeczna (1. fala pandemii)	Opinia społeczna (2. i 3. fala pandemii)	Opinia społeczna (ogółem)
Diagnosta laboratoryjny	7,88%	1,32%	6,83%	3,55%
Farmaceuta	2,71%	0,99%	2,93%	1,78%
Lekarz	20,20%	19,21%	13,17%	16,77%
Lekarz dentysta	23,40%	54,64%	20,49%	40,83%
Pielęgniarka	39,41%	23,18%	39,51%	29,78%
Położna	6,40%	0,66%	17,07%	7,30%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 913 respondentów.

Tabela 3.8. Opinia wszystkich respondentów dotycząca zawodu medycznego, który w ich mniemaniu w największym stopniu ucierpiał pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 (w liczbach bezwzględnych i procentowo)

	Opinia wszystkich respondentów (w liczbach bezwzględnych)	Opinia wszystkich respondentów (procentowo)
Diagnosta laboratoryjny	50	5,48%
Farmaceuta	20	2,19%
Lekarz	167	18,29%
Lekarz dentysta	302	33,08%
Pielęgniarka	311	34,06%
Położna	63	6,90%
Łącznie	913	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 913 respondentów.

Na podstawie informacji zawartych w powyższych tabelach należy przedstawić kilka następujących wniosków:

1. Respondenci przedstawiali odmienną opinię odnośnie do zawodu, który w ich mniemaniu w największym stopniu ucierpiał pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii koronawirusa w Polsce. Przedstawiciele zawodów medycznych oraz respondenci poddani badaniu podczas drugiej i trzeciej fali pandemii uważali pielęgniarkę za profesję, która w najwyższym stopniu odczuje negatywne skutki sytuacji epidemiologicznej. Natomiast osoby poddane badaniu w trakcie pierwszej fali epidemii wskazały w rzeczonym przypadku na lekarza dentyستę. Uwzględniając opinię wszystkich ankietowanych w trzech badaniach, to zawód pielęgniarzki jest uważany za profesję najmocniej dotkniętą wybuchem epidemii COVID-19 w Polsce. Spośród 913 respondentów 311 wskazało na rzeczoną profesję medyczną, co po uwzględnieniu wszystkich badanych daje łączny wynik 34,06%. Niemniej jednak lekarz dentyста był równie często wybieranym wariantem odpowiedzi. Tą opcję wybrało 302 ankietowanych (33,08% wszystkich respondentów).
2. Respondenci pozostawali zgodni co do opinii odnoszącej się do zawodu medycznego, który ich zdaniem w najmniejszym stopniu ucierpiał finansowo w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa. W przypadku każdego z przeprowadzonych badań najczęściej wybieranym przez ankietowanych wariantem odpowiedzi był farmaceuta. W pierwszym pytaniu dotyczącym zawodu, który w najmniejszym stopniu ucierpi w wyniku pandemii aż 37,35% wszystkich respondentów wskazało na profesję farmaceuty, w przypadku pytania przeciwnego zaledwie 2,19% badanych zdecydowało się wybrać rzeczony wariant odpowiedzi.

W następnej kolejności zostaną przedstawione informacje dotyczące wykonywanej przez respondentów profesji medycznej. W poniższej tabeli zamieszczono dane odnoszące się do rodzaju wykonywanego zawodu zaufania publicznego (diagnosta laboratoryjny, farmaceuta, lekarz, lekarz dentyста, pielęgniarzka, położna), sposobu wykonywania profesji (praktyka zawodowa, indywidualna działalność gospodarcza, stosunek służbowy, umowa cywilnoprawna, umowa o pracę, wolontariat) oraz długości stażu zawodowego. Rzeczone informacje kształtują się w sposób następujący:

Tabela 3.9. Rozkład danych dotyczących rodzaju wykonywanego zawodu medycznego, sposoby wykonywania profesji oraz długości stażu zawodowego przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Rodzaj wykonywanego medycznego zawodu zaufania publicznego		
Diagnosta laboratoryjny	31	7,64%
Farmaceuta	35	8,62%
Lekarz	69	17,00%
Lekarz dentyста	25	6,16%
Pielęgniarzka	224	55,17%
Położna	22	5,42%
Sposób wykonywania profesji medycznej		
Praktyka zawodowa	21	5,17%
Indywidualna działalność gospodarcza	70	17,24%
Stosunek służbowy	15	3,69%
Umowa cywilnoprawna	23	5,67%
Umowa o pracę	264	65,02%
Wolontariat	13	3,20%

Tabela 3.9. Rozkład danych dotyczących rodzaju wykonywanego zawodu medycznego... (cd.)

Staż zawodowy		
Poniżej 1 roku	40	9,85%
Od 1 roku do 5 lat	77	18,97%
Od 6 do 10 lat	69	17,00%
Od 11 do 15 lat	59	14,53%
Od 16 do 20 lat	32	7,88%
Powyżej 20 lat	129	31,77%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów.

Statystyczna osoba poddana badaniu to najczęściej pielęgniarka (55,17% wszystkich respondentów), zatrudniona na podstawie umowy o pracę (65,02% wszystkich respondentów), charakteryzująca się stażem zawodowym powyżej 20 lat (31,77% wszystkich respondentów). Ze względu na stosunkowo wysoki udział osób wykonujących profesję pielęgniarki badanie odznaczać się może pewnym błędem badawczym. Fakt ten podyktowany jest zależnością, iż respondenci najczęściej wskazywali na swój zawód w przypadku pytania dotyczącego profesji, która ich zdaniem w największym stopniu ucierpiała w wyniku wybuchu pandemii COVID-19.

Po przeanalizowaniu informacji dotyczących szczegółów wykonywania profesji medycznych, w dalszej części niniejszego podrozdziału warto skupić się na danych odnoszących się do wysokości osiąganych przez przedstawicieli zawodów zaufania publicznego dochodów brutto do momentu wybuchu epidemii koronawirusa oraz ich zmian (spadku bądź wzrostu) od początku pandemii. Rzeźczone informacje zostały zaprezentowane w poniższej tabeli:

Tabela 3.10. Wysokość przychodów brutto do momentu wybuchu pandemii koronawirusa oraz ich zmiana od czasu wybuchu pandemii przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Wysokość przychodów brutto		
Poniżej 2600 PLN miesięcznie	48	11,82%
Od 2600 do 5000 PLN miesięcznie	215	52,96%
Od 5001 do 10000 PLN miesięcznie	89	21,92%
Od 10001 do 25000 PLN miesięcznie	38	9,36%
Powyżej 25000 PLN miesięcznie	16	3,94%
Zmiana wielkości przychodów brutto		
Wzrost o ponad 30%	37	9,11%
Wzrost o 21%–30%	29	7,14%
Wzrost o 11%–20%	52	12,81%
Wzrost do 10%	26	6,40%
Bez zmian	203	50,00%
Spadek do 10%	21	5,17%
Spadek o 11%–20%	20	4,93%
Spadek o 21%–30%	15	3,69%
Spadek o ponad 30%	3	0,74%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów.

Na podstawie danych przedstawionych powyżej należy sformułować kilka wniosków następującej treści:

1. Ponad połowa ankietowanych (dokładnie 52,96% respondentów) zadeklarowała, iż ich dochody brutto do momentu wybuchu pandemii mieściły się w przedziale od 2600 do 5000 złotych miesięcznie. Natomiast ponad $\frac{1}{3}$ ankietowanych (dokładnie 35,22% respondentów) wskazała, iż w badanym okresie uzyskiwała jeszcze wyższe dochody, przy czym spośród wskazanej grupy większość osób (dokładnie 21,92%) uzyskiwała dochody z przedziału od 5001 do 10 000 złotych.
2. Ponad $\frac{1}{10}$ ankietowanych (dokładnie 11,82% respondentów) zadeklarowała, iż do momentu wybuchu pandemii osiągała przychody brutto w związku z wykonywaną działalnością medyczną poniżej poziomu minimalnego wynagrodzenia brutto za 2020 rok²⁰⁶.
3. Dokładnie połowa badanych wskazała, iż ich dochody nie zmieniły się w związku z wybuchem epidemii koronawirusa w Polsce.
4. Spośród respondentów, których dochody brutto uległy zmianie po wybuchu pandemii, 35,47% z nich zadeklarowało, iż w ich przypadku dochody zwiększyły się, natomiast 14,53%, iż ich dochody uległy zmniejszeniu.

Przedstawione wnioski zostały sformułowane na podstawie danych przedstawionych w szeregu przedziałowym. W związku z powyższym w celu oddania pełnego obrazu badanego zjawiska warto dodatkowo obliczyć dominantę²⁰⁷ oraz medianę²⁰⁸. Na ich podstawie będziemy w stanie udzielić odpowiedzi na trzy następujące pytania:

1. Jaka była dominująca wysokość oraz mediana dochodów brutto przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego, którzy wzięli udział w badaniu, do momentu wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce?
2. W przypadku respondentów, którzy zadeklarowali, że ich dochody brutto wzrosły w badanym okresie, z jakim dominującym wzrostem oraz z jaką medianą mieliśmy do czynienia?
3. W przypadku respondentów, którzy zadeklarowali, że ich dochody brutto wzrosły w badanym okresie, z jakim dominującym wzrostem oraz medianą mieliśmy do czynienia?

W przypadku dominanty występują dwie formuły, za pomocą których możliwe jest obliczenie rzeczonyj miary statystycznej. Przyjmują one następującą postać:

$$D \approx x_D + \frac{n_D - n_{D-1}}{(n_D - n_{D-1}) + (n_D - n_{D+1})} \Delta x_D$$

$$g_i = \frac{n_i}{\Delta x_i}$$

$$D \approx x_D + \frac{g_D - g_{D-1}}{(g_D - g_{D-1}) + (g_D - g_{D+1})} \Delta x_D$$

²⁰⁶ Minimalne wynagrodzenie brutto w 2020 roku wynosiło w Polsce 2600 złotych brutto. Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

²⁰⁷ Dominanta (lub wartość modalna, moda, wartość najczęstsza) – jedna z miar tendencji centralnej, statystyka dla zmiennych o rozkładzie dyskretnym, wskazująca na wartość o największym prawdopodobieństwie wystąpienia, lub wartość najczęściej występująca w próbie. Dla zmiennej losowej o rozkładzie ciągłym jest to argument, dla którego funkcja gęstości prawdopodobieństwa ma wartość największą. Źródło: R.J. Nowak, *Statystyka dla fizyków*, Warszawa 2002, s. 136.

²⁰⁸ Mediana (lub kwartyl drugi, wartość środkowa) – wartość cechy, która dzieli uporządkowaną zbiorowość statystyczną na dwie równoliczne części w ten sposób, że poniżej i powyżej tej wartości znajduje się jednakowa liczba obserwacji. Źródło: W. Sadowski W., *Mała Encyklopedia Statystyki*, Warszawa 1976.

Możliwość zastosowania wzoru pierwszego odnosi się do sytuacji, gdy poszczególne przedziały charakteryzują się identyczną szerokością, natomiast drugiego do przypadku, gdy przedziały mają różną szerokość. W stosunku do poddanych analizie danych będziemy mieli do czynienia z sytuacją, w której szerokość przedziałów nie będzie identyczna. W związku z powyższym stosownym będzie zastosowanie formuły drugiej. Ponadto dla uproszczenia przyjęto skończoność przedziałów. Fakt ten oznacza, iż w przypadku badania dochodów brutto przyjęto, iż respondenci, którzy wybrali odpowiedź „powyżej 25 000” osiągają dochody od 25 001 do 50 000 złotych. Natomiast w pytaniu dotyczącym zmiany wysokości dochodów brutto założono, że wzrost bądź spadek wskazanej wartości nie przekroczył 50%.

Przechodząc do mediany, wzór, za pomocą którego możliwe będzie obliczenie omawianej miary statystycznej został przedstawiony poniżej:

$$Me = X_{Me} + \frac{\frac{n}{2} - n_{Mesk-1}}{n_{Me}} \cdot h_{Me}$$

Szczegółowy opis poszczególnych zmiennych statystycznych występujących w powyższych formułach oraz obliczenia zostały zawarte w tabelach znajdujących się poniżej:

Tabela 3.11. Najczęściej dominująca wysokość dochodów brutto (dominanta) do momentu wybuchu pandemii koronawirusa przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Oznaczenie	Opis oznaczenia	Wartość
x_D	dolna granica najliczniejszego przedziału dominanty	2600
g_D	gęstość przedziału dominanty	0,0895833
g_{D+1}	gęstość przedziału poprzedzającego przedział dominanty	0,0184686
g_{D-1}	gęstość przedziału następującego po przedziale dominanty	0,0178036
Δx_D	szerokość przedziału dominanty	2400
$D_{\sim}$	wartość dominanty	3794,41 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.12. Obliczenia pomocnicze względem danych zawartych w tabeli 3.11.

Dolna granica przedziału	Górna granica przedziału	Liczebność przedziału	Szerokość przedziału	Gęstość przedziału
0	2599	48	2599	0,018468642
2600	5000	215	2400	0,089583333
5001	10 000	89	4999	0,017803561
10 001	25 000	38	14 999	0,002533502
25 001	100 000	16	74 999	0,000213336
		406		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.13. Mediana dochodów brutto do momentu wybuchu pandemii koronawirusa przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Oznaczenie	Opis oznaczenia	Wartość
X_{Me}	dolna granica przedziału mediany	2600
n	liczebność przedziału	406
n_{Me}	liczebność przedziału z medianą	215
n_{Me-1}	liczebność skumulowana przedziału poprzedzającego przedział z medianą	48
h_{Me}	szerokość przedziału z medianą	2400
Me	wartość mediany	4 330,23 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.14. Obliczenia pomocnicze względem danych zawartych w tabeli 3.13.

Dolna granica przedziału	Górna granica przedziału	Liczebność przedziału	Liczebność skumulowana	Liczebność skumulowana względna
0	2599	48	48	11,82%
2600	5000	215	263	64,78%
5001	10 000	89	352	86,70%
10 001	25 000	38	390	96,06%
25 001	100 000	16	406	100,00%
		406		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.15. Najczęściej dominujący wzrost wysokości dochodów brutto (dominanta) przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Oznaczenie	Opis oznaczenia	Wartość
x_D	dolna granica najliczniejszego przedziału dominanty	0,11
g_D	gęstość przedziału dominanty	577,77778
g_{D+1}	gęstość przedziału poprzedzającego przedział dominanty	260
g_{D-1}	gęstość przedziału następującego po przedziale dominanty	322,22222
Δx_D	szerokość przedziału dominanty	0,09
$D_{\sim}$	wartość dominanty	15,99%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Wartość dominanty wyniosła 3794,41 złotych. Wskazana wartość oznacza, że najczęściej występującą wielkością dochodów brutto osiąganą przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego, którzy wzięli udział w badaniu, była wartość 3794,41 złotych miesięcznie. Wynik ten

pozostaje zgodny z poprzednimi obliczeniami wskazującymi, iż ponad połowa respondentów osiągała miesięczne dochody brutto w związku z wykonywaną działalnością w przedziale od 2600 do 5000 złotych.

Wartość mediany w badanym przypadku wyniosła 4330,23 złote. Rzeczona wielkość oznacza, że połowa respondentów osiągała dochody brutto poniżej 4330,23 złotych, natomiast połowa powyżej wskazanej wartości.

Tabela 3.16. Obliczenia pomocnicze względem danych zawartych w tabeli 3.15.

