

Kultura organizacyjna i jakość opieki zdrowotnej

Anna Kowal

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje, iż jednym z najważniejszych celów opieki zdrowotnej jest prawo jednostki do jak najlepszego zdrowia, a co za tym idzie prawo do jak najlepszej opieki zdrowotnej. Wszystkie państwa świata realizują ten cel poprzez tworzenie systemów opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej to zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń oraz usług profilaktyczno-leczniczych, mających na celu zabezpieczenie oraz poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości (Poździoch S., Ryś A., 1996).

Jako wstępne kryteria oceny systemów opieki zdrowotnej przyjęto zaproponowane przez Roberta J. Maxwella sześć wymiarów:

- **dostępność**, mierzona skalą możliwości uzasadnionego korzystania z opieki, bez względu na różnicujące kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne;
- **równość**, a więc świadczenie opieki dla jednostki i populacji zgodnie z rozpoznanymi potrzebami zdrowotnymi;
- **adekwatność**, czyli dostosowanie świadczeń zdrowotnych do rzeczywistych potrzeb populacji;
- **akceptację**, gdy opieka zdrowotna spełnia oczekiwania odbiorców;
- **efektywność**, a więc możliwie racjonalne wykorzystanie dostępnych zasobów ludzkich, rzeczowych, finansowych i informacyjnych;
- **skuteczność**, spełnianie przez opiekę funkcji w kategoriach korzyści i efektów zdrowotnych jednostki i populacji (Maxwell R.J., 1984).

W literaturze przedmiotu istnieje różnorodność definicji jakości zarówno w sferze produkcji, jak i w sferze usług, w tym także zdrowotnych. Rozpatrując problem jakości opieki zdrowotnej, nie sposób pominąć niektóre z nich. Oksfordzki słownik języka angielskiego określa „jakość” jako **stopień doskonałości, znakomitości, atrybut**. Definicja ta jest ogólna, abstrakcyjna i pozwala na do-

wolną interpretację tego pojęcia, informując jednocześnie, iż poziom jakości można stopniować. *Słownik języka polskiego* definiuje „jakość” jako „**zespół cech stanowiących o tym, że dany przedmiot jest tym przedmiotem, a nie innym**” (*Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1978). Posiłkując się tą definicją, możemy w zasadzie pokusić się o zestawienie pożądanych właściwości przedmiotu, produktu czy usługi. W zakresie opieki zdrowotnej organizacje Blue Cross i Blue Shield w 1954 r. próbowały scharakteryzować jakość opieki. Według nich o jakości opieki można mówić, gdy jest ona: dostępna, akceptowana, całościowa, ciągła i dokumentowana (Marr H., Giebing H., 1994).

Według E.J. Gauchera i R.J. Coffeya jakość to „**spełnienie określonych wymagań klienta**”. J. Lesage mówi nawet o przewyższeniu oczekiwań klienta. W tej koncepcji klientem staje się każdy, kto otrzymuje produkt lub usługę, jest powiązany z produktem bądź procesem jego wytworzenia. Klientem danej organizacji jest każdy, kto od tej organizacji w jakimś stopniu zależy. Funkcjonuje tu pojęcie klienta wewnętrznego (np. lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, portiera, mechanika, dyrektora) oraz klienta zewnętrznego (np. pacjenta, jego rodziny, płatnika, społeczeństwa).

K. Lohr jakość definiuje jako „**stopień, do którego opieka zdrowotna nad jednostkami i populacją podwyższa możliwość uzyskania pożądanych wyników zdrowotnych i jest zgodna z aktualną wiedzą medyczną**”. R.H. Palmer zwraca w swej definicji uwagę na ograniczenia technologiczne, finansowe i związane z ciężkim stanem zdrowia pacjenta, które napotykają społeczeństwa, organizując opiekę zdrowotną (Palmer R.H. i in., 1991). R. Panzer stwierdza jednym zdaniem, iż jakość jest to osiągnięcie tego, co osiągalne. Pewną ilustracją tych definicji niech będzie cytат z *Pianoli* Kurta Vonneguta:

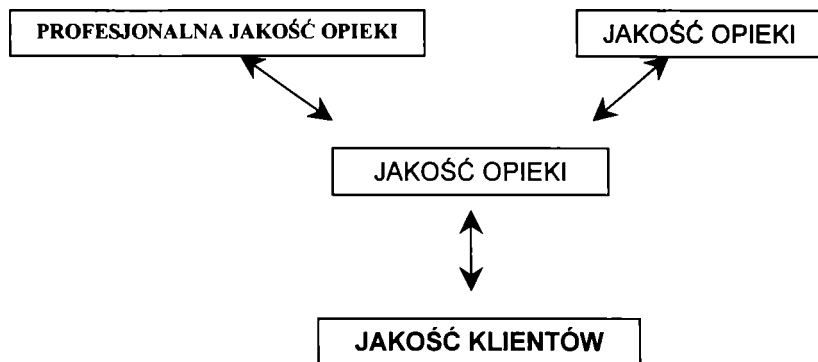
„Gdyby nie ludzie, ci cholerni ludzie, którzy zawsze muszą popsuć jakąś maszynę. Gdyby nie oni, świat byłby rajem dla inżynierów”.

A. Donabedian, który położył największe zaślugi dla teoretycznych rozważań nad problematyką jakości w opiece zdrowotnej, zdefiniował ją jako

„społeczny konstrukt reprezentujący nasze koncepcje i wartości zdrowia, nasze oczekiwania co do relacji pomiędzy świadczącymi opiekę a odbiorcami oraz nasz punkt widzenia na funkcję i rolę systemu ochrony zdrowia” (Donabedian A., 1988).

Percepcja jakości opieki jest więc niehomogenna. Wyróżniając trzech głównych aktorów systemu opieki zdrowotnej, spotkamy trzy perspektywy spojrzenia na jakość opieki. Będzie to więc:

- 1) perspektywa korzystających z opieki – użytkowników systemu, a więc ludzi zdrowych, chorych i ich rodzin – jakość klientów;
- 2) perspektywa świadczących opiekę – usługodawców – pracowników fachowych opieki zdrowotnej – profesjonalna jakość opieki;
- 3) perspektywa administratorów – organizatorów opieki zdrowotnej odpowiedzialnych za zapewnienie opieki – jakość opieki menedżerów (ryc. 1).



Ryc. 1. Jakość opieki z różnych perspektyw (Grol R. (Ed.):
Quality Assurance in Generale Practice, Utrecht 1993)

Wyniki społecznego sondażu dotyczącego kryteriów oceny opieki zdrowotnej przeprowadzonego w 1991 r. informują o tym, iż dla pacjentów i ich rodzin opieka dobrej jakości to taka, która w kategorii:

- wyników leczenia i opieki: uwolniła od bólu, leczyła choroby; nie powodowała: powikłań, odleżyn, zakażeń wewnątrzszpitalnych;
- postaw pracowników: cechowała się przyjaznym stosunkiem do pacjentów, życzliwością, uprzejmością i rozwagą;
- czasu poświęcanego pacjentom: odznaczała się tym, iż lekarze mieli czas na udzielanie informacji, a pielęgniarki szybko reagowały na prośby o pomoc;
- kształtowania otoczenia pacjenta w szpitalu zapewniała prywatność, czystą pościel, smaczne pożywienie, wygodne łóżko i spokojny sen w nocy.

Dla profesjonalistów opieki zdrowotnej natomiast dominujące kryteria jakości opieki to:

- stałe zapewnienie wystarczającego poziomu obsad tak pod względem liczby, jak i kompetencji;
- wdrożenie bezpiecznych praktyk do systemu świadczonej opieki;
- zagwarantowanie pacjentowi poufnego charakteru opieki;
- skuteczność leczenia w połączeniu z diagnozą;
- jakość żywienia;
- dostępność usług wspierających.

Dla organizatorów opieki zdrowotnej natomiast jej jakość to:

- świadczenie efektywnej opieki zdrowotnej przy użyciu ograniczonej liczby zasobów;

– zmniejszenie lub ograniczenie wydatków na opiekę zdrowotną (*Quality. Five Regional Consortium with Greenhalgh & Company Limited*, 1991).

