

CÁC YẾU TỐ TÁC ĐỘNG ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI CÁC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

TS. PHẠM XUÂN LAN* & PHÙNG THỊ HỒNG THẨM**

Nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú tại TP.HCM. Mô hình nghiên cứu và thang đo hình thành dựa trên lý thuyết, kết quả của các công trình nghiên cứu và phỏng vấn sâu 10 bệnh nhân. Một bảng câu hỏi nháp được thiết kế để phỏng vấn thử 100 bệnh nhân, từ đó điều chỉnh các thành phần của mỗi thang đo. Nghiên cứu đã phát triển được 36 thành phần chính thức để đo lường tám yếu tố: cơ sở vật chất và môi trường bệnh viện, năng lực tác nghiệp của bác sĩ và điều dưỡng, sự quan tâm phục vụ của bệnh viện, sự tin cậy của bệnh nhân, kết quả khám chữa bệnh, thời gian khám chữa bệnh, chi phí khám chữa bệnh và sự hài lòng của bệnh nhân. Tùy thuộc sở hữu công hay tư, phương thức chi trả mà số lượng và mức độ tác động của từng yếu tố vào sự hài lòng của bệnh nhân là khác nhau. Một cách tổng quát, năm yếu tố tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú tại các bệnh viện đa khoa TP.HCM là: (1) Cơ sở hạ tầng và môi trường của bệnh viện, (2) năng lực tác nghiệp của bác sĩ và điều dưỡng, (3) sự quan tâm phục vụ của bệnh viện, (4) kết quả khám chữa bệnh, (5) thời gian khám chữa bệnh.

1. Giới thiệu

Môi trường hoạt động của bệnh viện trong những năm gần đây đã có nhiều thay đổi, thể hiện qua việc thực thi chính sách xã hội hóa y tế; hệ thống bệnh viện tư đã ra đời và ngày càng phát triển, đồng thời bệnh viện công được liên doanh với các đơn vị tư nhân để tổ chức khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu và khoa điều trị kỹ thuật cao. Bên cạnh đó, bệnh viện tư cũng được khám bảo hiểm y tế, điều này đã mở rộng quyền lựa chọn của người tham gia bảo hiểm y tế. Ngoài ra, cam kết của VN khi gia nhập WTO đã tạo cơ hội cho nước ngoài đầu tư vào lĩnh vực bệnh viện. Ba sự thay đổi trên đã làm đa dạng loại hình chăm sóc sức khỏe, làm tăng số lượng bệnh viện, đồng thời tạo thuận lợi cho người dân tiếp cận dịch vụ chăm

sóc sức khỏe. Điều này dẫn đến sự cạnh tranh giữa các nhà cung cấp dịch vụ, đặc biệt khám chữa bệnh ngoại trú. Sự cạnh tranh chủ yếu trên đối tượng tự chi trả viện phí, và xu hướng ngày càng cạnh tranh trên nhiều đối tượng bệnh nhân khác nhau, kể cả bệnh nhân bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, hệ thống bệnh viện vẫn còn tồn tại một số vấn đề. Còn nhiều ý kiến than phiền về thái độ phục vụ của nhân viên y tế bệnh viện công, trong khi với cơ chế tự chủ tài chính, bệnh nhân ngày càng đóng vai trò quyết định đối với nguồn thu của bệnh viện. Và có một nghịch lý: trong khi bệnh viện công quá tải thì công suất hệ thống bệnh viện tư nói chung và một số khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu tại bệnh viện công vẫn còn thấp. Đối diện với áp lực cạnh tranh, về phương diện khách

hàng, các bệnh viện ngày nay phải làm hài lòng bệnh nhân hơn để xây dựng mối quan hệ bền vững với cộng đồng, việc làm này vừa mang ý nghĩa nhân văn vừa mang lại lợi ích cho bệnh viện. Làm thế nào để bệnh nhân ngày càng hài lòng hơn đối với bệnh viện? Vấn đề này là một thách thức đối với các nhà quản trị bệnh viện. Hầu như các nhà quản trị chủ yếu dựa trên kinh nghiệm để ra các quyết định nhằm nâng cao mức độ hài lòng của bệnh nhân, và các quyết định như vậy luôn có những hạn chế; do đó các nhà quản trị nên có sự tiếp cận toàn diện hơn bằng mô hình sự hài lòng của bệnh nhân và các thang đo lường thích hợp.

