

# Jagodziński, Andrzej

---

## Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych na rozdrożu

---

Notatki Płockie 47/4-193, 28-38

---

2002

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych [mazowsze.hist.pl](http://mazowsze.hist.pl).

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

## MAZOWIECKA REGIONALNA KASA CHORYCH NA ROZDROŻU

*Sztuka zarządzania rozszerzać się będzie coraz bardziej poza przedsiębiorstwami, w których powstała przed ok. 125 laty w celu organizowania produkcji przedmiotów. Najważniejszym obszarem tworzenia nowych koncepcji, metod i praktyk będzie zarządzanie zasobami społecznymi, w szczególności edukacją i opieką zdrowotną.*

P.E. Drucker<sup>1</sup>

Nawiązując do „przepowiedni” P.E. Druckera - nestora nauk o zarządzaniu - musimy pamiętać jednak, że sprawne funkcjonowanie każdej organizacji, a w szczególności instytucji publicznej, wymaga posiadania społecznego przyzwolenia na prowadzenie określonej działalności.<sup>2</sup>

Celem tego opracowania jest przybliżenie „obrazu organizacji” pod nazwą Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych. Autor przedstawia kolejno: czynniki kształtujące strukturę organizacyjną Kasy, proces tworzenia misji, analizę zasobów ludzkich oraz identyfikację wybranych problemów procesu kadrowego.

Rok 2002 był najcięższym okresem w życiu tych historycznie ukształtowanych organizacji społecznych i może okazać się dla nich „fazą schyłkową”. Przyjęty przez rząd program „Narodowa ochrona zdrowia” przewiduje likwidację Kas Chorych a powołanie w to miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia z 16 oddziałami wojewódzkimi. W listopadzie 2001 roku Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych zatwierdził plan finansowy na rok 2002 dla Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych. Głównym założeniem planu było drastyczne obniżenie środków finansowych na wynagrodzenia pracowników. W konsekwencji, aby utrzymać płynność finansową Kasy, na początku roku przeprowadzono restrukturyzację zatrudnienia, która objęła wszystkie jednostki organizacyjne tej największej w kraju instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

### Wprowadzenie

Ostatnie lata XX wieku, to okres transformacji systemów ochrony zdrowia na świecie. Obecnie opiekę zdrowotną reformuje ponad 100 krajów na wszystkich kontynentach a inne się do niej przygotowują.

Również w naszym kraju doszło do wręcz rewolucyjnych zmian w tej najważniejszej dziedzinie życia społecznego. Wraz z uruchomieniem w Polsce

nowego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (1 stycznia 1999 roku) swoją działalność rozpoczęły Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwane zgodnie z tradycją przedwojenną, Kasami Chorych.

Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych (MRKCH), działa na podstawie ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym - PUZ - (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) oraz postanowień Statutu MRKCH. Jest jedną z 17 podstawowych jednostek ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.

Zakresem działania MRKCH obejmuje obszar województwa mazowieckiego, tj. ok. 5 mln ubezpieczonych. Siedzibą największej Kasy Chorych jest Warszawa.

Organami Kasy są Rada i Zarząd.

Rada liczy 7 członków, po ostatniej nowelizacji ustawy PUZ trzech z nich jest powoływanych na wnioski Sejmiku Województwa Mazowieckiego, a czterech pozostałych powołuje sam Minister Zdrowia. Kadencja Rady trwa 4 lata. Natomiast Zarząd tworzą: dyrektor, zastępcy dyrektora i nie więcej niż trzech członków. Zadania i kompetencje organów Kasy określają statut, regulamin Rady i regulamin Zarządu.

Na podstawie art. 65 ust. 1 pkt 3 ustawy o PUZ, tworzy się również Oddziały MRKCH w miejscowościach, w których ich istnienie ułatwia dostępność ubezpieczonych do Kasy.

**Tabela 1.** Oddziały MRKCH oraz liczba ludności objęta ubezpieczeniem zdrowotnym

Lp.	Nazwa i siedziba oddziału	Liczba ubezpiecz. (w tys.)
1.	MRKCH Oddział w Warszawie	2.394.992
2.	MRKCH Oddział w Radomiu	770.000
3.	MRKCH Oddział w Siedlcach	580.000
4.	MRKCH Oddział w Ostrołęce	410.000
5.	MRKCH Oddział w Płocku	370.000
6.	MRKCH Oddział w Ciechanowie	360.000
7.	<b>Razem</b>	<b>4.884.000</b>

Źródło: opracowanie własne

# 1. Kluczowe wydarzenia dla MRKCH od „fazy narodzin”

Tabela 2. Najważniejsze wydarzenia, które miały wpływ na życie organizacji

Lp.	Data	Najważniejsze wydarzenia
1.	06.02.1997 r.	Po ponad rocznej pracy Komisji Nadzwyczajnej Sejm przyjął ustawę o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym
2.	I kw. 1998 r.	Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ przekazało wzorcowe dokumenty organizacyjne wszystkim Organizatorom Regionalnych Kas Chorych
3.	01.01.1999 r.	Rozpoczyna działalność 16 Regionalnych Kas Chorych oraz Kasa Branżowa dla służb Mundurowych w Warszawie
4.	04.11.1999 r.	Powołanie przez Radę Kasy nowego dyrektora MRKCH
5.	12.07.2001 r.	Rada Kasy odwołała poprzedniego i powołała nowego dyrektora MRKCH
6.	IV kw. 2001 r.	Przygotowywanie przez nowy rząd programu „Narodowej Ochrony Zdrowia”
7.	30.11.2001 r.	Decyzją UNUZ zatwierdzono plan finansowy MRKCH na rok 2002
8.	12.12.2001 r.	Posiedzenie w Płockim Oddziale Zarządu MRKCH i dyrektorów Oddziałów w sprawie: - opracowania nowych regulaminów organizacyjnych, - opracowania nowej struktury organizacyjnej, - przeprowadzenie restrukturyzacji zatrudnienia.
9.	12.02.2002 r.	Uchwalenie przez Zarząd MRKCH nowego Regulaminu Organizacyjnego

Źródło: opracowanie własne

## 2. Struktura organizacyjna MRKCH

### 2.1. Czynniki kształtujące strukturę organizacyjną MRKCH jako organizacji służącej otoczeniu

Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ, przekazało w listopadzie 1998 roku wszystkim Organizatorom Regionalnych Kas Chorych wzorcowe dokumenty organizacyjne, zawierające m.in.<sup>3</sup>:

- strukturę organizacyjną centrali i oddziałów regionalnych kas chorych,
- wzorcowe księgi służb dla komórek organizacyjnych,
- wzorcowe regulaminy.