Donabedian, jako pierwszy zidentyfikował trzy wymiary jakości opieki:

- **Techniczny** – mieszczący w sobie efektywność, biegłość, znowstwo, bezpieczeństwo itd. Wymiar ten odnosi się do możliwości osiągnięcia jak najlepszych wyników opieki zdrowotnej.

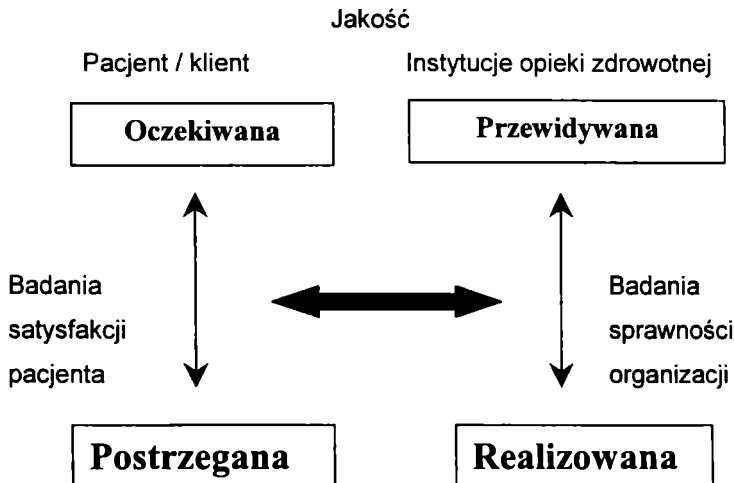
- **Interpersonalny** – poszanowanie godności innych osób, przestrzeganie tajemnicy zawodowej, informowanie adekwatne do poziomu wiedzy i wymagań klienta itd. Wymiar ten jest skoncentrowany na relacjach klienta z osobami świadczącymi opiekę.

- **Organizacyjny** – elementy środowiska fizycznego – bezpieczeństwo, komfort wyposażenia, ciągłość opieki itd. Ten ostatni wymiar odnosi się do środowiska szpitalnego jako miejsca wykorzystania zasobów (Marr H., Giebing H., 1994).

Jakość opieki świadczonej przez poszczególne instytucje opieki zdrowotnej może więc być oceniana poprzez:

- 1) badania satysfakcji pacjenta/klienta – ocena subiektywna;
- 2) badania sprawności organizacji – ocena obiektywna.

Zmniejszanie różnic pomiędzy normą ogólną jakości, jakością oczekiwaną przez pacjenta a dostarczaną przez instytucje opieki zdrowotnej jest istotą działań dla poprawy jakości opieki uzyskanej jak najmniejszym kosztem, ale to również zmiana kultury organizacyjnej. Idea ciągłego podnoszenia jakości jest problemem na tyle ważnym, iż znalazła odbicie w Programie „Zdrowie dla Wszystkich”. Punkt 31 programu zawiera deklarację, iż wszystkie kraje członkowskie powinny przygotować procedury i struktury zapewniające stały wzrost jakości usług zdrowotnych (ryc. 2).



Ryc. 2. Satysfakcja pacjenta i sprawność organizacji
(Lairy G.: *La satisfaction des patients*, ANDEM, Paris 1996)

Badanie sprawności organizacji przeprowadza się zazwyczaj według zaproponowanej przez Donabediana triady: struktura, proces, wynik. Dla przypomnienia: struktura obejmuje pracowników, ich rozmieszczenie i kwalifikacje, budynki, wyposażenie, sprzęt, narzędzia, leki, otoczenie fizyczne organizacji, zasady finansowania i wynagradzania oraz organizację i sposób pracy. Proces w koncepcji Donabediana jest ujmowany jako czynności i relacje, które zachodzą wewnątrz grupy usługodawców oraz między nimi a pacjentami i płatnikiem.

