

## FUNKCJONOWANIE GABINETÓW MEDYCZNYCH W DOBIE PANDEMII COVID-19 FUNCTIONING OF MEDICAL OFFICES IN THE ERA OF THE COVID-19 PANDEMIC

ALEKSANDRA MOSEK, SYLWIA KOWALSKA-MYŚLIWIECKA

WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH,  
WYŻSZA SZKOŁA NAUK SPOŁECZNYCH Z SIEDZIBĄ W LUBLINIE,  
UL. ZAMOJSKA 47, 20-031 LUBLIN

### **Streszczenie**

Po wybuchu pandemii COVID-19 cele systemu opieki zdrowotnej musiały zostać dostosowane do zmienionego środowiska, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne pacjentów i oczekiwania pracowników ochrony zdrowia w zakresie bezpiecznych warunków pracy w nagłych wypadkach. Zmiany w działalności pracowników ochrony zdrowia, wynikające głównie ze zmian organizacyjnych i ekonomicznych, wpłynęły na systemy opieki zdrowotnej na całym świecie i oddziałują na wszystkie formy opieki zdrowotnej.

Celem artykułu jest identyfikacja zmian organizacyjnych i ekonomicznych wynikających z wybuchu pandemii COVID-19, które wpływają na funkcjonowanie gabinetów lekarskich w Polsce na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych. Przegląd działań wprowadzonych w celu zapewnienia stabilnego funkcjonowania opieki zdrowotnej w warunkach pandemii, pozwala stwierdzić, że sytuacja zagrożenia zdrowia publicznego ujawniła istotną potrzebę zmian organizacyjnych i ekonomicznych.

**Słowa kluczowe:** działalność gabinetów medycznych, pandemia Covid-19, zarządzanie placówką medyczną.

### **Abstract**

After the outbreak of the COVID-19 pandemic, the goals of the health care system had to be adapted to the changed environment to meet the health needs of patients and the expectations of health care workers for safe working conditions in emergencies. Changes in the activities of health care workers, resulting mainly from organizational and economic changes, have affected health care systems around the world and are affecting all forms of health care.

The purpose of this article is to identify organizational and economic changes resulting from the outbreak of the COVID-19 pandemic that affect the operation of medical offices in Poland based on empirical research conducted. A review of the measures put in place to ensure the stable functioning of health care under the conditions of the pandemic, allows us to conclude that the public health emergency has revealed a significant need for organizational and economic changes.

**Keywords:** operation of medical offices, Covid-19 pandemic, medical facility management.

### WPROWADZENIE

Pandemia wirusa Covid-19 była dla ludzi na całym świecie zjawiskiem nowym i zaskakującym. Wszyscy musieli zacząć całkiem nowe życie, które dla wielu było ogromnym wyzwaniem. Zmiany w funkcjonowaniu placówek medycznych to jeden ze skutków wirusa. Nowa rzeczywistość i restrykcje, które weszły w życie, skłoniły władze za-

rzządzające gabinetami lekarskimi do wprowadzenia wszelkich możliwych obostrzeń, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentów, jak również personelu. Środki ostrożności zachowane podczas wizyt w gabinetach lekarskich, przyczyniły się do znacznego zniwelowania zakażenia koronawirusem i pozwoliły na stworzenie bezpiecznego miejsca pracy.

Polska, szósty co do wielkości kraj Unii Europejskiej, z populacją 38 milionów ludzi, stanowi jeden z największych rynków opieki zdrowotnej w Europie Środkowo-Wschodniej. Od 1999 r. polski sektor ochrony zdrowia przeszedł kilka nieudanych prób reform. Polski system ochrony zdrowia, choć ustanowiony w ramach stworzonych przez UE, wciąż znajduje się pod silnym wpływem polityki wewnętrznej państwa. Podobnie jak w wielu byłych państwach bloku wschodniego, system opieki zdrowotnej w Polsce przeszedł radykalne zmiany – od komunizmu do kapitalizmu otwartego rynku. Publiczna opieka zdrowotna w Polsce jest świadczona bezpłatnie za pośrednictwem krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Systemami ubezpieczeń zarządzają firmy prywatne, które posiadają umowy z wojewódzkimi biurami Narodowego Funduszu Zdrowia. Składki są obowiązkowe, z dobrowolnymi doładowaniami i są opłacane zarówno przez pracodawców, jak i pracowników.

W odpowiedzi na słabą jakość państwowej opieki zdrowotnej, w Polsce szybko rozwija się prywatna opieka zdrowotna, a wielu dostawców całkowicie omija system państwowy i buduje własne prywatne szpitale i kliniki. Szpitale te zapewniają leczenie, które jest opłacane bezpośrednio przez pacjenta i jest mało prawdopodobne, aby było objęte polskimi systemami ubezpieczeń zdrowotnych. Od 2009 r. powstało kilka prestiżowych, najwyższej jakości klinik, w tym 150-lóżkowy Szpital św. Rafała w Krakowie oraz 180-lóżkowy szpital Medicover w Warszawie. W ciągu najbliższych kilku lat planowanych jest powstanie kolejnych prywatnych klinik i szpitali, zapewniających najwyższe standardy wyposażenia, usług i leczenia dla pacjentów i turystów medycznych. Dzięki wsparciu rządowemu i silnym inwestycjom ze strony międzynarodowych prywatnych dostawców opieki zdrowotnej, Polska szybko staje się wiodącym miejscem dla turystyki zdrowotnej w Europie, oferując idealne połączenie wysokiej jakości opieki i niskich, przystępnych cen (Czerwiński, 2017: online).

## SPECYFIKA ZARZĄDZANIA PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ

Polski system opieki zdrowotnej oparty jest na modelu ubezpieczeniowym. W modelu tym, to państwo odpowiada za realizację celów polityki zdrowotnej. Zarządzanie jest głównie obowiązkiem podmiotów państwowych i lokalnych. Administracja państwowa przy wsparciu naukowców, konsultantów krajowych w różnych dziedzinach medycyny lub ekspertów z instytutów naukowo-badawczych opracowuje plany i włącza je do strategicznych dokumentów rozwoju kraju (Karniej, 2013: s. 67).