Dolna granica przedziału	Górna granica przedziału	Liczebność przedziału	Szerokość przedziału	Gęstość przedziału
0,00	0,10	26	0,1	260
0,11	0,20	52	0,09	577,7777778
0,21	0,30	29	0,09	322,2222222
0,31	0,50	37	0,19	194,7368421
		144		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych obliczeń pomocniczych

Tabela 3.17. Mediana wzrostu wysokości dochodów brutto przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Oznaczenie	Opis oznaczenia	Wartość
X_{Me}	dolna granica przedziału mediany	0,11
n	liczebność przedziału	144
n_{Me}	liczebność przedziału z medianą	52
n_{Me-1}	liczebność skumulowana przedziału poprzedzającego przedział z medianą	26
h_{Me}	szerokość przedziału z medianą	0,09
Me	wartość mediany	18,96%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.18. Obliczenia pomocnicze względem danych zawartych w tabeli 3.17.

Dolna granica przedziału	Górna granica przedziału	Liczebność przedziału	Liczebność skumulowana	Liczebność skumulowana względna
0,00	0,10	26	26	18,06%
0,11	0,20	52	78	54,17%
0,21	0,30	29	107	74,31%
0,31	0,50	37	144	100,00%
		144		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych obliczeń pomocniczych

Tabela 3.19. Najczęściej dominujący spadek wysokości dochodów brutto (dominanta) przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Oznaczenie	Opis oznaczenia	Wartość
x_D	dolna granica najliczniejszego przedziału dominanty	0,11
g_D	gęstość przedziału dominanty	222,22222
g_{D+1}	gęstość przedziału poprzedzającego przedział dominanty	210
g_{D-1}	gęstość przedziału następującego po przedziale dominanty	166,66667
Δx_D	szerokość przedziału dominanty	0,09
$D_{\sim}$	wartość dominanty	12,62%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.20. Obliczenia pomocnicze względem danych zawartych w tabeli 3.19.

Dolna granica przedziału	Górna granica przedziału	Liczebność przedziału	Szerokość przedziału	Gęstość przedziału
0,00	0,10	21	0,1	210
0,11	0,20	20	0,09	222,2222222
0,21	0,30	15	0,09	166,6666667
0,31	0,50	3	0,19	15,78947368
		59		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych obliczeń pomocniczych

Tabela 3.21. Mediana spadku wysokości dochodów brutto przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Oznaczenie	Opis oznaczenia	Wartość
x_{Me}	dolna granica przedziału mediany	0,11
n	liczebność przedziału	59
n_{Me}	liczebność przedziału z medianą	20
n_{Me-1}	liczebność skumulowana przedziału poprzedzającego przedział z medianą	21
h_{Me}	szerokość przedziału z medianą	0,09
Me	wartość mediany	14,83%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.22. Obliczenia pomocnicze względem danych zawartych w tabeli 3.21.

Dolna granica przedziału	Górna granica przedziału	Liczebność przedziału	Liczebność skumulowana	Liczebność skumulowana względna
0,00	0,10	21	21	35,59%
0,11	0,20	20	41	69,49%
0,21	0,30	15	56	94,92%
0,31	0,50	3	59	100,00%
		59		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych obliczeń pomocniczych.

Wartość dominanty w pierwszym przypadku wyniosła 15,99%, natomiast w drugim 12,62%. Na podstawie rzeczonych wartości należy sformułować następujące implikacje:

- w przypadku respondentów, których dochody brutto wzrosły po wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce, rzeczony przyrost wynosił najczęściej 15,99%;
- w przypadku respondentów, których dochody brutto zmniejszyły się po wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce, rzeczony spadek wynosił najczęściej 12,62%.

Przechodząc do analizy wartości mediany, w pierwszym przypadku wyniosła ona 18,96%, natomiast w drugim 14,83%. Na podstawie powyższych informacji można sformułować następujące wnioski badawcze:

- spośród grupy ankietowanych, których dochody brutto wzrosły w wyniku epidemii koronawirusa w Polsce, połowa z nich odnotowała przyrost dochodów wyższy niż 18,96% względem dochodów sprzed pandemii, natomiast połowa niższy;
- spośród grupy ankietowanych, których dochody brutto zmniejszyły się w wyniku epidemii koronawirusa w Polsce, połowa z nich odnotowała spadek dochodów wyższy niż 14,83% względem dochodów sprzed pandemii, natomiast połowa niższy.

Dotychczas przedstawione dane odnosiły się do przedstawicieli wszystkich medycznych zawodów zaufania publicznego, bez względu na długość posiadanego stażu zawodowego oraz sposób wykonywania profesji medycznej. Ze względu jednak na konieczność udzielenia odpowiedzi na elementarne pytanie dotyczące kwestii, który z zawodów medycznych ucierpiał w najwyższym, a który w najniższym stopniu pod względem finansowym pod wpływem pandemii COVID – 19 niezbędne jest przeprowadzenie bardziej szczegółowej analizy badanego zjawiska. W związku z powyższym w pierwszej kolejności przedstawiona zostanie wysokość dochodów brutto poszczególnych przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego do momentu wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce. Ponadto policzona zostanie dominanta dochodów respondentów należących do poszczególnych grup docelowych. Ostatecznie przeanalizowana zostanie zmiana wysokości dochodów brutto ankietowanych będących członkami poszczególnych korporacji zawodowych. Z wykorzystaniem powyższych informacji możliwe stanie się wskazanie najbardziej i najmniej poszkodowanego pod względem finansowym zawodu medycznego. Dane dotyczące badanego zjawiska znajdują się w tabelach znajdujących się poniżej:

Tabela 3.23. Wysokość przychodów brutto przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych do momentu wybuchu pandemii koronawirusa (w liczbach bezwzględnych oraz procentowo) poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Wysokość przychodów brutto przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych do momentu wybuchu pandemii koronawirusa (w liczbach bezwzględnych)						
	Diagnosta laboratoryjny	Farmaceuta	Lekarz	Lekarz dentysta	Pielęgniarka	Położna
Poniżej 2600 PLN miesięcznie	4	4	2	1	30	7
Od 2600 do 5000 PLN miesięcznie	18	20	18	4	145	10
Od 5001 do 10 000 PLN miesięcznie	6	8	25	8	37	5
Od 10 001 do 25 000 PLN miesięcznie	1	0	19	12	6	0
Powyżej 25 000 PLN miesięcznie	2	3	5	0	6	0

Tabela 3.23. Wysokość przychodów brutto przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych... (cd.)

Wysokość przychodów brutto przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych do momentu wybuchu pandemii koronawirusa (procentowo)						
	Diagnosta laboratoryjny	Farmaceuta	Lekarz	Lekarz dentysta	Pielęgniarka	Położna
Poniżej 2600 PLN miesięcznie	12,90%	11,43%	2,90%	4,00%	13,39%	31,82%
Od 2600 do 5000 PLN miesięcznie	58,06%	57,14%	26,09%	16,00%	64,73%	45,45%
Od 5001 do 10 000 PLN miesięcznie	19,35%	22,86%	36,23%	32,00%	16,52%	22,73%
Od 10 001 do 25 000 PLN miesięcznie	3,23%	0,00%	27,54%	48,00%	2,68%	0,00%
Powyżej 25 000 PLN miesięcznie	6,45%	8,57%	7,25%	0,00%	2,68%	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów.

Tabela 3.24. Dominująca wysokość przychodów brutto (dominanta) przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych do momentu wybuchu pandemii koronawirusa poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Zawód medyczny	Wartość dominanty
Diagnosta laboratoryjny	3766,84 zł
Farmaceuta	3805,43 zł
Lekarz	4350,17 zł
Lekarz dentysta	4881,90 zł
Pielęgniarka	3751,22 zł
Położna	3362,10 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Na podstawie danych zamieszczonych w powyżej należy sformułować wnioski następującej treści:

1. Spośród respondentów, którzy wzięli udział w badaniu, najwyższą dominującą wysokością przychodów charakteryzowali się lekarze dentyści oraz lekarze. Do momentu wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce osiągnęli oni dochody brutto w wysokości odpowiednio 4881,90 oraz 4350,17 złotych miesięcznie. Wielkość dochodów brutto wśród wskazanych grup zawodowych była wyższa od dominanty dla przedstawicieli wszystkich medycznych profesji zaufania publicznego odpowiednio o 1087,49 złotych (bądź procentowo o 28,66%) w przypadku lekarzy dentyistów oraz o 555,76 złotych (bądź procentowo o 14,65%) w odniesieniu do lekarzy;
2. Spośród respondentów, którzy wzięli udział w badaniu, najniższą dominującą wysokością przychodów charakteryzowały się położne oraz pielęgniarki. Do momentu wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce osiągały one dochody brutto w wysokości odpowiednio 3362,10 oraz 3751,22 złotych miesięcznie. Wielkość dochodów brutto wśród wskazanych grup zawodowych była niższa od dominanty dla przedstawicieli wszystkich medycznych profesji zaufania publicznego odpowiednio o 432,31 złotych (bądź procentowo o 11,39%) w przypadku położnych oraz o 43,19 złotych (bądź procentowo o 1,14%) w odniesieniu do pielęgniarek;
3. Najwyższy odsetek osób, które osiągają miesięczne dochody brutto poniżej 2600 złotych to położne – 31,82%, natomiast najniższy to lekarze – 2,90%;

4. Najwyższy odsetek osób, które osiągają miesięczne dochody brutto powyżej 25 000 złotych to farmaceuci – 8,57% oraz lekarze – 7,25%;
5. Żaden lekarz dentyista i żadna położna, którzy wzięli udział w badaniu nie osiągnęli miesięcznych dochodów brutto powyżej 25 000 złotych;
6. Dominująca część przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego, którzy wzięli udział w badaniu, osiągała do wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce miesięczne dochody brutto z przedziału 2600 do 5000 złotych miesięcznie. Wyjątkiem od tej zasady pozostawali lekarze, którzy w większości osiągnęli dochody z przedziału od 5001 do 10 000 złotych oraz lekarze dentyści, z dominującym przedziałem dochodów od 10 001 do 25 000 złotych.

W dalszej części opracowania należy przeanalizować zmianę wysokości dochodów poszczególnych przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego. Rzeczona analiza umożliwi odpowiedź na pytanie, która z profesji medycznych ucierpiała w największym stopniu pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii koronawirusa w Polsce, a która z nich poniosła szkodę w najmniejszym stopniu. Powyższa ocena będzie oparta na podstawie oceny dwóch czynników:

- odsetek respondentów wykonujących dany zawód medyczny, których dochody zmniejszyły się (zwiększyły się lub pozostały na tym samym poziomie) w wyniku wybuchu pandemii. W związku z tym profesja, w obrębie której najwyższy udział osób zadeklaruje spadek (wzrost lub brak zmian) wielkości osiąganych dochodów uważana będzie jako najbardziej (najmniej) poszkodowana w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce;
- dominujący spadek (wzrost) wysokości dochodów brutto. Na tej podstawie zawód medyczny w obrębie, którego ankietowani zadeklarowali dominujący najwyższy spadek (wzrost) dochodów, uznany zostanie za poszkodowany w najwyższym (najniższym) stopniu przez wybuch pandemii.

Ostateczny wynik będzie uzależniony od wzajemnej korelacji powyższych czynników. Dane dotyczące rzeczonoego tematu zostały przedstawione w tabelach znajdujących się poniżej:

Tabela 3.25. Zmiana wysokości przychodów brutto (w liczbach bezwzględnych oraz procentowo) przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych poddanych badaniu w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Zmiana wysokości przychodów brutto przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych po wybuchu pandemii koronawirusa (w liczbach bezwzględnych)						
	Diagnosta laboratoryjny	Farmaceuta	Lekarz	Lekarz dentyista	Pielęgniarka	Położna
Wzrost o ponad 30%	2	4	14	2	15	0
Wzrost o 21%-30%	6	3	7	2	9	2
Wzrost o 11%-20%	3	5	14	5	25	0
Wzrost do 10%	3	2	4	0	14	3
Bez zmian	9	15	22	1	145	11
Spadek do 10%	5	4	2	2	7	1
Spadek o 11%-20%	2	1	3	5	7	1
Spadek o 21%-30%	1	1	1	8	2	3
Spadek o ponad 30%	0	0	2	0	0	1

Tabela 3.25. Zmiana wysokości przychodów brutto... (cd.)

Zmiana wysokości przychodów brutto przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych po wybuchu pandemii koronawirusa (procentowo)						
	Diagnosta laboratoryjny	Farmaceuta	Lekarz	Lekarz dentysta	Pielęgniarka	Położna
Wzrost o ponad 30%	6,45%	11,43%	20,29%	8,00%	6,70%	0,00%
Wzrost o 21%-30%	19,35%	8,57%	10,14%	8,00%	4,02%	9,09%
Wzrost o 11%-20%	9,68%	14,29%	20,29%	20,00%	11,16%	0,00%
Wzrost do 10%	9,68%	5,71%	5,80%	0,00%	6,25%	13,64%
Bez zmian	29,03%	42,86%	31,88%	4,00%	64,73%	50,00%
Spadek do 10%	16,13%	11,43%	2,90%	8,00%	3,13%	4,55%
Spadek o 11%-20%	6,45%	2,86%	4,35%	20,00%	3,13%	4,55%
Spadek o 21%-30%	3,23%	2,86%	1,45%	32,00%	0,89%	13,64%
Spadek o ponad 30%	0,00%	0,00%	2,90%	0,00%	0,00%	4,55%
Zmiana wysokości przychodów brutto przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych po wybuchu pandemii koronawirusa (procentowo)						
	Diagnosta laboratoryjny	Farmaceuta	Lekarz	Lekarz dentysta	Pielęgniarka	Położna
Wzrost wysokości dochodów	45,16%	40,00%	56,52%	36,00%	28,13%	22,73%
Bez zmian	29,03%	42,86%	31,88%	4,00%	64,73%	50,00%
Spadek wysokości dochodów	25,81%	17,14%	11,59%	60,00%	7,14%	27,27%
Pozytywny rezultat	74,19%	82,86%	88,41%	40,00%	92,86%	72,73%
Negatywny rezultat	25,81%	17,14%	11,59%	60,00%	7,14%	27,27%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.26. Dominujący spadek wysokości dochodów brutto w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce (dominanta) przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Zawód medyczny	Dominujący spadek dochodów
Diagnosta laboratoryjny	6,43%
Farmaceuta	5,81%
Lekarz	14,38%
Lekarz dentysta	23,45%
Pielęgniarka	12,11%
Położna	24,98%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.27. Dominujący wzrost wysokości dochodów brutto w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce (dominanta) przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Zawód medyczny	Dominujący wzrost dochodów
Diagnosta laboratoryjny	24,35%
Farmaceuta	16,54%
Lekarz	16,88%
Lekarz dentysta	16,63%
Pielęgniarka	14,93%
Położna	5,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Na podstawie danych zawartych w powyższej tabeli należy sformułować kilka następujących stwierdzeń:

1. Uwzględniając liczbę respondentów, których dochody brutto uległy zmniejszeniu w wyniku wybuchu epidemii COVID-19, zawodem medycznym, który w największym stopniu ucierpiał w związku z negatywną sytuacją epidemiologiczną jest lekarz dentysta. Spośród grupy poddanych badaniu stomatologów 40% ankietowanych zadeklarowało spadek wielkości dochodów brutto;
2. *A contrario*, biorąc pod uwagę ten sam czynnik, zawodem medycznym, który w najmniejszym stopniu ucierpiał w wyniku epidemii COVID-19 jest pielęgniarka. W obrębie wskazanej grupy zawodowej zaledwie 7,14% respondentów wskazało, że ich dochody brutto uległy zmniejszeniu w badanym okresie;
3. W grupie badanych medycznych zawodów zaufania publicznego lekarze pozostawali profesją, w obrębie której najwyższy odsetek osób (56,52% respondentów) zadeklarował wzrost wielkości dochodów w związku z wybuchem epidemii koronawirusa w Polsce. Natomiast drugą co do liczebności grupą zawodową pozostawali diagnosty laboratoryjni. 45,16% diagnostów laboratoryjnych wykazało, iż ich dochody wzrosły od początku pandemii w Polsce;
4. Uwzględniając dominujący spadek wielkości dochodów brutto jako kryterium wyznaczające najbardziej poszkodowaną pod względem finansowym profesję medyczną, położna pozostawała profesją, w obrębie której odnotowano najwyższy dominujący spadek dochodów brutto. Dominanta spadku dochodów względem sytuacji sprzed wybuchu pandemii wynosiła w tym przypadku 24,98%. Nie wiele niższy dominujący spadek dochodów brutto zadeklarowali lekarze dentyści – 23,45%;
5. Medyczną profesją zaufania publicznego w obrębie której dominujący spadek dochodów brutto był najniższy pozostawał farmaceuta (dominujący spadek o 5,81%) oraz diagnosta laboratoryjny (dominujący spadek o 6,43%);
6. Zawodem medycznym w obrębie, którego odnotowano najwyższy dominujący wzrost dochodów był diagnosta laboratoryjny. Przedstawiciele omawianej profesji, którzy zadeklarowali wzrost dochodów cechowali się dominującym przyrostem dochodów brutto w wysokości 24,35% względem sytuacji prepanemicznej;
7. Spośród respondentów, którzy zadeklarowali przyrost dochodów brutto od początku pandemii, przedstawiciele trzech zawodów medycznych – lekarze, lekarze dentyści oraz farmaceuci charakteryzowali się zbliżoną wartością wzrostu dochodów oscylującą wokół 16%;

8. Najniższy dominujący przyrost dochodów brutto został odnotowany w przypadku położnych. Respondenci wykonujący rzeczony zawód cechowali się dominantą przyrostu dochodów wynoszącą 5,00%.