Wynik (rezultat) to najważniejszy z wymienionych elementów, tak dla poszczególnych pacjentów i ich rodzin, jak i społeczeństwa. Przez rezultat należy rozumieć poprawę w stanie zdrowia i poziom satysfakcji pacjenta z uzyskanej opieki. *Słownik Języka Polskiego* definiuje „satisfakcję” jako uczucie przyjemności, zadowolenia. Zadowolenie jest funkcją spełnienia pragnień, potrzeb. To założenie jest powszechnie przyjmowane w badaniach satysfakcji. Badanie satysfakcji jest jednym z wyrazów realizacji władności człowieka zdrowego – chorego, którą wyznaczają przede wszystkim:

1. Postawy, przekonania profesjonalistów medycznych, organizatorów, menedżerów, administratorów ochrony zdrowia w kwestii podmiotowości każdego człowieka i uznania jego odpowiedzialności za zdrowie.

2. Stopień, w jakim życzenia, oczekiwania, wymagania aktualne i przyszłe człowieka zdrowego – chorego są brane pod uwagę.

3. Zakres możliwości wyboru opieki (Lenartowicz H., 1998).

Satysfakcja pacjenta jest jedną ze składowych definicji oceny jakości wg WHO. Eksperti tej organizacji uważają, iż ocena jakości opieki to proces, który pozwala zagwarantować każdemu pacjentowi działania diagnostyczne i terapeutyczne przynoszące najlepsze rezultaty w kategoriach zdrowia. Działania te muszą być zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, świadczone po najlepszej cenie dla uzyskania najlepszego rezultatu, z jak najmniejszym ryzykiem jatrogennym i jak największą satysfakcją w kategoriach procedur, kontaktu interpersonalnego i rezultatu. Satysfakcja pacjenta może być rozważana jako rezultat opieki oraz jako element zdrowia sam w sobie (Rosenberg S.N., 1990). Satysfakcja pacjentów musi być uwzględniana w określaniu jakości opieki zdrowotnej jako element niezależny i równoważny z ocenami eksperckimi jakości w ochronie zdrowia. Ponadto im wyższy poziom satysfakcji pacjenta ze świadczonych usług, tym są lepsze efekty procesu terapeutycznego. Badania prowadzone w krajach takich, jak Kanada czy Hiszpania również potwierdzają, że ocena jakości usług medycznych powinna być wzmocniona przez włączenie badań dotyczących satysfakcji pacjentów.

W systemie Kompleksowego Zarządzania Jakością (z ang. TQM) funkcjonują dwie formy oceny jakości – wewnętrzna i zewnętrzna, przy czym forma wewnętrzna winna poprzedzać poddanie się ocenie zewnętrznej. Ocena wewnętrzna dokonywana jest przez zespoły wieloprofesjonalne w cyklu zapewniania jakości. Akredytacja natomiast oznacza zewnętrzny proces oceny jednostek opieki zdrowotnej, dobrowolnie poddających się takiej ocenie, która polega na ustalaniu zgodności z wcześniej znanymi standardami. Dokonywana jest ona przez bez-

stronną, niezależną agendę, która przyznaje świadectwo akredytacji. Zgodnie z PN-ISO 9001 to na kierownictwie ciąży odpowiedzialność za określenie i udokumentowanie polityki w zakresie jakości, obejmującej cele i zobowiązania dotyczące jakości. Polityka jakości powinna być powiązana z celami działania organizacji dostawcy oraz oczekiwaniami i potrzebami klientów. Dostawca powinien zapewnić, że polityka ta jest rozumiana, wdrożona i utrzymywana na wszystkich szczeblach organizacji (PKN, Warszawa 1996).

Powróćmy do definiowania jakości jako spełniania określonych wymagań klienta, a więc pacjenta w sektorze opieki zdrowotnej. Nasuwa się od razu pytanie, czy sektor opieki zdrowotnej spełnia wymagania pacjentów? Czy jednostki opieki zdrowotnej nastawione są na spełnianie wymagań klientów? Czy staramy się traktować pacjenta przynajmniej tak, jak to się dzieje w przypadku każdego innego klienta sektora usług? Czy pytamy pacjenta o zdanie? Czy dajemy pacjentowi prawo do wyrażania opinii i czy korzystamy z tych opinii dla podnoszenia jakości usług? Pacjent często bywa postrzegany jako osoba oczekująca na pomoc, często nie będąca w stanie decydować o opiece i leczeniu, mająca się poddać postępowaniu profesjonalistów medycznych.