2. Cơ sở lý thuyết

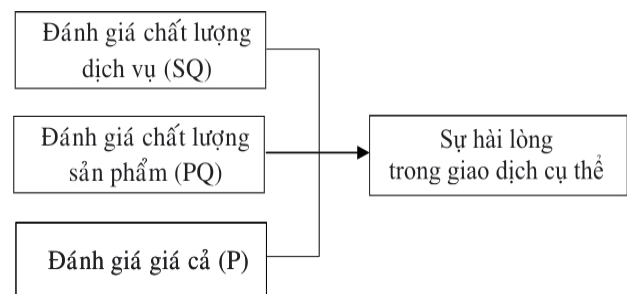
2.1 Sự hài lòng của khách hàng

Oliver (1981) định nghĩa sự hài lòng là kết quả từ trạng thái tâm lý tổng hòa cảm xúc, phản ánh sự mong đợi được thỏa mãn qua quá trình trải nghiệm tiêu dùng mà khách hàng cảm nhận được. Như vậy, Oliver đã đề cập đến ba yếu tố cơ bản trong quá trình hình thành sự hài lòng: sự mong đợi, cảm xúc của khách hàng, trải nghiệm tiêu dùng. Cảm xúc của khách hàng thì có tính nhất thời trong khi trải nghiệm của họ qua từng dịch vụ thì cần một thời gian nhất định, và dần dần khách hàng nhận thức rõ hơn về dịch vụ. Cả ba yếu tố đều liên quan đến cấu trúc và cách thức để đo lường sự hài lòng của các nhà nghiên cứu sau này.

Trong nghiên cứu chất lượng dịch vụ, Parasuraman & ctg (1985, 1988) đã đo lường mức độ hài lòng của khách hàng, nhưng các tiền tố của sự hài lòng chưa được nêu rõ. Teas (1993) dựa trên các khái niệm đã đề xuất sự hài lòng là một hàm của chất lượng dịch vụ, xuất phát từ sự cảm nhận của khách hàng trên một giao dịch cụ thể. Trên cơ sở này, Parasuraman & ctg (1994) đã phát triển hai cấu trúc của sự hài lòng: trong một giao dịch cụ thể và trong toàn bộ các giao dịch. Sự hài lòng trong một giao dịch cụ thể có nghĩa là sự hài lòng “ở đây và bây giờ” (Gronroos, 1998), trong khi sự hài lòng toàn bộ có được từ sự tích lũy của từng giao dịch qua thời gian. Dabholkar (1995) đã tìm thấy: Sự hài lòng và chất lượng dịch vụ là hai cấu trúc phân biệt trong thời gian ngắn, tuy nhiên hai yếu tố này có sự hội tụ khi khách hàng sử dụng

dịch vụ trong thời gian dài. Parasuraman & ctg (1994) đã đưa vào mô hình hai yếu tố nữa: chất lượng sản phẩm và giá cả. Ngoài ba yếu tố nêu trên, có hai yếu tố khác cũng tác động đến sự hài lòng: yếu tố tình huống và yếu tố cá nhân (Zeithaml & ctg, 1996, 2000). Mô hình sự hài lòng (Parasuraman & ctg, 1994; Zeithaml & ctg, 1996, 2000) đã được kiểm định tính phù hợp trong dịch vụ bảo trì ô tô Lien Ti Bei (2001), dịch vụ nhà hàng (Andaleeb & ctg, 2006), dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Andaleeb & ctg, 2007), dịch vụ hàng không (Clemes & ctg, 2008; Mohamad Rizan, 2010).