W związku z powyższym należy sformułować kilka następujących wniosków końcowych opartych na przeprowadzonych badaniach ankietowanych oraz obserwacjach zawartych w powyższych punktach:

1. Medycznym zawodem zaufania publicznego, który w największym stopniu ucierpiał w związku z wybuchem epidemii COVID-19 w Polsce pozostaje lekarz dentysta. W obrębie wskazanej grupy zawodowej największa część respondentów (40% ankietowanych stomatologów) wskazała na spadek dochodów brutto względem sytuacji prepandemicznej. Ponadto lekarze dentyści charakteryzowali się drugim najwyższym dominującym spadkiem dochodów brutto wśród zawodów medycznych wynoszącym 23,45%;
2. Medycznym zawodem zaufania publicznego, który w najmniejszym stopniu ucierpiał w związku z wybuchem epidemii COVID-19 w Polsce pozostaje pielęgniarka. 92,86% przedstawicieli wskazanej profesji zadeklarowało, iż ich dochody brutto nie uległy zmniejszeniu względem sytuacji sprzed wybuchu pandemii;
3. Medycznymi profesjami zaufania publicznego, których sytuacja w największym stopniu uległa poprawie pozostają diagnosta laboratoryjny oraz lekarz. Pierwsza z profesji charakteryzowała się najwyższym dominującym wzrostem dochodów spośród pozostałych zawodów medycznych – 24,35% oraz drugim najwyższym odsetkiem ankietowanych, którzy zadeklarowali wzrost dochodów po wybuchu pandemii – 45,16%. Natomiast druga z profesji cechowała się najwyższym udziałem respondentów, którzy zadeklarowali wzrost dochodów w związku z powstałą sytuacją epidemiologiczną – 56,52% oraz drugim najwyższym dominującym wzrostem dochodów spośród zawodów medycznych – 16,88%.

W ostatniej części niniejszego podrozdziału należy skonfrontować oczekiwania respondentów dotyczące wpływu epidemii COVID-19 na medyczne zawody zaufania publicznego z otrzymanymi wynikami. W związku z powyższym należy sformułować kilka następujących wniosków:

1. Opinia respondentów dotycząca profesji medycznej, która w największym stopniu ucierpi pod względem finansowym w związku z wybuchem epidemii koronawirusa była częściowo poprawna. Spośród grupy wszystkich 913 ankietowanych poddanych trzem badaniom wariant odpowiedzi „lekarz dentysta” był drugą najczęściej wybieraną opcją. Wskazana odpowiedź została łącznie wybrana przez 302 spośród 913 respondentów (33,08% wszystkich ankietowanych), co było drugim najczęściej wybieranym wariantem odpowiedzi po opcji „pielęgniarka” z wynikiem 311 spośród 913 respondentów (34,06% wszystkich ankietowanych). Wartą podkreślenia zależnością pozostaje fakt, iż przedstawiciele zawodów medycznych okazali się znacznie mniej dokładni w przewidywaniach od ogółu ankietowanych. W przypadku badania skierowanego do osób wykonujących profesje medyczne większość adresatów badania (dokładnie 39,41% respondentów) wskazało na pielęgniarkę jako na zawód, który w największym stopniu ucierpi w wyniku epidemii, podczas gdy wariant odpowiedzi „lekarz dentysta” został wybrany przez zaledwie 23,40% ankietowanych. Natomiast w przypadku ankiet skierowanych do ogółu społeczeństwa opcja „lekarz dentysta” była wybierana najczęściej. Szczególnie trafne okazały się oczekiwania respondentów podczas pierwszej fali koronawirusa w Polsce. W rzeczonym kwestionariuszy odpowiedź „lekarz dentysta” została wybrana przez ponad połowę ankietowanych (dokładnie 54,64% respondentów);

2. Oczekiwania respondentów dotyczące profesji medycznej, która w najmniejszym stopniu ucierpi w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 pozostawały błędne. Najczęściej wybieranym wariantem odpowiedzi w odniesieniu do każdego z badań pozostawał „farmaceuta”. Spośród łącznej liczby osób poddanych badaniu 37,35% ankietowanych zdecydowało się wybrać wskazaną odpowiedź. Na podstawie powyższych ustaleń należy jednak stwierdzić, że profesją medyczną, która w najmniejszym stopniu odczuła negatywne skutki wybuchu pandemii pozostała pielęgniarka. Niemniej jednak rzeczony zawód został wybrany przez zaledwie 4,27% wszystkich ankietowanych.

3.3. Wpływ pozostałych czynników zawodowych na zmianę wielkości uzyskiwanych dochodów brutto przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego

Celem niniejszego podrozdziału pozostaje odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu pozostałe czynniki zawodowe wpływają na zmianę wielkości uzyskiwanych dochodów brutto przez przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w obliczu sytuacji kryzysowych, takich jak wybuch epidemii. W tym celu zostaną poddane analizie dwie następujące zmienne: forma zatrudnienia oraz długość stażu zawodowego. W związku z powyższym zostały sformułowane następujące pytania badawcze:

1. Respondenci zatrudnieni na podstawie której z form zatrudnienia w największym (najmniejszym) stopniu ucierpieli pod względem finansowym w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?
2. Jaki był dominujący spadek (wzrost) wielkości dochodów w zależności od różnych form zatrudnienia?
3. W jakim stopniu długość stażu zawodowego wpływa na odporność na zjawiska kryzysowe?
4. Jaki był dominujący spadek (wzrost) wielkości dochodów w zależności od długości stażu zawodowego?

W pierwszej kolejności analizie zostanie poddane zagadnienie dotyczące formy zatrudnienia. Na podstawie zestawienia zawartego w rozdziale pierwszym niniejszej pracy, należy stwierdzić, że możliwymi formami zatrudnienia w przypadku medycznych zawodów zaufania publicznego pozostają: praktyka zawodowa, indywidualna działalność gospodarcza, stosunek służbowy, umowa o pracę, umowa cywilnoprawna oraz wolontariat. Dane odnoszące się do rzeczonoego tematu zostały przedstawione w poniższych tabelach:

Tabela 3.28. Zmiana wysokości przychodów brutto w przypadku różnych form zatrudnienia po wybuchu epidemii koronawirusa (w liczbach bezwzględnych i procentowo) w zależności od różnych form zatrudnienia przedstawicieli zawodów medycznych poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Zmiana wysokości przychodów brutto przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w przypadku różnych form zatrudnienia po wybuchu epidemii koronawirusa (w liczbach bezwzględnych)						
	Praktyki zawodowe	Indywidualna działalność gospodarcza	Stosunek służbowy	Umowa o pracę	Umowa cywilnoprawna	Wolontariat
Wzrost o ponad 30%	0	4	4	21	2	0
Wzrost o 21%-30%	1	10	1	18	1	0
Wzrost o 11%-20%	2	17	2	25	1	0
Wzrost do 10%	2	3	1	18	4	1
Bez zmian	12	16	4	151	9	10
Spadek do 10%	1	6	1	14	0	1
Spadek o 11%-20%	2	7	0	13	2	0
Spadek o 21%-30%	1	6	2	3	1	1
Spadek o ponad 30%	0	1	0	1	2	0

Tabela 3.28. Zmiana wysokości przychodów brutto w przypadku różnych form zatrudnienia... (cd.)

Zmiana wysokości przychodów brutto przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w przypadku różnych form zatrudnienia po wybuchu epidemii koronawirusa (procentowo)						
	Praktyki zawodowe	Indywidualna działalność gospodarcza	Stosunek służbowy	Umowa o pracę	Umowa cywilnoprawna	Wolontariat
Wzrost o ponad 30%	0,00%	5,71%	26,67%	7,95%	9,09%	0,00%
Wzrost o 21%-30%	4,76%	14,29%	6,67%	6,82%	4,55%	0,00%
Wzrost o 11%-20%	9,52%	24,29%	13,33%	9,47%	4,55%	0,00%
Wzrost do 10%	9,52%	4,29%	6,67%	6,82%	18,18%	7,69%
Bez zmian	57,14%	22,86%	26,67%	57,20%	40,91%	76,92%
Spadek do 10%	4,76%	8,57%	6,67%	5,30%	0,00%	7,69%
Spadek o 11%-20%	9,52%	10,00%	0,00%	4,92%	9,09%	0,00%
Spadek o 21%-30%	4,76%	8,57%	13,33%	1,14%	4,55%	7,69%
Spadek o ponad 30%	0,00%	1,43%	0,00%	0,38%	9,09%	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.29. Zmiana wysokości przychodów brutto w przypadku różnych form zatrudnienia po wybuchu epidemii koronawirusa (procentowo) w zależności od różnych form zatrudnienia przedstawicieli zawodów medycznych poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

	Praktyki zawodowe	Indywidualna działalność gospodarcza	Stosunek służbowy	Umowa o pracę	Umowa cywilnoprawna	Wolontariat
Wzrost wysokości dochodów	23,81%	48,57%	53,33%	31,06%	36,36%	7,69%
Bez zmian	57,14%	22,86%	26,67%	57,20%	40,91%	76,92%
Spadek wysokości dochodów	19,05%	28,57%	20,00%	11,74%	22,73%	15,38%
Pozytywny rezultat	80,95%	71,43%	80,00%	88,26%	77,27%	84,62%
Negatywny rezultat	19,05%	28,57%	20,00%	11,74%	22,73%	15,38%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.30. Dominujący spadek wysokości dochodów brutto w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce (dominanta) w zależności od różnych form zatrudnienia przedstawicieli zawodów medycznych poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Zawód medyczny	Dominujący spadek dochodów
Praktyki zawodowe	15,71%
Indywidualna działalność gospodarcza	16,54%
Stosunek służbowy	5,00%
Umowa o pracę	11,35%
Umowa cywilnoprawna	17,00%
Wolontariat	25,50%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.31. Dominujący wzrost wysokości dochodów brutto w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce (dominanta) w zależności od różnych form zatrudnienia przedstawicieli zawodów medycznych poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Zawód medyczny	Dominujący wzrost dochodów
Praktyki zawodowe	12,50%
Indywidualna działalność gospodarcza	17,04%
Stosunek służbowy	15,71%
Umowa o pracę	16,01%
Umowa cywilnoprawna	5,81%
Wolontariat	5,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Na podstawie powyższych informacji należy przedstawić kilka następujących obserwacji:

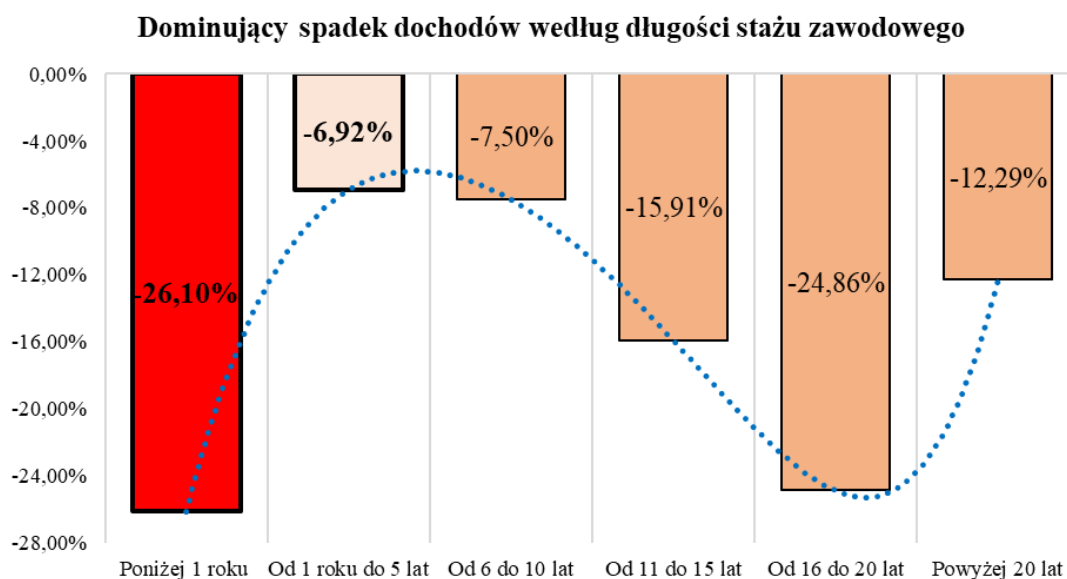
1. Uwzględniając odsetek respondentów, których dochody uległy zmniejszeniu w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce, najmniej atrakcyjną formą zatrudnienia pozostaje indywidualna działalność gospodarcza. W obrębie wskazanej grupy 28,57% ankietowanych zadeklarowało, iż ich dochody brutto uległy zmniejszeniu od chwili rozpoczęcia pandemii;
2. *A contrario*, formą zatrudnienia, która gwarantuje największą pewność zatrudnienia, biorąc pod uwagę stałość dochodów, pozostaje umowa o pracę. Jedynie 11,74% ankietowanych pracujących na wskazanej podstawie zadeklarowało spadek dochodów brutto;
3. Najwyższy odsetek osób poddanych badaniu w przypadku których nastąpił wzrost wysokości dochodów brutto odnosił się do stosunku służbowego. 53,33% zatrudnionych na tej podstawie zadeklarowało, iż ich dochody wzrosły w związku z pandemią koronawirusa;
4. Najwyższy dominujący spadek dochodów brutto dotyczył osób wykonujących profesję na zasadzie wolontariatu (spadek o 25,50%), natomiast najniższy osób zatrudnionych na podstawie stosunku służbowego (spadek o 5,00%);
5. Spośród respondentów, którzy oświadczyli, że w ich wypadku nastąpił wzrost dochodów brutto w związku z pandemią, najwyższy dominujący przyrost dotyczył ankietowanych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą, najniższy natomiast osób świadczących usługi medyczne na podstawie wolontariatu.

