

# ZMIANY ORGANIZACYJNO-FINANSOWE W PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OKRESIE PANDEMII COVID-19 W POLSCE

ORGANIZATIONAL AND FINANCIAL CHANGES  
IN THE WORK OF PRIMARY HEALTH CARE WORKERS  
DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN POLAND

Anna Rybarczyk-Szwajkowska, Anna Staszewska, Małgorzata Timler, Izabela Rydlewska-Liszkowska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi / Medical University of Lodz, Łódź, Poland  
Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Zarządzania i Logistyki w Ochronie Zdrowia / Department of Management and Logistics in Health Care,  
Faculty of Health Sciences

## STRESZCZENIE

W związku z wybuchem pandemii COVID-19 cele systemu ochrony zdrowia musiały zostać dostosowane do zmieniającego się otoczenia, aby zrealizować potrzeby zdrowotne pacjentów i wypełnić oczekiwania personelu medycznego dotyczące zapewnienia bezpiecznych warunków pracy w zaistniałej sytuacji kryzysowej. Zmiany działalności personelu medycznego, które wynikają przede wszystkim ze zmian organizacyjno-finansowych, dotyczą systemów ochrony zdrowia na całym świecie i wpływają na funkcjonowanie wszystkich form opieki zdrowotnej. Celem tego artykułu jest wskazanie zmian organizacyjnych i finansowych wynikających z wprowadzonych od ogłoszenia przez WHO pandemii do 8 maja 2021 r. aktów prawnych i zaleceń wpływających na warunki pracy personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce. Przegląd wprowadzonych działań w zakresie zapewnienia stabilności funkcjonowania POZ w warunkach pandemii pozwala stwierdzić, że sytuacja zagrożenia zdrowia publicznego ujawniła znaczną potrzebę wprowadzenia zmian organizacyjno-finansowych. Skutkiem zmian wynikających z legislacji oraz dobrych praktyk o istocie medycznej, organizacyjnej i finansowej są modyfikacje systemu ochrony zdrowia w Polsce, które mogą w nim pozostać. Warto jednak podkreślić, że jednym z istotnych wyzwań w zakresie przyszłych reakcji systemu ochrony zdrowia, w tym POZ, na stan zagrożenia zdrowia publicznego jest zachowanie spójności zmian organizacyjnych i finansowych wpływających na płynność oraz skuteczność działań podejmowanych przez personel POZ, a więc również na warunki jego pracy. Punktem wyjścia projektowania takich zmian powinna być analiza rozwiązań wprowadzonych od początku pandemii w Polsce. Można do nich zaliczyć nowe wymagania o charakterze organizacyjnym (warunki lokalowe, organizacja i stanowiska pracy, przepływ informacji czy sposób zaopatrzenia pacjenta) i zmiany finansowe (mobilizację dodatkowych zasobów finansowych w różnych formach). W artykule przedstawiono wiele pytań badawczych, które są warte rozważenia przy ustalaniu problemów i priorytetów w przyszłości, ponieważ zaistniałe zmiany i wnioski sformułowane na podstawie ich analizy mogą przyczynić się do wprowadzenia stałych modyfikacji funkcjonowania POZ w Polsce i ułatwić jej ewentualne dostosowanie do stanów ryzyka zdrowotnego. Med. Pr. 2021;72(5):591–604

**Słowa kluczowe:** podstawowa opieka zdrowotna, warunki pracy, pracownicy medyczni, organizacja pracy, finansowanie, COVID-19

## ABSTRACT

Following the outbreak of the COVID-19 pandemic, the objectives of the health care system had to be adapted to the changing circumstances, in order to meet the health needs of patients, but also the expectations of medical workers related to ensuring safe working conditions in the crisis situation. The activities of medical staff are greatly affected by organizational and financial changes in health care systems, which affect both the health care systems all over the world and the functioning of all forms of health care. The article examines the organizational and financial changes resulting from the introduction of regulations affecting the conditions of primary health care (PHC) workers in Poland from the beginning of the COVID-19 pandemic to May 8, 2021. The findings regarding measures taken to ensure the stability of PHC functioning during the pandemic highlight that the public health emergency exposed a significant need to introduce organizational and financial changes in PHC. The changes arising from legislation and good practices of medical, organizational and financial character resulted in health care system modernizations in Poland. It is worth stressing, however, that there is a great need to maintain coherence when implementing organizational and financial changes affecting the fluidity and effectiveness of the actions taken by PHC personnel, and thus their working conditions, when implementing future responses to public health emergencies. Such changes should be based on an analysis of the solutions introduced since the beginning of the pandemic in Poland: these include organizational changes such as housing conditions, organization of work and workplaces, flow of information and way of supplying the patient, and financial changes involving mobilization of additional financial resources. The article presents a list of future research questions that merit consideration when setting problems and priorities: these can be used to guide the introduction of permanent modifications to the functioning of PHC in Poland and to facilitate possible future adaptation in times of emergency. Med Pr. 2021;72(5):591–604

**Key words:** primary health care, working conditions, medical workers, work organization, financing, COVID-19

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Anna Rybarczyk-Szwajkowska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Zarządzania i Logistyki w Ochronie Zdrowia, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: anna.rybarczyk@umed.lodz.pl  
Nadesłano: 7 grudnia 2020, zatwierdzono: 4 sierpnia 2021

## WSTĘP

Chociaż w ostatnich latach nieustannie obserwowano pojawianie się nowych wirusów, to dopiero rozprzestrzenienie się koronawirusa SARS-CoV-2 i wywołana przez niego pandemia COVID-19 spowodowały mobilizację systemów opieki zdrowotnej na światową skalę [1]. Pierwsze przypadki zakażenia tym wirusem odnotowano pod koniec 2019 r. w chińskim mieście Wuhan, a 4 marca 2020 r. – w Polsce. W ciągu prawie 18 miesięcy na całym świecie zostało zakażonych ponad 157,5 mln osób, a niemal 3,3 mln osób zmarło [2]. Jedenastego marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) ogłosiła pandemię, co istotnie wpłynęło na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia większości państw.

Podczas zmagania się z pandemią przy ograniczonych możliwościach systemowych role lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego i pielęgniarki nabierają szczególnego znaczenia w systemie ochrony zdrowia [3]. Wartość pracowników podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jako pierwszego punktu kontaktu chorego z systemem zdrowotnym w reagowaniu na kryzys epidemiczny została przeanalizowana i zaakcentowana w wielu publikacjach naukowych [4–7].

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że pracownicy medyczni POZ powinni odgrywać znaczącą rolę w odpowiedzi na COVID-19. W czasie pandemii zakres zadań POZ – do których WHO zaliczyła dostarczanie podstawowych świadczeń zdrowotnych, identyfikację i zarządzanie potencjalnymi przypadkami zakażenia, zapobieganie transmisji infekcji w kontaktach z personelem POZ i wśród niego, wzmocnienie nadzoru nad przypadkami grypopodobnymi i ciężkimi infekcjami dróg oddechowych, poprawę komunikacji i zaangażowania społecznego w związku z ryzykiem zakażenia oraz wspieranie akcji szczepień – wskazuje na potencjalne narażenie na czynnik biologiczny SARS-CoV-2 personelu POZ w miejscu pracy [8]. Zintegrowanie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów z bezpieczeństwem zdrowotnym personelu

medycznego, wprowadzenie narodowych programów zdrowia i bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy, ochrona przed przemocą w miejscu pracy, ustanowienie zasad chroniących zdrowie psychiczne personelu medycznego (godziny pracy, przerwy na odpoczynek i odciążenie od czynności administracyjnych), wzmocniona ochrona przed fizycznymi i biologicznymi czynnikami narażenia zostały uznane za kluczowe w kwestii ochrony zdrowia pracowników POZ, a w konsekwencji za fundamentalny czynnik walki z pandemią [9].

