

Determinanty orientacji na klienta w nowoczesnym zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej

*Grzegorz Zieliński**

Usługi zdrowotne stanowią jedną z bardziej specyficznych form usług. Wynika to bezpośrednio z faktu, iż dotyczą one praktycznie każdego człowieka, jak i z faktu, iż sam proces oddziaływania ma bezpośredni wpływ na zdrowie i życie ludzkie. Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej odbywa się w warunkach szeregu ograniczeń. Zarówno ograniczeń związanych z funkcjonującym prawem warunkującym praktycznie każdy aspekt funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, jak i ograniczeń o charakterze finansowym. Z drugiej zaś strony, dotychczasowe reformy doprowadziły do zniesienia rejonizacji, a tym samym umożliwiły pacjentom swobodne dokonywanie zmian zarówno lekarza pierwszego kontaktu, jak i samej placówki. To z kolei przekłada się na swobodny przepływ klienta pomiędzy placówkami a liczbą przypisanych pacjentów do konkretnych lekarzy oraz do konkretnej przychodni przekłada się bezpośrednio na wpływy danej przychodni. Tym samym niezbędne staje się podejmowanie działań związanych z tworzeniem zakładów opieki zdrowotnej zorientowanych na klienta. W dobie wzrostu konkurencyjności, gdzie powstają nowe placówki, to właśnie orientacja na klienta zacznie stanowić podstawę funkcjonowania placówek.

Celem niniejszego opracowania jest prezentacja podstawy orientacji na klienta w zakładach opieki zdrowotnej leczenia otwartego realizowanego w przychodniach. Autor dokona identyfikacji miejsca orientacji na klienta w Kompleksowym Zarządzaniu Jakością, a także wskaże kluczowe determinanty wpływające na zorientowanie na klienta zakładów opieki zdrowotnej.

3.1. Orientacja na klienta w podejściu projakościowym

Orientacja na klienta jest jednym z kluczowych filarów Kompleksowego Zarządzania Jakością. W literaturze przedmiotu bardzo często widoczne jest bezpośred-

* Dr inż., Politechnika Gdańska

nie odniesienie do klienta zarówno w przypadku zdefiniowania jakości, jak i analiz fundamentalnych zasad podejścia projakościowego. Jedną z ciekawszych definicji jakości zaprezentował F. Price, który stwierdził, iż „Jakość to dostarczenie klientowi tego, czego on dziś potrzebuje, za cenę, którą on z chęcią zapłaci, przy koszcie, który możemy utrzymać, nieprzerwanie jeszcze i jeszcze raz oraz dostarczenie mu czegoś lepszego jutro. Jakość to stopień zgodności między oczekiwaniem a realizacją. Jakość jest: niewidoczna, gdy jest dobra, niemożliwa do niezauważenia, gdy jest zła, jest niewidzialnym wynikiem” [Price, 2002, s. 27]. W tym przypadku widoczne jest jeszcze odniesienie do koncepcji ciągłego doskonalenia, które z punktu widzenia orientacji na klienta odnieść się może do faktu, iż oczekiwania klienta, jak i jego poziom satysfakcji mają charakter zmienny zarówno z punktu widzenia czasu, jak i otoczenia. Z biegiem czasu bowiem klient będzie generował inne (często wyższe wymagania), może też znaleźć lepszą ofertę oferowaną przez konkurencyjny podmiot.

Uwypuklenie orientacji na klienta widoczne jest w szeregu innych definicji jakości – m.in. J. Jurana, A. Feigenbauma, J. Oaklanda, czy też Ph. Crosby’ego, gdzie mówi się o spełnieniu oczekiwań klientów w stosunku do konkretnych wyrobów czy też usług [Urbaniak, 2004, s. 13-14].

Również w przypadku Kompleksowego Zarządzania Jakością zwraca się uwagę na rolę klienta, gdzie w jednej z definicji możemy znaleźć, iż Kompleksowe Zarządzanie Jakością to „kultura korporacyjna cechująca się wzrostem zadowolenia klientów w skutek ciągłych udoskonaleń, w których aktywnie uczestniczą wszyscy pracownicy firmy” [Dahlgaard, Kristensen, Kanji, 2002, s. 28]. Zarówno w tej, jak i innych definicjach Kompleksowego Zarządzania Jakością najczęściej zwraca się uwagę na trzy kluczowe filary, które zaprezentowano na rysunku 3.1.