Mô hình sự hài lòng trong giao dịch cụ thể (transaction-specific satisfaction)



Nguồn: Parasuraman & ctg (1994), *Journal of Marketing*, January, p.121

2.2 Sự hài lòng của bệnh nhân

Donabedian (1988) cho rằng mục đích của chăm sóc sức khỏe không chỉ nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe mà còn đáp ứng được nhu cầu và sự mong đợi của người bệnh trong quá trình chăm sóc để làm hài lòng họ. Donabedian cho rằng giao tiếp đóng vai trò như một cỗ xe chở các thông tin của bệnh nhân để giúp chẩn đoán, lựa chọn cách điều trị mà nhờ đó sự chăm sóc kỹ thuật được thành công. Tổ chức Y tế Thế giới (Workbook, 2000) đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân bao gồm: cơ sở vật chất của dịch vụ, sự giúp đỡ của các nhân viên hỗ trợ, các nguồn thông tin, năng lực của đội ngũ nhân viên, giá dịch vụ, sự phù hợp của dịch vụ so với nhu cầu của họ, tính sẵn có của dịch vụ, thời gian chờ đợi, hiệu quả của dịch vụ. Khi quan tâm đến phạm vi chăm sóc, giá, mạng lưới chăm sóc thì đo lường mức độ hài lòng của bệnh nhân được xem là đo lường quá trình; khi quan tâm đến chuyên môn giúp giải quyết vấn đề sức khỏe của bệnh nhân thì đo lường được xem là

đo lường kết quả.

Nghiên cứu marketing và các tài liệu y khoa cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân cũng phù hợp với quan điểm của Parasuraman & ctg (1994) và Zeithaml & ctg (1996, 2000), các yếu tố này bao gồm: chất lượng dịch vụ, chi phí, yếu tố cá nhân và yếu tố tình huống, trong đó, chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe là yếu tố quan trọng nhất.

2.3 Dịch vụ khám chữa bệnh tại các bệnh viện VN

Quy chế bệnh viện do Bộ Y tế ban hành 1997 xác định công tác khám chữa bệnh là một trong bảy nhiệm vụ chính của bệnh viện, bao gồm khám chữa bệnh ngoại trú và khám chữa bệnh nội trú. Khám chữa bệnh nội trú được thực hiện khi bệnh nhân cần nhập viện qua đêm để làm các thủ thuật, tiến hành tích cực các chỉ định chuyên môn, chăm sóc và theo dõi chặt chẽ trong một thời gian nhất định. Khám chữa bệnh ngoại trú, bệnh nhân không cần phải nhập viện để theo dõi tại bệnh viện. Hai dịch vụ khám chữa bệnh nói chung liên quan đến nhiều tác nghiệp, nhiều nhân viên khác nhau, nhiều cuộc giao tiếp cần thiết giữa bệnh nhân và thầy thuốc, sự liên kết các dữ liệu thăm khám để đưa ra một phác đồ điều trị và theo dõi tình trạng bệnh phù hợp từng cá nhân, và mục đích cuối cùng là hồi phục sức khỏe cho bệnh nhân. Vì bản chất là một dịch vụ, khám chữa bệnh cũng có những đặc tính của một dịch vụ nói chung. Tuy nhiên, dịch vụ khám chữa bệnh có hai nét nổi bật. Thứ nhất, mối quan hệ giữa bệnh nhân và thầy thuốc, đặc biệt về mặt truyền thống thì mối quan hệ này luôn được chú ý. Thứ hai, kết quả của quá trình khám chữa bệnh, điều này phụ thuộc nhiều yếu tố như: bản chất của từng loại bệnh, kỹ năng của thầy thuốc, cơ sở vật chất và trang thiết bị của bệnh viện, sự hợp tác giữa bệnh nhân và thầy thuốc, khả năng tài chính của bệnh nhân, khả năng của nền y học hiện đại... Mặt khác, ngoài yếu tố tình huống nhập viện hay không nhập viện qua đêm, dịch vụ nội trú và ngoại trú có khác nhau về cấu trúc dịch vụ, quy trình và sự vận hành của dịch vụ, thời gian nằm viện và chi phí cho toàn bộ dịch vụ. Như vậy, về mặt lý thuyết, khám chữa bệnh nội trú hay ngoại