W związku z powyższym należy sformułować kilka wniosków końcowych odnoszących się do powyższych informacji:

1. Indywidualna działalność gospodarcza pozostaje formą świadczenia usług medycznych niosącą z jednej strony wysokie ryzyko niepowodzenia, w przypadku pojawienia się sytuacji kryzysowych, jednak z drugiej strony umożliwiającą uzyskanie ponadprzeciętnych zysków. Wśród respondentów zatrudnionych na tej podstawie znaczna część odnotowała wysokie zyski, z drugiej strony część zadeklarowała wysokie straty;
2. Umowa o pracę pozostaje najpewniejszą formą zatrudnienia w przypadku pojawienia się sytuacji kryzysowej. W przypadku ankietowanych zatrudnionych na tej podstawie najwyższy odsetek osób zadeklarował, iż w ich przypadku sytuacja finansowa nie uległa pogorszeniu;
3. Wolontariat pozostaje najmniej interesującą formą zatrudnienia. Przyrost dochodów wśród respondentów, którzy w związku z sytuacją epidemiologiczną odnotowali poprawę sytuacji finansowej był najniższy, natomiast spadek dochodów wśród tych, którzy zadeklarowali zmniejszenie się korzyści finansowych w związku z wykonywanym zawodem najwyższy;

4. Interesującą i mało rozpowszechnioną formą zatrudnienia pozostaje stosunek służbowy. Respondenci zatrudnieni na tej podstawie cechowali się jednym z wyższych dominującym wzrostem dochodów i jednocześnie jednym z niższych spadkiem dochodów.

W dalszej części niniejszego podrozdziału zostanie przeanalizowany wpływ długości stażu zawodowego na pojawienie się sytuacji kryzysowej wywołanej negatywną sytuacją epidemiologiczną. Egzegeza zostanie przeprowadzona w analogiczny sposób względem poprzedniego przypadku. W związku z powyższym, w pierwszej kolejności, zostaną zaprezentowane w poniższych tabelach oraz na poniższych wykresach informacje odnoszące do rzeczzonego tematu:



Wykres 3.1. Dominujący spadek wysokości dochodów brutto w zależności od długości stażu zawodowego w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce (dominanta) przedstawicieli zawodów medycznych poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.32. Zmiana wysokości przychodów brutto w zależności od długości stażu zawodowego do momentu wybuchu pandemii koronawirusa (procentowo i w liczbach bezwzględnych) przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Zmiana wysokości przychodów brutto przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w zależności od długości stażu zawodowego do momentu wybuchu pandemii koronawirusa (w liczbach bezwzględnych)						
	Poniżej 1 roku	Od 1 roku do 5 lat	Od 6 do 10 lat	Od 11 do 15 lat	Od 16 do 20 lat	Powyżej 20 lat
Wzrost o ponad 30%	0	6	6	6	4	15
Wzrost o 21%–30%	1	7	6	7	1	7
Wzrost o 11%–20%	0	12	15	10	7	8
Wzrost do 10%	2	5	4	6	2	7
Bez zmian	32	33	25	22	11	80
Spadek do 10%	2	8	4	0	2	5
Spadek o 11%–20%	0	4	4	6	1	5
Spadek o 21%–30%	2	2	4	1	4	2
Spadek o ponad 30%	1	0	1	1	0	0

Tabela 3.32. Zmiana wysokości przychodów brutto w zależności od długości stażu zawodowego... (cd.)

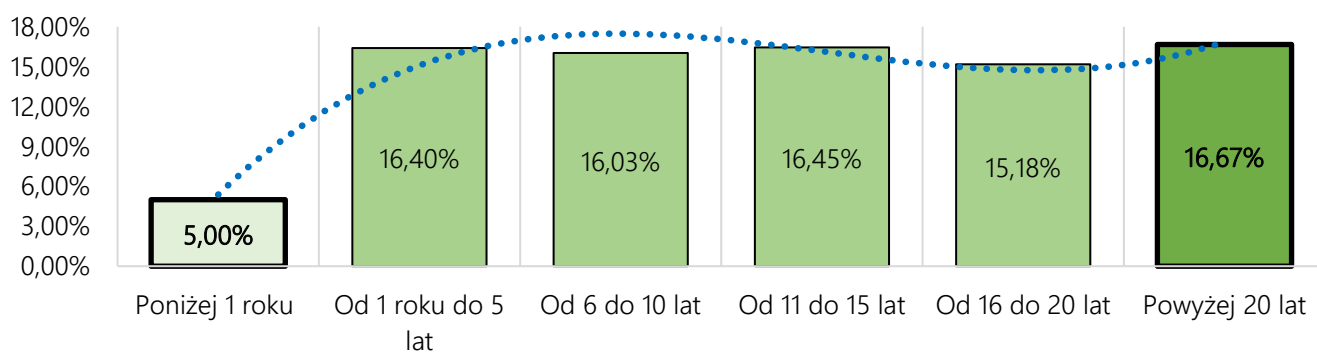
Zmiana wysokości przychodów brutto przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w zależności od długości stażu zawodowego do momentu wybuchu pandemii koronawirusa (procentowo)						
	Poniżej 1 roku	Od 1 roku do 5 lat	Od 6 do 10 lat	Od 11 do 15 lat	Od 16 do 20 lat	Powyżej 20 lat
Wzrost o ponad 30%	0,00%	7,79%	8,70%	10,17%	12,50%	11,63%
Wzrost o 21%–30%	2,50%	9,09%	8,70%	11,86%	3,13%	5,43%
Wzrost o 11%–20%	0,00%	15,58%	21,74%	16,95%	21,88%	6,20%
Wzrost do 10%	5,00%	6,49%	5,80%	10,17%	6,25%	5,43%
Bez zmian	80,00%	42,86%	36,23%	37,29%	34,38%	62,02%
Spadek do 10%	5,00%	10,39%	5,80%	0,00%	6,25%	3,88%
Spadek o 11%–20%	0,00%	5,19%	5,80%	10,17%	3,13%	3,88%
Spadek o 21%–30%	5,00%	2,60%	5,80%	1,69%	12,50%	1,55%
Spadek o ponad 30%	2,50%	0,00%	1,45%	1,69%	0,00%	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Tabela 3.33. Zmiana wysokości przychodów brutto w zależności od długości stażu zawodowego do momentu wybuchu pandemii koronawirusa (procentowo) przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

	Poniżej 1 roku	Od 1 roku do 5 lat	Od 6 do 10 lat	Od 11 do 15 lat	Od 16 do 20 lat	Powyżej 20 lat
Wzrost wysokości dochodów	7,50%	38,96%	44,93%	49,15%	43,75%	28,68%
Bez zmian	80,00%	42,86%	36,23%	37,29%	34,38%	62,02%
Spadek wysokości dochodów	12,50%	18,18%	18,84%	13,56%	21,88%	9,30%
Pozytywny rezultat	87,50%	81,82%	81,16%	86,44%	78,13%	90,70%
Negatywny rezultat	12,50%	18,18%	18,84%	13,56%	21,88%	9,30%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.



Wykres 3.2. Dominujący wzrost wysokości dochodów brutto w zależności od długości stażu zawodowego w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce (dominanta) przedstawicieli zawodów medycznych poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Na podstawie powyżej zamieszczonych informacji należy przedstawić kilka następujących wniosków:

1. Najwyższym spadkiem dochodów brutto cechowali się respondenci świadczący usługi medyczne od 16 do 20 lat. W przypadku wskazanego stażu zawodowego 21,88% ankietowanych zadeklarowało, że ich dochody uległy zmniejszeniu w związku z wybuchem pandemii COVID-19;
2. Najwyższą odpornością na zjawiska kryzysowe wywołane negatywną sytuacją epidemiologiczną charakteryzują się osoby o stażu zawodowym przekraczającym 20 lat. Wśród wskazanej grupy 90,70% respondentów nie odnotowało pogorszenia sytuacji finansowej w związku z wybuchem epidemii;
3. Najwyższy udział respondentów, których dochody uległy zwiększeniu odnosił się do stażu zawodowego od 11 do 15 lat. Wśród wskazanej grupy blisko połowa ankietowanych (dokładnie 49,15%) zadeklarowało poprawę sytuacji finansowej od początku pandemii;
4. Najwyższym dominującym spadkiem dochodów względem sytuacji prepandemicznej charakteryzowały się osoby wykonujący medyczny zawód zaufania publicznego poniżej 1 roku – spadek o 26,10%. Równie wysoki spadek dochodów brutto odnotowali respondenci cechujący się stażem zawodowym w przedziale od 16 do 20 lat – 24,86%;
5. W przypadku ankietowych, których dochody brutto uległy zwiększeniu w związku z wybuchem epidemii najniższy przyrost dochodów charakteryzował respondentów wykonujących profesję medyczną poniżej 1 roku. W przypadku dłuższego stażu zawodowego wzrost dochodów postawał na zbliżonym poziomie wynoszącym około 16%, przy czym najwyższy przyrost cechował osoby świadczące usługi medyczne powyżej 20 lat. W przypadku wskazanej grupy osób poddanych badaniu dominujący wzrost dochodów brutto wynosił 16,67%.

Dominującym wnioskiem wynikającym z powyższych danych pozostaje fakt, iż długość stażu zawodowego nie wpływa na odporność na zjawiska kryzysowe wywołane pojawieniem się negatywnej sytuacji epidemiologicznej. Odsetek przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego charakteryzujących się krótszym stażem zawodowym, których sytuacja finansowa uległa pogorszeniu w związku z wybuchem pandemii COVID-19 w Polsce w wielu przypadkach był niższy od osób cechujących się dłuższym stażem zawodowym. Wyłącznie w przypadku przedstawicieli świadczących usługi medyczne poniżej 1 roku zauważalna była zależność wskazująca na wyższy dominujący spadek oraz niższy dominujący wzrost dochodów brutto względem pozostałych podmiotów o dłuższym stażu zawodowym.

W związku z powyższym nie występuje zależność zachodząca pomiędzy średnią długością stażu zawodowego a dominującą zmianą dochodów w związku z wybuchem epidemii COVID-19. Wniosekowanie w tym przypadku zostało oparte na podstawie utworzonej macierzy korelacji, która została zamieszczona poniżej:

Tabela 3.34. Macierz korelacji średniej długości stażu zawodowego oraz średniej zmiany wysokości dochodów brutto w związku z wybuchem pandemii koronawirusa przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego poddanych badaniu w ankiecie „Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego”

	Średnia długość stażu zawodowego	Średnia zmiana wysokości dochodów
Średnia długość stażu zawodowego	1	0,0560
Średnia zmiana wysokości dochodów		1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 406 respondentów oraz obliczeń pomocniczych.

Wartość korelacji w rzeczonym przypadku wynosi 0,0560. Poddając badaniu korelację liniową, sprawdzamy, w jaki sposób zachowują się względem siebie zmienne. Wartość korelacji liniowej mieści się w przedziale zamkniętym od -1 do 1. Przy czym „1” oznacza silną korelację dodatnią, natomiast „-1” silną korelację ujemną. Innymi słowy, w momencie, gdy korelacja wynosi „1” zmienne reagują w tym samym kierunku, co oznacza, że wzrost (spadek) jednej zmiennej (w naszym przypadku średniej długości stażu zawodowego), powoduje wzrost (spadek) drugiej zmiennej (w naszym przypadku średniej zmiany wysokości dochodów). Natomiast gdy korelacja wynosi „-1” zmienne reagują w przeciwnym kierunku, co oznacza, że wzrost (spadek) jednej zmiennej (w analizowanym przypadku średniej długości stażu zawodowego), powoduje spadek (wzrost) drugiej zmiennej (w analizowanym przypadku średniej zmiany wysokości dochodów). Przyjmując następujące zakresy poziomu zależności zmiennych, należy stwierdzić, iż wartość korelacji wynosząca 0,0560 świadczy o braku zależności pomiędzy zmiennymi:

- <0,2 brak zależności;
- 0,2-0,4 słaba zależność;
- 0,4-0,7 umiarkowana zależność;
- 0,7-0,9 silna zależność;
- >0,9 bardzo silna zależność.

3.4. Podsumowanie rozdziału trzeciego

Powszechny dostęp do usług medycznych pozostaje szczególnie istotny w sytuacjach kryzysowych wywołanych wybuchem ogólnoświatowej pandemii. W związku z powyższym odpowiednio wysoki poziom dochodów osób wykonujących profesje medyczne jest szczególnie ważny. Przedstawiciele medycznych zawodów zaufania publicznego pełnią szczególną rolę z punktu widzenia społecznego – ratując życie i zdrowie ludzi, jak i gospodarczego – przyczyniając się do szybszego zakończenia epidemii i powrotu gospodarki światowej do poziomu koniunktury sprzed kryzysu.

W niniejszym rozdziale został przedstawiony wpływ epidemii COVID-19 na poszczególne zawody medyczne. Udzielono odpowiedzi, który z zawodów medycznych w najwyższym, a który w najmniejszym stopniu ucierpiał w związku z pojawieniem się pandemii koronawirusa w Polsce. Ponadto analizie zostały poddane dodatkowe czynniki wpływające na zmianę wysokości dochodów brutto osób świadczących usługi medyczne, takie jak: forma zatrudnienia oraz długość stażu zawodowego.

Celem kolejnego rozdziału będzie przedstawienie wpływu epidemii na inne sektory usług w Polsce na podstawie dostępnych danych statystycznych obejmujących dane za 2020 rok. Ponadto zostanie przeprowadzona analiza mająca na celu odpowiedź na pytanie, czy medyczne profesje zaufania publicznego charakteryzują się wyższą odpornością na zjawiska kryzysowe od innych branż wchodzących w skład trzeciego sektora gospodarki. Dodatkowo, podobnie jak miało to miejsce w rozdziale trzecim niniejszej pracy, skonfrontowane zostaną oczekiwania respondentów dotyczące rzeczonoego tematu z uzyskanymi danymi statystycznymi.

ROZDZIAŁ IV

Wpływ pandemii COVID-19 na sektor usług w Polsce

4.1. Przedmowa i opis przyjętych metod badawczych

Celem niniejszego rozdziału pozostaje wpływ epidemii COVID-19 na sektor usług w Polsce. W pierwszej kolejności zostanie przedstawiona opinia respondentów w powyższym temacie. Następnie nastąpi konfrontacja założonych hipotez z danymi statystycznymi opublikowanymi przez Główny Urząd Statystyczny. W trakcie okresu pandemii przeprowadzone zostały dwa autorskie badania obejmujące łączną próbę 302 oraz 205 respondentów. Głównym zadaniem rzeczonych sondaży pozostawała odpowiedź na pytanie, które działy usług, w opinii ankietowanych, w największym stopniu ucierpiały w wyniku wybuchu pandemii koronawirusa w Polsce, a które w stopniu najmniejszym. Ponadto celem pośrednim badania pozostawała weryfikacja hipotezy dotyczącej wyższej odporności medycznych zawodów zaufania publicznego na zjawiska kryzysowe w zestawieniu z pozostałymi działami usług. W związku z powyższym respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Który z działów usług, w Twojej opinii, w największym stopniu ucierpiał w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?
2. Który z działów usług, w Twojej opinii, w najmniejszym stopniu ucierpiał w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?
3. Jaki rodzaj przedsiębiorstw, uwzględniając łączną liczbę zatrudnionych pracowników, Twoim zdaniem, w największym stopniu ucierpiał w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?
4. Jaki rodzaj przedsiębiorstw, uwzględniając łączną liczbę zatrudnionych pracowników, Twoim zdaniem, w najmniejszym stopniu ucierpiał w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?
5. Czy medyczne zawody zaufania publicznego, Twoim zdaniem, charakteryzują się większą odpornością na występowanie zjawisk kryzysowych od innych sektorów usług?