Na szczeblu rządowym, to Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Finansów opracowuje plany dotyczące działań w kierunku resortu zdrowia, pełni wiele funkcji nadzorczych, a w przypadku wybranych jednostek także funkcje bezpo-

średniego zarządzania, jak również odpowiada za finansowanie i wdrażanie programów zdrowotnych, finansowanie regulowanych usług wysokospecjalistycznych, zapewnianie środków na badania naukowe oraz szkolenie pracowników ochrony zdrowia.

Odchodząc od tradycyjnego modelu sprawowania władzy, stosowane jest zarządzanie oparte na samorealizacji, służbie publicznej, z koncentracją na zbiorowości. W zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia coraz częściej wykorzystywana jest koncepcja lean management. Założeniami tej koncepcji są: delegowanie odpowiedzialności i uprawnień na niższe szczeble w kontekście decentralizacji systemu informacyjnego, samokontrola i elastyczność struktury organizacyjnej. W ten sposób struktura zostaje spłaszczona, dzięki czemu organizacja może szybciej reagować na zmiany w swoim otoczeniu. Koncepcja lean management uznaje pracowników za najważniejszą część organizacji oraz opowiada się za ich ciągłym szkoleniem i doskonaleniem, bezpośrednim kontaktem i partnerstwem z dostawcami (Głowacka, Galicki, Mojs, 2009: s. 162). Zastosowanie koncepcji lean management w zakładach leczniczych pozwala na poprawę jakości opieki nad pacjentem, minimalizację błędów oraz krótszy czas oczekiwania na świadczenia medyczne (Głowacka, Galicki, Mojs, 2009: s. 162).

W duchu koncepcji „just in time”, szpitale korzystają z tzw. wirtualnego magazynu, który pozwala dostawcy na dostarczenie w krótkim czasie określonych preparatów. Ważną koncepcją wykorzystywaną w zarządzaniu jednostkami medycznymi jest benchmarking. Jest to metoda zarządzania, która identyfikuje najlepsze sposoby realizacji procesów wewnątrz i na zewnątrz organizacji, w celu usprawnienia jej działania. Jest to rodzaj skutecznego narzędzia wykorzystywanego w zarządzaniu jakością, redukcji kosztów, osiągnięciu przewagi konkurencyjnej, zwiększaniu udziału pracowników w podejmowaniu decyzji oraz wpływaniu na kulturę organizacyjną. Benchmarking w zarządzaniu zakładami leczniczymi może odbywać się na poziomie poszczególnych oddziałów w ramach jednej jednostki medycznej, a także na poziomie wielu jednostek medycznych działających jako szpitale (Skrzypczak, Haczyński, 2010: s. 266).

W przypadku poszczególnych oddziałów w ramach jednej jednostki, dotyczy udziału kosztów usług pomocniczych w kosztach całkowitych oddziałów, liczby lekarzy i pielęgniarek na oddziale na jednego pacjenta oraz obłożenia łóżek na poszczególnych oddziałach. Natomiast w przypadku jednostek medycznych prowadzonych w formie szpitali, benchmarking, pozwala na porównanie działalności aptek szpitalnych, laboratoriów diagnostycznych, systemów informatycznych i działów technicznych. Jest to metoda podlegająca dużej formalizacji, co utrudnia jej skuteczne zastosowanie w jednostkach medycznych (Głowacka, Galicki, Mojs, 2008: s. 155).

Czynnik ludzki usprawnia proces świadczenia usług medycznych i jest najważniejszym zasobem organizacji. Ma on znaczenie zarówno w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jak i w funkcjonowaniu jednostek medycznych. Powodzenie świadczeń zdrowotnych udzielanych w jednostkach medycznych, zależy także od decyzji organizacyjnych i zarządczych, związanych ze zwiększeniem dostępu do świadczeń medycznych i lepszym gospodarowaniem środkami finansowymi (Jończyk, 2004: s.201). Istotne jest również, aby w jednostkach ochrony zdrowia pracowała wysoko wykwalifikowana kadra me-

dyczna oraz zarządzająca. Zarządzający powinni odznaczać się posiadaniem niezbędnej wiedzy oraz umiejętnościami organizacyjnymi i menedżerskimi. Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładzie leczniczym może być zlecone firmie zewnętrznej lub być realizowane przez odrębny dział w danym zakładzie, do zadań którego będą należały planowanie potrzeb kadrowych, rekrutacja, selekcja, zatrudnianie oraz awansowanie pracowników (Skrzypczak, Haczyński, 2010: s. 266).

To właśnie proces rekrutacji w jednostkach medycznych należy do jednego z najważniejszych elementów zarządzania zasobami ludzkimi, mający na celu zapewnienie ciągłości działania organizacji. Proces rekrutacji nowego pracownika rozpoczyna się przed jego zatrudnieniem. Przed zatrudnieniem formułowany jest opis stanowiska pracy, identyfikowane są cechy osobowe kandydata, określane są źródła poszukiwania kandydatów oraz kryteria decyzyjne i planowane jest wprowadzenie kandydata do pracy w organizacji. Personel samodzielnie lub we współpracy z kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej, podejmuje decyzję o dalszej selekcji, wykorzystując dostępne metody rekrutacji, tj. rozmowy kwalifikacyjne, testy, analizę dokumentów i referencji. Po dokonaniu wyboru, nowy pracownik jest wprowadzany do pracy w sposób kompetentny. Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładzie medycznym sprowadza się do dalszego planowania, organizowania, motywowania i oceniania pracowników.