Do procesu podnoszenia jakości opieki zdrowotnej, w tym pielęgniarstwie, musi przyczynić się proces zagwarantowania pacjentowi możliwości działania i jego upelnomocnienie. Upelnomocnienie rozumiemy jako:

- umożliwienie użytkownikom ochrony zdrowia, zwłaszcza przebywającym w jednostkach opieki zdrowotnej (szpital, przychodnia, zakład leczniczo-pielęgnacyjny, hospicjum) kontroli nad opieką i leczeniem ich zdrowia;
- społeczny proces wprowadzenia równowagi wpływów profesjonalistów medycznych, organizatorów i menedżerów opieki zdrowotnej oraz użytkowników.

W procesie upelnomocnienia pacjentów – klientów posuwamy się do współdziałania, mówimy o współzależności, o konieczności podziału władzy, jako o warunkach osiągania przez jednostkę pewnych celów we współpracy z innymi. S. Leonard powiedział kiedyś, iż „klient, który narzeka, jest moim najlepszym przyjacielem”.

Dla upelnomocnienia pacjentów, tak na poziomie systemu ochrony zdrowia jako całości i poszczególnych jego zakładów konieczny jest proces kształtowania określonej kultury organizacyjnej. Mówiąc o kształtowaniu określonej kultury organizacyjnej, mamy na myśli przeprowadzenie zmiany. Odwołam się tu do dwóch cytatów; jeden jest autorstwa ni mniej ni więcej a Machiavellego, który pisze, iż

„należy przyznać, iż nie ma nic trudniejszego do osiągnięcia, nic bardziej niepewnego i niebezpiecznego niż wprowadzenie nowego porządku rzeczy”.

W prostych słowach myśl ta wyraża stwierdzenie, iż wprowadzanie zmian jest procesem złożonym, trudnym i często mimo iż planowanym, nie do końca przewidywalnym. A dlaczego? Otóż zmiana dotyczy m.in. zasobów ludzkich naszych organizacji, które z jednej strony są naszym bogactwem, z drugiej to właśnie one wnoszą do organizacji własne postawy, przekonania, system wartości, cechy oso-

bowości, czy emocje. To właśnie ludzi należy pozyskiwać dla zmiany. I tu pora na drugie stwierdzenie autorstwa Rosabeth Kanter, iż

„zmiana jest dla nas zagrożeniem, jeśli jest nam nakazana lub narzucona wbrew naszej woli. Ale jeśli sami ją wprowadzamy, to jest to wielka szansa na dokonanie czegoś i zdobycie uznania. I właśnie na tym to polega: trzeba dać ludziom szansę i nagradzać ich, jeśli czegoś dokonają”.

Ludzie pragną kształtować rzeczywistość, być autorami własnych decyzji, nie chcą być narzędziem w rękach innych. Zgodnie z cytowaną myślą, już De Charms w swych badaniach prowadzonych w latach sześćdziesiątych wykazał dużo większe zaangażowanie ludzi, którzy przypisują sobie decyzje o swoim działaniu w porównaniu z tymi, którzy poddają się zleceniom innych.

Zastanówmy się przez chwilę nad samym pojęciem kultury organizacyjnej. Jest ona definiowana jako:

„Ideologie, przekonania i głęboko zakorzenione wartości obecne we wszystkich firmach i stanowiące instrukcję, w jaki sposób ludzie w tych firmach powinni pracować”,

inaczej są to głęboko zakorzenione przekonania o tym, jak należy organizować pracę, jak sprawować władzę, nagradzać i kontrolować ludzi.