Działami usług, które zostały wyróżnione w ankiecie pozostawały w kolejności: administracja i usługi wspierające, budownictwo, handel detaliczny, handel hurtowy, transport i gospodarka magazynowa, usługi finansowe i ubezpieczeniowe, usługi informacyjne i komunikacyjne, usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne, usługi profesjonalne, naukowe i techniczne, usługi związane z obsługą rynku nieruchomości oraz zakwaterowanie i gastronomia. Przyjęta klasyfikacja została oparta na podstawie podziału przyjętego przez Główny Urząd Statystyczny odwołującego się do wybranych sekcji w ramach Polskiej Klasyfikacji Działalności. Natomiast podział podmiotów gospodarczych z uwzględnieniem łącznej liczby zatrudnionych pracowników na mikro²⁰⁹, małe²¹⁰, średnie²¹¹ oraz

²⁰⁹ „W kategorii MŚP mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR”. Źródło: art. 2 ust. 3 Rozporządzenia Komisji Europejskiej nr 364/2004 z dnia 25 lutego 2004 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 70/2001 i rozszerzające jego zakres w celu włączenia pomocy dla badań i rozwoju. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej (28.02.2004).

²¹⁰ „W kategorii MŚP przedsiębiorstwo małe definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR”. Źródło: art. 2 ust. 2 Rozporządzenia Komisji Europejskiej nr 651/2014 z dnia 25 lutego 2004 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 70/2001 i rozszerzające jego zakres w celu włączenia pomocy dla badań i rozwoju. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej (28.02.2004).

²¹¹ „Średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które: zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro”. Źródło: art. 2 ust. 3 Rozporządzenia Komisji Europejskiej nr 364/2004 z dnia 25 lutego 2004 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 70/2001 i rozszerzające jego zakres w celu włączenia pomocy dla badań i rozwoju. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej (28.02.2004).

duże²¹² przedsiębiorstwa został zdeterminowany zgodnie z Rozporządzeniem Komisji Unii Europejskiej nr 651/2014²¹³.

Następnie uzyskane od respondentów informacje zweryfikowano z danymi pozyskanymi z raportów opracowanych przez Główny Urząd Statystyczny w okresie od kwietnia 2020 roku do kwietnia 2021 roku o nazwie – „Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania”.

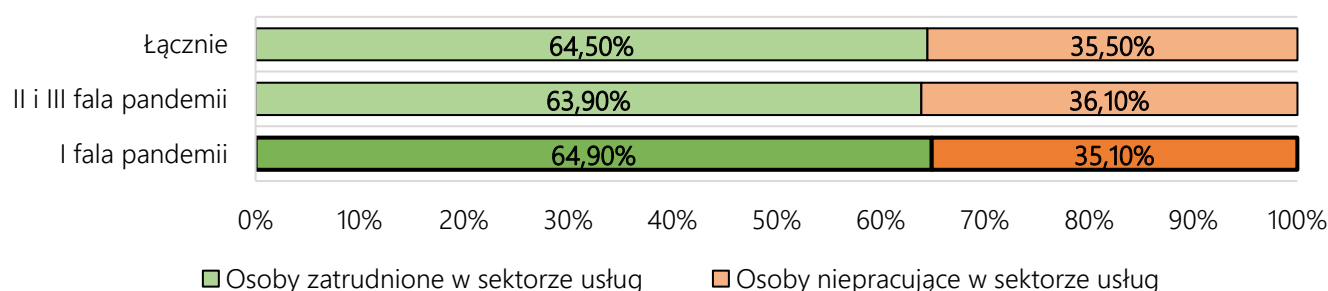
Jako punkt wyjściowy do oceny faktu, czy sytuacja gospodarcza podmiotów wchodzących w obręb danego sektora usług uległa pogorszeniu, polepszeniu bądź pozostała bez zmian, uznano zmianę zamówień na półprodukty, towary i usługi względem sytuacji, w której nie doszłoby do wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce. Analizie poddano ponadto negatywne skutki pandemii koronawirusa (w poszczególnych miesiącach) i ich konsekwencje dla prowadzonej przez ankietowanych działalności gospodarczej z uwzględnieniem następujących wariantów odpowiedzi (brak negatywnych skutków, nieznaczne skutki, skutki poważne oraz konsekwencje zagrażające stabilności finansowej przedsiębiorstwa).

4.2. Wpływ pandemii COVID-19 na sektor usług w Polsce w opinii respondentów

W badaniu dotyczącym wpływu pandemii COVID-19 na sektor usług w Polsce wzięło udział łącznie 507 respondentów w okresie od kwietnia 2020 roku do kwietnia 2021 roku. Ankieta została podzielona na dwie części. Pierwsza z analiz została przeprowadzona w trakcie trwania pierwszej fali epidemii. Udział w niej zadeklarowało łącznie 302 ankietowanych. Natomiast druga z analiz została przeprowadzana w okresie drugiej oraz trzeciej fali epidemii. Udział badanych wyniósł 205 osób. Badaniu poddane zostały zarówno osoby zatrudnione w sektorze usług, jak i podmioty nie będące związane z rzeczonym sektorem gospodarki. Podział ankietowanych z uwzględnieniem rodzaju wykonywanej przez nich działalności został zaprezentowany na wykresie znajdującym się poniżej:

²¹² „Dużym przedsiębiorcą, tj. przedsiębiorcą innym aniżeli mikro, mały lub średni w rozumieniu załącznika nr I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz. UE L 187 z dnia 26.06.2014 r.) jest przedsiębiorca, który na podstawie danych odnoszących się do ostatniego zatwierdzonego okresu obrachunkowego i obliczonych w skali roku przed dniem złożenia w ARP S.A. wniosku, spełnia jedno z poniższych kryteriów: zatrudnia 250 lub więcej pracowników, W przypadku zmian danych dotyczących przedsiębiorcy w zakresie pułapów określonych w pkt. a) i b) powyżej, uzyskanie lub utrata statusu tzw. „dużego przedsiębiorcy” nastąpi tylko wówczas, gdy zjawisko to powtórzy się w ciągu dwóch kolejnych okresów obrachunkowych. Dane przedsiębiorcy samodzielnego ustala się wyłącznie na podstawie jego ksiąg rachunkowych, dane przedsiębiorcy posiadającego przedsiębiorstwa powiązane lub partnerskie w rozumieniu art. 3 załącznika nr I do Rozporządzenia Komisji ustala się, biorąc pod uwagę również dane ww. przedsiębiorstw powiązanych kapitałowo z przedsiębiorcą zgodnie z art. 6 załącznika nr I do Rozporządzenia Komisji, lub (niezależnie od kryteriów określonych w pkt. 1 powyżej): zatrudnia mniej niż 250 pracowników, ale suma bilansowa przedsiębiorcy przekracza równowartość w złotych polskich 43 miliony EUR i łączny roczny obrót przekracza równowartość w złotych polskich kwotę 50 milionów EUR.; którego 25% lub więcej kapitału lub praw do głosowania na zgromadzeniu wspólników lub akcjonariuszy, kontrolowane jest bezpośrednio lub pośrednio, wspólnie lub indywidualnie przez jeden lub kilka podmiotów publicznych, poza przypadkami określonymi w art. 3 ust. 2 akapit drugi załącznika nr I do Rozporządzenia Komisji”. Źródło: art. 2 ust. 3 Rozporządzenia Komisji Europejskiej nr 364/2004 z dnia 25 lutego 2004 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 70/2001 i rozszerzające jego zakres w celu włączenia pomocy dla badań i rozwoju. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej (28.02.2004).

²¹³ Rozporządzenie Komisji Europejskiej nr 364/2004 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.U. L 187 z 26. 06. 2014).



Wykres 4.1. Udział ankietowanych zatrudnionych w sektorze usług i pozostających poza nim

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 302 oraz 205 respondentów.

Ponad $\frac{2}{3}$ badanych, którzy zdecydowali się wziąć udział w badaniu stanowiły osoby zatrudnione w sektorze usług. Niespełna $\frac{1}{3}$ respondentów to osoby, które nie pozostają związane z rzeczoną sektorem gospodarki. Udział osób zatrudnionych w usługach był nieznacznie wyższy w przypadku pierwszego badania ankietowego, przeprowadzonego w trakcie trwania pierwszej fali epidemii COVID-19 (różnica wynosząca 1%).

W dalszej części niniejszego podrozdziału zostaną przedstawione odpowiedzi respondentów, zebrane w trakcie trwania pierwszej i kolejnych fal pandemii koronawirusa, odnoszące się do kwestii, które z działów usług, zdaniem ankietowanych, w największym stopniu, a które w najmniejszym stopniu, ucierpiały w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce. Kryteriami, zgodnie z którymi zostały uporządkowane wyniki pozostawały: dział usług, fala pandemii (pierwsza i kolejne fale), zatrudnienie lub brak zatrudnienia w sektorze usług. Dane dotyczące rzeczonego tematu zostały przedstawione w tabelach znajdujących się poniżej:

Tabela 4.1. Rozkład odpowiedzi respondentów w trakcie pierwszej i kolejnych fal pandemii, w pytaniu dotyczącym opinii odnoszącej się do działu usług, który zdaniem ankietowanych w największym stopniu ucierpiało w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce.

Dział usług	I fala pandemii		II i III fala pandemii		Łącznie	
	LO ²¹⁴	Udział	LO ²¹⁵	Udział	LO ²¹⁶	Udział
Administracja i usługi wspierające	12	3,97%	6	2,93%	18	3,55%
Budownictwo	19	6,29%	6	2,93%	25	4,93%
Handel detaliczny	7	2,32%	2	0,98%	9	1,78%
Handel hurtowy	9	2,98%	9	4,39%	18	3,55%
Transport i gospodarka magazynowa	26	8,61%	9	4,39%	35	6,90%
Usługi finansowe i ubezpieczeniowe	5	1,66%	7	3,41%	12	2,37%
Usługi informacyjne i komunikacyjne	2	0,66%	3	1,46%	5	0,99%
Usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne	40	13,25%	26	12,68%	66	13,02%
Usługi profesjonalne, naukowe i techniczne	16	5,30%	16	7,80%	32	6,31%
Usługi związane z obsługą rynku nieruchomości	5	1,66%	3	1,46%	8	1,58%
Zakwaterowanie i gastronomia	161	53,31%	118	57,56%	279	55,03%
Razem	302	100,00%	205	100,00%	507	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 302 oraz 205 respondentów.

²¹⁴ LO – Liczba odpowiedzi.

²¹⁵ Ibidem (214).

²¹⁶ Ibidem (214).

Tabela 4.2. Rozkład odpowiedzi respondentów w trakcie pierwszej i kolejnych fali pandemii, w pytaniu dotyczącym opinii odnoszącej się do działu usług, który zdaniem ankietowanych w najmniejszym stopniu ucierpiało w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce.

Dział usług	I fala pandemii		II i III fala pandemii		Łącznie	
	LO ²¹⁷	Udział	LO ²¹⁸	Udział	LO ²¹⁹	Udział
Administracja i usługi wspierające	11	3,64%	10	4,88%	21	4,14%
Budownictwo	9	2,98%	11	5,37%	20	3,94%
Handel detaliczny	51	16,89%	29	14,15%	80	15,78%
Handel hurtowy	21	6,95%	19	9,27%	40	7,89%
Transport i gospodarka magazynowa	12	3,97%	11	5,37%	23	4,54%
Usługi finansowe i ubezpieczeniowe	63	20,86%	44	21,46%	107	21,10%
Usługi informacyjne i komunikacyjne	81	26,82%	35	17,07%	116	22,88%
Usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne	4	1,32%	4	1,95%	8	1,58%
Usługi profesjonalne, naukowe i techniczne	16	5,30%	16	7,80%	32	6,31%
Usługi związane z obsługą rynku nieruchomości	32	10,60%	24	11,71%	56	11,05%
Zakwaterowanie i gastronomia	2	0,66%	2	0,98%	4	0,79%
Razem	302	100,00%	205	100,00%	507	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 302 oraz 205 respondentów.

Tabela 4.3. Rozkład odpowiedzi respondentów w zależności od formy zatrudnienia w trakcie pierwszej i kolejnych fali pandemii, w pytaniu dotyczącym opinii odnoszącej się do działu usług, który zdaniem ankietowanych w największym stopniu ucierpiało w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce.

Dział usług	Osoby pracujące w dziale usług		Osoby niepracujące w dziale usług	
	Liczba odpowiedzi	Udział	Liczba odpowiedzi	Udział
Administracja i usługi wspierające	28	8,81%	18	10,98%
Budownictwo	16	5,03%	10	6,10%
Handel detaliczny	9	2,83%	7	4,27%
Handel hurtowy	16	5,03%	7	4,27%
Transport i gospodarka magazynowa	18	5,66%	8	4,88%
Usługi finansowe i ubezpieczeniowe	6	1,89%	4	2,44%
Usługi informacyjne i komunikacyjne	8	2,52%	4	2,44%
Usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne	37	11,64%	21	12,80%
Usługi profesjonalne, naukowe i techniczne	22	6,92%	9	5,49%
Usługi związane z obsługą rynku nieruchomości	10	3,14%	6	3,66%
Zakwaterowanie i gastronomia	148	46,54%	70	42,68%
Razem	318	100,00%	164	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 302 oraz 205 respondentów.

²¹⁷ Ibidem (214).

²¹⁸ Ibidem (214).

²¹⁹ Ibidem (214).

Tabela 4.4. Rozkład odpowiedzi respondentów w zależności od formy zatrudnienia w trakcie pierwszej i kolejnych fali pandemii, w pytaniu dotyczącym opinii odnoszącej się do działu usług, który zdaniem ankietowanych w najmniejszym stopniu ucierpiał w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce.

Dział usług	Osoby pracujące w dziale usług		Osoby niepracujące w dziale usług	
	Liczba odpowiedzi	Udział	Liczba odpowiedzi	Udział
Administracja i usługi wspierające	12	3,77%	10	6,10%
Budownictwo	15	4,72%	9	5,49%
Handel detaliczny	44	13,84%	21	12,80%
Handel hurtowy	31	9,75%	15	9,15%
Transport i gospodarka magazynowa	17	5,35%	6	3,66%
Usługi finansowe i ubezpieczeniowe	55	17,30%	34	20,73%
Usługi informacyjne i komunikacyjne	62	19,50%	31	18,90%
Usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne	3	0,94%	4	2,44%
Usługi profesjonalne, naukowe i techniczne	48	15,09%	15	9,15%
Usługi związane z obsługą rynku nieruchomości	29	9,12%	16	9,76%
Zakwaterowanie i gastronomia	2	0,63%	3	1,83%
Razem	318	100,00%	164	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 302 oraz 205 respondentów.