Planowanie zasobów ludzkich dotyczy przewidywania przyszłych zmian w strukturze zatrudnienia oraz planowanie zatrudnienia, i odnosi się do przydzielania pracowników do określonych zadań. W praktyce planowanie zasobów ludzkich w zakładach leczniczych jest trudne ze względu na ich dynamiczne otoczenie. Problemem jest niedobór kadrowy na rynku pracy. Kandydat na pracownika powinien posiadać określone wykształcenie, umiejętności i spełniać wymogi formalne (prawo wykonywania zawodu). Ograniczenia nakłada również art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który stanowi, że czas pracy pracowników zatrudnionych w jednostce medycznej nie może przekraczać 37 godzin i 55 minut tygodniowo. Ograniczenie to dotyczy pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, nie dotyczy natomiast pracowników zatrudnionych na podstawie form cywilnoprawnych. Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach leczniczych realizowane przez motywację opiera się na formach nagród finansowych, jasnej ścieżki awansu i szkoleń (Bitkowska, Weiss, 2015: s. 306).

W placówkach medycznych opieka wyszkolonego i kompetentnego personelu jest ważna nie tylko dla zdrowia i życia ludzi, ale także, dla jakości usług, co pomaga w tworzeniu przewagi konkurencyjnej.

Wpływ COVID-19 na sektor ochrony zdrowia jest odczuwalny poprzez zmniejszenie przychodów oraz wyższe koszty operacyjne. Pandemia COVID-19 wywiera negatywny wpływ na praktyki lekarskie, jak również dezorganizuje pracę zespołów lekarskich, w wyniku odgórnych regulacji związanych z zapobieganiem rozprzestrzeniania się wirusa, do których należą między innymi: zmienione godziny otwarcia gabinetów lekarskich, stosowanie dodatkowych środków ostrożności wobec pacjentów oraz personelu, wzmożona dezynfekcja.

Jednym z nich jest obwieszczenie opublikowane w dniu 10 marca 2020 r. przez Głównego Inspektora Sanitarnego, w sprawie Kodeksu postępowania w podstawowej opiece zdrowotnej oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. W wytycznych wskazano, że jednostki ochrony zdrowia powinny szeroko informować o zmianie zasad przyjmowania pacjentów. W wyniku jednej ze zmian, pacjenci byli zobowiązani do kontaktowania się w pierwszej kolejności z kliniką telefonicznie, a także skorzystania z tak zwanej „teleporady”.

W konsekwencji gwałtownych zmian w zarządzaniu gabinetami lekarskimi, a także ryzykiem związanym z zakażeniem wirusem COVID-19, gabinety lekarskie zobligowane zostały do dokonania zmian w swoim funkcjonowaniu. Sposób i jakość przeprowadzonych zmian miały olbrzymi wpływ na pracę zatrudnionego personelu i jakość świadczonych usług. Dlatego też podjęto badania, których celem była identyfikacja zmian organizacyjnych i ekonomicznych wynikających z wybuchu pandemii COVID-19.

## METODOLOGIA BADAŃ

Ochrona zdrowia w każdym państwie stanowi o bezpieczeństwie życia obywateli. Pomoc w zakresie zdrowia, udzielana jest potrzebującym każdego dnia, dlatego każda zmiana w zakresie funkcjonowania zakładów leczniczych powinna być monitorowana i analizowana pod kątem skuteczności, efektywności, jakości w kontekście miejsca pracy, a także przydatności dla pacjentów i pracowników. Głównym problemem prowadzonych badań było poznanie sposobu zarządzania gabinetami lekarskimi w dobie pandemii COVID-19.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego. Posłużono się techniką ankiety, a zastosowanym narzędziem był kwestionariusz ankiety. Narzędzie składało się z 19 pytań właściwych i 6 pytań metryczkowych.

W badaniu postawiono 7 hipotez badawczych:

H1: W porównaniu do okresu przed pandemią, zarządzanie publicznymi i prywatnymi gabinetami lekarskimi w dobie pandemii COVID-19 uległo zmianie, co widoczne jest w wprowadzeniu nowych zasad oraz reguł działania placówek medycznych.

H2: Nie ma różnic w zarządzaniu lekarskimi gabinetami prywatnymi i publicznymi.

H3: Wszystkie organizacje skorzystały ze środków ochrony finansowej podczas pandemii COVID-19.

H4: W gabinetach lekarskich prywatnych oraz publicznych został powołany Zespół Zarządzania Kryzysowego.

H5: Forma i tryb pracy zatrudnionych w prywatnych oraz publicznych gabinetach lekarskich nie uległy zmianie.

H6: Zarządzanie publicznymi i prywatnymi gabinetami lekarskimi w dobie pandemii COVID-19 nie jest efektywne, ponieważ personel nie jest dobrze poinformowany oraz przeszkolony.

H7: Nie w każdym gabinecie lekarskim zostały przeprowadzone szkolenia wśród pracowników informujące o zasadach pracy w trakcie pandemii COVID-19.

Badaniami objęto 102 dobrowolnie zgłaszających się użytkowników Internetu, mogących odpowiedzieć na zamieszczone pytania. Badania przeprowadzono w okresie styczeń-kwiecień 2022 r. w formie elektronicznej. Kwestionariusz ankiety został rozesłany do tematycznych grup społecznościowych z zastrzeżeniem specjalnych kryteriów, które umożliwiły jej wypełnienie. Następnie zebrano wyniki badania i odrzucono ankiety nie spełniające kryteriów badania, w tym przypadku były to dwie ankiety, błędnie wypełnione. Analizę ankiet przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 14.

## CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

W badaniach wzięło udział 80% kobiet i 20% mężczyzn. Najwięcej respondentów było w przedziale wiekowym 40-49 lat (37%), następnie 50-59 lat (25%). W grupie wiekowej do 29 lat było 19% ankietowanych, a w grupie 30-39 – 12%. Tylko 6% respondentów było w wieku powyżej 66 lat, a w przedziale 60-65 lat – 3%.