W związku z wybuchem pandemii COVID-19 zarządzający stanęli w obliczu konieczności dostosowania systemu ochrony zdrowia do zmieniającego się otoczenia. Zmiany działalności personelu medycznego, głównie lekarzy POZ, wynikają przede wszystkim ze zmian organizacyjno-finansowych i dotyczą systemów ochrony zdrowia na całym świecie [10–14]. Od początku marca 2020 r. do maja 2021 r. do polskiego ustawodawstwa wprowadzono wiele dokumentów wydanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Ministerstwo Zdrowia (MZ) i Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), które dotyczyły regulacji na poziomie POZ. Zmiany prawne dotyczące funkcjonowania jednostek POZ istotnie wpływają na kształtowanie warunków pracy i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich jakość, a także oddziałują na bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne personelu medycznego. Należy podkreślić, że personel medyczny jest grupą zawodową zwiększonego ryzyka ekspozycji na czynniki biologiczne, w tym SARS-CoV-2 [15,16], co wiąże się z pracą w ciągłym stresie, z towarzyszącym wyczerpaniem fizycznym, rozstaniem z rodziną oraz bólem po śmierci pacjentów i współpracowników [17–19].

Brakuje oficjalnych danych z poszczególnych państw opisujących liczbę zakażeń nowym koronawirusem wśród personelu medycznego, które można byłoby porównać. W Polsce od początku pandemii do 1 marca 2021 r. u lekarzy potwierdzono 22 493 zakażenia COVID-19 i odnotowano 106 zgonów (wśród pielęgniarek i położnych, odpowiednio: 62 548 i 84) [20]. W świetle

wzrostu liczby przypadków COVID-19 i zgonów z jego powodu wśród pracowników ochrony zdrowia na terytorium obu Ameryk Pan American Health Organization (PAHO/WHO) zarekomendowała wzmocnienie możliwości świadczenia usług zdrowotnych na wszystkich poziomach, wyposażenie pracowników opieki zdrowotnej w odpowiednie zasoby i prowadzenie szkolenia w celu zapewnienia odpowiednich i terminowych reakcji na pandemię [21].

Szczególną rolę w reagowaniu na zagrożenie zdrowotne odgrywają publiczne zasoby finansowe wykorzystywane zgodnie z nowymi priorytetami wydatków publicznych. Ich alokacja powinna stanowić wsparcie realizowanych zadań wynikających z sytuacji pandemicznej. Powszechne i konieczne stało się przeformułowanie kierunków oraz mechanizmów finansowania ochrony zdrowia, aby odpowiadały one stanowi zagrożenia zdrowotnego [22]. Trudno nie zgodzić się z uniwersalnością celów operacyjnych finansowania ochrony zdrowia, wśród których powinny się znajdować:

1. Uelastycznienie budżetów związanych ze świadczeniami zdrowotnymi.
2. Dynamiczne zarządzanie kosztami zmiennymi ochrony zdrowia.
3. Uaktualnianie warunków kontraktowania świadczeń zdrowotnych.
4. Zwiększenie zakresu zdalnego sprawowania opieki zdrowotnej poprawiającego efektywność pracy podmiotów leczniczych [23].

Wymienione cele, wynikające z redefinicji finansowego wsparcia ochrony zdrowia, odnoszą się do wszystkich poziomów organizacyjnych jej systemu, w tym również do POZ, której personel został prawnie zobligowany do realizacji wielu zadań wynikających z sytuacji kryzysu zdrowotnego. Dotyczą one nie tylko nowych wyzwań w zakresie świadczeń zdrowotnych, w tym związanych z medycyną pracy, ale również zadań mających na celu zapewnienie zdrowia i bezpieczeństwa personelu POZ w miejscu pracy.

Celem niniejszego artykułu było wskazanie zmian organizacyjnych i finansowych wynikających z wprowadzonych od ogłoszenia przez WHO pandemii do 8 maja 2021 r. aktów prawnych i zaleceń wpływających na warunki pracy personelu medycznego POZ w Polsce. Zaistniałe zmiany i wnioski sformułowane na podstawie ich analizy mogą przyczynić się do wprowadzenia stałych modyfikacji funkcjonowania POZ w Polsce i ułatwić jej ewentualne dostosowanie do przyszłych stanów ryzyka zdrowotnego.

## METODY PRZEGLĄDU

Podstawową metodą badawczą był przegląd aktów prawnych i zaleceń wpływających na działalność organizacyjno-finansową jednostek POZ w Polsce wydanych przez MZ, NFZ i GIS. Analiza obejmuje okres od ogłoszenia przez WHO stanu pandemii (11 marca 2020 r.) do 8 maja 2021 r. Do analizy włączono także komunikat GIS z 14 lutego 2020 r., którego publikacja nie mieści się w ramach czasowych niniejszej analizy, ale uznano go za szczególnie ważny w kontekście początku zachodzących zmian w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto do analizy włączono opracowania eksperckie wydane przez WHO, Komisję Europejską, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Porozumienie Zielonogórskie, Międzynarodową Organizację Pracy, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy i Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Wykorzystano także artykuły naukowe spójne z problematyką niniejszego artykułu. W tym celu przeszukano bazę PubMed z uwzględnieniem artykułów opublikowanych w językach polskim i angielskim dotyczących zmian w organizacji POZ. Użyto następujących słów kluczowych: „podstawowa opieka zdrowotna”, „pandemia COVID-19”, „personel medyczny” i „finansowanie POZ” oraz ich odpowiedników w języku angielskim. Chociaż w ustawieniach wyszukiwania nie nałożono ograniczeń dotyczących roku publikacji, to zdecydowana część znalezionych artykułów dotyczyła początku rozwoju pandemii SARS-CoV-2 na świecie.

Ograniczeniem była bardzo duża liczba aktów prawnych, zaleceń i wytycznych, ewoluujących w czasie, których przedstawienie i przeanalizowanie przekroczyłyby formalne ramy niniejszego artykułu. W związku z tym do przeglądu włączono wszystkie obligatoryjne dokumenty (rozporządzenia i zarządzenia Prezesa NFZ, ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia, rozporządzenia Rady Ministrów oraz dokumenty instytucji merytoryczne związanych ze zdrowiem i bezpieczeństwem pracy). Wybór dokumentów fakultatywnych został podyktowany oceną ich potencjalnego wpływu na pracę personelu POZ.

## WYNIKI PRZEGLĄDU

### Zmiany w organizacji pracy pracowników POZ na podstawie opublikowanych aktów prawnych i zaleceń

Każda organizacja, również działająca w systemie ochrony zdrowia, staje w obliczu dynamicznych i różnorodnych zmian zachodzących w jej otoczeniu. Jest

to szczególnie widoczne w okresie pandemii. Zmiany wymagają dostosowania się organizacji do otaczających warunków, co w przypadku podmiotów leczniczych oznacza stałe dążenie do poprawy jakości funkcjonowania ukierunkowanego na poprawę skuteczności i bezpieczeństwa pacjentów. Działania takie nabierają znaczenia, jeśli bierze się pod uwagę zatrudnianych pracowników. Zarządzający systemem ochrony zdrowia stają w obliczu wyzwań w obszarze kształtowania warunków pracy, aby zrealizować potrzeby pacjentów, ale również wypełnić oczekiwania personelu medycznego dotyczące dostosowania warunków pracy do zaistniałej sytuacji kryzysowej [24].

Przyjmując za Polek-Duraj [25] określenie warunków pracy jako okoliczności, w których odbywa się dany proces (proces pracy personelu medycznego), warto zdać sobie sprawę z tego, że cechy oraz elementy środowiska pracy wpływają na jej proces, jakość, wydajność, skuteczność i bezpieczeństwo. Warunki pracy są zatem rozumiane jako materialne środowisko pracy, czas pracy i intensywność jego wykorzystania, stosunki społeczne oraz sytuacja socjalno-bytowa w organizacji. Warunki te to również zespół właściwości środowiska pracy wynikających z jej procesu i czynników związanych z jej wykonywaniem, które pozostają pod wpływem oddziaływania różnych czynników, w tym fizycznych, chemicznych i biologicznych (wirusów, bakterii), mogących występować zarówno w miejscu pracy, jak i w jego otoczeniu. Mogą być one także wypadkową czasu pracy, wynagrodzenia oraz warunków fizycznych i psychospołecznych w miejscu pracy [26].