Na podstawie danych przedstawionych w powyższych tabelach należy sformułować wnioski następującej treści:

1. Zdaniem ankietowanych działem usług, który w największym stopniu ucierpi w związku z pandemią COVID-19 w Polsce pozostaje zakwaterowanie i gastronomia. W pierwszym badaniu, przeprowadzonym w trakcie trwania pierwszej fali epidemii, spośród 302 ankietowanych powyższy wariant odpowiedzi wybrało 161 respondentów (53,31% badanych). W drugim badaniu, przeprowadzonym w trakcie trwania kolejnych fali epidemii, spośród 205 ankietowanych powyższy wariant odpowiedzi wybrało 118 respondentów (57,56% badanych). Łącznie w obydwu badaniach 279 z 507 osób, które zadeklarowały swój udział w analizie (55,03% badanych) wskazało, że ich zdaniem dział usług – zakwaterowanie i gastronomia w największym stopniu ucierpi w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce;
2. Drugim najczęściej wybieranym wariantem odpowiedzi pozostawały usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne. W tym przypadku zauważalna jest jednak znaczna dysproporcja w liczbie odpowiedzi względem poprzedniego przypadku. Łącznie w obydwu badaniach zaledwie 66 z 507 osób (13,02% ankietowanych) wskazało, że ich zdaniem rzeczony dział usług w największym stopniu ucierpi w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce;
3. Zdaniem ankietowanych działem usług, który w najmniejszym stopniu ucierpi w związku z pandemią COVID-19 w Polsce pozostają usługi informacyjne i komunikacyjne. Niemniej jednak w przypadku tego pytania, odpowiedzi respondentów różniły się od siebie w zależności od przeprowadzanym badań. W przypadku ankiety przeprowadzonej podczas trwania pierwszej fali pandemii większości respondentów wskazała właśnie na usługi informacyjne i komunikacyjne jako na dział usług, który w najmniejszym stopniu ucierpi w związku z wybuchem epidemii. Rzeczony wariant odpowiedzi wybrało 81 z 302 osób (26,82% badanych). Natomiast w przypadku badania, które miało miejsce w trakcie trwania kolejnych fal pandemii najczęściej wybieraną odpowiedzią pozostawały usługi finansowe i ubezpieczeniowe. Na wybór tej opcji zdecydowało się 44 spośród

205 respondentów (21,46% badanych). Niemniej jednak łącznie w obydwu analizach najwięcej osób wskazało na usługi informacyjne i komunikacyjne jako na sektor usług, który w ich mniemaniu w najmniejszym stopniu ucierpi w związku z wybuchem epidemii. Na wybór rzeczonego wariantu odpowiedzi zdecydowało się łącznie 116 spośród 507 respondentów (22,88% badanych). Należy jednak podkreślić, że łącznie niewiele niższy odsetek ankietowanych wskazał na usługi finansowe i ubezpieczeniowe. Wskazany wariant odpowiedzi został wybrany przez 107 z 507 respondentów (21,10% badanych);

4. Uwzględniając podział osób zatrudnionych w sektorze usług oraz pozostających poza nim, rozkład odpowiedzi respondentów pozostaje zbliżony względem omówionych powyżej przypadków. W związku z tym zarówno osoby związane zawodowo z usługami, jak i te z nimi niezwiązane, wskazały, że ich zdaniem sektorem usług, który w największym stopniu ucierpi w związku z wybuchem epidemii COVID-19 w Polsce pozostaje zakwaterowanie i gastronomia. W pytaniu „Który z działów usług, w Twojej opinii, w największym stopniu ucierpiął w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?” 46,54% osób zatrudnionych w sektorze usług wybrało wariant odpowiedzi – zakwaterowanie i gastronomia, podczas gdy tą samą odpowiedź wybrało 42,68% osób niezwiązanych zawodowo z sektorem usług. W przypadku przeciwnego pytania „Który z działów usług, w Twojej opinii, w najmniejszym stopniu ucierpiął w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?” najbardziej rozpowszechnioną odpowiedzią wśród osób zatrudnionych w usługach pozostawał wariant – usługi informacyjne i komunikacyjne (wyboru tego dokonało 19,50% badanych), podczas gdy najpopularniejszą odpowiedzią wśród osób niezwiązanych z sektorem usług pozostawał wariant – usługi finansowe i ubezpieczeniowe (wyboru tego dokonało 20,73% badanych).

Poniżej zostaną przeanalizowane odpowiedzi respondentów dotyczące kwestii, który z działów usług według liczby pracujących ucierpił w największym, a który w najmniejszym stopniu w związku z wybuchem pandemii COVID-19 w Polsce. Podział przedsiębiorstw na mikro, małe, średnie oraz duże nastąpił zgodnie z kryterium opisanym w pierwszym podrozdziale rozdziału czwartego niniejszej pracy²²⁰. Zebrane dane zostały przedstawione w dwóch poniższych tabelach:

Tabela 4.5. Rozkład odpowiedzi respondentów w trakcie pierwszej i kolejnych fali pandemii, w pytaniu dotyczącym opinii odnoszącej się do działu usług według liczby pracujących, który zdaniem ankietowanych w największym stopniu ucierpił w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce.

Dział usług według liczby pracujących	I fala pandemii		II i III fala pandemii	
	Liczba odpowiedzi	Udział	Liczba odpowiedzi	Udział
Mikro	135	44,70%	104	50,73%
Małe	101	33,44%	59	28,78%
Średnie	43	14,24%	29	14,15%
Duże	23	7,62%	13	6,34%
Łącznie	302	100,00%	205	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 302 oraz 205 respondentów.

²²⁰ Ibidem (213–216).

Tabela 4.6. Rozkład odpowiedzi respondentów w trakcie pierwszej i kolejnych fali pandemii, w pytaniu dotyczącym opinii odnoszącej się do działu usług według liczby pracujących, który zdaniem ankietowanych w najmniejszym stopniu ucierpiał w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce.

Dział usług według liczby pracujących	I fala pandemii		II i III fala pandemii	
	Liczba odpowiedzi	Udział	Liczba odpowiedzi	Udział
Mikro	34	11,26%	19	9,27%
Małe	54	17,88%	39	19,02%
Średnie	93	30,79%	58	28,29%
Duże	121	40,07%	89	43,41%
Łącznie	302	100,00%	205	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 302 oraz 205 respondentów

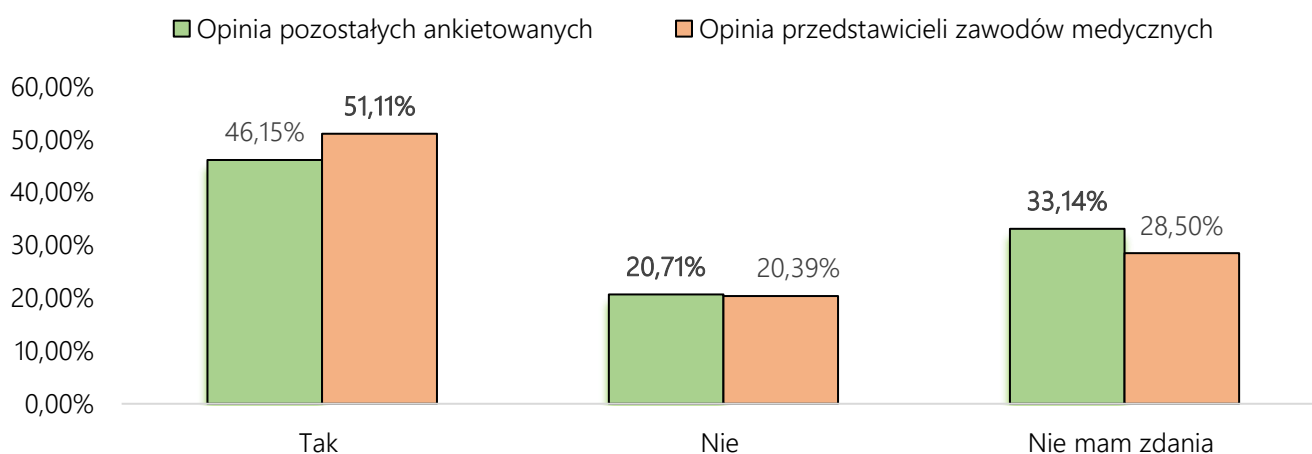
Wnioskiem płynącym z powyższych tabel, pozostaje hipoteza respondentów o wprost proporcjonalnej zależności zachodzącej pomiędzy odpornością na kryzys a wielkością przedsiębiorstw. W obydwu badaniach ankietowani wskazali, że najmniejsze podmioty gospodarcze, ich zdaniem, w największym stopniu ucierpią w związku z wybuchem epidemii COVID-19 w Polsce. Wraz ze wzrostem wielkości przedsiębiorstwa rosła liczba odpowiedzi sugerujących, że kryzys wywołany epidemią koronawirusa w mniejszym stopniu wpłynie na kondycję finansową podmiotów gospodarczych. W pytaniu „Jaki rodzaj przedsiębiorstw, uwzględniając łączną liczbę zatrudnionych pracowników, Twoim zdaniem, w największym stopniu ucierpiał w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?” na mikroprzedsiębiorstwa wskazało łącznie 239 z 507 ankietowanych (47,14% badanych), podczas gdy wariant odpowiedzi – duże przedsiębiorstwa wybrało zaledwie 36 z 507 respondentów (7,10% badanych). W przypadku pytania przeciwnego „Jaki rodzaj przedsiębiorstw, uwzględniając łączną liczbę zatrudnionych pracowników, Twoim zdaniem, w najmniejszym stopniu ucierpiał w wyniku wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce?” na duże przedsiębiorstwa wskazało łącznie 210 z 507 ankietowanych (41,42% badanych), podczas gdy wariant odpowiedzi – mikroprzedsiębiorstwa wybrało zaledwie 53 z 507 respondentów (10,45% badanych).

Głównym tematem niniejszej pracy pozostaje analiza wpływu epidemii COVID-19 na sektor usług w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem medycznych zawodów zaufania publicznego. W związku z powyższym w trakcie przeprowadzania wszystkich trzech autorskich badań ankietowych respondenci zostali zapytani o kwestię, czy ich zdaniem medyczne zawody zaufania publicznego charakteryzują się wyższą odpornością na występowanie niespodziewanych sytuacji kryzysowych względem pozostałych sektorów usług. Udzielone odpowiedzi ankietowanych, z rozróżnieniem w zależności od tego, czy osoba uczestnicząca w badaniu pełniła medyczny zawód zaufania publicznego, czy też nie, zostały przedstawione na wykresie (Wykres 4.2.).

Na podstawie danych przedstawionych na wykresie (Wykres 4.2.) należy sformułować wnioski następującej treści:

1. Zdecydowana większość ankietowanych w obydwu grupach pozostaje zdania, że medyczne zawody zaufania publicznego charakteryzują się większą odpornością na występowanie zjawisk kryzysowych względem pozostałych sektorów usług. Niemniej jednak to przedstawiciele medycznych zawodów zaufania publicznego częściej udzielali pozytywnej odpowiedzi w powyższym pytaniu. W przypadku medyków udział pozytywnych odpowiedzi wynosił 51,11%, podczas gdy odsetek pozostałych ankietowanych, którzy zdecydowali się wybrać wariant odpowiedzi „tak” wynosił 46,15%;
2. Ankietowani niewykonujący profesji medycznej częściej od przedstawicieli zawodów medycznych nie mieli określonego zdania w powyższej kwestii. Na wybór wariantu odpowiedzi – „nie mam zdania” zdecydowało się 33,14% pozostałych respondentów, podczas gdy tej samej odpowiedzi udzieliło 28,50% przedstawicieli medycznych profesji zaufania publicznego.

Czy medyczne zawody zaufania publicznego, Twoim zdaniem, charakteryzują się większą odpornością na występowanie sytuacji kryzysowych od innych sektorów usług?



Wykres 4.2. Rozkład odpowiedzi ankieterowanych w pytaniu dotyczącym opinii respondentów odnośnie do faktu, czy medyczne zawody zaufania publicznego charakteryzują się większą odpornością na występowanie sytuacji kryzysowych od pozostałych sektorów usług

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych na łącznej próbie 302, 205 oraz 406 respondentów.

Analiza przedstawiona w niniejszym podrozdziale ukazała oczekiwania respondentów względem wpływu epidemii COVID-19 na sektor usług w Polsce. Celem kolejnego podrozdziału będzie weryfikacja opisanych powyżej hipotez i ostateczna odpowiedź na pytanie, jakie sektory usług ucierpiały w największym stopniu w związku z wybuchem koronakryzysu w Polsce oraz jak na ich tle plasują się medyczne zawody zaufania publicznego jako specjalistyczny sektor usług.

4.3. Wpływ epidemii COVID-19 na poszczególne sektory usług w Polsce

Wybuch epidemii COVID-19 w 2019 roku przyczynił się nie tylko do utraty zdrowia oraz życia wielu ludzi na całym świecie, ale przede wszystkim wywarł istotne skutki natury gospodarczej we wszystkich państwach świata. Jednym z sektorów gospodarki, który w największym stopniu odczuł skutki koronakryzysu pozostawały usługi. W zdecydowanej większości przedsiębiorcy odczuli niezwykle mocno reperkusje nowo zaistniałej sytuacji. Celem niniejszego podrozdziału pozostaje prześledzenie wpływu kryzysu wywołanego pandemią na sektor usług w Polsce. W związku z powyższym zebrano dane statystyczne pochodzące z różnorodnych publikacji Głównego Urzędu Statystycznego, w celu odpowiedzenia na pytanie, który z działów usług w największym stopniu ucierpiał w wyniku kryzysu oraz jak na tym tle plasują się medyczne zawody zaufania publicznego jako specjalistyczny sektor usług. W przedstawionych badaniach prześledzono okres od kwietnia 2020 roku do kwietnia roku następnego. Jako główne kryterium porównawcze przyjęto szacunkową zmianę zamówień na półprodukty, towary i usługi względem sytuacji, w której nie doszłoby do wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce. Natomiast jako kryteria uzupełniające prześledzono przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w wybranych sektorach usług gospodarki narodowej w kwartałach 2020 roku oraz jego różnicę względem pierwszego kwartału (wyrażoną pieniężnie i procentowo), a także opinię ankieterowanych dotyczącą negatywnych skutków pandemii koronawirusa i ich konsekwencji dla prowadzonej przez nich działalności gospodarczej. Egzegeza dotyczyła zarówno poszczególnych działów wchodzących w obręb sektora usług, jak i przedsiębiorstw, z uwzględnieniem ich wielkości.

W pierwszej kolejności analizie zostanie poddana szacunkowa zmiana zamówień na półprodukty, towary i usługi względem sytuacji, w której nie doszłoby do wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce. Dane dotyczące rzeczonoego tematu zostały zamieszczone w tabeli (Tabela 4.7.).

Na podstawie danych z tabeli (Tabela 4.7.) należy sformułować wnioski następującej treści:

1. W przypadku każdego działu w obrębie sektora usług odnotowano szacunkowy spadek zamówień na półprodukty, towary i usługi względem sytuacji, w której nie doszłoby do wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce;
2. Przeciętnie dla wszystkich sektorów usług spadek zamówień na półprodukty, towary i usługi względem sytuacji, w której nie doszłoby do wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce w okresie od kwietnia 2020 roku do kwietnia 2021 roku wyniósł -16,43%;
3. Najwyższy średni procentowy spadek zamówień odnotowano we wrześniu 2020 roku. Różnica względem sytuacji, w której nie doszłoby do wybuchu epidemii w rzeczonym wypadku wynosiła przeciętnie -11,25%;
4. Najniższy średni procentowy spadek zamówień odnotowano w trzech pierwszych miesiącach pandemii (kwiecień–czerwiec 2020 roku). Różnica względem sytuacji, w której nie doszłoby do wybuchu epidemii w rzeczonym wypadku wynosiła przeciętnie -23,22%;
5. Najwyższy średni procentowy spadek zamówień zaobserwowano w przypadku zakwaterowania i gastronomii. Przeciętny spadek w okresie kwiecień 2020 – kwiecień 2021 wyniósł -41,97%. Najniższy natomiast w przypadku usług związanych z obsługą rynku nieruchomości. Przeciętny spadek w okresie kwiecień 2020 – kwiecień 2021 wyniósł -7,35%;

W dalszej części niniejszego podrozdziału analizie zostanie poddana zmiana przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w poszczególnych sektorach usług gospodarki narodowej w kolejnych kwartałach 2020 roku. Eksplikacja będzie stanowiła główny punkt odniesienia w przypadku odpowiedzi na pytanie, czy zawody medyczne charakteryzują się wyższą odpornością na zachowania kryzysowe względem innych sektorów usług. W ramach przeprowadzonego badania obliczono, jak w okresie pandemii zmieniły się zarobki w obrębie poszczególnych działów usługowych względem pierwszego kwartału 2020 roku, kiedy jeszcze nie wybuchła epidemia COVID-19 w Polsce. Dane dotyczące rzeczonoego tematu zostały przedstawione w tabeli (Tabela 4.8.).