Krajowy Związek Kas Chorych - będący reprezentantem wszystkich kas chorych - w I kwartale 2000 roku przeprowadził wstępną analizę struktur organizacyjnych i funkcjonowania regionalnych kas chorych i stwierdził, iż żadna kasa chorych nie zastosowała identycznej struktury organizacyjnej. We wszystkich natomiast zastosowano modele organizacji:

- oparte na tradycyjnym schemacie tzw. organizacji biurokratycznej z hierarchiczną podległością - struktura organizacyjna o charakterze funkcjonalnym, gdzie szczególne znaczenie ma przestrzeganie przez uczestników reguł formalnych,
- dostosowane do zapisów ustawy o PUZ,
- nawiązujące do schematu wzorcowego tylko poprzez zastosowanie układu departamentów i wydziałów jako podstawowych komórek organizacyjnych.

Z analizy otrzymanego materiału wynikało również, że na budowę struktury organizacyjnej kas chorych nie miały wpływu takie elementy, jak:

- wielkość kasy mierzona w liczbie ubezpieczonych,
- liczba oddziałów,
- sugerowana wcześniej struktura wzorcowa.

Co więc wpływa na strukturę organizacyjną MRKCH ?

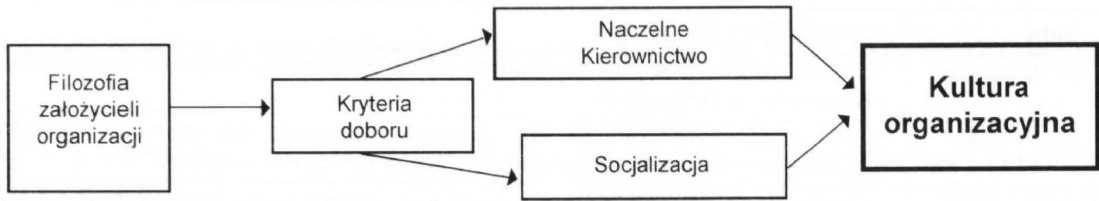
Otóż struktura organizacyjna każdej organizacji, w tym takiej instytucji, jaką jest kasa chorych, jest zbiorem czynników, które determinują jej cechy (wymiary).<sup>4</sup> Do najważniejszych z nich możemy zaliczyć:



Rys. 1. Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Cz. Sikorski : *Struktura organizacyjna*. W: B. Kaczmarek, Cz. Sikorski: *Podstawy zarządzania. Zachowania organizacyjne*. Łódź: ABSOLWENT 1996. s.91.

### 2.1.1. Kultura organizacyjna

Od czego rozpoczęła się kultura organizacyjna w Mazowieckiej Regionalnej Kasie Chorych ?



Rys. 2. Źródło: S.P. Robbins: *Zachowania w organizacji*. Warszawa: PWE 1998. s. 418.

W chwili zakładania organizacji, to kierownictwo ma decydujący wpływ na jej kulturę organizacyjną - czyli pewne założenia, normy i wartości preferowane przez uczestników organizacji.

„Jak korzenie drzewa, tak owe założenia znajdują się poza zasięgiem wzroku a jednak decydują o tym, co będzie wzrastać i rozwijać się tworząc organizację”.<sup>5</sup>

Pierwotnym źródłem kultury organizacyjnej w firmie są więc jej założyciele - przywódcy, liderzy, przyjmujący na siebie funkcje „architektów socjalnych”<sup>6</sup>.

Biorąc pod uwagę złożoność zjawisk wchodzących w zakres kultury organizacyjnej ten aspekt zarządzania w MRKCH ze względów metodologicznych zostanie pominięty w niniejszym opracowaniu.

7. tworzenie oddziałów i kierowanie ich działalnością.

Rodzaje celów kierunkowych omawianej organizacji można przedstawić w sposób następujący :

		Wartości ekonomiczne	Wartości humanistyczne
Kierunek orientacji ze względu na adresata celu	Otoczenie	Oferowany Produkt zakup świadczeń zdrowotnych w formie umowy ze świadczeniodawcą (ilość, jakość, warunki realizacji)	Odpowiedzialność społeczna Służenie Zdrowiu, Rodzinie i Pracy
	Organizacja	Zysk Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa	Ludzie, pracownicy organizacji Zaspokojenie indywidualnych aspiracji i potrzeb przy wdrażaniu nowej reformy zdrowia

Kierunek orientacji ze względu na obszar realizowanych wartości

Rys. 3. Źródło: Opracowanie na podstawie: B. Wawrzyniak: *Polityka strategiczna przedsiębiorstwa*. Warszawa: PWE 1989. s. 46.

Jak wynika z zaprezentowanego modelu „systematyzacji celów”, kasa chorych, jak każda organizacja realizuje wiązkę celów zorientowanych zarówno na otoczenie (cele zewnętrzne), jak i wewnątrz organizacji (cele wewnętrzne), mających zapewnić wartości ekonomiczne i humanistyczne.

### 2.1.2. Cele i zadania MRKCH

Projektując strukturę organizacyjną kasy chorych organizatorzy zakładali istnienie pewnego zobiektywizowanego, jednoznacznie sformułowanego celu, który wynikał z określonych wymogów otoczenia społeczno - gospodarczego.<sup>7</sup> Określają go zapisy, które zostały zawarte w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym a następnie w statucie kasy.

Główny cel MRKCH, to:

„dbałość o zdrowie pacjenta. Temu celowi podporządkowane są wszystkie jej działania”.