W analizie regulacji prawnych (dokumentów obligatoryjnych – rozporządzeń i zarządzeń Prezesa NFZ, ustaw i rozporządzeń Ministra Zdrowia, rozporządzeń Rady Ministrów) i zaleceń (dokumenty fakultatywne), które od marca 2020 r. nakładają na placówki POZ ramy organizacyjno-finansowe funkcjonowania w systemie, wykazano, że zmiany w nich zawarte wpływają na warunki pracy personelu medycznego POZ.

Najwięcej zmian w perspektywie czasu zaobserwowano na początku wybuchu pandemii (marzec–kwiecień 2020 r.) oraz po 1 września 2020 r., gdy ustawodawca postanowił zaangażować pracowników POZ w identyfikowanie przypadków zakażenia SARS-CoV-2 i nadzór nad pacjentami. W związku z kolejnymi falami zachorowań ustawodawca wprowadził rozporządzenia i zmiany ustaw [27–29], w których wciąż obciąża świadczeniodawców POZ do mobilizacji i dodatkowych działań, również z zakresu medycyny pracy. Stanowiło to wyzwanie dla placówek

medycznych, które w krótkim czasie musiały dostosowywać się do wciąż zmieniających się regulacji. Należy dodatkowo podkreślić, że z pracą personelu medycznego w czasie pandemii nierozzerwalnie łączy się narażenie na czynnik biologiczny, jakim jest SARS-CoV-2. Warunki pracy tych osób zaczęły więc kształtować nowe narażenie biologiczne, uznane za chorobę zawodową [30].

Do szczegółowego przeglądu wybrano te akty prawne i zalecenia, które w największym stopniu wpłynęły i nadal wpływają na pracę personelu POZ. Jednym z pierwszych dokumentów, który odnosił się do zasad postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z ryzykiem wystąpienia nowego koronawirusa (SARS-CoV-2), był komunikat GIS z 14 lutego 2020 r. [31,32]. Określono w nim kryteria kliniczne i epidemiologiczne mogące wskazywać na obecność wirusa oraz przedstawiono schemat kwalifikacji osób do postępowania epidemiologicznego i medycznego dla pracowników ochrony zdrowia, w tym na poziomie POZ. W 3 pkt komunikatu GIS wskazano, że personel medyczny (w tym lekarz konsultujący), który miał bezpośredni kontakt z osobą podejrzaną o zachorowanie, powinien być wyposażony we właściwe środki ochrony indywidualnej jednorazowego użycia.

W odpowiedzi na komunikat GIS Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce opracowało wytyczne, w których ujęto procedury mające na celu ograniczenie ryzyka zarażenia koronawirusem, m.in. na stanowiskach pracy w POZ. Dotyczyły one ogólnych zachowań międzyludzkich, w tym utrzymania odpowiedniego dystansu, oraz higieny osobistej.

Pierwsza ustawa odnosząca się do działań mających na celu zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacjami kryzysowymi została uchwalona 2 marca 2020 r. [33]. Zawiera ona kluczowe kwestie z zakresu zasad i trybu zapobiegania zakażeniu SARS-CoV-2 oraz jego zwalczania i rozprzestrzeniania się powodowanej przez niego choroby zakaźnej u ludzi, a także informacje dotyczące pracy zdalnej, przeprowadzania remontów, przebudowy czy zmian sposobu użytkowania pomieszczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Najważniejsze z nich, odnoszące się do kwestii organizacyjnych, to:

- ustalenie warunków pracy zdalnej dla pracowników;
- wskazanie maksymalnych cen produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19;

- udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 przez podmioty lecznicze.

Po uchwaleniu wspomnianej ustawy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce wydało „Wskazówki postępowania dla lekarzy POZ w związku z zagrożeniem epidemią CoViD-19” [34], zawierające m.in.:

- schematy postępowania dotyczące informowania pacjentów o konieczności kontaktu telefonicznego w celu ustalenia możliwości wizyty w przychodni;
- schematy postępowania dotyczące postępowania z pacjentem bez objawów COVID-19 i z jej objawami;
- wytyczne dla zarządzających placówką medyczną w zakresie organizacji pracy w rejestracji i innych pomieszczeniach, przestrzegania obostrzonych zasad higieny pracy i BHP oraz likwidacji miejsc, które mogą sprzyjać rozprzestrzenianiu się wirusa (kąciki zabaw, zbędne przedmioty z poczekalni i gabinetów);
- schematy postępowania po zabraniu pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, w tym dotyczące postępowania z personelem oraz pomieszczeniami, w których przebywał pacjent;
- procedury realizowania zgłoszeń do stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- wykaz zalecanego minimalnego zestawu środków ochrony indywidualnej dla personelu medycznego i procedury obchodzenia się z nimi (zakładanie, zdejmowanie, utylizacja);
- wytyczne w zakresie transportu pacjenta;
- wytyczne dotyczące kwarantanny;
- zalecenia obejmujące reorganizację przyjmowania pacjentów.

Kolejne zarządzenia również odnosiły się do zmian związanych z możliwością udzielania świadczeń zdrowotnych stacjonarnie i zdalnie (w warunkach ambulatoryjnych na odległość, przy użyciu systemów teleinformatycznych), procedur zgłaszania niemożliwości udzielania świadczeń zdrowotnych na poziomie POZ oraz wyceny świadczeń. Jednocześnie pojawiały się dokumenty zawierające informacje związane z walką z koronawirusem, również dla pracowników placówek POZ, w tym opracowane przez:

- Ministerstwo Zdrowia – zaktualizowany algorytm postępowania w sytuacji podejrzenia COVID-19 [35]; wykaz produktów i ich specyfikacje (w tym środków ochrony indywidualnej dla pracowników podmiotów leczniczych) wykorzystywanych podczas zwalczania COVID-19 [36]; zakres postępowania

z pacjentami wymagającymi hospitalizacji izolacji i nadzoru epidemiologicznego; wykonywanie szczepli ochronnych w czasie pandemii COVID-19 [37];

- Główny Inspektorat Sanitarny – definicja przypadku na potrzeby nadzoru nad zakażeniami ludzi nowym koronawirusem SARS-CoV-2 (i jej kolejne wersje), uwzględniająca kryteria kwalifikacji [38].

Zgodnie ze znowelizowaną 31 marca 2020 r. Ustawą z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych wprowadzono zmiany w zakresie medycyny pracy dotyczące organizacji i realizacji badań wstępnych i okresowych dla pracowników – w razie braku dostępu do lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badania wstępnego lub kontrolnego może ono zostać przeprowadzone przez innego lekarza. Lekarz ten może również wydać odpowiednie orzeczenie lekarskie, przy czym będzie ono ważne przez 30 dni od dnia odwołania stanu epidemii.

Warto również podkreślić, że przeprowadzenie badania z zakresu medycyny pracy i wydanie orzeczenia może nastąpić zdalnie. Z takiego rozwiązania może skorzystać każdy lekarz, w tym lekarz medycyny pracy. Wynika to z art. 2 ust. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz może udzielać świadczeń zdrowotnych, w tym badać stan zdrowia i wydawać orzeczenia lekarskie, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności [39,40].