Na podstawie danych przedstawionych w tabeli (Tabela 4.8.) należy sformułować wnioski o następującej treści:

1. Przeciętna wysokość wynagrodzeń w gospodarce narodowej spadła o 164 złote względem pierwszego kwartału 2020 roku (okres poprzedzający wybuch pandemii w Polsce). W wartościach procentowych spadek ten wyniósł 3,08% w czwartym kwartale 2020 roku;
2. Spośród 11 sektorów usług poddanych analizie, spadek przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń brutto nastąpił w przypadku 7 działów usługowych, natomiast wzrost wynagrodzeń w przypadku 4 działów;
3. Najwyższy przeciętny spadek wynagrodzeń brutto wyrażony w wartościach bezwzględnych dotyczył usług finansowych i ubezpieczeniowych. W porównaniu do pierwszego kwartału 2020 roku pod koniec okresu wynagrodzenia w rzeczonym sektorze spadły średnio o 805,75 złotych;
4. Najwyższy przeciętny procentowy spadek wynagrodzeń brutto nastąpił natomiast w przypadku usług kulturalnych, rozrywkowych i rekreacyjnych (średni spadek o 10,83%);
5. Wzrost przeciętnych wynagrodzeń brutto w badanym okresie dotyczył: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, budownictwa, transportu i gospodarki magazynowej oraz usług związanych z obsługą rynku nieruchomości. Przy czym najwyższy przyrost wynagrodzeń dotyczył budownictwa (wzrost o 221,34 złote, 4,27% względem pierwszego kwartału 2020 roku), natomiast najniższy dotyczył usług związanych z obsługą rynku nieruchomości (wzrost o 19,05 złotych, 0,34% względem pierwszego kwartału 2020 roku).

Tabela 4.7. Szacunkowa zmiana zamówień na półprodukty, towary i usługi względem sytuacji, w której nie doszłoby do wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce.

Dział usług	IV 2020	V 2020	VI 2020	VII 2020	VIII 2020	IX 2020	X 2020	XI 2020	XII 2020	I 2021	II 2021	III 2021	IV 2021	ŚA ²²¹
Administracja i usługi wspierające	-11,70%	-16,70%	-14,50%	-13,20%	-13,90%	-15,10%	-17,60%	-19,20%	-18,50%	-14,70%	-17,80%	-17,60%	-11,70%	-15,55%
Budownictwo	-28,60%	-24,30%	-16,90%	-14,40%	-14,60%	-10,50%	-12,20%	-16,40%	-16,30%	-13,80%	-12,90%	-10,80%	-9,00%	-15,44%
Handel detaliczny	-37,20%	-25,90%	-18,30%	-11,50%	-7,80%	-6,10%	-7,10%	-13,90%	-11,10%	-9,00%	-7,80%	-7,40%	-8,20%	-13,18%
Handel hurtowy	-26,90%	-23,40%	-14,10%	-8,80%	-7,60%	-3,90%	-5,10%	-11,20%	-9,80%	-8,00%	-7,70%	-5,60%	-5,70%	-10,60%
Transport i gospodarka magazynowa	-37,90%	-37,10%	-24,90%	-22,50%	-18,60%	-12,80%	-15,40%	-17,50%	-19,40%	-16,60%	-14,20%	-14,00%	-12,60%	-20,27%
Usługi finansowe i ubezpieczeniowe	-13,80%	-17,50%	-15,00%	-10,70%	-9,70%	-6,10%	-6,00%	-9,00%	-7,30%	-7,40%	-5,50%	-5,10%	-4,60%	-9,05%
Usługi informacyjne i komunikacyjne	-23,70%	-14,00%	-18,10%	-12,80%	-11,10%	-3,60%	-3,30%	-6,30%	-4,50%	-6,90%	-4,50%	-4,50%	-6,30%	-9,20%
Usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne	-28,38%	-28,38%	-28,38%	-28,38%	-28,38%	-28,38%	-28,38%	-28,38%	-28,38%	-29,94%	-29,94%	-29,94%	-29,94%	-28,86%
Usługi profesjonalne, naukowe i techniczne	-7,30%	-9,70%	-7,30%	-6,10%	-7,40%	-8,80%	-10,70%	-15,40%	-15,30%	-8,00%	-9,00%	-8,10%	-7,30%	-9,26%
Usługi związane z obsługą rynku nieruchomości	-10,70%	-13,50%	-10,10%	-8,60%	-12,10%	-7,70%	-3,10%	-3,10%	-3,80%	-11,70%	-11,30%	-10,50%	10,70%	-7,35%
Zakwaterowanie i gastronomia	-69,10%	-57,20%	-35,90%	-9,90%	-20,70%	-20,80%	-25,40%	-62,80%	-51,80%	-56,90%	-44,90%	-39,70%	-50,50%	-41,97%
Średnia arytmetyczna	-26,84%	-24,33%	-18,50%	-13,35%	-13,81%	-11,25%	-12,21%	-18,47%	-16,93%	-16,63%	-15,05%	-13,93%	-12,29%	-16,43%
Mediana	-26,90%	-23,40%	-16,90%	-11,50%	-12,10%	-8,80%	-10,70%	-15,40%	-15,30%	-11,70%	-11,30%	-10,50%	-8,20%	-13,18%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego zawartych w publikacji *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe) – Aneks do publikacji (kwiecień 2020 – kwiecień 2021)*.

²²¹ ŚA – średnia arytmetyczna dla okresu pandemii. W rzeczonym przypadku chodzi o średnią arytmetyczną dla okresu od marca 2020 roku do kwietnia 2021 roku.

Tabela 4.8. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w wybranych sektorach usług gospodarki narodowej w kwartałach 2020 roku oraz jego różnica względem pierwszego kwartału (wyrażona pieniędznie i procentowo)

Dział usług	Kwartały 2020				2020	Różnica (I-IV 2020) (PLN)	Różnica (I-IV 2020) (%)
	I	II	III	IV	I-IV		
Ogółem (gospodarka narodowa)	5331,47	5181,07	5176,93	5167,47	5214,235	-164	-3,08%
Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	5261,99	5151,82	5236,88	5371,73	5255,605	109,74	2,09%
Administracja i usługi wspierające	4135,11	4066,59	4086,74	4105,52	4098,49	-29,59	-0,72%
Budownictwo	5180,03	5252,94	5331,24	5401,37	5291,395	221,34	4,27%
Handel	5118,87	5069,02	5038,46	5059,09	5071,36	-59,78	-1,17%
Transport i gospodarka magazynowa	4668,00	4614,82	4657,14	4753,66	4673,405	85,66	1,84%
Usługi finansowe i ubezpieczeniowe	9461,46	9113,68	8765,02	8655,71	8998,968	-805,75	-8,52%
Usługi informacyjne i komunikacyjne	9457,34	9266,21	9241,29	9250,85	9303,923	-206,49	-2,18%
Usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne	5949,75	5331,32	5257,46	5305,61	5461,035	-644,14	-10,83%
Usługi profesjonalne, naukowe i techniczne	7679,07	7562,99	7519,75	7616,77	7594,645	-62,3	-0,81%
Usługi związane z obsługą rynku nieruchomości	5635,90	5513,36	5555,15	5654,95	5589,84	19,05	0,34%
Zakwaterowanie i gastronomia	3935,31	3775,00	3786,72	3793,01	3822,51	-142,3	-3,62%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego zawartych w publikacji *Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2020 roku* oraz własnych obliczeń pomocniczych.

Dotychczas przedstawione zestawienia oparte zostały na danych statystycznych obrazujących spadek zamówień na półprodukty, towary i usługi w związku z wybuchem pandemii COVID-19 oraz zmianę wysokości wynagrodzeń brutto w poszczególnych sektorach usług w kolejnych kwartałach 2020 roku. Nieocenionym źródłem informacji pozostaje jednak pozyskana bezpośrednio od przedsiębiorców opinia dotycząca wpływu kryzysu na sytuację finansową prowadzonej przez nich działalności gospodarczej. W związku z powyższym w niniejszej pracy jako jeden ze wskaźników oceny wpływu epidemii na poszczególne sektory usług wykorzystano również zestawienie opracowane przez Główny Urząd Statystyczny w publikowanych comiesięcznie raportach „Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania”. W jednym z pytań przedsiębiorcy zostali zapytani o negatywne skutki pandemii koronawirusa i ich konsekwencje dla prowadzonej przez nich działalności gospodarczej. Celem gradacji uzyskanych odpowiedzi określono, że rzeczne skutki mogą być: nieznaczne, poważne bądź zagrażające stabilności firmy. Ponadto możliwym wariantem odpowiedzi było również wskazanie, że w wyniku pandemii, dany podmiot nie odczuł negatywnych skutków w związku z wybuchem koronakryzysu. W dwóch poniższych tabelach zostały przedstawione odpowiedzi respondentów zebrane w okresie od kwietnia 2020 roku do kwietnia 2021 roku. Rzeczne dane prezentują się w następujący sposób:

Tabela 4.9. Negatywne skutki pandemii koronawirusa (dla całego okresu pandemii) i ich konsekwencje dla prowadzonej przez ankieterowanych działalności gospodarczej w zależności od działu usług.

Dział usług	Brak negatywnych skutków	Negatywne skutki			
		łącznie negatywne skutki	Nie- znaczne	Po- ważne	Zagrażające stabilności firmy
Administracja i usługi wspierające	6,11%	93,89%	50,50%	27,47%	15,92%
Budownictwo	8,28%	91,72%	52,63%	27,34%	11,75%
Handel detaliczny	4,56%	95,44%	45,02%	37,03%	13,39%
Handel hurtowy	7,37%	92,63%	54,53%	29,87%	8,23%
Transport i gospodarka magazynowa	45,96%	54,04%	33,51%	15,62%	4,91%
Usługi finansowe i ubezpieczeniowe	6,26%	93,74%	58,85%	31,98%	2,91%
Usługi informacyjne i komunikacyjne	10,95%	89,05%	64,79%	18,66%	5,60%
Usługi kulturalne, rozrywkowe i rekreacyjne	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Usługi profesjonalne, naukowe i techniczne	11,46%	88,54%	56,27%	25,20%	7,07%
Usługi związane z obsługą rynku nieruchomości	12,96%	87,04%	57,85%	24,23%	4,96%
Zakwaterowanie i gastronomia	0,97%	99,03%	18,97%	37,77%	42,29%
Średnia	11,49%	88,51%	49,29%	27,52%	11,70%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego zawartych w publikacji *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe) – Aneks do publikacji (kwiecień 2020 – kwiecień 2021)* oraz własnych obliczeń pomocniczych.

Na podstawie danych przedstawionych w powyższych tabelach należy sformułować wnioski następującej treści:

1. Blisko 90% respondentów poddanych badaniu (dokładnie 88,51% wszystkich ankietowanych) pozostaje zdania, że epidemia koronawirusa w sposób negatywny wpłynie na prowadzoną przez nich działalność gospodarczą. Przeciwnego zdania pozostaje zaledwie 11,49% ankietowanych;
2. Najwyższy odsetek respondentów, którzy wskazali, że w ich przypadku kryzys wywołany epidemią nie wywoła negatywnych skutków dla prowadzonej przez nich działalności gospodarczej, to przedsiębiorcy związani z transportem i gospodarką magazynową. W tej grupie rzeczony wariant odpowiedzi wybrało 45,96% ankietowanych;
3. Najniższy odsetek respondentów, którzy wskazali, że w ich przypadku kryzys wywołany epidemią nie wywoła negatywnych skutków dla prowadzonej przez nich działalności gospodarczej, to przedsiębiorcy związani z zakwaterowaniem i gastronomią. W tej grupie rzeczony wariant odpowiedzi wybrało zaledwie 0,97% ankietowanych;
4. Uwzględniając odpowiedzi respondentów ze wszystkich sektorów usługowych, najczęściej przedsiębiorcy pozostają zdania, że skutki wywołane koronakryzysem pozostaną nieznaczne. Na wybór tego wariantu odpowiedzi zdecydował się średnio co drugi badany (49,29% wszystkich respondentów);
5. Zaledwie co dziesiąty ankietowany stwierdził, że epidemia COVID-19 oraz związane z nią załamanie koniunktury gospodarczej zagrazi stabilności jego firmy (11,70% wszystkich respondentów). Niemniej jednak wskaźnik ten znacząco różni się w zależności od poddanego analizie sektora usług. Najgorzej sytuację związaną z pandemią oceniają przedsiębiorcy związani z zakwaterowaniem i gastronomią. W ramach rzeczony grupy badawczej aż 42,29% ankietowanych wskazało, że w ich ocenie prowadzona przez nich działalność gospodarcza jest zagrożona upadkiem. Na przeciwnym biegunie pozostają przedsiębiorcy związani z usługami finansowymi i ubezpieczeniowymi. W ramach rzeczony grupy badawczej tylko 2,91% ankietowanych wskazało, że w ich ocenie prowadzona przez nich działalność gospodarcza jest zagrożona upadkiem.

Pozostając w temacie negatywnych skutków pandemii koronawirusa i ich konsekwencji dla prowadzonej przez przedsiębiorców działalności gospodarczej, warto spojrzeć na rozkład odpowiedzi ankietowanych w poszczególnych miesiącach pandemii. Dane dotyczące rzeczony tematu zostały przedstawione w poniższej tabeli:

Tabela 4.10. Negatywne skutki pandemii koronawirusa (dla całego okresu pandemii) i ich konsekwencje dla prowadzonej przez ankietowanych działalności gospodarczej z wyszczególnieniem poszczególnych miesięcy.

Okres	Brak negatywnych skutków	Negatywne skutki			
		Łącznie negatywne skutki	Nieznaczne	Poważne	Zagrażające stabilności firmy
IV 2020	1,85%	98,15%	34,31%	42,21%	21,63%
V 2020	6,82%	93,18%	39,38%	39,51%	14,29%
VI 2020	9,53%	90,47%	45,37%	34,33%	10,77%
VII 2020	12,69%	87,31%	54,86%	25,00%	7,45%
VIII 2020	12,20%	87,80%	54,57%	24,19%	9,04%
IX 2020	15,62%	84,38%	58,70%	19,16%	6,52%
X 2020	16,80%	83,20%	52,25%	21,82%	9,13%
XI 2020	13,32%	86,68%	45,66%	28,61%	12,41%
XII 2020	14,41%	85,59%	50,38%	23,66%	11,55%

Tabela 4.10. Negatywne skutki pandemii koronawirusa... (cd.)

Okres	Brak negatywnych skutków	Negatywne skutki			
		łącznie negatywne skutki	Nieznaczące	Poważne	Zagrażające stabilności firmy
I 2021	11,07%	88,93%	52,31%	24,70%	11,92%
II 2021	11,51%	88,49%	52,31%	23,87%	12,31%
III 2021	11,70%	88,30%	49,84%	25,95%	12,51%
IV 2021	11,83%	88,17%	50,84%	24,72%	12,61%
Średnia	11,49%	88,51%	49,29%	27,52%	11,70%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego zawartych w publikacji *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe) – Aneks do publikacji (kwiecień 2020 – kwiecień 2021)* oraz własnych obliczeń pomocniczych.

Na podstawie powyższych danych, szczególnie widoczna pozostaje wprost proporcjonalna zależność zachodząca pomiędzy początkiem okresu pandemicznego, a wyższym odsetkiem wskazań dotyczących negatywnych skutków pandemii na prowadzoną przez ankietowanych działalność gospodarczą. W kolejnych miesiącach okresu badawczego niższy odsetek respondentów wskazywał, że w ich przypadku pojawią się negatywne skutki dla prowadzonej przez nich firmy.