Rysunek 3.1. Podstawowe filary Kompleksowego Zarządzania Jakością



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Hamrol, 2005, s. 67, Karaszewski, 2005, s. 138.

Orientacja na klienta znalazła także swoje odzwierciedlenie w propagowanym m.in. przez Europejską Fundację Zarządzania Jakością (EFQM) Modelu Doskonałości [EFQM (a), 2003, s. 5]. W tym przypadku jednym z podstawowych kryteriów

poddawanych ocenie jest zadowolenie klienta, wskazywane jako jeden z kluczowych wyników działania organizacji. W celu wdrożenia tego modelu zaleca się przyjęcie i konsekwentną realizację tzw. Ośmiu Fundamentalnych Zasad Doskonałości [EFQM (b), 2003, s. 4]:

- **orientacji na klienta,**
- przywództwa i stałych celów,
- zarządzania przez procesy i fakty,
- zaangażowania i rozwoju pracowników,
- ciągłego uczenia się, doskonalenia i innowacji,
- rozwoju partnerstwa,
- odpowiedzialności publicznej organizacji,
- orientacji na wyniki.

Orientacja na klienta, która znalazła swoje miejsce wśród tych fundamentalnych zasad staje się zatem jednym z kluczowych aspektów, który powinien być brany pod uwagę w podejściu projakościowym funkcjonowania podmiotów gospodarczych. Tak szerokie i częste odwoływanie się do orientacji na klienta w literaturze przedmiotu uzasadnia tym samym uwypuklenie jego nadrzędnej roli w zarządzaniu organizacją, a w tym również zakładem opieki zdrowotnej.