Do zakresu działania Kasy należy więc wykonywanie czynności z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego a w szczególności:

1. prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym,
2. stwierdzenie i potwierdzanie prawa osoby ubezpieczonej do świadczeń,
3. analizowanie wykonywania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
4. zarządzanie funduszami Kasy,
5. ustalanie planu finansowego,
6. zawieranie i finansowanie umów o udzielanie świadczeń na rzecz ubezpieczonych oraz kontrola realizacji tych umów,

### 2.1.3. Wielkość organizacji

Stan i struktura zatrudnienia na dzień 1 maja 2002 r.

Tabela 3. Zatrudnienie ogółem

Lp.	Nazwa jednostki organizacyjnej	Stan zatrudnienia w 2002 r. (po restrukturyzacji zatrudnienia)
1.	Centrala MRKCH	243
2.	Oddział Warszawski	95
3.	Oddział Radomski	38
4.	Oddział Ciechanowski	34
5.	Oddział Płocki	35
6.	Oddział Siedlce	36
7.	Oddział w Ostrołęce	37
8.	<b>Razem</b>	<b>518</b>

Źródło: opracowanie własne



Śledząc cykl życia MRKCH można potwierdzić tezę, że wielkość organizacji wpływa na liczbę komórek i szczebli organizacyjnych a więc konfigurację struktury. Im większa organizacja, tym z reguły większa jest również potrzeba formalizacji działań organizacyjnych i obiegu informacji oraz decentralizacji uprawnień decyzyjnych.

#### 2.1.4. Technologia stosowana do osiągnięcia celów i zadań kasy chorych

Technologia stosowana w każdej organizacji służy do wytwarzania jej wyrobów, które powstają w wyniku procesu produkcyjnego. W przypadku kas chorych nie można mówić o technologiach w tradycyjnym tego słowa znaczeniu. Podstawowym zaś procesem produkcyjnym kasy chorych jest proces zakupu świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych w kasie. Natomiast jego głównym produktem będzie umowa ze świadczeniodawcą. Używając terminologii przemysłowej „produkcję”, można określić jako małoseryjną.<sup>8</sup> Najbardziej efektywnym rozwiązaniem w takim przypadku może być przyjęcie struktury „organicznej”, charakteryzującej się dużą elastycznością, w których najistotniejszą rolę odgrywa swobodna współpraca zespołów różnych specjalistów. Istnienie licznych zespołów kontraktowych, komisji ofertowych, zespołów negocjacyjnych czy zespołów problemowych funkcjonujących w strukturach kasy potwierdzają tę tezę. Przez technologię stosowaną w kasie chorych można przyjąć również wdrażanie kompleksowych systemów informatycznych. W tym celu w komórce teleinformatycznej połączono zadania o charakterze sztabowym, takie jak administrowanie siecią informatyczną z zadaniami typowo operacyjnymi, np. weryfikacja „list POZ”, statystyka medyczna czy bieżąca ewidencja ubezpieczonych i świadczeniodawców.

#### 2.1.5. Charakter otoczenia MRKCH - analiza makrootoczenia organizacji

„**Makrootoczenie** - to zespół warunków funkcjonowania przedsiębiorstwa wynikających z tego, że działa ono w określonym kraju i regionie, w danym układzie politycznym, prawnym, systemowym, społecznym a nawet w określonej strefie klimatycznej”.<sup>10</sup>

Realizowane przez kasę chorych ustawowe zadania wymagają nieustannego komunikowania się z całym ogromnym, wewnętrznym i zewnętrznym otoczeniem organizacji.

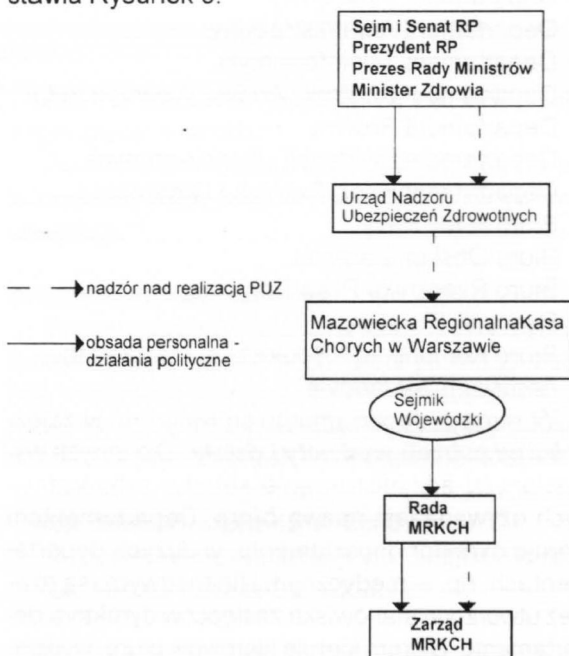
Pracownicy poszczególnych departamentów, czy wydziałów stanowią otoczenie wewnętrzne kasy. Otoczenie bliższe to z kolei osoby zatrudnione w placówkach ochrony zdrowia, samorządy - zawodowe,



Rys. 4. Źródło: J.Formański, H.Tendera-Własczuc (red.): *Budowanie wizerunku Kasy Chorych*. Warszawa: Krajowy Związek Kas Chorych 2001. s.52.

terytorialne, jak również organy administracji rządowej. Następnie otoczenie zewnętrzne, to ubezpieczeni, „konsumenty” usług medycznych oraz media jako także adresaci działań kasy chorych.

Na obecną strukturę kasy chorych największy wpływ miały i mają jednak czynniki polityczne i prawne, zwane **otoczeniem politycznym i regulacyjnym organizacji**.<sup>11</sup> Wynika to z tego, iż instytucje te powstały w wyniku procesu legislacyjnego, pod naciskiem pewnego lobby politycznego (np. realizacja programów wyborczych określonych partii politycznych). Instytucjonalizację podmiotów występujących w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich rolę prawno-polityczne przedstawia Rysunek 5.



Rys. 5. Źródło: opracowanie własne

Pod wpływem czynników polityczno - prawnych, dokonano rejonizacji kas chorych a granice ich działania dostosowano do granic nowych województw. Obsadzono również personalnie (nie zawsze zgodnie z ideą ustawy), prestiżowe stanowiska osobami z danego klucza politycznego.