Ostatnim punktem, który zostanie omówiony w ramach niniejszego podrozdziału, pozostaje wpływ epidemii COVID-19 na podmioty gospodarcze ze względu na ich wielkość. Zgodnie z podziałem omówionym we wcześniejszych podrozdziałach przedsiębiorstwa zostały podzielone na mikro²²², małe²²³, średnie²²⁴ oraz duże²²⁵. Gradacja wpływu pandemii na poszczególne firmy została oparta na podstawie przedstawionego wcześniej badania dotyczącego opinii ankietowanych odnośnie do negatywnych skutków pandemii koronawirusa i ich konsekwencje dla prowadzonej przez nich działalności gospodarczej. Dane dotyczące rzeczoności tematu zostały przedstawione w poniższej tabeli:

Tabela 4.11. Negatywne skutki pandemii koronawirusa (dla całego okresu pandemii) i ich konsekwencje dla prowadzonej przez ankietowanych działalności gospodarczej z uwzględnieniem działu usług według liczby pracujących.

Okres	Skutki pandemii	Dział usług według liczby pracujących			
		Mikro	Małe	Średnie	Duże
X 2020 – IV 2021	Brak negatywnych skutków	9,76%	5,04%	10,85%	5,40%
	Nieznaczące	42,16%	50,91%	57,18%	64,76%
	Poważne	29,71%	28,99%	21,53%	25,83%
	Zagrażające stabilności firmy	18,36%	15,06%	10,45%	4,01%
	łącznie negatywne skutki	90,24%	94,96%	89,15%	94,60%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego zawartych w publikacji *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe) – Aneks do publikacji (kwiecień 2020 – kwiecień 2021)* oraz własnych obliczeń pomocniczych.

²²² Ibidem (213).

²²³ Ibidem (214).

²²⁴ Ibidem (215).

²²⁵ Ibidem (216).

Na podstawie przedstawionych danych należy sformułować wnioski następującej treści:

1. Przedsiębiorcy prowadzący małe przedsiębiorstwa najczęściej wskazywali, że w ich przypadku pojawiają się negatywne skutki w związku z kryzysem wywołanych epidemią COVID-19;
2. Najbardziej na negatywne skutki związane z kryzysem wskazywali respondenci prowadzący mikroprzedsiębiorstwa. Niemniej jednak w obrębie rzeczonyj grupy odnotowano najwyższy odsetek osób, które wskazywały, że w ich przypadku skutki pandemii mogą zagrażać stabilności firmy;
3. Pomimo faktu, że odsetek przedsiębiorców prowadzących duże przedsiębiorstwa, którzy wskazywali, że w ich przypadku mogą nastąpić negatywne skutki w związku z wybuchem pandemii był drugim najwyższym w obrębie badanej grupy (94,60%), zaledwie 4,01% respondentów wskazało, że w ich przypadku skutki epidemii mogą zagrozić stabilności firmy. Zdecydowana większość badanych wskazała, że ich przypadku skutki te będą nieznaczne.

4.4. Podsumowanie rozdziału czwartego

Wybuch epidemii koronawirusa w Polsce w marcu 2020 roku przyniósł ze sobą liczne reperkusje, które pozostaną odczuwalne przez najbliższe lata. Jej podstawowym skutkiem była utrata zdrowia przez tysiące ludzi w Polsce oraz miliony na całym globie, a w przypadku niektórych osób również konieczność hospitalizacji, a w skrajnych przypadkach śmierć z powodu zarażenia wirusem. Z ekonomicznego punktu widzenia epidemia COVID-19 oznaczała jednak wybuch światowego kryzysu gospodarczego. Rzeczony krach szczególnie mocno doświadczył wybrane sektory usług, zwłaszcza te, w których bezpośredni kontakt z klientem jest podstawą zawieranych transakcji. W wyniku wprowadzenia obostrzeń sanitarnych niektóre z branż w praktyce zostały niemal całkowicie zamknięte na okres kilku miesięcy.

W rozdziale czwartym niniejszej pracy przedstawiono wyobrażenia respondentów na temat wpływu epidemii na sektor usług w Polsce. Podstawę dla analizy stanowiło tutaj autorskie badanie przeprowadzone w trakcie trwania pierwszej, drugiej oraz trzeciej fali pandemii koronawirusa. Następnie, z wykorzystaniem dostępnych źródeł statystycznych pozyskanych z danych Głównego Urzędu Statystycznego, przedstawiono wpływ pandemii na poszczególne sektory usługowe. Przeanalizowano ponadto wpływ pandemii na przedsiębiorstwa w zależności od liczby zatrudnianych przez nie pracowników.

Celem kolejnego rozdziału będzie podsumowanie wniosków płynących z pracy oraz odpowiedź na hipotezy badawcze opisane we wstępie. Tym samym możliwa będzie ostateczna odpowiedź na pytanie, jaki był wpływ epidemii COVID-19 na sektor usług w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem sektora medycznego jako specjalistycznego sektora usług.

ZAKOŃCZENIE

Konkludując rozważania dotyczące wpływu epidemii COVID-19 na sektor usług w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem medycznych zawodów zaufania publicznego, w ostatniej części pracy zostaną poddane weryfikacji hipotezy badawcze ujęte w formie pytań, które zostały przedstawione we wstępie.

W tym miejscu zostanie zweryfikowana hipoteza główna. W świetle przedstawionych danych statystycznych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny oraz autorskich badań przeprowadzonych na grupie respondentów zawodowo związanych ze służbą zdrowia stwierdzić należy, że medyczne zawody zaufania publicznego charakteryzują się wyższą odpornością na kryzys w porównaniu do większości sektorów usług. Sytuacja finansowa osób świadczących usługi medyczne uległa poprawie w związku z wybuchem pandemii koronawirusa.

Zawody medyczne bez wątpienia powinno się zaliczyć do grona profesji zaufania publicznego. W związku z tym charakter ich wykonywania pozostaje inherentnie powiązany z dyspozycją art. 17 Konstytucji RP²²⁶ oraz zasadą demokratycznego państwa prawnego, która została wymieniona w art. 2 Konstytucji RP²²⁷. Specyfika wykonywania poszczególnych profesji medycznych została w sposób szczegółowy omówiona w rozdziale pierwszym niniejszej pracy. Osoby świadczące usługi medyczne pozostają odpowiedzialne nie tylko za własny interes zawodowy. Głównych ich celem powinno być dbanie o stan zdrowia pacjentów. Zgodnie z priorytetową zasadą medycyny – *primum non nocere*²²⁸, rzeczone profesje winny być nierozdzielnie powiązane z zaufaniem publicznym, które gwarantuje, że pacjenci poddający się różnorodnym zabiegom medycznym są pewni, iż personel medyczny doloży wszelkich starań, aby poprawić stan ich zdrowia, a w niektórych przypadkach uratować życie.

Sektor usług pozostaje filarem polskiej gospodarki. W okresie ostatnich 20 lat jego znaczenie wzrosło. Zwiększyła się liczba osób zatrudnionych w trzecim sektorze gospodarki, jak i wartość dodana brutto wygenerowana przez usługi. Znaczenie usług w obrębie kraju pozostaje jednak silnie zróżnicowane. Niektóre regiony Polski posiadają cały czas bardzo wysoki udział osób związanych zawodowo z rolnictwem oraz przemysłem. Ponadto tempo przekształceń gospodarki w stronę usług pozostaje wolne, dlatego znaczenie usług w Polsce na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej jest niewielkie. Sektorem usług, który w największym stopniu ucierpiał w wyniku pandemii jest zakwaterowanie i gastronomia.

Pandemia wpłynęła w sposób pozytywny na wykonywanie medycznych zawodów zaufania publicznego. Jako w jednej z nielicznych branż usługowych wynagrodzenia w służbie zdrowia wzrosły. Ponadto zgodnie z opinią przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego sytuacja względem prowadzonych przez nich działalności w nieznacznym stopniu ucierpiała w wyniku epidemii COVID-19. Szczegółowe wnioski oraz analiza rzeczonego tematu została przedstawiona w rozdziale trzecim oraz czwartym niniejszej pracy. Zawodem medycznym, który w największym stopniu ucierpiał w wyniku pandemii jest lekarz dentysta, natomiast profesją, która ucierpiała w najmniejszym stopniu pozostaje pielęgniarka.

²²⁶ Ibidem (2).

²²⁷ Ibidem (2).

²²⁸ Łacińska maksyma, oznaczająca w tłumaczeniu na język polski – *po pierwsze nie szkodzić*. Jej autorstwo przypisuje się Hipokratesowi bądź Imhotepowi.

BIBLIOGRAFIA

- Augustynowicz A., Owczarek H., *Zawód diagnosty laboratoryjnego zawodem zaufania publicznego*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2010, 8/2, s. 304–315.
- Carp H.J., *Der Transformationsprozess in Dienstleistungs-Unternehmungen*, Berlin 1974.
- Czarny E., *Mikroekonomia*, Warszawa 2006.
- Drabik L., Kubiak-Sokół A., Sobol E., *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2020.
- Filipiak B., Panasiuk A., *Przedsiębiorstwo usługowe. Ekonomia*, Warszawa 2008.
- Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, wyd. 7, Kraków 2020.
- Gelinger O., *À la découverte du nouveau tertiaire*, „Le Monde”, 20.05.1976.
- Główny Urząd Statystyczny, *Standardowe klasyfikacje i nomenklatury*, Warszawa 2021.
- Główny Urząd Statystyczny, *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji (kwiecień 2020 – kwiecień 2021)*, Warszawa 2021.
- Główny Urząd Statystyczny, *Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2020 roku*, Warszawa 2021.
- Hill T.P., *On good and services*, „The Review of Income and Wealth” 1977, vol. 23, nr 4, s. 315–338.
- Ilnicki D., *Przestrzenne zróżnicowanie usług w Polsce. Teoretyczne i praktyczne uwarunkowania badań*, „Rozprawy Naukowe Instytutu Geografii i Rozwoju Regionalnego Uniwersytetu Wrocławskiego”, Wrocław 2009.
- Izdebski H., Skuczyński P., *Etyka zawodów prawniczych. Etyka prawnicza*, Warszawa 2005.
- Jarosz-Żukowska S., Żukowski Ł., *Prawo do nauki i jego gwarancje*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014.
- Kabaj M., *Elementy pełnego i racjonalnego zatrudnienia w gospodarce socjalistycznej*, Warszawa 1972.
- Katouzian M.A., *The development of the service sector. A new approach*, „Oxford Economic Papers” 1970, vol. 22, nr 3, s. 362–382.
- Kłosowski F., *Tendencje zmian w sektorze usług konurbacji katowickiej w latach 1991–2002*, [w:] *Kierunki przekształceń struktury gospodarczej i społeczno-demograficznej miast*, red. J. Słodczyk, E. Szafranek, Opole 2006.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 (Dz.U. z 1997, nr 78, poz. 483) z późn. zm.
- Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa, 1967.
- Kosmański R., *Teoria trzech sektorów a struktura pracujących w Polsce na tle integracji z Unią Europejską*, „Zeszyty Studiów Doktoranckich/ Akademia Ekonomiczna w Poznaniu. Wydział Ekonomii” 2008, nr 44, s. 5–24.
- Krasnowolski A., *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Warszawa 2013.
- Kulawik J., Jankowski B., *Świadczenie usług w Unii Europejskiej*, Warszawa 2014.
- Kulesza M., *Pojęcie zawodu zaufania publicznego, Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, Warszawa 2002.
- Kulesza M., Kamiński L., *Swoboda świadczenia usług i wykonywania wolnych zawodów. Cz.1.: Opracowanie analityczne*, Warszawa 1998.
- Lange O., *Ekonomia polityczna*, t. 1–2, Warszawa 1978.

- Lovelock Ch., *Classifying services to gain strategic marketing insights*, „Journal of Marketing” 1983, vol. 47, nr 3, s. 9–20.
- Mayer R.E., *Introduction to multimedia learning*, Santa Barbara 2005.
- Mikos M, Urbaniak M., *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, Kraków 2016.
- Mudie P., Cottam A., *Usługi. Zarządzanie i marketing*, Warszawa 1998.
- Niewadzi Cz., *Sektor usług w kapitalizmie*, Warszawa 1982.
- Nowak R.J., *Statystyka dla fizyków*, Warszawa 2002.
- Nowosielska E., *Główne tendencje rozwojowe ostatniego dwudziestolecia i aktualne problemy badawcze*, „Zeszyty Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN” 1994, nr 22.
- Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, *Formy wykonywania zawodu lekarza – zagadnienia ogólne*, <https://izba-lekarska.pl/formy-wykonywania-zawodu-lekarza-zagadnienia-ogolne>.
- Polarczyk K., *Wynik pracy podstawą definicji i klasyfikacji usług oraz sfery usług*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1994, nr 1, s. 189–203.
- Rogoziński K., *Usługi rynkowe*, Poznań 2000.
- Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/1577 z dnia 21 września 2020 r. zmieniające załącznik I do rozporządzenia Rady (EWG) nr 2658/87 w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 549/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie europejskiego systemu rachunków narodowych i regionalnych w Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE L 174 z 26.06.2013, str. 1, z późn. zm.).
- Rozporządzenie Komisji Europejskiej nr 364/2004 z dnia 25 lutego 2004 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 70/2001 i rozszerzające jego zakres w celu włączenia pomocy dla badań i rozwoju. (Dz.Urz. UE z 28.02.2004).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 września 2015 roku w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU) (Dz.U. z 2015 r., poz. 1676).
- Runge A., Runge J., *Słownik pojęć z geografii społeczno-ekonomicznej*, Katowice 2008.
- Sadowski W., *Mała Encyklopedia Statystyki*, Warszawa 1976.
- Sarnecki P., *Komentarz do art. 17, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 4, red. L. Garlicki, Warszawa 2005.
- Sarnecki P., *Opinie w sprawie wykładni art. 17, ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przegląd Sejmowy” 2001, nr 2.
- Sasser W.E., *Match supply and demand in service industries*, „Harvard Business Review” 1976, Nov. – Dec.
- Smid W., *Leksykon przedsiębiorcy*, Warszawa 2007.
- Szczukocka A., *Statystyczna ocena znaczenia sektora usług w gospodarce Polski*, Łódź 2013.
- Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020, poz. 85).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152).
- Ustawa z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. 1998, nr 144, poz. 930).
- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. 1991, nr 41, poz. 179).
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, nr 100, poz. 1083).
- Uzasadnienie do poselskiego projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych (druk nr 351).
- Wiatrowski K., *Analiza wpływu pandemii koronawirusa na medyczne zawody zaufania publicznego*, Kraków, kwiecień 2020.
- Wiatrowski K., *Oczekiwania odnoszące się do wpływu pandemii koronawirusa na sektor usług w Polsce*, Kraków, kwiecień 2020.
- Wiatrowski K., *Oczekiwania odnoszące się do wpływu pandemii koronawirusa na sektor usług w Polsce*, Kraków, czerwiec 2020.
- Wiatrowski K., Wiatrowski J., Wanot B., *Uwarunkowania i ekonomiczno-prawny charakter wykonywania prawniczych profesji zaufania publicznego w konfrontacji z zawodem lekarza*, Częstochowa 2020.
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000.
- Wiśniewski F., *Pojęcie i podział usług*, Poznań 1985.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 II 2004 r., sygn. akt P 21/02, OTK-A ZU 2004, nr 2, poz. 9.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 czerwca 2005 r., sygn. akt K 17/04, 66/6/A/2005.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K. 2/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 38.
- Wyrok TSUE 33/74 z dnia 3 grudnia 1974 r. w sprawie Johannes Henricus Maria Van Binsbergen vs Bestuur Van De Bedrijfsvereniging Voor De Metaalnijverheid, ECR (1974), 1299.
- Zieliński M., *Wolny zawód*. Z prac Ośrodka Badawczego Radców Prawnych, „Radca Prawny” 1997, nr 2.