3.2. Specyfika usług zdrowotnych

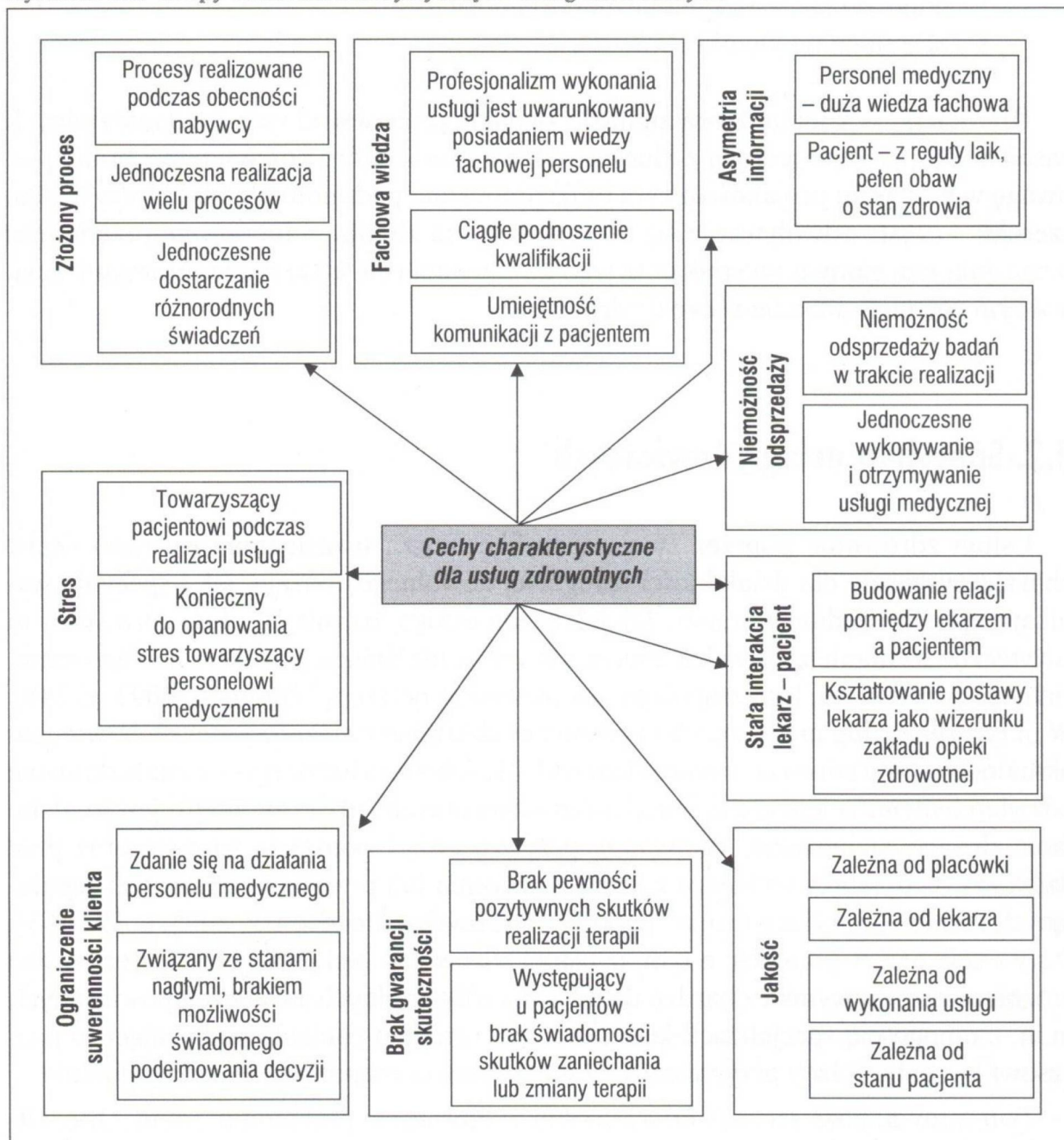
Usługi zdrowotne poprzez swoją specyfikę muszą uwzględniać zarówno cechy charakterystyczne dla działalności usługowej dowolnego rodzaju, jak i specyfiki wynikającej bezpośrednio z branży. Tak jak każda usługa, również i usługi zdrowotne to „użyteczne działanie człowieka, proces lub praca nie dająca w efekcie nowego materialnego przedmiotu, lecz zaspokajająca określoną potrzebę” [Kolman, 2003, s. 248]. W przypadku usług medycznych to użyteczne działanie związane jest z zachowaniem aktualnego stanu zdrowia, ratowaniem zdrowia lub życia ludzkiego, co znalazło swoje odzwierciedlenie w jednej z definicji usług zdrowotnych, gdzie czytamy, iż jest to „działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” [Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2005, s. 192-193]. Oczywiście należy pamiętać o tym, iż usługi zdrowotne będą miały charakter bardzo zróżnicowany, co wynika z bardzo dużej ilości różnorodnych świadczeń powiązanych m.in. z mnogością specjalizacji lekarskich, jak i stanem pacjenta podlegającego procesowi leczenia. Każdy przypadek będzie tym samym rozpatrywany indywidualnie.