Z powyższych stwierdzeń wnosimy, iż kulturę organizacyjną tworzą wspólne przekonania, postawy i wartości – chociaż nie zawsze artykułowane, wpływają na kształt działań i wzajemnych kontaktów międzyludzkich. Kultura organizacji wyraża się na sześć następujących sposobów:

1. Zwykłe metody postępowania – widoczne wzorce zachowań – mówienie sobie po imieniu.
2. Normy grupowe – standardy wydajności formalnie i nieformalnie ustalone przez grupy pracownicze – „Nie wolno się wyłamywać”.
3. Główne wartości głoszone przez organizację – kształtują podejście i zachowania pracowników – „Bądź doskonały we wszystkim, co robisz”.
4. Filozofia, która kształtuje politykę organizacji wobec pracowników i klientów – kultura biznesu.
5. Zasady dobrego współzycia w organizacji – imprezy towarzyskie.
6. Nastroj i atmosfera tworzone przez wystrój i urządzenie wnętrza w organizacji – sale chorych, dyżurki itp.

Przez pracowników postrzegana jest kultura organizacyjna jako atmosfera pracy, przy tym powiązana ściśle ze strategią organizacji, jej strukturami i systemami.

Wróćmy do zagadnienia jakości i kształtowania „kultury powszechnej jakości” w zakładach opieki zdrowotnej. Punktem wyjścia jest stwierdzenie, iż jakość jest sprawą powszechną, dotyczącą wszystkich pracowników szpitala czy przychodni (począwszy od dyrektora, poprzez lekarzy, pielęgniarki, rejestratorki, salowe czy portierów). Wszyscy pracownicy wpływają na proces dostarczania pacjentom usług we właściwym czasie i we właściwy sposób. Konieczne jest zatem wypracowanie w organizacji tzw. kultury współdziałania przy dominującej i wiodącej roli dyrekcji.

Konieczne wydaje się wprowadzanie następujących elementów:

- orientacji na klientów;
- orientacji na procesy;
- wypracowanie zachowań prewencyjnych;
- ciągłe ulepszanie.

Orientacja na klienta implikuje stosowanie następujących zasad w kontaktach z nimi:

- klienci są najważniejszymi osobami w każdej działalności, a więc im podporządkowujemy m.in. organizację pracy na oddziale;
- nie są zależni od nas, to my jesteśmy zależni od nich;
- nie zakłócają naszej pracy, są jej celem;
- są częścią organizacji, a nie osobami z zewnątrz;
- nie są pozycją w statystyce, czują i reagują tak jak my.

Przy orientacji na klienta w pracy pielęgniarki zmienia się postrzeganie klienta/pacjenta: z osoby podporządkowanej, zależnej, oczekującej pomocy, niezdolnej do decydowania, zdyscyplinowanej, pacjent staje się osobą, która uczy się, kieruje swym rozwojem, ma poczucie kontroli, ma poczucie własnych praw, związków społecznych, potęguje zdrowie i wreszcie poprawia jakość życia.

Takie postrzeganie pacjenta zmienia również rolę pielęgniarki z pracownika, który rozwiązuje problemy zdrowotne, świadczy usługi zdrowotne, spełnia opiekę, wykonuje zlecenia lekarskie w profesjonalistę pracującego ze środowiskiem, edukującego, ułatwiającego, będącego rzecznikiem pacjenta.

Orientacja na procesy to takie kierowanie, aby zredukować koszty uboczne, wywołane ich powtarzaniem, oraz zmniejszać błędy czy poprawki. Proces powinien być planowany, opisany i przeprowadzony tak, aby przewidywał warianty czynności i decyzji podejmowanych w zależności od sytuacji. Obrazowe przedstawienie przebiegu procesów za pomocą wielorakich technik jest pierwszym krokiem do zrozumienia, kierowania i polepszania procesów.

Zachowania prewencyjne opierają się na stwierdzeniu, iż jakości nie kontroluje się, lecz wytwarza. Właściwie często rezygnuje się z kontroli końcowej, na rzecz sterującego i towarzyszącego procesom nadzoru.

Nie istnieje coś takiego jak „idealna” kultura organizacyjna, istnieje tylko kultura odpowiednia lub nieodpowiednia. Oznacza to, że nie ma żadnego uniwersalnego przepisu na kreowanie kultury pro jakościowej, są natomiast pewne metody, które ułatwiają pracę w tej dziedzinie.