W czerwcu 2020 r. ukazała się publikacja pt. „Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia osób pracujących w czasie epidemii COVID-19. Ogólne wytyczne i lista kontrolna”, opracowana przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (CIOP-PIB) w uzgodnieniu z Głównym Inspektorem Pracy. Jest to zbiór ogólnych zasad postępowania profilaktycznego do zastosowania zarówno w placówkach POZ, jak i w każdym innym zakładzie pracy. Zostały one opracowane po to, by pracodawcy mogli ograniczać ryzyko związane z narażeniem na SARS-CoV-2 w miejscu pracy i zapewnić bezpieczniejsze warunki swoim pracownikom [41]. Stosując się do wytycznych opracowanych przez CIOP-PIB, pracodawca ma możliwość zwiększyć bezpieczeństwo i organizację pracy podwładnych przez:

- opracowanie planu działania, który uwzględni warunki epidemii;

- opracowanie zasad postępowania, jeśli któryś z pracowników zachoruje na COVID-19;
- zastosowanie środków mających na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa zarażenia pracowników SARS-CoV-2 (np. związane z zachowaniem odpowiedniego dystansu na stanowisku pracy i między pracownikami, warunki pracy zdalnej, zapewnienie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej);
- opracowanie zasad, dzięki którym pracownicy będą mniej obciążeni czynnikami psychospołecznymi;
- opracowanie strategii komunikacji w zakresie działań związanych z ograniczeniem prawdopodobieństwa zakażenia SARS-CoV-2.

Ważnym dokumentem wskazującym rolę i miejsce pracowników podmiotów POZ w walce z pandemią w okresie jesiennym jest ogłoszona 3 września 2020 r. „Strategia walki z pandemią COVID-19, jesień 2020” [42]. Pracownicy POZ zostali w niej włączeni do systemu testowania i diagnozowania pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, co wiązało się z dużymi utrudnieniami dla pracy personelu oraz kosztami dostosowania placówek i procedur do nowej rzeczywistości. Jedne z głównych sprzeciwów środowiska lekarzy POZ dotyczyły wprowadzenia obowiązku badania pacjenta przed decyzją o przeprowadzeniu testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2. Według zapisów strategii badanie takie miałyby być wykonywane 3–5 dni po teleporadzie u pacjenta z objawami infekcji.

W celu usystematyzowania wskazanych zmian Porozumienie Zielonogórskie opublikowało komunikat dotyczący postępowania w przypadku podejrzenia COVID-19. Dokument ten systematyzuje mechanizmy postępowania lekarza POZ w zakresie procedur zgłaszania pacjenta z podejrzeniem COVID-19 [43]. Procedury te zostały przedstawione na schematach opracowanych przez MZ i wskazują organizację procesu dla lekarza rodzinnego w sytuacji pojawienia się pacjenta z objawami charakterystycznymi dla COVID-19 [44].

Jednocześnie warto zaznaczyć, że nie tylko organizacje rządowe publikowały zalecenia, komentarze czy schematy postępowania dla poszczególnych grup zawodowych. Powstały m.in. dokumenty adresowane do młodych lekarzy rodzinnych. Jednym z nich była „Organizacja pracy personelu POZ podczas pandemii” [45] zawierająca szczegółowe informacje na temat, jak zorganizować pracę na poziomie przychodni POZ, w tym podział na strefy bezpieczeństwa (zieloną, żółtą, czerwoną), rejestrację czy teleporady. Podkreślenia wymaga to, że teleporady jako główna forma komunikacji z pacjentami są często jedyną możliwością kontaktu

ze świadczeniobiorcami objętymi kwarantanną i izolacją oraz podstawowym rozwiązaniem systemowym, bez którego trudno wyobrazić sobie pracę placówek POZ obecnie i w przyszłości. Ponadto przyczyniają się one do zwiększenia bezpieczeństwa pracy i zdrowia personelu medycznego, gdyż obniżają ryzyko zarażenia COVID-19.

Do ważnych zmian w obszarze organizacyjnym pracy personelu POZ można także zaliczyć rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy dotyczące rozpoznawania COVID-19 jako choroby zawodowej. W odniesieniu do personelu medycznego czy innych osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia przy braku dowodów na pozazawodowe źródło zakażenia rozpoznanie choroby zawodowej jest możliwe po wykazaniu stałej pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, i to nie tylko tymi, u których rozpoznano zakażenie SARS-CoV-2 [30].

### **Problemy organizacyjne pracowników POZ w Polsce wynikające z przyjętych aktów prawnych i zaleceń**

Wraz z wprowadzeniem stanu pandemii, a co za tym idzie – zmianą organizacji pracy, pracownicy POZ stanęli przed koniecznością pokonania wielu trudności. Najistotniejszymi z nich są:

- bariery technologiczno-personalne – linie telefoniczne, dostęp do internetu, oprogramowanie i związane z tym niedostateczne umiejętności personelu konieczne do obsługi urządzeń teleinformatycznych, programów komputerowych, aplikacji, z których konieczne są aplikacje gabinetowe do prowadzenia dokumentacji medycznej, DILO dla potrzeb pacjentów onkologicznych, ZUS dla lekarzy oraz najnowsza, gabinet.gov.pl, do obsługi pandemii COVID-19. Do każdej z nich konieczne są loginy i hasła. Do pracy w tzw. systemie hybrydowym, w którym lekarz świadczy usługi medyczne w formie teleporady, wykorzystując sprzęt teleinformatyczny, oraz przyjmuje pacjentów w gabinecie, niezbędne są wiedza i doświadczenie, znajomość pacjentów oraz dobrze prowadzona dokumentacja medyczna [46]. Należy dodatkowo podkreślić, że standardy organizacyjne teleporad w POZ zostały opublikowane dopiero 12 sierpnia 2020 r. [47], kilka miesięcy od ich wdrożenia do kontaktów z pacjentem. W marcu 2021 r. zmieniono rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ. Zmiana dotyczy wskazania sytuacji, w których lekarz POZ jest

- zobowiązany do przyjęcia pacjenta stacjonarnie, w podmiocie POZ [48];
- bariera finansowa – zabezpieczenie pracowników w sprzęt ochrony osobistej, środki do dezynfekcji, termometry, sprzęt teleinformatyczny, niska wyce-  
na świadczeń zdrowotnych (kwestie finansowe zo-  
stały rozwinięte w kolejnej części artykułu);
  - bariery architektoniczne – nie wszystkie podmio-  
ty mogą zapewnić więcej niż 1 wejście do poradni.  
Niewielka powierzchnia poradni może utrudniać  
wyznaczenie tzw. izolatki, czyli gabinetu, w którym  
bada się pacjenta i w którym w razie podejrzenia za-  
każenia koronawirusem oczekuje on na transport  
karetką covidową. Trudne jest także utrzymanie za-  
lecanego dystansu 1,5 m między personelem a pa-  
cjentami, w tym celu wykorzystuje się m.in. kolo-  
rowe znaki na podłodze, szybach i drzwiach w celu  
zwrócenia uwagi pacjenta;
  - braki personelu – z niedoborem kadr medycznych bo-  
ryka się cały system ochrony zdrowia w Polsce [49].  
Duża grupa pracowników medycznych pracuje w kil-  
ku miejscach [50,51] i jeśli w jednym nich dojdzie  
do bezpośredniego kontaktu z osobą zarażoną, pra-  
cownik trafia na kwarantannę i nie może świadczyć  
pracy w żadnym innym podmiocie systemu ochro-  
ny zdrowia. Następstwem takiej sytuacji są zmiany  
w grafikach pracy, absencja oraz brak poczucia sta-  
bilności i bezpieczeństwa;
  - odpowiedzialność prawna – za każdą czynność wy-  
konaną z pominięciem osobistego kontaktu z pa-  
cjentem odpowiedzialność ponosi lekarz. Zatem  
obowiązkiem każdego lekarza jest podjęcie decy-  
zji, czy w przypadku danego pacjenta udzielenie  
świadczenia z wykorzystaniem teleinformatycznych  
środków przekazu jest bezpiecznym rozwiązaniem.  
Ponadto lekarz ma obowiązek ocenić, czy specyfi-  
ka świadczenia, które ma zostać wykonane na od-  
ległość, pozwala wykorzystać teleinformatyczne  
środki przekazu lub inne systemy łączności [15,52].  
Dodatkowo wprowadzono zaostrzenie przepisów  
dotyczących odpowiedzialności za błędy medyczne  
i przepisy obowiązujące w czasie epidemii, zgodnie  
z którymi personel medyczny przychodni POZ mo-  
że w drodze decyzji administracyjnej wojewody lub  
Ministra Zdrowia zostać zobowiązany do świadcze-  
nia pracy przy jej zwalczaniu [53].