Tym samym, poza szeroko omawianymi w literaturze przedmiotu [m.in. Otto, Olczak, 2007, s. 13-15; Czubała, Jonas, Smoleń, Wiktor, 2012, s. 15-18; Hollins, Shinkins, 2009, s. 23-25; Urbaniak, 2004, s. 26; Leja, 2003, s. 25; Waters, 2001, s. 46] klasycznymi cechami działalności usługowej, takimi jak:

- niematerialność,
- nietrwałość,
- różnorodność,
- nierozdzielność,
- lokalizacja,
- jakość,

pojawi się szereg cech uwzględniających specyfikę branżową usług zdrowotnych. Cechy charakterystyczne dla usług zdrowotnych zaprezentowano na rysunku 3.2.

Rysunek 3.2. Grupy cech charakterystycznych usług zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bukowska-Piestrzyńska, 2007, s. 18; Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2005, s. 20-21.

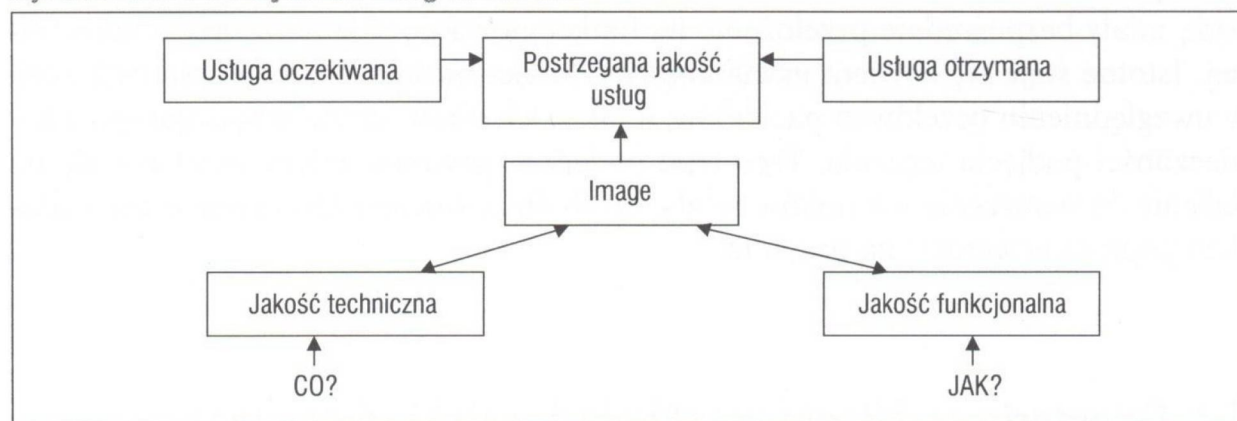
Zaprezentowane na rysunku 3.2 cechy charakterystyczne usługi zdrowotnej, będą miały bezpośrednie przełożenie na funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej. Istotne staje się bowiem uświadomienie konieczności uwzględnienia tych cech w uwzględnieniu oczekiwań pacjentów, a także ich obaw, stresu wynikającego z konieczności podjęcia leczenia. Tego typu podejście powinno zatem przełożyć się na dążenie do stworzenia warunków niezbędnych do nowoczesnego zarządzania zakładem poprzez orientację na pacjenta.

3.3. Orientacja na klienta w zakładach opieki zdrowotnej

Jak wcześniej wspomniano, orientacja na klienta jest ściśle powiązana z podejściem pro jakościowym. Stąd też po analizach specyfiki usług zdrowotnych warto zdefiniować czym jest jakość usługi zdrowotnej. Zarówno pojęcie jakości usług, jak i jakości usług zdrowotnych jest szeroko rozpatrywane w literaturze przedmiotu. W kontekście jakości usług dowolnego rodzaju zwraca się uwagę na to, iż jest to „ogół właściwości usługi wiążący się z jej zdolnością do zaspokajania stwierdzonych i oczekiwanych potrzeb klienta” [Bukowska-Piastryńska, 2007, s. 50]. Tym samym w usługach zdrowotnych ważne staje się także nie tylko poprawne wykonanie usługi od strony procedur medycznych, ale także działanie ukierunkowane na usatysfakcjonowanie klienta, który w tym przypadku może być rozumiany zarówno jako pacjent, ale także jako rodzina pacjenta, gdyż to wszystkie te grupy w podejściu związanym z orientacją na klienta będą poddawać ocenie jakość świadczonych usług [Rosak, 2005, s. 49-54]. Stąd też w definicjach jakości usług medycznych zwraca się uwagę zarówno na „satysfakcję pacjenta” [Detyna B., Detyna J., 2011, s. 92; Opol-ski, Dykowska, Możdżonek, 2005, s. 28], jak i na „maksimum wyniku korzystnego przy minimum niekorzystnego” [Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2005, s. 28]. Przy orientacji na pacjenta zatem „satysfakcja klienta jest celem podejmowanych działań w sferze jakości oraz wynikiem podejmowanych działań” [Hołub, 2002, s. 116]. W odniesieniu do jakości usług zdrowotnych zarówno proces realizacji usługi, jak i efekt końcowy przełożą się tym samym na zadowolenie klienta ze świadczonej usługi zdrowotnej, jako „pozytywnej reakcji emocjonalnej wywołanej spełnieniem jego indywidualnych życzeń i oczekiwań w wyniku zakupu i konsumpcji pożądanego produktu lub usługi” [Mazurek-Łopacińska, 2002, s. 209].

Porównanie oczekiwań klienta z wynikiem usługi (w tym także usług medycznych) widoczne jest w modelu jakości usług Grönroosa. W tym przypadku można stwierdzić, iż osiągnięcie określonego poziomu satysfakcji wiąże się ze stopniem spełnienia oczekiwań klienta. Uzależnione jest to zarówno od tego, jak jest świadczona usługa, co można określić jakością funkcjonalną, oraz co zawiera usługa – inaczej mówiąc jakości technicznej [Grönroos, 1984, s. 36-44]. Graficzną prezentację modelu Grönroosa zaprezentowano na rysunku 3.3.