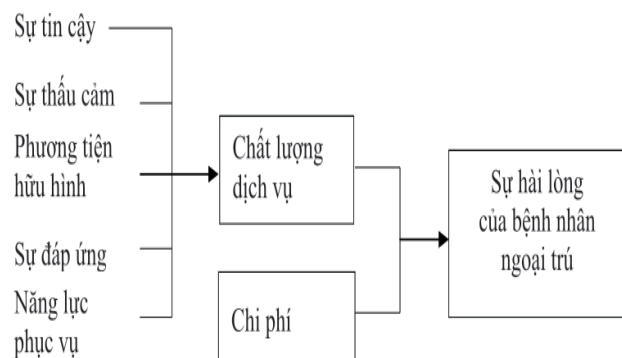
trú không khác nhau về mô hình sự hài lòng nhưng khác nhau về chi tiết để đo lường từng yếu tố tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân. Tại VN, khám chữa bệnh ngoại trú là một công tác rất lớn của các cơ sở khám chữa bệnh (Lê Ngọc Trọng & ctg, 2001), thực vậy, dựa trên số liệu kiểm tra 932 bệnh viện toàn quốc của Bộ Y tế năm 2008, chỉ có 7,7 % bệnh nhân phải vào nằm điều trị nội trú. Tại các bệnh viện đa khoa, khoa khám bệnh ngoại trú gồm các chuyên khoa như: nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, nhi khoa và một số chuyên khoa khác để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh khác nhau của người dân.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1 Mô hình lý thuyết

Nghiên cứu lựa chọn mô hình lý thuyết của Parasuraman & ctg (1994), Zeithaml & ctg (1996, 2000) để phát triển một mô hình lý thuyết về sự hài lòng của bệnh nhân. Các thuộc tính về nhân khẩu học được thu thập nhằm phác họa đặc trưng của mẫu nghiên cứu. Mặt khác, một chuẩn tình huống áp dụng chung cho các đối tượng mà tình trạng không cần phải nhập viện qua đêm để điều trị, nghĩa là trong nghiên cứu này chỉ khảo sát trên bệnh nhân ngoại trú, và dịch vụ được nghiên cứu là dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú. Mô hình lý thuyết về sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú như sau:

Mô hình lý thuyết về sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú



Hơn nữa, mục tiêu của nghiên cứu tập trung vào mối liên hệ nhân quả giữa các yếu tố và sự hài lòng của bệnh nhân, theo quan điểm của Cronin & Taylor (1992), Teas (1993) và Zeithaml & ctg (1993), nghiên cứu chỉ đo lường sự cảm nhận của bệnh nhân qua một đợt khám chữa bệnh cụ

thể. Và dựa trên cách thức của Andaleeb & ctg (2001, 2007), các yếu tố của chất lượng tác động trực tiếp đến sự hài lòng.

3.2 Cơ sở phát triển các thang đo

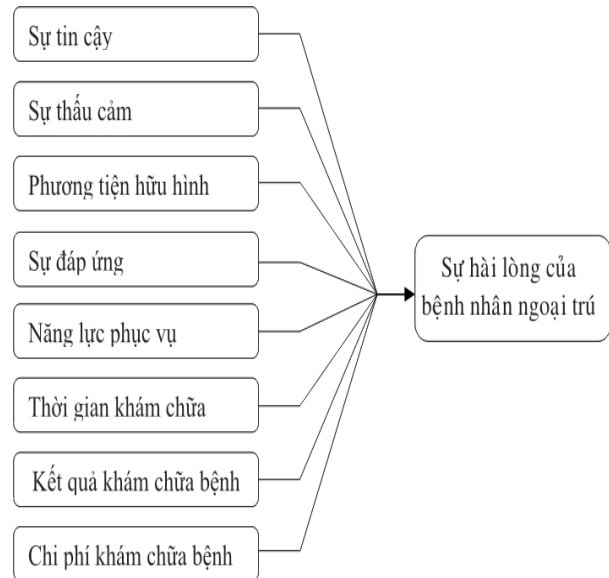
Thang đo của Babakus & Mangold (1992) là sự kế thừa có chọn lọc của thang đo Servqual (Parasuraman & ctg, 1988) vào lĩnh vực khám chữa bệnh nội trú ở Mỹ. Thang đo chất lượng khám chữa bệnh ngoại trú tại Hàn Quốc (Choi & ctg, 2002; Cho & ctg 2004) đã được kiểm định độ tin cậy và một số thang đo khác được tham khảo để hỗ trợ cho nghiên cứu định tính tại các bệnh viện đa khoa TP.HCM.