W dalszych rozważaniach w tym punkcie niniejszej pracy, należy zaznaczyć, że otoczenie polityczne i regulacyjne kasy chorych, to również nie tylko zagrożenia, ale i szanse, przede wszystkim dla bliższego i dalszego otoczenia tej organizacji. A mianowicie, od powołanej do życia przez Państwo - organizacji służącej otoczeniu - społeczeństwo oczekuje świadczeń usług najwyższej jakości. W sytuacji, gdy instytucja użyteczności publicznej np. kasa chorych jako „nośnik celów społecznych” nie spełnia swoich ustawowych zobowiązań, to Państwo przejmuje całkowitą odpowiedzialność za te niepowodzenia. Reagując, zgodnie z prawem, wspomaga taką organizację, np. w procesie legislacyjnym lub rekrutacyjnym, powołując odpowiednie osoby na najwyższe, decyzyjne stanowiska.

Reasumując - otoczenie polityczne i regulacyjne odwołuje się do kategorii wpływów, jakie wywierają na całe społeczeństwo.

## 2.2. Struktura organizacyjna Centrali Kasy

W skład centrali Kasy wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- Departament Medyczny,
- Departament Finansowy,
- Departament Administracyjny,
- Departament Teleinformatyki,
- Departament Kontroli i Audytu Wewnętrznego,
- Departament Prawny,
- Departament Ewidencji Ubezpieczonych,
- Departament Kadr, Szkoleń i Organizacji,
- Biuro Rady Kasy,
- Biuro Obsługi Zarządu,
- Biuro Rzecznika Praw Pacjenta,
- Rzecznik Prasowy,
- Biuro Komunikacji Społecznej i Marketingu,
- Archiwum Zakładowe.

W ramach departamentu są tworzone w zależności od potrzeb **wydziały i działy**. Dla innych wydzielonych administracyjnie struktur organizacyjnych używana jest nazwa **biuro**. Departamentem kieruje dyrektor departamentu, w dużych departamentach, np. w medycznym i finansowym, są również utworzone stanowiska zastępców dyrektora departamentu. Biurem kieruje kierownik biura, wydziałem - kierownik wydziału, podobnie Archiwum Zakładowym.

W Oddziałach Kasy, działem kieruje kierownik działu. Natomiast Wydziałem Medycznym kieruje zastępca dyrektora ds. medycznych przy pomocy tzw. menedżerów liniowych w randze głównych specjalistów.

## 3. Misja Kasy Chorych jako funkcja społeczna

*Każda instytucja zmierza ku swoim własnym, specyficznym celom.*

*Ale kto w takiej sytuacji bierze na siebie troskę o dobro wspólne ?*

*Ten szczególny problem, dla pluralizmu zawsze o głównym znaczeniu, tkwi u podłoża nowego żądania, żądania odpowiedzialności społecznej.*

P.E. Drucker<sup>12</sup>

Misję przedsiębiorstwa, jak stwierdza B. Wawrzyniak, można utożsamić ze zbiorem celów kierunkowych, czyli głównych, na które zorientowane są działania podejmowane w danej organizacji. Stopień zaś wypełniania misji przez przedsiębiorstwo wyraża zaspokojenie określonych potrzeb społecznych.<sup>13</sup>

Wspomniany autor uważa, iż w okresie „nadchodzącej rewolucji w zarządzaniu” każda współczesna organizacja działająca w erze społeczeństwa globalnego bez względu na rodzaj działalności :

*„...musi przede wszystkim spełniać oczekiwania zróżnicowanego zbioru udziałowców. Stopień realizacji tych oczekiwań wyznacza czy i w jakim stopniu realizowana jest wartość, którą nazwano odpowiedzialnością społeczną”.*<sup>14</sup>

Ze względu na mieszany charakter usług, materialnych i niematerialnych oraz ogromne znaczenie czynnika ludzkiego w procesie ich świadczeń, opracowanie misji decyduje o sukcesie przedsiębiorstwa usługowego jakim jest Kasa Chorych. Misja powinna wyrażać jej wspólne wartości i aspiracje przyjmowane przez wszystkich aktorów organizacji. Warunkiem sine qua non dla przedsiębiorstwa, które ma aspirację stać się pełnowartościową organizacją służącą otoczeniu, zdaniem G. Gier-

Tabela 4. Trzy elementy składające się na koncepcję przedsiębiorstwa jako organizacji służącej otoczeniu

Udziałowcy	Regulatory	Adaptacja
- świadczeniobiorcy (społeczeństwo lokalne i regionalne) - świadczeniodawcy	- sejm - rząd - samorząd - rada nadzorcza - zarząd - presja społeczna - rynek usług medycznych	- kreowanie zaufania - profesjonalizacja - innowacyjność

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: B. Wawrzyniak: *Odnawianie przedsiębiorstwa - na spotkanie XXI wieku*. Warszawa: Poltext 1999. s. 215-216.

szewskej jest konieczność posiadania społecznego przyzwolenia do prowadzenia określonej działalności.<sup>16</sup> Tabela 4 przedstawia trzy elementy składające się na koncepcję przedsiębiorstwa jako organizacji służącej otoczeniu.

W maju 1999 roku, a więc w pierwszym roku działania Kasy, rozpoczęto prace dotyczące określenia misji MRKCH. Autorzy projektu zaangażowali wszystkich pracowników Kasy Chorych w jej tworzeniu. Po zapoznaniu się z materiałami pomocniczymi, każda komórka organizacyjna przy-

- zadnego czekania w kolejce;
- 3. taniaść usługi;
- 4. konsekwencję w postępowaniu i rzetelność;
- 5. jakość usług - najlepsza;
- 6. wybór - konkurencja;
- 7. poczucie bezpieczeństwa, ochrony;
- 8. poufność,
- 9. elastyczność, umiejętność „dostosowania” usługi do indywidualnych potrzeb jednostki;
- 10. pozycja, znaczenie firmy;
- 11. przyjazne, schludne i jasne otoczenie.