Rysunek 3.3. Model jakości usług Grönroosa



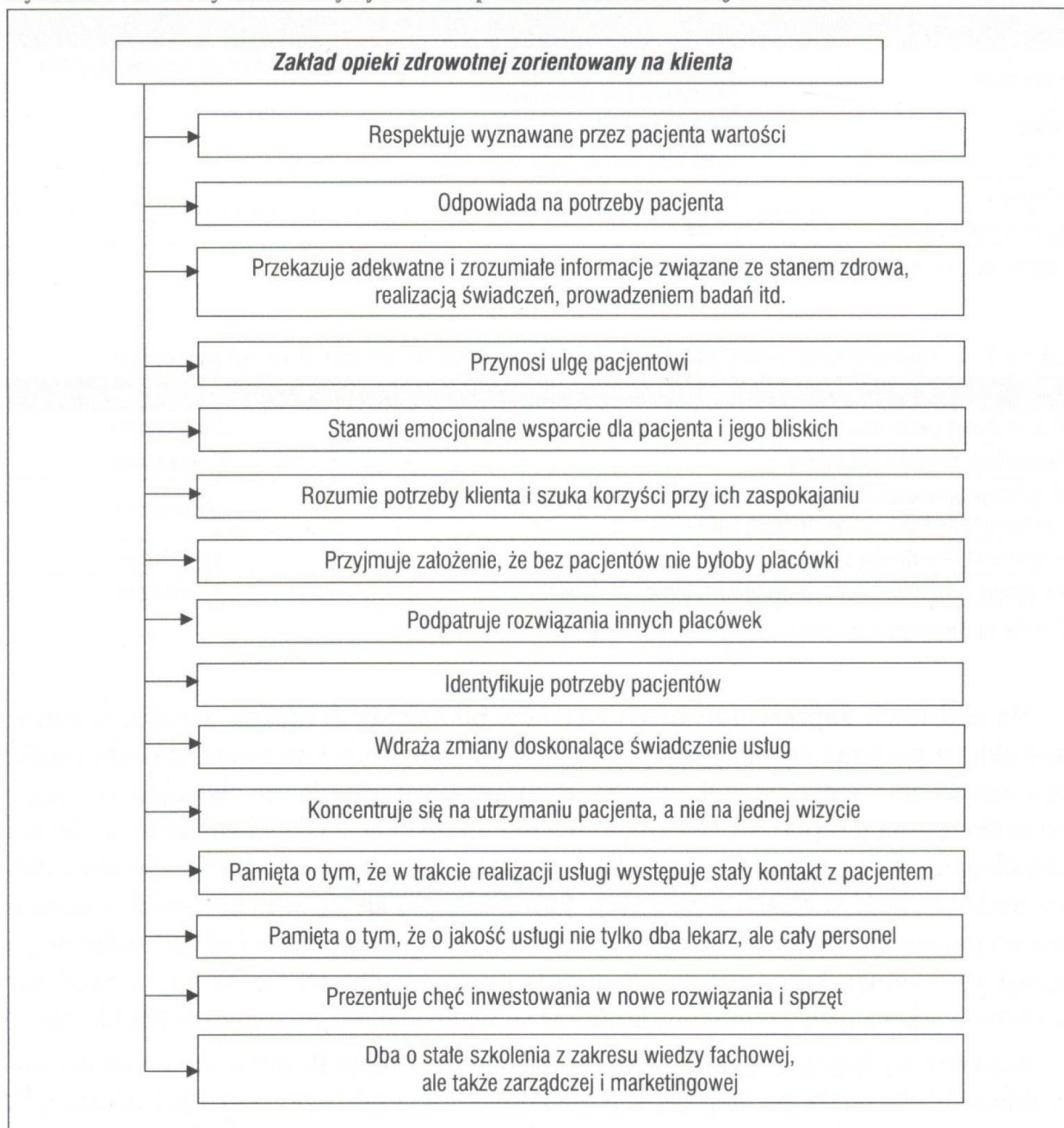
Źródło: Grönroos Ch. (1984), *A service quality model and its applications*, "European Journal of Marketing", Vol.18, No 4. s. 36-44.