Do innych problemów, nieprzydzielonych do żad-  
nej z wymienionych grup, można dodać częste zmia-  
ny regulacji wprowadzanych rozwiązań (omówio-  
ne w poprzedniej części artykułu) i związana z tym

dezinformacja, a także brak standardów obowiązują-  
cych w całej ochronie zdrowia. Jej pracownicy mogą  
spotykać się z agresją słowną ze strony pacjentów, pra-  
cowników innych instytucji systemu opieki zdrowotnej  
oraz przedstawicieli różnych opcji politycznych. Do te-  
go występuje brak czasu, zmęczenie i izolacja, co łąc-  
nie może wpływać na poczucie strachu, lęku, frustracji  
i złości [54].

### **Zmiany finansowania zadań i wsparcia finansowego związanego z warunkami pracy personelu medycznego POZ w Polsce**

W polskim systemie ochrony zdrowia wprowadzono  
wiele zmian związanych z finansowym aspektem funk-  
cjonowania opieki zdrowotnej, przy czym większość  
z nich dotyczy organizacyjnej strony pracy persone-  
lu medycznego i ją wspiera. Analizując przyjęte nowe  
rozwiązania, można usystematyzować prowadzone roz-  
ważania, kierując się następującymi pytaniami: w jaki  
sposób nastąpiła i następuje mobilizacja zasobów finan-  
sowych przeznaczonych na POZ, tj. z jakich źródeł i na  
jakie cele zostały przeznaczone dodatkowe środki fi-  
nansowe, gdyż taka wiedza może pomóc w ocenie spój-  
ności zmian organizacyjno-finansowych? Jakie dodat-  
kowe potrzeby finansowe zostały ujawnione w związku  
z pandemią? Jakie są zakresy działania POZ, na które  
nie przekazano środków finansowych?

Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z MZ  
opracował i wdrożył wiele zmian nazwanych instru-  
mentami finansowymi, które w zamyśle projektodaw-  
ców mają wspierać podmioty medyczne w utrzymaniu  
stabilności podczas pandemii COVID-19. Zaliczono do  
nich następujące rozwiązania: wsparcie finansowe pań-  
stwa w walce z COVID-19, zmianę częstotliwości wypłat  
środków finansowych przyznanych w ramach zawar-  
tych kontraktów, dodatkowe finansowanie świadczeń  
(produktów) opieki zdrowotnej, finansowe wsparcie  
warunków koniecznych do realizacji produktów opie-  
ki zdrowotnej, dodatki do wynagrodzeń personelu me-  
dycznego, zasiłki chorobowe dla pracowników ochrony  
zdrowia wykonujących obowiązki służbowe w związku  
z zakażeniem COVID-19 i finansowanie kosztów szcze-  
pień w zakładach pracy przez NFZ.

### **Wsparcie finansowe państwa w walce z COVID-19**

Finansowe środki na świadczenia związane z prze-  
ciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 gwarantu-  
je Ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiąza-  
niach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem

i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych [32]. Określa ona, że wszystkie wydatki związane z zapobieganiem koronawirusowi i jego zwalczaniem pochodzą ze środków państwa. Finansowanie zapobiegania i zwalczania epidemii COVID-19 nie odbywa się zatem kosztem innych świadczeń, w odniesieniu do których płatnikiem jest NFZ. Jednym z kierunków zwiększonego finansowania opieki zdrowotnej jest skierowanie części finansowych środków budżetowych do placówek POZ. Podmioty POZ zyskały możliwość dodatkowego finansowania, otrzymując 3-procentowe podwyższenie wartości faktur przekazywanych do rozliczenia do NFZ. Nowe rozwiązanie ma działać do czasu zniesienia obostrzeń wprowadzonych przepisami związanymi z COVID-19 [55]. Miesięczny koszt podwyższenia wartości faktur, który jest szacowany na 180 mln zł, ma być pokrywany ze środków budżetowych państwa.

#### Zmiana częstotliwości wypłat środków finansowych przyznanych w ramach zawartych kontraktów

Na wniosek świadczeniodawcy zmieniła się szybkość i częstotliwość wypłat środków finansowych świadczeniodawcom, nawet do 4 razy w miesiącu. Terminy płatności zostały skrócone z 14 dni kalendarzowych do maksymalnie 5 dni roboczych [56].

#### Dodatkowe finansowanie świadczeń (produktów) opieki zdrowotnej

Wprowadzenie na szeroką skalę rozwiązań zdalnej opieki zdrowotnej nad pacjentami (teleporad) powiązane z dodatkowym finansowaniem tej formy opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to obejmuje zdalne świadczenia lekarskie dla pacjentów, prowadzone również przez lekarzy POZ w sytuacji, gdy pacjent jest spoza listy pacjentów zadeklarowanych do lekarzy danej poradni POZ. Teleporady/telewizyty udzielane przez personel medyczny obejmują: teleporady lekarza udzielane w nagłych stanach zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy zadeklarowanych pacjentów, teleporady lekarza udzielane pacjentowi uprawnionemu na podstawie przepisów o koordynacji, telewizyty pielęgniarki udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy zadeklarowanych pacjentów, telewizyty pielęgniarki udzielane pacjentowi uprawnionemu na podstawie przepisów o koordynacji, telewizyty położnej udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy zadeklarowanych pacjentów oraz telewizyty położnej udzielane pacjentowi uprawnionemu na podstawie przepisów o koordynacji [57]. Wprowadzona

zmiana została podyktowana koniecznością zapewnienia dostępności świadczeń POZ w sytuacji ryzyka ograniczenia ich udzielania, spowodowanego koniecznością podjęcia działań zapobiegających COVID-19. Stanowi ona przykład działań interwencyjnych związanych ze zmianą organizacji pracy personelu medycznego. W tabeli 1 wskazano rodzaje świadczeń i stawki finansowe w POZ związane z przeciwdziałaniem COVID-19.

#### Finansowe wsparcie warunków koniecznych do realizacji produktów opieki zdrowotnej

Wraz ze zwiększeniem skali udzielanych teleporad i telewizyt pojawiła się konieczność zapewnienia finansowych warunków ich skutecznej realizacji. Rozszerzono katalog urządzeń informatycznych, oprogramowania oraz usług objętych dofinansowaniem o wydatki poniesione przez uprawnionego świadczeniodawcę na nabycie urządzeń informatycznych, oprogramowania oraz usług umożliwiających udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności [58].

#### Dodatki do wynagrodzeń personelu medycznego

Jedną ze zmian o charakterze finansowym, dotyczącą pracy personelu medycznego w czasie pandemii, są działania ukierunkowane na wypłaty dodatków do wynagrodzeń za pracę w zagrożeniu zakażeniem SARS-CoV-2. Początkowo zakładano, że cały personel medyczny zaangażowany w leczenie chorych na COVID-19 otrzyma dodatek w wysokości 100% wynagrodzenia. Podpisana przez Prezydenta RP 28 listopada 2020 r. ustawa [59] przewiduje dodatkowe wynagrodzenia jedynie dla tych pracowników medycznych, którzy są zaangażowani w leczenie chorych na COVID-19, ale zostali do tej pracy skierowani przez wojewodę na drodze decyzji administracyjnej. Dodatkowo ustawa zabiera prawo pracownikom ochrony zdrowia do 100% wynagrodzenia w czasie kwarantanny lub izolacji.