Tabela 5

MRKCH istnieje po to, aby:	MRKCH powinna dążyć do:	MRKCH ma osiągnąć:	MRKCH reprezentuje:	Společnym przeznaczeniem - posłannictwem MRKCH jest:
zapewnić równy dostęp do świadczeń	zapewnienia opieki zdrowotnej na jak najwyższym poziomie	stworzyć normalne warunki finansowo-gospodarcze na rynku usług medycznych	interesy ubezpieczonych	zapewnienie ubezpieczonym poczucia stabilności i bezpieczeństwa
reprezentować interesy ubezpieczonych	zapewnienie szerokiej dostępności świadczeń	udostępnienie najwyższej jakości usług		poprawa stanu zdrowia społeczeństwa
zarządzać finansami ubezpieczonych	stworzenie konkurencyjnego rynku usług medycznych	zaufanie, szacunek oraz zadowolenie świadczeniobiorców i świadczeniodawców		
wprowadzać reformę zdrowia	uzyskania zadowolenia pacjentów	poprawę stanu zdrowia społeczeństwa		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

gotowała swoją propozycję misji. Należy zgodzić się, że taka forma współpracy daje pełny obraz, jak organizacja jest postrzegana przez wszystkich pracowników. Najciekawsze koncepcje misji przedstawia Tabela 5. Po analizie otrzymanego materiału można przyjąć, iż *Misją MRKCH jest służenie wartościom: Zdrowiu, Rodzinie i Pracy poprzez zapewnienie opieki zdrowotnej na jak najwyższym poziomie.*

Tak sformułowana misja powinna dać ubezpieczonym (klientom Kasy Chorych) następujące korzyści<sup>17</sup>:

1. uprzejmość i kurtuazję - ubezpieczeni chcą być traktowani jak VIP-y;
2. punktualność, szybkość wykonywanej usługi,

#### 4. Analiza zasobów ludzkich na poziomie całej organizacji w MRKCH

Przedmiotem analizy zasobów ludzkich na poziomie całej organizacji jest ogół zatrudnionych pracowników.<sup>19</sup>

##### 4.1. Zatrudnienie ogółem

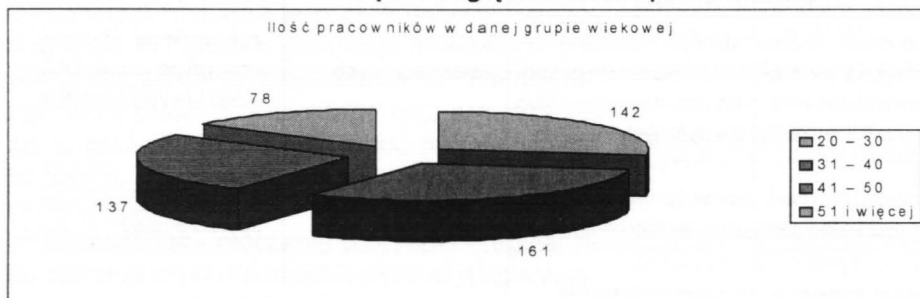
Wzrost zatrudnienia spowodowany był przydzieleniem nowych zadań w zakresie promocji zdrowia, medycyny szkolnej i świadczeń specjalistycznych. W związku z powyższym nastąpiły zmiany struktur organizacyjnych wprowadzone kolejno:

1. Regulaminem Organizacyjnym Centrali i Oddziałów MRKCH z dnia 12.VI.2000 r.
2. Regulaminem Organizacyjnym Centrali i Oddziałów MRKCH z dnia 03.IV.2001 r.

Tabela 6. Zmiany struktury zatrudnienia w latach 1999 - 2002

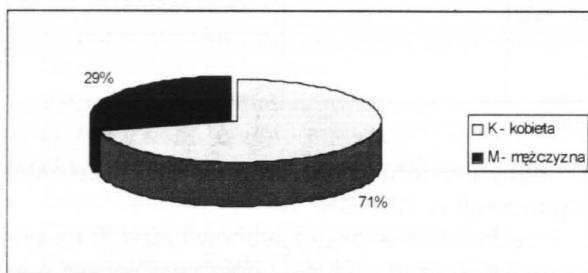
Lp.	Jednostka organizacyjna	Zatrudnienie w 1999 r.	Zatrudnienie w 2000 r.	Zatrudnienie w 2001r.	Stan zatrudnienia w 2002r. (po restrukturyzacji zatrudnienia)
1.	Centrala MRKCH	108	162	253	243
2.	Oddział w Warszawie	60	70	102	95
3.	Oddział w Radomiu	40	42	42	38
4.	Oddział w Siedlcach	35	37	37	34
5.	Oddział w Ostrołęce	35	36	37	35
6.	Oddział w Płocku	30	32	40	36
7.	Oddział w Ciechanowie	30	32	40	37
8.	<b>Razem:</b>	<b>338</b>	<b>411</b>	<b>551</b>	<b>518</b>

#### 4.1.1. Struktura zatrudnienia pod względem wieku pracowników:



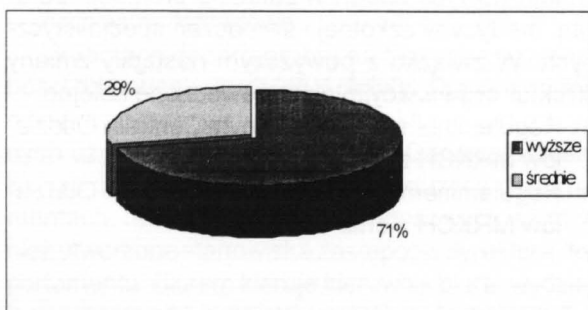
Wykres 1. Źródło: opracowanie własne

#### 4.1.2. Struktura zatrudnienia pod względem płci pracowników:



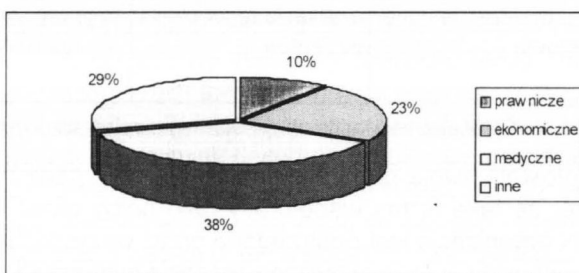
Wykres 2. Źródło: opracowanie własne

#### 4.1.3. Struktura zatrudnienia według poziomu wykształcenie pracowników MRKCH



Wykres 3. Źródło: opracowanie własne

#### 4.1.4. Struktura wyższego wykształcenia



Wykres 4. Źródło: opracowanie własne

### 5. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi w MRKCH

#### 5. 1. Proces kadrowy - rekrutacja i selekcja

Zarządzanie Zasobami Ludzkimi jest współczesną wizją funkcji, w której kobiety i mężczyźni w przedsiębiorstwie są potencjałem (zasobami), który trzeba mobilizować, rozwijać, w który trzeba inwestować. Są to podstawowe zasoby strategiczne przedsiębiorstwa a funkcja sama stała się wyjątkowo ważna i uzyskała status funkcji strategicznej.