Najwięcej spośród ankietowanych miało wykształcenie średnie (49%), wyższe (36%) oraz zawodowe (12%) i podstawowe (3%). Najwięcej respondentów pochodziło z miasta powyżej 300 tys. mieszkańców (63%), z miejscowości od 100-200 tys. mieszkańców: (8%), z miejscowości poniżej 100 tysięcy mieszkańców: (29%).

Zdecydowana większość respondentów biorących udział w badaniu (90%) pracowała w gabinecie prywatnym, stanowiącym samodzielną jednostkę organizacyjną, natomiast 10% respondentów pracowała w gabinecie państwowym, będącym jednostką należącą do większej organizacji. Najwięcej respondentów (35%) pracowało w gabinetach medycyny estetycznej, 25% w gabinetach okulistycznych, 15% w stomatologii, po 10% w gabinetach kosmetycznych i gabinetach chirurgicznych oraz 5% w gabinetach zajmujących się leczeniem chorób słuchu.

Znaczna część ankietowanych (42%) pracuje w organizacji zatrudniającej 21-50 pracowników, 35% pracuje w organizacji zatrudniającej 51-200 osób, a 23% w organizacji małej, zatrudniającej max. 20 osób.

## ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Pandemia COVID-19 to czas gwałtownych zmian w wielu obszarach życia oraz funkcjonowania poszczególnych państw. Prowadzenie działalności gospodarczej w tym czasie należy do zadań wymagających, zwłaszcza w sektorze usług medycznych. Poziom funkcjonowania gabinetów lekarskich zależeć powinien od podejmowania właściwych decyzji oraz wdrażania ich w życie. Działanie tych placówek medycznych mogło być uzależnione między innymi od wprowadzenia pracy Zespołu Zarządzania Kryzysowego oraz związanego z tym planu ciągłości działania.

Zespół Zarządzania Kryzysowego lub stanowisko pełniące taką funkcję, to dla organizacji zaznaczenie dbałości o sprawy organizacji, w tym o pacjentów i pracowników.

Powołanie do życia tego typu zespołu może być pomocne w lepszym zarządzaniu bezpieczeństwem firmy. Zdecydowana większość, bo 80% ankietowanych wskazało, że takie stanowisko lub Zespół Zarządzania Kryzysowego powstał w ich organizacji medycznej. Tylko w 20% organizacji, zespół nie został powołany. Odpowiedzi ankietowanych sugerują, że zarządzający gabinetami lekarskimi zdecydowali powierzyć sprawy placówki w ręce wyłonionych ludzi, którzy posiadali kompetencje w zakresie zarządzania kryzysowego. Zespół Zarządzania Kryzysowego lub stanowisko pełniące taką funkcję, mogło być powołane przez wybuchem pandemii lub w jej trakcie, jako prewencja przed tego typu kryzysami. Zdecydowana większość ankietowanych (69%,) odpowiedziała, że zespół taki powstał w ciągu ostatniego roku, 9% respondentów wskazało, że zespół powstał ponad rok temu. Tylko 2% ankietowanych odpowiedziało, że stało się to kilka lat wcześniej, przed wybuchem pandemii. Co piąty respondent (20%) nie udzielił odpowiedzi na to pytanie. Odpowiedzi ankietowanych mogą świadczyć o tym, że to pandemia COVID-19 przyczyniła się do powstania specjalnego stanowiska lub Zespołu Zarządzania Kryzysowego. Ruch ten mógł być próbą ochrony przed skutkami pandemii oraz sposobem na szybkie reagowanie na nieustające zmiany, które mogłyby być szkodliwe dla funkcjonowania gabinetów lekarskich.

Liczba członków Zespołu Zarządzania Kryzysowego jest uzależniona od wielkości organizacji i jej potrzeb. Powierzenie zadań i obowiązków zespołowi składającemu się z kilku osób, wiąże się z jego większą efektywnością oraz mniejszym obciążeniem dla jego członków. W organizacjach medycznych, najczęściej zespół składa się z 2-5 osób (65% wskazań), z 6-10 osób (29%). Tylko 6% respondentów wskazało, że sprawami związanymi z zarządzaniem kryzysowym zajmuje się jedna osoba. Odpowiedzi ankietowanych mogą sugerować, że zarządzanie kryzysowe z reguły jest prowadzone przez zespół osób, co może minimalizować ryzyko pomyłek lub podejmowania błędnych decyzji, mających negatywne skutki dla pracowników całej organizacji. Ponadto należy zwrócić uwagę na to, że zarządzanie kryzysowe prowadzone przez jedną osobę może być zbyt dużym obciążeniem.

Respondentom zadano także pytanie o niezależnych członków tworzących Zespół Zarządzania Kryzysowego. Większość ankietowanych (57%) odpowiedziało, że organizacja posiada niezależnych członków, natomiast aż 43% respondentów nie posiada wiedzy na ten temat. Być może wynika to z braku zainteresowania tym zagadnieniem przez personel, lub jest to efekt nieskutecznej polityki informacyjnej organizacji lub celowe działanie organizacji, z racji anonimowości członków takiego zespołu.

Podstawowym zadaniem każdej organizacji jest opracowanie planu ciągłości działania, którego celem jest przedstawienie wytycznych działania organizacji w trakcie sytuacji kryzysowych. Plan ciągłości działania gabinetów lekarskich stanowi o istnieniu placówki w sytuacjach kryzysowych, takich jak pandemia. Informacja o jego wprowadzeniu przez organizację jest potrzebna, by zweryfikować stopień zabezpieczenia placówki przez podobnymi wydarzeniami.