#### Zasiłki chorobowe dla pracowników ochrony zdrowia wykonujących obowiązki służbowe w związku z zakażeniem COVID-19

Osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych zyskały prawo do 100% zasiłku chorobowego w związku z zakażeniem COVID-19 w czasie wykonywania obowiązków służbowych [32]. Sto procent wynagrodzenia chorobowego przysługuje pracownikowi podmiotu leczniczego również od pracodawcy. Pracownik za 33 dni



**Tabela 1.** Rodzaje świadczeń i stawki finansowe w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) związane z przeciwdziałaniem COVID-19 [39]  
**Table 1.** Types of benefits and financial rates in primary health care (PHC) related to counteracting COVID-19 [39]

Rodzaj świadczenia Type of benefits	Nazwa świadczenia Service unit	Stawka za świadczenie Service rate [PLN]
Teleporada lekarza POZ udzielona w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy zadeklarowanych pacjentów / Primary health care physician teleadvice provided in emergencies to beneficiaries from outside the list of declared patients	porada / medical advice	40,00
Teleporada lekarza POZ udzielona pacjentowi uprawnionemu na podstawie przepisów o koordynacji / Primary health care physician teleadvice provided to a patient entitled under the law on coordination	porada / medical advice	40,00
Telewizyta pielęgniarki POZ udzielona w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcy spoza listy zadeklarowanych pacjentów / Primary health care nurse televisit provided in emergencies to beneficiaries from outside the list of declared patients	wizyta / visit	13,00
Telewizyta pielęgniarki POZ udzielona pacjentowi uprawnionemu na podstawie przepisów o koordynacji / Primary health care nurse televisit provided to a patient entitled under the law on coordination	wizyta / visit	13,00
Telewizyta położnej POZ udzielona w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcy spoza listy zadeklarowanych pacjentów / Primary health care midwife televisit provided in emergencies to beneficiaries from outside the list of declared patients	wizyta / visit	13,00
Telewizyta położnej POZ udzielona pacjentowi uprawnionemu na podstawie przepisów o koordynacji / Primary health care midwife televisit provided to a patient entitled under the law on coordination	wizyta / visit	13,00

(lub 14 dni, gdy ukończył 50 lat) niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną zachowuje prawo do wynagrodzenia. Płatnikiem wynagrodzenia jest ZUS. Jest to tzw. wynagrodzenie chorobowe. Po jego wyczerpaniu ubezpieczony może uzyskać zasiłek chorobowy wypłacany przez ZUS za okres do 182 dni, jeżeli nie ma przerw między okresami niezdolności do pracy. Po tym czasie pracownik może uzyskać świadczenie rehabilitacyjne wypłacane maksymalnie przez 12 miesięcy. W przepisach prawnych zawarto również szczegółowe regulacje dotyczące kwarantanny i izolacji związanych z COVID-19 [60,61].

#### Finansowanie kosztów szczepień w zakładach pracy przez NFZ

W przypadku szczepień pracowników mogą one być przeprowadzane w zakładzie pracy lub podmiocie medycznym. Rozliczenie kosztu szczepienia przez pracowników ochrony zdrowia, w tym przez personel medyczny POZ, jest oparte na stawce rozliczeniowej NFZ w wysokości 61,24 zł za każde szczepienie. Dodatkowe koszty organizacyjne szczepień pokrywa pracodawca – jeżeli okażą się konieczne (np. wynajem pomieszczeń z przeznaczeniem na punkty szczepień lub inne koszty organizacyjne). Stawka rozliczeniowa otrzymywana przez podmiot wykonujący działalność leczniczą za szczepienia powinna pokrywać całość podstawowych kosztów [62].

#### WNIOSKI

Formułując wnioski wynikające z analizy wprowadzonych zmian organizacyjno-finansowych w funkcjonowaniu personelu medycznego POZ, przyjęto dwutorowy sposób ich prezentacji. Po pierwsze skupiono uwagę na identyfikacji i analizie zaistniałych zmian organizacyjno-finansowych wpływających na warunki pracy, po drugie przedstawiono rekomendacje obszarów badań ukierunkowanych na weryfikację wprowadzonych rozwiązań w POZ i wypracowanie nowych, usprawniających reakcji i działań w sytuacjach kryzysowych.

Trudno nie zgodzić się z tezą, że pandemia uświadomiła potrzebę zredefiniowania rozwiązań funkcjonujących w systemach ochrony zdrowia w sytuacji ryzyka zdrowotnego [63]. Odnosi się to do urealnienia reakcji poszczególnych elementów systemu ochrony zdrowia, w tym POZ, na zaistniałe potrzeby zdrowotne i konieczność zwiększenia skuteczności podejmowanych działań. Jak wskazują treści krajowych aktów prawnych, zaleceń i dokumentów międzynarodowych, przed personelem medycznym POZ jako „frontowym” ogniwem reakcji na wystąpienie zagrożenia zdrowotnego pojawiły się nowe wyzwania na różnych płaszczyznach jego pracy (redefinicja zakresu działalności, zmiana ról i obowiązków związanych ze środowiskiem pracy, wprowadzenie instrumentów finansowych wspierających działalność) [64].

Przeгляд wprowadzonych bądź planowanych zmian w POZ w warunkach pandemii uwidocznił potrzebę i konieczność spójności zmian organizacyjno-finansowych pracy POZ, wzmacniających bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i bezpieczeństwo warunków pracy personelu medycznego. Bezpieczne warunki pracy to niewątpliwie gwarancja płynnego, o wysokiej jakości procesu pracy, stanowiącego podstawowy warunek relacji z pacjentami. W Polsce dostosowanie pracy personelu medycznego POZ odbyło się i nadal odbywa poprzez zmiany organizacyjne i finansowe, które są warte pogłębionych analiz w aspekcie stałego usytuowania w systemie ochrony zdrowia.

Mając na uwadze konieczność zachowania spójności zmian organizacyjnych i finansowych wpływających na płynność oraz skuteczność działań podejmowanych przez personel POZ, a więc również na warunki jego pracy, punktem wyjścia ich projektowania powinna być analiza rozwiązań wprowadzonych od początku pandemii w Polsce oraz jednoczesne dostosowanie ich do potrzeb i możliwości personelu medycznego. Można do nich zaliczyć przyjęcie nowych wymagań o charakterze organizacyjnym (warunki lokalowe, organizacja pracy i stanowiska pracy, środki ochrony pracowników przed zarażeniem, przepływ informacji czy sposób zaopatrzenia pacjenta) i zmian finansowych (mobilizacja dodatkowych zasobów finansowych w różnych formach: zaangażowanie różnych źródeł finansowania, finansowe warunki zawierania i realizacji umów o wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozszerzenia katalogu produktów finansowanych z zasobów publicznych, rozwiązania motywacyjne).

W procesach dostosowawczych systemu ochrony zdrowia do warunków kryzysowych pojawiły się jednak bariery, których zniwelowanie będzie gwarantować skuteczność poszczególnych ogniw systemu w przyszłej odpowiedzi na sytuacje kryzysowe. Na podstawie niniejszego przeglądu można do nich zaliczyć m.in.:

- nadmierne obciążenie personelu POZ pracą administracyjną, przekładające się na strukturę czasu pracy, a w konsekwencji na jakość opieki nad pacjentami;
- odczuwalny niedobór personelu medycznego i jego przeciążenie pracą w sytuacji nałożenia dodatkowych obowiązków związanych z pandemią;
- ograniczone możliwości zatrudnienia dodatkowych pracowników ze względu na czynnik ekonomiczny, brak kadry medycznej na rynku pracy i obowiązek delegowania pracowników do placówek zajmujących się pacjentami z COVID-19;

- niewystarczająco silne motywacyjne mechanizmy ekonomiczne.

Podjmując przyszłe badania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie organizacyjno-finansowych czynników wpływających na warunki pracy personelu medycznego w sytuacjach zagrożenia, należy wskazać te obszary, których wypełnienie powinno zweryfikować dotychczas funkcjonujące rozwiązania systemowe [65].