C.H. Besseyre des Horts<sup>19</sup>

Organizacje zaufania publicznego, podobnie jak duże przedsiębiorstwa krajowe lub międzynarodowe



we powinny również stosować zdrowe praktyki zarządzania a więc umiejętnie rozporządzać posiadanymi zasobami. Oprócz zasobów takich, jak: finansowe, rzeczowe i informacyjne, szczególną troską należy objąć czynnik ludzki poprzez aktywne i właściwie prowadzoną politykę kadrową, rozumianą tutaj jako: „... system celów, zasad, metod i instrumentów oraz zespolonych z nimi działań nakierowanych na kształtowanie zespołów pracowniczych...”<sup>20</sup>. To w jaki sposób będą dysponować tymi zasobami zależy ich przetrwanie i rozwój.

Dlatego też w rozważaniach na temat organizacji, będącej „nośnikiem celów społecznych” w sposób szczególny należy zwrócić uwagę na poziom i kwalifikacje zatrudnianych tam ludzi. Oprócz nabytej wiedzy i doświadczenia zawodowego, personel ten powinien wyróżniać się pewnymi specyficznymi cechami i umiejętnościami, takimi, jak:

– umiejętnością pracy w zespole,

- umiejętnością i profesjonalizmem w obsłudze interesantów,
- umiejętnością permanentnego rozwoju,
- umiejętnością adaptacji w różnych warunkach pracy,
- wrażliwością na różne aspekty życia społecznego.

Generalnie zasady doboru pracowników do organizacji sektora *non-profit* raczej nie odbiegają od zasad stosowanych w biznesie. Dlatego też, ogólny poziom jakości tych usług w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi w sposób istotny zależy od roli i funkcji jaką przypisano w danej organizacji działowi personalnemu.

### 5.1.1. Służba personalna

Komórka organizacyjna zajmująca się czynnikiem ludzkim w Kasie Chorych przyjęła nazwę Departamentu Kadr, Szkoleń i Organizacji i jest podległy bezpośrednio Dyrektorowi Kasy Chorych (schemat 1).



### 5.1.2. Zadania Departamentu Kadr, Szkoleń i Organizacji

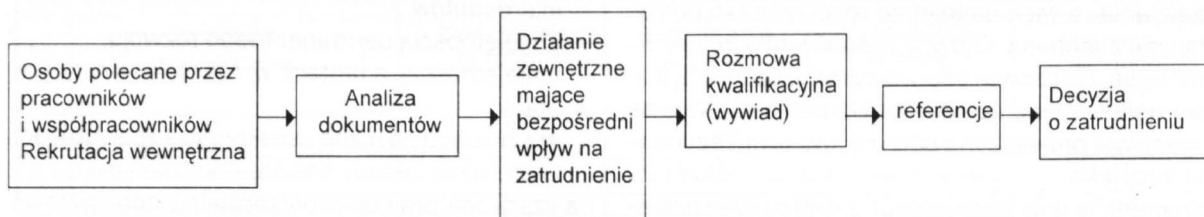
Tabela 7

Zadania	Główna i samodzielna rola	Pomocnicza rola
Planowanie zatrudnienia	X	–
Rekrutacja i selekcja	–	X
Zatrudnianie	X	–
Wprowadzenie do pracy	–	X
Opracowanie programów motywacyjnych	X	–
Szkolenie i doskonalenie	X	–
Administrowanie personelem	X	–
Współpraca ze ZZ	X	–
Opracowanie opisu stanowisk pracy	–	X
Opracowywanie struktur organizacyjnych	X	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych, gdzie „X” - oznacza wykonanie zadania; „–” - nie.



### 5.1.3. Przebieg procesu rekrutacji w MRKCH



Rys 6. Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Należy zaznaczyć, iż przy obsadzie kluczowych stanowisk, np. Dyrektorów Naczelnych Kasy, Dyrektorów Oddziałów czy Dyrektorów Departamentów, oprócz wymagań natury merytorycznej czasami również były brane pod uwagę kryteria polityczne. Natomiast obsada niższych stanowisk leżała w gestii niższego szczebla zarządzania, choć i tu niekiedy swoboda wyboru i zatrudnienia była ograniczona. W związku z powyższym w MRKCH w początkowej fazie rozwoju stosowano przede wszystkim rekrutację segmentową. Rekrutacja szeroka dotyczyła w większości jedynie stanowisk administracyjno-biurowych oraz obsługi technicznej. Istotny wpływ na rodzaj rekrutacji w omawianej organizacji miał też inny ważny aspekt, a mianowicie wielkość firmy.<sup>21</sup> W „fazie narodzin” Kasy Chorych korzystano oczywiście z rekrutacji zewnętrznej. Natomiast w raz z rozwojem firmy (powstaniem np. nowych komórek organizacyjnych), na stanowiska kierownicze stosowano najczęściej zasady rekrutacji wewnętrznej.