Uwzględniając uwarunkowania usług zdrowotnych można zatem stwierdzić, iż kluczowym aspektem w postrzeganiu jakości przez pacjentów jest otrzymanie usługi zgodnej lub przewyższającej ich oczekiwania. Jednocześnie należy pamiętać o tym, iż specyfika tego typu usług wiąże się z indywidualnym dobieraniem i wartościowaniem determinant percepcji jakości usług zdrowotnych. W większości jednak przypadków, zapewne z uwagi na fakt bezpośredniego oddziaływania na zdrowie i życie ludzkie w czołówce kreowanych oczekiwań będzie skuteczna i nieuciążliwa terapia przywracająca stan zdrowia pacjenta. Jednakże cały obszar orientacji na klienta wiąże się ze zmianą podejścia na zarządzanie zorientowane na klienta. Stąd też niezbędne staje się uświadomienie konieczności uwzględnienia tych zmian i ich wpływu na konkurencyjność placówki, a także jak zaprezentował autor we wcześniejszych badaniach, zaprojektowanie procesów pozwalających na zbudowanie poprawnych relacji z pacjentem [Zieliński, 2010, s. 331-339].

Odnosząc się do zarządzania zakładem opieki zdrowotnej w kontekście determinant orientacji na klienta, można tym samym zdefiniować cechy, jakimi powinna charakteryzować się placówka zorientowana na pacjenta (rysunek 3.4). Identyfikacja tych cech pozwoli w dalszej konsekwencji poszczególnym placówkom na podjęcie kroków doskonalących, z uwzględnieniem zarówno specyfiki konkretnego zakładu opieki zdrowotnej, jak i ograniczoności zasobów.

Oczywistym faktem jest to, iż nie zawsze możliwe jest wprowadzenie wszystkich działań jednocześnie. Zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują w warunkach znacznej ograniczoności zasobów. W podjęciu działań związanych z doбором obszarów, które należy wdrożyć w pierwszej kolejności, będzie decydowała odrębnie specyfika każdego zakładu opieki zdrowotnej, uwzględniając tym samym wszystkie czynniki związane z otoczeniem, w jakim się znajduje dana placówka. Istotne będzie także uwzględnienie głosu klienta w zdefiniowaniu hierarchizacji ważności poszczególnych czynników. Autor przeprowadził badania pilotażowe, których celem było wstępne wskazanie kryteriów, które są najważniejsze dla pacjentów. Jako formę badań pilotażowych przyjęto nieprobabilistyczną metodę doboru próby, jaką jest wybór przypadkowy, stosowany często w badaniu opinii publicznej [Szreder, 2010, s. 54-56].

Rysunek 3.4. Cechy charakterystyczne dla placówki zorientowanej na klienta



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Staszewski, Kautsch, 2010, s. 314; Bukowska-Piastryńska, 2007, s. 73.

Charakterystykę dotyczącą próby badawczej uzyskaną na podstawie analizy metryczek zawartych w kwestionariuszu zaprezentowano w tabeli 3.1.

Respondenci mieli za zadanie wskazać z listy czynników zaprezentowanych wcześniej na rysunku 3.4, pięć cech, które w ich opinii są najważniejsze dla zakładu opieki zdrowotnej, funkcjonującego jako zorientowanego na klienta. Tym samym przy 100 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszach uzyskano 500 wskazań.

Wyniki pięciu najistotniejszych cech zaprezentowano w tabeli 3.2.

Tabela 3.1. Charakterystyka próby badawczej

Cecha	Charakterystyka
Ilość osób	100 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy, co udało się uzyskać przy 122 rozdanych kwestionariuszach
Wiek	od 20 do 64 lat
Płeć	54% kobiet, 46% mężczyzn
Miejsce	województwo pomorskie
Czas trwania badania	7 dni

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3.2. Najważniejsze cechy placówek zorientowanych na klienta w opinii pacjentów

Cecha	Ilość wskazań
Przynosi ulgę pacjentowi	92 wskazania
Identyfikuje potrzeby pacjentów	63 wskazania
Przekazuje adekwatne i zrozumiałe informacje związane ze stanem zdrowia, realizacją świadczeń, prowadzeniem badań itd.	58 wskazań
Odpowiada na potrzeby pacjenta	55 wskazań
Przyjmuje założenie, że bez pacjentów nie byłoby placówki	41 wskazań

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie zaprezentowanych wyników pilotażowych można wysnuć wstępny wniosek, iż pacjenci oczekują bezpośrednich efektów funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej zorientowanego na klienta. Podstawowym jest ulga w chorobie, co wiąże się ze skuteczną terapią. Nie bez znaczenia jest identyfikacja oczekiwań klienta, czy też zaspokajanie jego potrzeb. Te wszystkie czynniki dotyczą bezpośrednio pacjentów, stąd też mniejsza ilość wskazań wśród tych, które odnoszą się do wewnętrznych uwarunkowań placówki. Należy jednak pamiętać o tym, iż wysokiej jakości efektu końcowego usługi zdrowotnej, który jest doświadczany przez pacjentów, nie da się uzyskać nie realizując także i tych czynników, które nie są widoczne bezpośrednio przez klienta.