Poniżej zaprezentowano pytania badawcze, które zdaniem autorów tego artykułu warte są rozważenia przy ustalaniu przyszłych problemów i priorytetów badawczych. Przyjmując, że nadrzędnym celem przyszłych badań będzie wskazanie metod i instrumentów poprawiających zarządzanie sytuacją kryzysową dotyczącą POZ, ich ramy mogą zostać wyznaczone na podstawie np. następujących pytań badawczych:

1. W jaki sposób nastąpiła mobilizacja zasobów osobowych, materialnych i finansowych związanych z pracą personelu POZ z uwzględnieniem różnych źródeł zasilania finansowego – krajowych i zagranicznych (z jakich źródeł, w jakiej wysokości i na jakie cele w aspekcie spójności zmian organizacyjno-finansowych)?
2. Jakie dodatkowe potrzeby finansowe w działalności POZ zostały ujawnione wskutek pandemii?
3. Które zmiany organizacyjne wpływają pozytywnie, a które negatywnie na warunki pracy personelu medycznego?
4. Które zmiany finansowe wpływają pozytywnie, a które negatywnie na warunki pracy personelu medycznego?
5. Które rozwiązania systemowe wprowadzone w POZ w związku z przeciwdziałaniem pandemii mogą pozostać i zyskać miano stałych zmian systemowych, a które z nich powinny być traktowane doraźnie?
6. Czy zachowana została spójność zmian organizacyjno-finansowych jako warunek skutecznego działania personelu POZ w okresie pandemii?

Tylko dogłębna analiza powyższych pytań badawczych, prowadzenie dalszych badań w tym zakresie i wyciągnięcie wniosków ze zmian organizacyjno-finansowych wprowadzonych do podmiotów leczniczych świadczących usługi POZ może wpłynąć na skuteczny sposób reagowania decydentów systemu na kolejne zagrożenia epidemiczne. Zdaniem ekspertów ds. zdrowia publicznego, epidemiologów i lekarzy chorób zakaźnych uczestniczących w 73. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia takie zagrożenia epidemiczne będą dotykały świat cyklicznie, w krótszych odstępach czasu niż do tej pory [66]. W realizacji

dalszych badań, w celu uzyskania odpowiedzi na postawione w artykule pytania badawcze, mogą zostać przyjęte różne metody gromadzenia i analizy danych (np. wywiady, obserwacje czy analizy dokumentów) oraz spójne z nimi narzędzia i techniki badawcze. W przypadku badania stanu i zmian organizacyjno-finansowych związanych z okresem pandemii ograniczeniem może okazać się porównywalność dokumentacji prowadzonej przed tym okresem i w czasie sytuacji kryzysowej, charakteryzującej się zmiennością sprawozdawczości.

## PIŚMIENNICTWO

1. Zeidler A., Karpiński TM.: What do we know about SARS-CoV-2 virus and COVID-19 disease? *J. Pre. Clin. Clin. Res.* 2020;14(2):33–38, <https://doi.org/10.26444/jpccr/123794>
2. Johns Hopkins University (JHU) [Internet]. University, Baltimore 2020 [cytowany 9 maja 2021]. Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Adres: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
3. Rohilla J., Tak P., Jhanwar S., Hasan S.: Primary care physician's approach for mental health impact of COVID-19. *J. Family Med. Prim. Care* 2020;9(7):3189–3194, [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_513\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_513_20)
4. Scott V., Crawford-Browne S., Sanders D. i wsp.: Critiquing the response to the Ebola epidemic through a primary health care approach. *BMC Public Health.* 2016;16(410), <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3071-4>
5. Grattagliano I., Rossi A., Cricelli I., Cricelli C.: The changing face of family medicine in the COVID and post-COVID era. *Eur. J. Clin. Investig.* 2020;50(7):1–5, <https://doi.org/10.1111/eci.13303>
6. Kumar R., Naseem S., Jayatissa J.: A Statement of Solidarity on COVID-19 Pandemic 2020 by the South Asian Family Physicians. *J. Family Med. Prim. Care* 2020;9(4):1795–1797, [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_619\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_619_20)
7. Shehata M., Zhao S., Gill P.: Epidemics and primary care in the UK. *Fam. Med. Com. Health* 2020;8:e000343, <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000343>
8. World Health Organization [Internet]. Organization, Genewa 2021 [cytowany 7 maja 2021]. Role of primary care in the COVID-19 response. Revised and republished as of 9 April 2021. Adres: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>
9. World Health Organization [Internet]. Organization, Genewa 2020 [cytowany 7 maja 2021]. Keep health workers safe to keep patients safe: WHO. Adres: <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
10. Tanne J.H., Hayasaki E., Zastrow M., Pulla P., Smith P., Rada A.G.: Covid-19: how doctors and healthcare systems are tackling coronavirus worldwide. *BMJ* 2020;368:m1090, <https://doi.org/10.1136/bmj.m1090>
11. Morreel S., Philips H., Verhoeven V.: Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A realtime observational study. *PLoS ONE* 2020;15(8):e0237629, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237629>
12. Sánchez-Duque J.A., Arce-Villalobos L.R., Rodríguez-Morales A.J.: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response. *Aten Primaria* 2020;52(6):369–372, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>
13. Desborough J., Hall Dykgraaf S., de Toca L., Davis S., Roberts L., Kelaher C., Kidd M.: Australia's national COVID-19 primary care response. *Med. J. Aust.* 2020; 213(3):104–106, <https://doi.org/10.5694/mja2.50693>
14. Duckett S.: What should primary care look like after the COVID-19 pandemic? *Aus J Pri Health.* 2020;26(3): 207–211, <https://doi.org/10.1071/PY20095>
15. Świątkowska B., Walusiak-Skorupa J., Juszczyk G., Gierczyński R., Socha K., Lipińska-Ojrzanowska A.: Ochrona zdrowia pracujących przed zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID-19 – aktualny stan wiedzy i zalecenia. *Med. Pr.* 2021;72(1):69–87, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01042>
16. Nguyen L.H., Drew D.A., Graham M.S. i wsp.: Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Pub. Health* 2020;5(9):e475–e483, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
17. Huang J.Z., Han M.F., Luo T.D., Ren A.K., Zhou X.P.: Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* 2020;38(3):192–195, <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
18. Kang L., Li Y., Hu S., Chen M., Yang C., Yang B.X., Wang Y. i wsp.: The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psych.* 2020;7(3):e14, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
19. Chersich M.F., Gray G., Fairlie L., Eichbaum Q., Mayhew S., Allwood B. i wsp.: COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Global Health.* 2020;16(46), <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3>
20. Ministerstwo Zdrowia [Internet]. Ministerstwo, Warszawa 2020 [cytowany 8 maja 2021]. Adres: <https://mz.gov.pl/>
21. Pan American Health Organization, World Health Organization [Internet]. Organization, 2020 [cytowany