#### 5.1.4. Podział ról w realizacji procesu kadrowego:

1. Dyrektor Departamentu Kadr:
  - dokonuje wewnętrznej analizy rynku,
  - dokonuje wyboru kandydatów zaproszonych na rozmowy kwalifikacyjne,
  - współuczestniczy w I, II, ewentualnie III etapie rozmów kwalifikacyjnych,
  - współdecyduje wraz z bezpośrednim przełożonym przyszłego pracownika o zatrudnieniu
2. Bezpośredni przełożony:
  - zgłasza zapotrzebowanie na pracownika,
  - aktualizuje opis stanowiska pracy,
  - określa niezbędne kwalifikacje do wykonywania danej pracy,
  - współuczestniczy w I, II, ewentualnie III etapie rozmów kwalifikacyjnych,
  - współdecyduje o zatrudnieniu kandydata do pracy.
3. Departament Kadr:
  - opracowuje metody i narzędzia doboru pracowników,

- dokonuje formalności związanych z przyjęciem kandydata do pracy.

### 6. Restrukturyzacja zatrudnienia

*Restrukturyzacja* - to każda istotna zmiana strategii organizacji, wymagająca wprowadzenia zmian zasad i warunków jej funkcjonowania nie tylko w zakresie np. produkcji, inwestowania, ale również zmian w zakresie liczby i kwalifikacji pracowników<sup>22</sup>.

W celu wyjaśnienia należy przypomnieć, że sama restrukturyzacja nie jest tożsama z redukcją zatrudnienia. Jeżeli na przykład, w wyniku procesu restrukturyzacyjnego zmiany dotyczą struktury organizacyjnej, zmiany technologii czy zarządzania - restrukturyzacja zatrudnienia może być rezultatem (konsekwencją) restrukturyzacji zasadniczej. Mając na uwadze usługowy charakter omawianej organizacji w związku z powyższym można przyjąć za A. Pocztowskim, że w wyniku zmiany struktury organizacyjnej w MRKCH nastąpił proces określany mianem derekrutacji personelu<sup>23</sup>. Inaczej mówiąc nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia na pewnych stanowiskach pracy, w komórkach i jednostkach organizacyjnych (w Oddziałach). Zjawisko derekrutacji personelu może mieć w organizacji charakter wewnętrzny lub zewnętrzny. W dalszej części opracowania, omawiany proces zmian, umownie będziemy nazywać restrukturyzacją zatrudnienia lub derekrutacją personelu.

Główną przyczyną zmian organizacyjnych, w tym derekrutacji personelu w MRKCH było zmniejszenie o 30% kosztów wynagrodzeń na rok 2002. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, decyzją z dnia 15 listopada 2001 roku zatwierdził plan finansowy dla MRKCH na rok 2002 i dokonał znaczących zmian w części wynagrodzeń.

Kadra odpowiedzialna za przebieg tego procesu przyjęła następujące etapy derekrutacji personelu:

- I. Przeprowadzono analizę mającą na celu wprowadzenie jednakowej struktury organizacyjnej dla Oddziałów Kasy oraz stworzenie nowego planu etatów, gdzie ujęto:
  - aktualne zadania i kompetencje poszczególnych komórek organizacyjnych,

- przeprowadzono wartościowanie stanowisk pracy,
  - zaprojektowano nowe zakresy zadań i obowiązków na stanowiskach pracy.
- II. Dokonano identyfikacja zasobów ludzkich na poziomie całej organizacji a więc:
- analizy wykształcenia,
  - kwalifikacji.
- III. Dokonano oceny i wyboru możliwych i zgodnych z prawem opcji działania:
- przemieszczanie pracowników wewnątrz organizacji (zmiana stanowiska np. ze specjalisty na inspektora lub referenta; kierownicy likwidowanych wydziałów czy działów w jednostkach organizacyjnych Kasy, otrzymali stanowiska głównych specjalistów lub specjalistów),
  - zmniejszenie średnio o 30% wynagrodzeń zasadniczych pracowników,
  - wstrzymanie do odwołania premii uznaniowej,
  - ograniczenie liczby godzin nadliczbowych,
  - całkowite wstrzymanie przyjęć nowych pracowników,
  - nie przedłużanie umów na czas określony,
  - zakaz zawierania umów zleceń i o dzieło,
  - dobrowolne zwolnienia personelu,
  - wymuszone zwolnienia personelu.

W wyniku przeprowadzonych w/w działań powstało również tak zwane zjawisko *rekonwersji zawodowej pracowników*, rozumianej w literaturze przedmiotu, jako proces mający na celu adaptację pracowników do nowych warunków funkcjonowania organizacji<sup>24</sup>.

## Zakończenie

*Nie ma sprzyjającego wiatru dla tego,  
kto nie wie dokąd płynie.*

Seneka

W obecnej sytuacji wszystkie Kasy Chorych przechodzą restrukturyzację zatrudnienia. Z tym, że skala zjawiska jest bardzo zróżnicowana. Niektóre Kasy nie odczuły tak daleko idących zmian, jak MRKCH i nadal funkcjonują bez zakłóceń.

Natomiast, jak wynika z opinii dyrektorów jednostek organizacyjnych MRKCH, jeżeli będą zmuszeni do podjęcia kolejnych działań związanych z restrukturyzacją zatrudnienia, uniemożliwi to wykonywanie statutowych zadań Kasy a zdecydowana większość najlepszych pracowników z powodu utraty bezpieczeństwa pracy odejdzie.

Na koniec nasuwa się jeden zasadniczy wniosek.

Czy zwalnianie pracowników w administracji publicznej jako sposób na zmniejszenie kosztów stałych jest do końca uzasadniony? Nierzadko okazuje się, że nie jest to dobra decyzja a mianowicie, na efekty (ze względu na czas wypowiedzenia) trzeba czekać co najmniej kwartał. W końcu może się okazać się, że proces derekrutacji zatrudnienia, pociągnął za sobą wysokie, często niezamierzone koszty.

W konsekwencji organizacja zaczyna przeżywać kryzys i źle funkcjonować. Czy w takim przypadku można mówić o „racjonalizacji zatrudnienia”?

Na odpowiedź trzeba będzie jeszcze poczekać.

## PRZYPISY

<sup>1</sup> *Tendencje w zarządzaniu*. „Zarządzanie na świecie” nr 1/1998. s. 20.

<sup>2</sup> G. Gierszewska: *Zarządzanie strategiczne*. Warszawa: WSPiZ im L. Koźmińskiego 2000. s. 13.

<sup>3</sup> Z. A. Nowodworska: *Likwidacja KZCH i co dalej - rozmowa z Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Minister Anną Knysok*. „Biuletyn Kas Chorych” nr 6/2001. s. 10.