Respondentom zadano pytanie, czy organizacja medyczna, w której obecnie pracują, posiada plan ciągłości działania. Ponad połowa respondentów (52%) twierdziła, że

firma ma plan ciągłości działania opracowany przed wybuchem pandemii, który jednak nie był regularnie aktualizowany. Aż 18% respondentów odpowiedziało, że firma nie przygotowała planu ciągłości działania przed wybuchem pandemii, a 16% ankietowanych nie ma wiedzy na ten temat. Co siódmy respondent (14%) twierdził, że firma, w której pracuje, ma plan ciągłości działania opracowany przed wybuchem pandemii, który był regularnie aktualizowany. Odpowiedzi respondentów sugerują, że organizacje z sektora leczniczego w większość były zabezpieczone na wypadek wybuchu pandemii, jednak nie każdy plan działania był dostatecznie często aktualizowany.

Koniecznym było pytanie, czy plan ciągłości działania uwzględniał tak duże zjawisko kryzysowe, jakim była epidemia i pandemia. Zdecydowana większość ankietowanych (91%) przyznała, że plany w ich organizacjach uwzględniały taką ewentualność, natomiast 5% respondentów twierdziło, że działań o zasięgu pandemicznym i epidemicznym nie przewidziano. Część respondentów (4%) nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie. Uzupełnieniem tego zagadnienia było pytanie o konieczność dokonania korekt w planie ciągłości działania, związanych z wybuchem pandemii. Większość respondentów (51%) wskazało, że konieczna była całkowita zmiana planu i wprowadzenie nowego planu, 41% ankietowanych twierdziło, że konieczna była zmiana tylko nielicznych zapisów planu ciągłości działania, 8% ankietowanych twierdziło, że zmiany wymagało wiele zapisów planu. Wprowadzanie korekty lub zmian w planie ciągłości działania gabinetów lekarskich może oznaczać, że plan był wcześniej błędnie przygotowany, bądź nie spodziewano się tak poważnych konsekwencji COVID-19.

Przedsiębiorstwa, w zależności od profilu swojej działalności, miały możliwość korzystania z różnego rodzaju zapomóg finansowych, które stanowiły środki ochrony finansowej organizacji w czasie pandemii COVID-19. Informacja o tym, czy firma skorzystała z dostępnych rozwiązań, czy też nie, pozwoliła na zorientowanie się, jaki jest stosunek do kwestii finansowych organizacji. A to z kolei może informować o sytuacji zatrudnionych tam osób. Najczęściej wskazywanymi środkami ochrony finansowej były: korekta kosztów (53%), zarządzanie zobowiązaniami i należnościami (46%), nowe zarządzanie zapasami/oszczędnościami (46%), znalezienie nowych źródeł finansowania (42%). Nieco mniej wskazań było na: wsparcie ze strony państwa (27%), a 26% respondentów zaznaczyło odpowiedź, że żadnych działań nie podjęto.

Ciągłość biznesowa jest jednym z priorytetów działalności gospodarczej. W celu jej podtrzymania, zarząd ma do dyspozycji redukcję lub zmiany w produkcji, zmiany w personelu, czy też ustalenie nowych warunków z dostawcami. Odpowiedzi ankietowanych w tej kwestii, pozwoliły na zorientowanie się, jakie są kluczowe elementy dla danego gabinetu lekarskiego, a z jakich są one w stanie zrezygnować w okresie zmian. Najczęściej wskazywane były takie działania, jak: renegocjacja warunków z dostawcami – 60%, redukcja lub zmiany w produkcji – 46%, oraz reorganizacja pracowników – 36%. Rozkład odpowiedzi nie sumował się w tym pytaniu do 100%, ponieważ respondenci mieli możliwość wyboru wielokrotnego.

Poprawne funkcjonowanie procesów po wprowadzeniu niezbędnych zmian w związku z sytuacją pandemiczną może świadczyć o poziomie jakości oraz organizacji



przedsiębiorstwa. Odpowiedzi ankietowanych na to pytanie pozwoliły określić, jak organizacje radziły sobie z wdrażaniem nowych procesów. Prawie połowa respondentów (46%) twierdzi, że większość procesów po wybuchu pandemii COVID-19 działała poprawnie, co trzeci respondent (30%) uważał, że wszystkie procesy w organizacji zadziałały poprawnie, natomiast, co dziesiąty ankietowany (10%) podkreślał, że niewiele procesów w organizacji zadziałało poprawnie, 8% ankietowanych uznało, że żadne procesy nie działały poprawnie, natomiast 6% respondentów nie miało zdania w tym temacie.

Ważnym aspektem funkcjonowania organizacji podczas pandemii Covid-19 stała się praca zdalna. Praca zdalna stanowiła jedną z form zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19 i była stosowana przez organizacje w wysokim procencie zatrudnionych pracowników. Natomiast nie wszystkie stanowiska miały możliwość wykonywania pracy w systemie zdalnym. Dlatego też ważnym wydało się pytanie o możliwość pracy zdalnej w organizacji, w której pracowali respondenci, jeszcze przed wybuchem pandemii. Zdecydowana większość (72%) wskazała, że nie było możliwości pracy zdalnej przed wybuchem pandemii, a co czwarty respondent (24%) przyznał, że pracował zdalnie, w ograniczonym zakresie, 4% respondentów nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie.

Praca zdalna nie była praktykowana przed wybuchem pandemii COVID-19, natomiast w okresie trwania pandemii rozpowszechniła się, pozwalając unikać kontaktu z drugim człowiekiem, a tym samym zachować dystans społeczny. Pomimo tego, że ta forma realizacji obowiązków zawodowych zdarzała się już wcześniej, nie wszystkie firmy z niej korzystały. Informacja o tym, czy organizacja korzystała z pracy zdalnej pozwoliła na zapoznanie się z tym, jak płynnie przebiegł proces wdrażania jej na większą skalę w organizacji.

W zdecydowanej większości organizacji (70%) praca zdalna podczas pandemii wykorzystywana była w systemie „pół na pół”. W co czwartej organizacji (25%) więcej niż 75% pracowników pracowało zdalnie, a tylko w 5% praca zdalna była wykorzystywana w niewielkim stopniu, tzn. – mniej niż 25% pracowników pracowało w domu. Odpowiedzi ankietowanych mogą świadczyć o tym, że w związku z epidemią COVID-19 nastąpiła reorganizacja w gabinetach lekarskich w kontekście formy wykonywania obowiązków zawodowych.