- 23 października 2020]. Epidemiological Alert: COVID-19 among healthcare workers. 31 August 2020. Adres: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-among-health-workers-31-august-2020>
22. World Health Organization [Internet]. Organization, Genewa 2020 [cytowany 10 października 2020]. How to budget for COVID-19 response? A rapid scan of budgetary mechanisms in highly affected countries. Adres: <https://www.who.int/publications/m/item/how-to-budget-for-covid-19-response>
23. Healthcare Financial Management Association [Internet]. Organization, Washington, 2020 [cytowany 30 października 2020]. 4 crucial health system responses to the revenue impact of COVID-19. Adres: <https://www.hfma.org/topics/financial-sustainability/article/4-crucial-health-system-responses-to-the-revenue-impact-of-covid.html>
24. Łukasiński W.: Warunki i stosunki pracy a jakość funkcjonowania organizacji. Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie 2016;2:69–79
25. Polek-Duraj K.: Wpływ warunków pracy na wydajność pracowników na przykładzie wybranych zakładów produkcyjnych Śląska Opolskiego. *Studia Ekonomiczne / Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach* 2013;160: 151–159
26. Galwas-Grzeszkiewicz M.: Warunki pracy w Polsce i Europie – przegląd wyników badań europejskich. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka* 2018;12:8–11, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0012.7786>
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. DzU z 2020 r., poz. 2091
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. DzU z 2021 r., poz. 512
29. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. DzU z 2021 r., poz. 729
30. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy [Internet]. Towarzystwo, Łódź 2021 [cytowany 7 maja 2021]. COVID-19 jako choroba zawodowa. Adres: <http://ptmp.org.pl/>
31. Główny Inspektorat Sanitarny [Internet]. Inspektorat, Warszawa 2020 [cytowany 20 października 2020]. Zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z ryzykiem zawleczenia na obszar Polski nowego koronawirusa (SARS-CoV-2). Adres: <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>
32. Główny Inspektorat Sanitarny [Internet]. Inspektorat [cytowany 10 października 2020]. Zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z ryzykiem zawleczenia na obszar Polski nowego koronawirusa (SARS-CoV-2). Adres: <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>
33. Ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych z 2 marca 2020 r. DzU z 2020 r., poz. 374 z późn. zm.
34. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce [Internet]. Kolegium, Warszawa 2020 [cytowany 7 maja 2021]. Wskazówki postępowania dla lekarzy POZ w związku z zagrożeniem epidemią CoViD-19. Adres: <https://klrwp.pl/strona/645/koronawirus-schemat-postepowania/pl>
35. Ministerstwo Zdrowia [Internet]. Ministerstwo, Warszawa 2020 [cytowany 5 maja 2021]. Algorytm postępowania w sytuacji podejrzenia COVID-19. Przekazanie z POZ. Adres: <https://www.gov.pl/attachment/8468d901-8e78-4174-8769-05872dd35b46>
36. Ministerstwo Zdrowia [Internet]. Ministerstwo, Warszawa 2020 [cytowany 31 października 2020]. Informacje dotyczące produktów wykorzystywanych podczas zwalczania COVID-19, Ministerstwo Zdrowia z dnia 23 marca 2020r. Adres: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacje-dotyczace-produktow-wykorzystywanych-podczas-zwalczania-covid-19>
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19. DzU z 2021 r., poz. 668
38. Główny Inspektorat Sanitarny [Internet]. Inspektorat, Warszawa 2020 [cytowany 5 maja 2021]. Definicja przypadku na potrzeby nadzoru nad zakażeniami ludzi nowym koronawirusem SARS-CoV-2 z dnia 31.10.2020. Adres: <https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid-19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020>
39. Ministerstwo Zdrowia [Internet]. Ministerstwo, Warszawa 2020 [cytowany 7 maja 2021]. Komunikat dotyczący wykonywania badań medycyny pracy w okresie epidemii koronawirusa. Adres: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-dotyczacy-wykonywania-badan-medycyny-pracy-w-okresie-epidemii-koronawirusa>

40. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry. DzU z 2019 r., poz. 537, 577, 730 i 1590 oraz z 2020 r. poz. 278
41. Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy [Internet]. Warszawa 2020 [cytowany 7 maja 2021]. Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia osób pracujących w czasie epidemii COVID-19. Ogólne wytyczne i lista kontrolna. Adres: <https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/89970/2020051833329&Koronawirus-zalecenia-ogolne-2020-05-18.pdf>
42. Główny Inspektorat Sanitarny [Internet]. Inspektorat, Warszawa 2020 [cytowany 7 maja 2021]. Strategia walki z pandemią COVID-19, jesień 2020. Adres: <https://www.gov.pl/web/gis/strategia-walki-z-pandemia-covid-19>
43. Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce [Internet]. Kolegium, Warszawa 2020 [cytowany 7 maja 2021]. Komunikat Porozumienia Zielonogórskiego dotyczący postępowania w przypadku podejrzenia COVID-19. Adres: <https://www.klrwp.pl/aktualnosci/wpis/1027/2020-09-09/komunikat-pz-dotyczacy-postepowania-w-przypadku-podejrzenia-covid-19/pl>
44. Ministerstwo Zdrowia [Internet]. Ministerstwo, Warszawa 2020 [cytowany 7 maja 2021]. Zlecenie badania w kierunku SARS-CoV-2 przez POZ za pomocą gabinet.gov.pl – pacjent samodzielny spełniający kryteria: gorączka, duszność, kaszel, utrata węchu lub smaku. Adres: <https://www.gov.pl/attachment/4254514b-ec97-424a-b4c1-a7a735840d3c>
45. Młodzi Lekarze Rodziny [Internet]. Organizacja, Kraków 2020 [cytowany 7 maja 2021]. Organizacja pracy personelu POZ podczas pandemii. Adres: <https://mlozilekarzerodziny.pl/organizacja-pracy-personelu-poz-podczas-pandemii/>
46. Ministerstwo Zdrowia [Internet]. Ministerstwo, Warszawa 2020 [cytowany 31 października 2020]. Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń. Adres: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. DzU z 2020 r., poz. 1395
48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. DzU z 2021 r., poz. 427
49. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. Organization, Bruksela 2019 [cytowany 17 listopada 2020]. State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2019. Adres: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_poland\\_polish.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_poland_polish.pdf)
50. McPake B., Scott A., Edeka I.: Analyzing markets for health workers: insights from labor and health economics [Internet]. The World Bank, Washington D.C. 2014 [cytowany 3 listopada 2020]. Adres: <http://documents.worldbank.org/curated/en/787041468155118598/pdf/Analyzing-markets-for-healthworkers-insights-from-labor-and-health-economics.pdf>
51. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych [Internet]. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2017 [cytowany 3 listopada 2020]. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Adres: [https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport\\_druk\\_2017.pdf](https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf)
52. Instytut Medycyny Pracy w Łodzi [Internet]. Instytut, Łódź 2020 [cytowany 22 stycznia 2021]. Stanowisko IMP w Łodzi dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych pod postacią badań profilaktycznych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Adres: [http://www.imp.lodz.pl/upload/aktualnosci/2020/badania\\_profilaktyczne\\_telemedycyna.pdf](http://www.imp.lodz.pl/upload/aktualnosci/2020/badania_profilaktyczne_telemedycyna.pdf)
53. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. DzU z 2008 r. nr 234, poz. 1570
54. Xu Z., Ye Y., Wang Y., Qian Y., Pan J., Lu Y., Fang L.: Primary Care Practitioners' Barriers to and Experience of COVID-19 Epidemic Control in China: a Qualitative Study. *J. Gen. Intern. Med.* 2020;35(11):3278–3284, <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06107-3>
55. Narodowy Fundusz Zdrowia [Internet]. Fundusz [cytowany 7 listopada 2020]. Zarządzenie nr 104/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Adres: <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1042020dsoz,7207.html>
56. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. DzU z 2020 r., poz. 4
57. Narodowy Fundusz Zdrowia [Internet]. Fundusz [cytowany 7 listopada 2020]. Zarządzenie nr 39/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 marca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Adres: <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-392020dsoz,7150.html>

58. Narodowy Fundusz Zdrowia [Internet]. Fundusz [cytowany 7 listopada 2020]. Zarządzenie nr 35/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 12 marca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2020 r. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Adres: <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-352020def,7147.html>
59. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. DzU z 2020 r., poz. 2112
60. King J.S.: Covid-19 and the Need for Health Care Reform. *N. Engl. J. Med.* 2020;25;382(26):e104, <https://doi.org/10.1056/NEJMp2000821>
61. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego DzU z 2021 r., poz.351
62. Ministerstwo Zdrowia [Internet]. Ministerstwo, Warszawa 2021 [cytowany 15 maja 2021]. Szczepienia w zakładach pracy. Adres: <https://www.gov.pl/web/szczepimy-sie/szczepienia-zakladow-pracy>
63. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. DzU z 2021 r., poz. 367
64. OECD [Internet]. Organisation for Economic, 2021 [cytowany 16 maja 2021]. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic. Adres: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/#contactinfo-d7e3393>
65. Li J., Xu J., Zhou H., You H., Wang X., Li Y. i wsp.: Working conditions and health status of 6,317 front line public health workers across five provinces in China during the COVID-19 epidemic: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1–14, <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10146-0>
66. World Health Organization [Internet]. Organization, Genewa 2020 [cytowany 10 grudnia 2020]. Seventy-third World Health Assembly. Adres: <https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly/seventy-third-world-health-assembly>