Dochodzenie do Kompleksowego Zarządzania Jakością, a więc proces kształtowania pro jakościowej kultury organizacyjnej, podzielone zostało na pięć etapów za Crosby, i tak jest to:

- Etap pierwszy – **NIEPEWNOŚĆ**, który powinna zakończyć decyzja o chęci pracy nad poprawą jakości.
- Etap drugi – **PRZEBUDZENIE**, przygotowanie do wprowadzenia standardów.
- Etap trzeci – **OŚWIECENIE**, czyli działanie, którego siłą napędową winni być liderzy.

- Etap czwarty – MĄDROŚĆ, czyli rozwój idei zarządzania jakością.
- Etap piąty – PEWNOŚĆ, integracja wszystkich pracowników w pracy nad poprawą jakości.

W programach kreowania kultury organizacyjnej sprzyjającej podnoszeniu jakości opieki pielęgniarskiej powinny znaleźć się:

1. Definiowanie misji i wartości uznawanych przez pielęgniarki i jednoznacznie wskazujących kierunek ich dążeń.
2. Programy edukacyjne i szkoleniowe wprowadzane w celu poszerzenia i doskonalenia umiejętności pielęgniarek, również w zakresie umiejętności socjotechnicznych, tj. chociażby umiejętność przekonywania, argumentowania, komunikowania, czy artykułowania i bronięcia praw pacjentów.
3. Tworzenie kół jakości.
4. Opracowywanie standardów praktyki zawodowej.
5. Wdrażanie nowych metod organizacji pracy pielęgniarskiej.

BIBLIOGRAFIA

1. Armstrong M.: *Zarządzanie zasobami ludzkimi – strategia i działanie*. Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1996.
2. Bank J.: *Zarządzanie przez jakość*. Wydawnictwo Gebethner i Spółka, Warszawa 1996.
3. De Charms R.: *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. Acad. Press, New York 1968.
4. Donabedian A.: *Quality assesment and assurance: Unity of purpose, diversity of means*. „Inquiry”, 1998, 25 (1), s. 173–192.
5. Grol R. (Ed.): *Quality Assurance in Generale Practice*. Utrecht 1993.
6. Hall J.A., Dornan M.C.: *What patients like about their medical care and how often they are asked: a metaanalysis of the satisfaction literature*. Soc. Sci. Med., 1988, 27, s. 935–939.
7. Lairy G.: *La satisfaction des patients*. ANDEM, Paris 1996.
8. Lenartowicz H.: *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*. CEM, Warszawa 1998.
9. Liss P.E.: *Health Care Need. Meaning and measurement*. Motala Grafinska, Linkoping 1990.
10. Marr H., Giebing H.: *Quality assurance in nursing concepts, methods and case studies*. Campion Press Ltd., Edinburgh 1994.
11. Maxwell R.J.: *Quality Assessment in Health*. British Medical Journal, 1984, 288, s. 1470–1472.
12. Palmer R.H. i in.: *Striving for quality in health care, an inquiry into policy and practice*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1991.
13. *PN-ISO 9001: Systemy jakości. Model zapewniania jakości w projektowaniu, pracach rozwojowych, produkcji, instalowaniu i serwisie*. PKN, Warszawa 1996.
14. Poździejoch S., Rys A. (red.): *Zdrowie Publiczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 1996.
15. *Quality: Five Regional Consortium with Greenhalgh & Company Limited*, 1991.

16. Rosenberg S.N.: *Choosing the assessment method that meets your needs* [w:] *Quality assurance in hospitals. Strategies for assessment and implementation*. Rockville: Aspen Publication, 1990; Graham NO Ed: 95–106.
17. Staines A.: *La gestion des attentes de la population a l'egard du systeme de sante: actions possibles de la part des pouvoir publics*. *Sante Publ.*, 1995, 7, s. 339–349.
18. Szczepska M.: *Standaryzacja jakości opieki pielęgniarskiej*. *Pielęgniarstwo* 2000, 1996, 4(27), s. 30–35.
19. Thomson A.: *Inpatients' opinions of the quality of acute hospital care* [w:] Fitzpatrick R., Hopkins A. (red.): *Measurement of patients' satisfaction with their care*. Royal College of Physicians of London, 1993, s. 19–23.