Przejsie na tryb zdalnej pracy, wymaga dobrego zorganizowania oraz sprawnego sprzętu elektronicznego i dostępności do aplikacji internetowych, jak również dodatkowego przeszkolenia pracowników w możliwościach wykorzystywania pracy zdalnej. Informacja dotycząca zdolności do szybkiego przejścia organizacji na tryb zdalnej pracy, dała podstawę do określenia możliwości i zasobów informatycznych firmy. Zdecydowana większość ankietowanych (89%) odpowiedziała, że ich organizacja nie była przygotowana i nie była w stanie, w ciągu pierwszego tygodnia od wybuchu pandemii Covid-19, przejść na tryb pracy zdalnej. Tylko 9% respondentów stwierdziło, że ich organizacja stosując istniejące lub doraźne rozwiązania sprawnie i szybko przeszła w tryb pracy zdalnej. Pozostałe 2% respondentów udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Szkolenia informujące o tym, w jaki sposób wykonywać służbowe obowiązki w trakcie trwania pandemii COVID-19, były kluczowym elementem sprawnego funkcjonowania placówki medycznej. Informacja o tym, czy taka forma doszkalająca miała miejsce w organizacjach, miała pomóc zrozumieć inne powzięte decyzje w placówce oraz sposób ich oceny przez ankietowanych. Zdecydowana większość respondentów (70%) uznała, że została przeszkolona i poinformowana, w jaki sposób należy wykonywać swoje obowiązki w trakcie trwania pandemii. Odpowiedzi przeczącej udzieliło 28% respondentów, natomiast 2% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Odpowiedzi respondentów mogą sugerować, że zdecydowana większość organizacji medycznych, w sposób odpowiedzialny zareagowała na sytuację pandemiczną i przeprowadziła stosowne szkolenia, czy też przekazała niezbędne informacje personelowi gabinetów lekarskich. Właściwa organizacja pracy personelu podczas kryzysowych sytuacji może stanowić o dalszym funkcjonowaniu placówki na rynku, dlatego istotne jest powzięcie odpowiednich kroków, mających na celu zminimalizowanie szkód wywołanych przez stan pandemii. Ponadto szkolenia oraz doinformowanie personelu może sprawić, że będzie on wydajniej pracował, a poziom jego stresu pozostanie na średnim lub niskim poziomie.

Środki ostrożności przeciwko COVID-19 zostały z góry ustalone przez rząd, jednak każda placówka miała możliwość wprowadzenia rozwiązań dodatkowych. Pracownicy gabinetów lekarskich mogli czuć się bardziej bezpiecznie, mając do dyspozycji różnego rodzaju narzędzia, umożliwiające im zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2, co przekładało się także na komfort ich pracy oraz samopoczucie ich pacjentów. Najczęściej stosowanymi środkami ostrożności w każdym gabinecie lekarskim były: maski (100%), środki dezynfekujące (100%) oraz dystans społeczny (100%). Pracę zdalną oraz kontrolne mierzenie temperatury w placówkach medycznych wskazało 90% respondentów, nieco mniej, bo 85% respondentów wskazało na szczepienia ochronne oraz teleporady – 80%. Odpowiedzi respondentów sugerują, że w gabinetach lekarskich powzięto głównie środki ostrożności stosowane na ogół w miejscach publicznych, będące odgórnymi wskazaniem rządu. Tym samym jest to dowód na zastosowanie się do obostrzeń obowiązujących w Polsce w czasie trwania pandemii COVID-19.

## WNIOSKI

Pandemia Covid-19 była dla ludzi na całym świecie nowym i zaskakującym wyzwaniem. Wszyscy zmienili dotychczasowy styl życia, zapominając o tym, co wolno było przed pandemią i skupiając się na przestrzeganiu nowych, jakże rygorystycznych zasad współżycia społecznego. Zmiany w funkcjonowaniu placówek medycznych to jeden z podstawowych skutków wirusa. Nowa rzeczywistość i restrykcje, które weszły w życie, skłoniły władze zarządzające gabinetami lekarskimi do wprowadzenia wszelkich możliwych obostrzeń, aby możliwość przyjmowania pacjentów była na najwyższym poziomie i gwarantowała bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego. Środki

ostrożności zachowane podczas wizyt w gabinetach lekarskich, przyczyniły się do znacznego zniwelowania zakażenia się koronawirusem i pozwoliły na stworzenie bezpiecznego miejsca pracy.

W celu ochrony pracowników medycznych zastosowano ustawodawstwo, które zapewniło więcej środków na wyposażenie placówek ochrony zdrowia w sprzęt i urządzenia zabezpieczające. Bezpieczne warunki pracy są niewątpliwie gwarancją sprawnego procesu pracy, który jest podstawowym warunkiem relacji z pacjentami. Zmiany organizacyjne oraz ekonomiczne w Polsce i skierowane do personelu medycznego są regulowane odgórnie przez rząd. Projektowanie zmian organizacyjnych i ekonomicznych, które wpływają na przepływ i efektywność działań personelu gabinetów medycznych, a tym samym na warunki ich pracy, przeprowadzane zostały na podstawie analizy rozwiązań wprowadzanych od początku pandemii. Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają, że wszystkie gabinety lekarskie stosowały środki zapewniające bezpieczeństwo i ochronę przed zakażeniem, a najliczniej korzystano z: maseczek, zachowaniu dystansu oraz środków dezynfekujących.