Stąd też na bieżąco trzeba poszukiwać metod i technik pozwalających na poszukiwanie obszarów wymagających doskonalenia, a także przyczyn pojawiających się problemów. Również i w tym przypadku zakładom opieki zdrowotnej pomocna może być teoria zarządzania jakością z szeregiem niezbędnych narzędzi, które taka placówka mogła wykorzystać, uwzględniając jednocześnie warunki swojego funkcjonowania. Poszczególne narzędzia, szczególnie z grupy narzędzi przyczynowo-skutkowych, pozwolą bowiem odnaleźć pierwotne przyczyny pojawiających się problemów, a w dalszej konsekwencji na wskazanie działań naprawczych. Tym samym można stwierdzić, iż uwypuklenie orientacji na klienta w doskonaleniu jakości zakładów opieki zdrowotnej, będzie podstawowym czynnikiem warunkującym sukces takiej placówki. Zidentyfikowane w niniejszym opracowaniu determinanty orientacji na klienta wskazują ogólne kierunki działań poszczególnych zakładów,

jednakże zawsze należy pamiętać o specyfice funkcjonowania każdej placówki. Stąd też dobór kolejności działań może różnić się w przypadku poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej.

* * *

Orientacja na klienta stanowi dziś podstawę funkcjonowania większości podmiotów gospodarczych. Klient jest tym ogniwem, który jest ostatecznym weryfikatorem oferty produktowej, jak i usługowej. Również w przypadku zakładów opieki zdrowotnej to właśnie klient ma coraz większy wpływ na dobór placówki czy też lekarza pierwszego kontaktu. Oczywiście funkcjonuje nadal przywiązanie szeregu pacjentów do placówki i brak chęci jakiegokolwiek zmiany nawet w przypadku braku satysfakcji z realizacji usługi w konkretnym zakładzie opieki zdrowotnej. Jednakże po zniesieniu rejonizacji wielu pacjentów podjęło i podejmuje zmiany związane z wyborem przychodni czy też swojego lekarza rodzinnego. Ponadto równie istotnym aspektem jest to, iż powstaje lub przekształca się szereg placówek, następują także zmiany w kontraktowaniu świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Widoczne do tej pory zmiany wiązały się z dwoma kluczowymi obszarami. Zmiany o charakterze ogólnokrajowych – z reguły związane z doskonaleniem jakości usług poprzez wprowadzanie rozwiązań o charakterze finansowo-prawnym. Zmiany te są obligatoryjne dla każdej placówki, które muszą dostosować swoje działania do istniejącego ustawodawstwa.

Druga grupa zmian wiąże się z inicjatywami podejmowanymi coraz częściej przez zakłady opieki zdrowotnej samodzielnie, jako uzupełnienie form doskonalenia wobec propozycji ustrojowych. Z reguły dotyczą one działań o charakterze doskonalenia jakości poprzez wdrażanie znormalizowanych systemów zarządzania – lub ich dalsze doskonalenie czy też akredytację w opiece zdrowotnej. Również zakłady opieki zdrowotnej podejmują działania związane z wdrażaniem prostych narzędzi doskonalących ukierunkowanych na ciągłe doskonalenie jakości.

Działania zmierzające do ukierunkowania zarządzania zakładem opieki zdrowotnej na klienta mogą być wdrażane przez poszczególne placówki samodzielnie sukcesywnie, a następnie w dalszym ciągu doskonalenie tych działań z uwzględnieniem zarówno otoczenia w jakim znajduje się dany zakład opieki zdrowotnej, jak i identyfikacji oczekiwań swoich klientów. Dalsze działania doskonalące będą związane z koniecznością stałego monitorowania poziomu satysfakcji klientów tak, aby w pierwszej kolejności odnieść się do skuteczności wprowadzanych zmian, ale także, aby wskazać kierunki dalszych działań doskonalących.