<sup>4</sup> Cz. Sikorski: *Struktura organizacyjna*, w: B. Kaczmarek, Cz. Sikorski: *Podstawy zarządzania. Zachowania organizacyjne*. Łódź: ABSOLWENT 1996. s. 91.

<sup>5</sup> R. Roosevelt Thomas: *Zróżnicowanie a organizacje przyszłości*. W: F. Hesselbein, M. Goldsmith, R. Beckhard: *Organizacja przyszłości*. Warszawa: Business Press 1998. s. 364.

<sup>6</sup> W. Straszynski: *Kultura organizacyjna nowoczesnej korporacji*. „Przegląd Organizacji” Nr 1/1991. s. 31.

<sup>7</sup> A. Horonin-Bawor, K. Nyczaj: *Funkcje kształtujące*

*strukturę organizacyjną kas chorych*. „Biuletyn Kas Chorych” nr 9/2001. s. 14.

<sup>8</sup> J.A.F. Stoner (i in.): *Kierowanie*. Warszawa: PWE 2001. s. 317.

<sup>9</sup> A. Horanin, K. Nyczaj: op.cit. s. 14-15.

<sup>10</sup> G. Gierszewska: op. cit. s. 41.

<sup>11</sup> Loc.cit

<sup>12</sup> P. Drucker: *Zarządzanie w czasach burzliwych*. Kraków: AE 1995. s. 209.

<sup>13</sup> Por.: B. Wawrzyniak: *Polityka strategiczna przedsiębiorstwa*. Warszawa: PWE 1989. s. 45.

<sup>14</sup> B. Wawrzyniak: *Odnawianie przedsiębiorstwa - na spotkanie XXI wieku*. Warszawa: Poltext 1999, s. 214.

<sup>15</sup> J. Formański i in: op. cit. s. 6.

<sup>16</sup> Por.: G. Gierszewska: op. cit. s. 13.

<sup>17</sup> Por.: P. Sadler: *Zarządzanie w społeczeństwie post-industrialnym*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu 1997, s. 105.

<sup>18</sup> A. Poczowski, A. Miś: *Analiza zasobów ludzkich*

- w organizacji. Kraków: AE 2000. s. 85.
- <sup>19</sup> Z. Mikołajczyk: *Zarządzanie ludźmi. Funkcja personalna i jej składniki*, w: B. Piasecki: *Ekonomika i zarządzanie małą firmą*. Warszawa - Łódź: PWN 2001. s. 247.
- <sup>20</sup> H. Król: *Nie tylko planowość, czyli zasady polityki kadrowej*. „Personel” nr 6/1997. s. 24.
- <sup>21</sup> H. Król: *Sposoby rekrutowania pracowników*, w: H. Król: *Szkice z zarządzania zasobami ludzkimi*. Warszawa: WSPiZ im. L. Koźmińskiego 2002, s. 128.
- <sup>22</sup> D. Thierry: *Restrukturyzacja przedsiębiorstw. Adaptacja pracowników do zmian*. Warszawa: Poltext 1995. s. 18.
- <sup>23</sup> Por.: A. Pocztowski: *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Zarys problematyki i metod*. Kraków: Antykwa 1998. s. 87.
- <sup>24</sup> M.E. Egeman: *Restrukturyzacja i kierowanie zatrudnieniem*. Warszawa: Poltext 1999. s. 36.

## BIBLIOGRAFIA

1. Drucker P.: *Zarządzanie w czasach burzliwych*. Kraków: AE 1995;
2. Egeman M.E.: *Restrukturyzacja i kierowanie zatrudnieniem*. Warszawa: Poltext 1999;
3. Formański J., Pietrzak P., Tendera-Właszczuk H. (red.): *Budowanie wizerunku Kasy Chorych*. Warszawa: Krajowy Związek Kas Chorych 2001;
4. Gierszewska G.: *Zarządzanie strategiczne*. Warszawa: WSPiZ 2000;
5. Horanin A., Nyczaj K.: *Funkcje i czynniki kształtujące strukturę organizacyjną kas chorych*. „Biuletyn Kas Chorych” nr 9/2001;
6. Król H.: *Nie tylko planowość, czyli zasady polityki kadrowej*. „Personel” nr 6/1997;
7. Król H.: *Sposoby rekrutowania pracowników*, w: Król H.: *Szkice z zarządzania zasobami ludzkimi*. Warszawa: WSPiZ im. L. Koźmińskiego 2002;
8. Mikołajczyk Z.: *Zarządzanie ludźmi. Funkcja personalna i jej składniki*, w: Piasecki B.: *Ekonomika i zarządzanie małą firmą*. Warszawa - Łódź: PWN 2001;
9. Nowodworska Z.A.: *Likwidacja KZKCH i co dalej - rozmowa z Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Minister Anną Knysok*. „Biuletyn Kas Chorych” nr 6/2001;
10. Pocztowski A.: *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Zarys problematyki i metod*. ANTYKWA 1998;
11. Pocztowski A.; Miś A.: *Analiza zasobów ludzkich w organizacji*. Kraków: AE 2000;
12. Roosevelt Thomas R.: *Zróżnicowanie a organizacja przyszłości*, w: Hesselbein F. (i in.): *Organizacja przyszłości*. Warszawa: Business Press 1998;
13. Sadler P.: *Zarządzanie w społeczeństwie post-industrialnym*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu 1997;
14. Stoner J.A.F. (i in.): *Kierowanie*. Warszawa: PWN 2001;
15. Straszyński W.: *Kultura organizacyjna nowoczesnej korporacji - „Przegląd Organizacji” nr 1, 1993;*
16. Tendencje w zarządzaniu. „Zarządzanie na świecie” nr 1/1998;
17. Thierry D.: *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Adaptacja pracowników do zmian*. Warszawa: Poltext 1995;
18. Wawrzyniak B.: *Polityka strategiczna przedsiębiorstwa*. Warszawa: PWE 1989;
19. Wawrzyniak B.: *Odnawianie przedsiębiorstwa. Na spotkanie XXI wieku*. Warszawa: Poltext 1999.