Zmiany w organizacji pracy pracowników ochrony zdrowia na podstawie opublikowanych aktów prawnych i zaleceń, wymagały od organizacji dostosowania się do otaczających warunków, co w przypadku jednostek medycznych oznacza ciągłe dążenie do poprawy jakości działań, mających na celu zwiększenie efektywności i bezpieczeństwa pacjentów. Takie działania stają się jeszcze ważniejsze, gdy weźmie się pod uwagę zatrudniony personel. Menedżerowie ochrony zdrowia stoją przed wyzwaniami związanymi z projektowaniem warunków pracy w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów, ale także w celu spełnienia oczekiwań personelu medycznego w zakresie dostosowania warunków pracy do sytuacji kryzysowych (Łukasiński, 2016: s. 69-79). W odniesieniu do wyników badań należy wspomnieć o tym, że organizacja pracy podczas pandemii i jej przebieg w gabinetach leczniczych w większości był pozytywnie odbierany przez zatrudnionych pracowników.

W polskim systemie ochrony zdrowia wprowadzono wiele zmian związanych z ekonomicznym aspektem funkcjonowania ochrony zdrowia, a większość z nich dotyczy i wspiera organizacyjną stronę pracy pracowników ochrony zdrowia. Środki finansowe na świadczenia związane z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19 gwarantuje ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz stanów nagłych nimi wywołanych (GIS, 2020: online). Dlatego jednym z kierunków zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych jest skierowanie części środków finansowych z budżetu państwa do ochrony zdrowia. Badanie potwierdziło, że gabinety lekarskie w niewielkim odsetku skorzystały z tej formy finansowego wsparcia, natomiast w celu usprawnienia funkcjonowania zastosowanie znalazły również takie rozwiązania, jak: korekta kosztów, zarządzanie zobowiązaniami i należnościami, nowe zarządzanie zapasami / oszczędnościami oraz znalezienie nowych źródeł finansowania.

Warto nadmienić, że wsparcie ze strony państwa nie było rozwiązaniem, po które najczęściej sięgali przedsiębiorcy. Zespół Zarządzania Kryzysowego był narzędziem wykorzystywanym do kontrolowania sytuacji w placówkach ochrony zdrowia w związku z pandemią i jak wskazują wyniki badań, powstał w 80% przypadków, najczęściej w ciągu ostatniego roku. W jego skład wchodziło zwykle 2-5 osób, choć zdarzały się większe grupy, a także jednoosobowe zarządy.

Praca zdalna była odpowiedzią na utrudnione warunki pracy, wynikające z zagrożenia pandemią COVID-19. Możliwość tej formy pracy, jak się okazuje w niektórych placówkach medycznych, była praktykowana przed wybuchem pandemii.

Według wyników badania A. Marcinkiewicza, we wszystkich skontrolowanych jednostkach, w których zorganizowano telepracę, istniały odpowiednie procedury wewnętrzne w zakresie telepracy lub stosowano zarządzenia lub wytyczne ustanowione przez jednostki nadrzędne. W 33 z tych jednostek (87%) zostały one wprowadzone w trakcie lub krótko po pierwszej fali epidemii COVID-19, a w pozostałych jednostkach wprowadzono je w okresie od pół roku do roku po pojawieniu się epidemii w kraju (Marcinkiewicz, 2022: s. 19-24). Badanie potwierdza, że telepraca, zwana teleporadą stała się powszechną formą wykonywania obowiązków, aż w 95% dotyczyła wymiaru pracy na poziomie połowy etatu lub więcej. Dodatkowo potwierdzenie znajduje to, że czas wprowadzania telepracy był wydłużony – jak informują wyniki badania – aż w 89% nie było możliwe wdrożenie tej formy pracy w okresie krótszym lub równym tygodnia.

Telepraca była najczęściej przekazywana w formie pisemnych poleceń dla pracowników (w 60% jednostek), lub w sposób mieszany, tzn. część była przekazywana ustnie, a część pisemnie (w 23%) (Marcinkiewicz, 2022: s. 19-24). Z badania przeprowadzonego przez A. Marcinkiewicza wynika również, że proces informowania oraz organizowania pracy zdalnej nie przebiegał we wszystkich gabinetach lekarskich podobnie, wobec czego zauważalne były przypadki niedoinformowania. Wyniki przeprowadzonego badania nie potwierdzają takiego stanu rzeczy, o czym świadczy 70% pozytywnych wskazań, że przepływ informacji w tych placówkach jest sprawny. Dodatkowo gabinety lekarskie dbają o to, by personel był przeszkolony.

Pomimo tego, na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań, gabinety lekarskie zdołały stworzyć warunki pracy, w których personel mógł się odnaleźć. Jest to prawdopodobnie wynik wcześniejszej polityki prowadzonej przez placówki medyczne – jak choćby ustalenie planu ciągłości finansowej, w której uwzględniono pandemię. Nawet jeśli konieczne było wprowadzanie późniejszych zmian w jego strukturze – w większości przypadków – to sam fakt, że taki plan był przygotowany wcześniej, zapewniał poczucie bezpieczeństwa oraz powodował, że była potrzeba w dostosowaniu się do nowej pandemicznej sytuacji. Postawione w badaniu hipotezy badawcze, poddano weryfikacji (Tabela 1).