Niniejsze opracowanie stanowi jedynie część rozważań dotyczących doskonalenia jakości usług oferowanych w zakładach opieki zdrowotnej i z całą pewnością nie wyczerpuje tematyki, którą autor będzie poruszał w dalszych swoich badaniach.

Streszczenie

W niniejszym opracowaniu zaprezentowano podstawowe aspekty zarządzania jakością w opiece zdrowotnej. Autor przedstawił specyficzne cechy usług zdrowotnych, jak również definicje jakości usług tego sektora. Omówiono także podstawowe aspekty Kompleksowego Zarządzania Jakością oraz jego kluczowych fundamentów. Autor zaprezentował rolę orientacji na klienta oraz jego miejsce w zarządzaniu jakością. Analizy te pozwoliły na zaprezentowanie głównych determinant orientacji na klienta w usługach zdrowotnych.

Summary

Customer Orientation Determinants in Modern Management of the Health Care Center

In this publication there were presented main aspects of the health care quality management. Author presents specific attributes of the health care services as well as definition of the quality in this line of business. There were described also main aspects of the Total Quality Management and its key fundamentals. Author presents role of the customer orientation and their place in quality management. All of these analysis lets author to presents main determinants of the customer orientation in health care services.

Bibliografia

- Bukowska-Piestrzyńska A. (2007), *Marketing usług zdrowotnych*, Wyd. CeDeWu, Warszawa.
- Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.W. (2012), *Marketing usług*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa.
- Dahlgaard J., Kristensen K., Kanji G. (2002), *Podstawy zarządzania jakością*, Wyd. PWN, Warszawa.
- EFQM (a), (2003) *Introducing excellence*, Wyd. Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością, Bruksela.
- EFQM (b), (2003), *The Fundamental Concepts of Excellence*, Wyd. Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością, Bruksela.
- Grönroos Ch. (1984), *A service quality model and its applications*, "European Journal of Marketing", Vol.18, No 4.
- Hamrol A. (2005), *Zarządzanie jakością z przykładami*, Wyd. PWN, Warszawa.
- Hollins B., Shinkins S. (2009), *Zarządzanie usługami. Projektowanie i wdrażanie*, Wyd. PWE, Warszawa.
- Hołub J. (2002) *Strategia konkurencji jakością na rynku usług medycznych*, w *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, (red.) B. Nogalski, J. Rybicki, Wyd. Dom Organizatora, Toruń.
- Karaszewski R. (2005), *Zarządzanie jakością. Koncepcje, metody i narzędzia stosowane przez liderów światowego biznesu*, Wyd. Dom Organizatora, Toruń.
- Kolman R. (2003), *Zastosowania inżynierii jakości. Poradnik*, Wyd. AJG Oficyna Wydawnicza, Bydgoszcz.
- Leja K. (2003), *Instytucja akademicka. Strategia, efektywność, jakość*, Wyd. Gdańskie Towarzystwo Naukowe, Gdańsk.

- Mazurek-Łopacińska K. (2002), *Orientacja na klienta w przedsiębiorstwie*, Wyd. PWE, Warszawa.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek K. (2005), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa.
- Otto J., Olczak A. (2007) *Marketing w handlu i usługach*, Wyd. Politechniki Łódzkiej, Łódź.
- Price F. (2002), *Pojęcie i cele jakości*, [w:] *Podręcznik zarządzania jakością*, (red.) D. Lock, Wyd. PWN, Warszawa.
- Rosak J. (2005), *Wykorzystanie modelu EFQM w ocenie jakości usług świadczonych w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zarządzanie jakością wyrobów i usług*, (red.) S. Borkowski, Wyd. Menedżerskie PTM, Warszawa.
- Staszewski R., Kautsch M. (2010), *Jakość w ochronie zdrowia*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, (red.) M. Kautsch, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa.
- Szreder M. (2010), *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, Wyd. PWE, Warszawa.
- Urbaniak M. (2004), *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Waters D. (2001), *Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi*, Wyd. PWN, Warszawa.
- Zieliński G. (2010), *Wzrost konkurencyjności zakładów opieki zdrowotnej poprzez orientację na klienta*, [w:] *Stymulowanie wzrostu konkurencyjności gospodarki w okresie wychodzenia z kryzysu*, (red.) J. Pioch, J. Sadkowska, *Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego*, 4/1 2010, Sopot.