Tabela 1. Weryfikacja hipotez

<b>Hipoteza</b>	<b>Weryfikacja</b>	<b>Uzasadnienie</b>
H1: W porównaniu do okresu przed pandemią, zarządzanie publicznymi i prywatnymi gabinetami lekarskimi w dobie pandemii COVID-19 uległo zmianie, co widoczne jest we wprowadzeniu nowych zasad oraz reguł działania.	Hipoteza potwierdzona	Działanie teleporady oraz wprowadzenie Zespołu Zarządzania Kryzysowego Nie wykazano zależności istotnych statystycznie między zmiennymi ( $p = 0,631$ ). Wykazano zależności istotne statystycznie między zmiennymi ( $p = 0,018$ ).
H2: Nie ma różnic w zarządzaniu lekarskimi gabinetami prywatnymi oraz publicznymi.	Hipoteza niepotwierdzona	Istnieją różnice, np. w rezultatach informowania oraz prowadzenia szkoleń wśród pracowników. Nie wykazano zależności istotnych statystycznie między zmiennymi ( $p = 0,410$ ).
H3: Wszystkie organizacje skorzystały ze środków ochrony finansowej podczas pandemii COVID-19.	Hipoteza niepotwierdzona	Różne placówki wybierały inne i różne formy finansowania. Nie wykazano zależności istotnych statystycznie między zmiennymi ( $p = 0,449$ )
H4: W gabinetach lekarskich prywatnych oraz publicznych został powołany Zespół Zarządzania Kryzysowego.	Hipoteza potwierdzona	Zespół Zarządzania Kryzysowego został powołany w 80% placówek. Wykazano zależności istotne statystycznie między zmiennymi ( $p = 0,018$ ).
H5: Forma i tryb pracy zatrudnionych w prywatnych oraz publicznych gabinetach lekarskich nie uległa zmianie.	Hipoteza niepotwierdzona	Już przed pandemią w wielu przypadkach, praca w formie zdalnej była praktykowana w części placówek. Nie wykazano zależności istotnych statystycznie między zmiennymi ( $p = 0,631$ ).

H6: Zarządzanie publicznymi i prywatnymi gabinetami lekarskimi w dobie pandemii COVID-19 nie jest efektywne, ponieważ personel nie jest dobrze doinformowany oraz przeszkolony.	Hipoteza niepotwierdzona	Szkolenia zostały przeprowadzone w 89% przypadków, dotyczy to także przepływu informacji. Nie wykazano zależności istotnych statystycznie między zmiennymi ( $p = 0,410$ ).
H7: Nie w każdym gabinecie lekarskim zostały przeprowadzone szkolenia wśród pracowników informujące o zasadach pracy w trakcie pandemii COVID-19.	Hipoteza niepotwierdzona	Szkolenia zostały przeprowadzone w 89% gabinetów lekarskich. Nie wykazano zależności istotnych statystycznie między zmiennymi ( $p = 0,410$ ).

## PODSUMOWANIE

Zmiany, które zaszyły, oraz wnioski wyciągnięte na podstawie przeprowadzonych badań mogą pomóc we wprowadzeniu trwałych zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia w Polsce i ułatwić jego ewentualne dostosowanie do przyszłych zagrożeń zdrowotnych.

Pandemia COVID-19 spowodowała konieczność przedefiniowania rozwiązań, które funkcjonują w systemach zdrowotnych w sytuacji zagrożenia zdrowia oraz konieczności zwiększenia skuteczności podejmowanych działań.

Przeгляд wdrożonych lub planowanych zmian w ochronie zdrowia w warunkach pandemii wykazał, że istnieje potrzeba i konieczność spójnych zmian organizacyjnych i finansowych, które wzmocnią bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz bezpieczne warunki pracy personelu medycznego.

Zmiany o charakterze organizacyjnym, to między innymi: warunki lokalowe, organizacja pracy i stanowiska pracy, środki ochrony pracowników przed zakażeniami, przepływ informacji czy sposób zaopatrywania pacjentów. Zmiany finansowe to: mobilizacja dodatkowych środków finansowych w różnych formach, zaangażowanie różnych źródeł finansowania, warunki finansowe zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, rozszerzenie katalogu produktów finansowanych ze środków publicznych czy rozwiązania motywacyjne.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bitkowska A., Weiss E. (2015), *Metody podejścia procesowego w organizacjach. Teoria i praktyka*, Vizja Press, Warszawa.
2. Czermiński A., Grzybowski M. (1996), *Wybrane zagadnienia z organizacji i zarządzania*, WSAiB, Gdynia.
3. Drucker P. (2004), *Zawód menedżer*, MT Biznes, Warszawa.
4. Głowacka M., Galicki J., Mojs E. (2009), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
5. Główny Inspektorat Sanitarny, *Zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z ryzykiem zawleczenia na obszar Polski nowego koronawirusa (SARS -CoV-2)*, <https://www.gov.pl/web/gis/zasady-postepowania-epidemiologicznego-i-medycznego-w-zwiazku-z-ryzykiem-zawleczenia-na-obszar-polski-nowego-koronawirusa-sars-cov-2-aktualizacja-na-dzien-14-lutego-2020-r>, dostęp: 24.05.2022.
6. Gorwood P., Fiorillo A. (2021), One year after the COVID-19: What have we learnt, what shall we do next?, „European Psychiatry”, nr 64 (1), s.15- 64.
7. Jończyk J. (2008), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa.
8. Karniej P. (2008), *Logistyka i zarządzanie zapasami w szpitalu*, Wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
9. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie schematu postępowania dla POZ i NiŚOZ - materiał archiwalny, 2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-schematu-postepowania-dla-poz-i-nisoz>, dostęp: 11.04.2022.
10. Laing T. (2020), The economic impact of the Coronavirus 2019 (Covid-2019): Implications for the mining industry, „The Extractive Industries and Society”, nr 7(2), s. 580-582.
11. Łukasiński W. (2016), Warunki i stosunki pracy a jakość funkcjonowania organizacji, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie”, nr 2, s. 69–79.
12. Marcinkiewicz A. (2022), Wpływ pandemii COVID-19 na zasoby i działalność jednostek podstawowych służb medycyny pracy w Polsce, „Medycyna Pracy”, nr 73(1), s. 19–24.
13. Maslach C. (1976), Burn-out, „Human Behavior”, nr 5, s.16–22.
14. Rostkowski T. (2012), *Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi w administracji publicznej*, Wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
15. Skrzypczak A., Haczyński J. (2010), Problemy szacowania wydatków na prywatne usługi medyczne w Polsce, „Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management”, nr 25, s.265-275.
16. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654).
17. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).
18. World Health Organization, Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak: 18 March 2020, 2020, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272383/retrieve>, dostęp: 25.04.2022.