3.2.1 Nghiên cứu định tính

Qua phỏng vấn sâu 10 bệnh nhân ngoại trú, hầu hết bệnh nhân quan tâm đến chất lượng khám chữa bệnh, các ý kiến của bệnh nhân khi đối chiếu với các thang đo cho thấy có nhiều điểm tương đồng và một số điểm khác nhau, các ý kiến này được xếp vào năm yếu tố của thang đo Servqual (Parasuraman & ctg, 1988). Đa số bệnh nhân đánh giá cao vai trò bác sĩ trong khám chữa bệnh ngoại trú. Những bệnh nhân khám tại các bệnh viện công thì tin tưởng chuyên môn của nhân viên y tế và kỹ thuật của bệnh viện, tuy nhiên có nhiều bệnh nhân không hài lòng về thái độ phục vụ của đội ngũ nhân viên. Bệnh nhân cũng luôn bày tỏ suy nghĩ về tay nghề của bác sĩ và điều dưỡng. Các cuộc phỏng vấn cho thấy bản năng của con người luôn mong muốn sức khỏe trở lại bình thường như lúc họ chưa bị bệnh, đó là mục đích chính của bệnh nhân khi đến bệnh viện, và rất muốn biết những thông tin về sức khỏe của họ, chẳng hạn như kết quả xét nghiệm, bị bệnh gì, có trầm trọng hay không trầm trọng, .. điều này phù hợp với quan điểm của Zeithaml (1993) trong lý thuyết về dịch vụ. Bệnh nhân rất cân nhắc về khả năng chi trả khi chọn một bệnh viện, đặc biệt đối với bệnh viện tư. Một lưu ý nữa, thời gian khám bệnh kéo dài đã ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý của bệnh nhân, một số bệnh nhân cho rằng họ chọn bệnh viện tư vì mọi việc được thực hiện nhanh chóng. Ngoài ra, bệnh nhân còn than phiền khoa phòng chật hẹp, vệ sinh kém, bác sĩ và bệnh nhân không đủ thời gian để trao đổi, thiếu người hướng dẫn, phòng làm việc khó tìm

thấy. Từ kết quả phỏng vấn sâu, nghiên cứu này đề xuất thêm yếu tố “kết quả khám chữa bệnh” và “thời gian khám chữa bệnh” vào mô hình nghiên cứu.

Mô hình nghiên cứu chính thức



3.2.2 Các thang đo chính thức

Để có các thang đo chính thức, một bảng câu hỏi nháp được thiết kế và tiến hành phỏng vấn thử 100 bệnh nhân ngoại trú, thang đo Likert 5 điểm được dùng để đo lường biến quan sát. Thông tin thu thập được phân tích và tổng hợp, các thành phần của từng thang đo được chỉnh sửa và bổ sung. Có 36 thành phần được xây dựng để đo lường 9 yếu tố như sau: sự tin cậy có 4 thành phần, sự thấu cảm có 4 thành phần, phương tiện hữu hình có 6 thành phần, sự đáp ứng có 3 thành phần, năng lực phục vụ có 5 thành phần, thời gian có 3 thành phần, kết quả khám chữa bệnh có 4 thành phần, chi phí có 3 thành phần, sự hài lòng có 4 thành phần.

3.2.3 Thiết kế nghiên cứu định lượng

Phỏng vấn trực diện hoặc tự điền vào bảng câu hỏi được tiến hành trên bệnh nhân ngoại trú của bệnh viện Nguyễn Tri Phương, bệnh viện Vạn Hạnh, và Trung tâm Chẩn đoán Y khoa Medic với cỡ mẫu dự kiến là 450, chọn mẫu theo phương pháp phân tầng dựa trên tỷ lệ bệnh nhân và loại bệnh. Bệnh nhân mắc các bệnh phổ biến tại các bệnh viện TP.HCM như: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, tiết niệu, thần kinh, cơ xương khớp. Độ tuổi

từ 20 đến 65 với điều kiện biết đọc, hiểu, biết viết và bệnh nhân đã kết thúc ít nhất một đợt điều trị trong năm 2010. Phần mềm SPSS 17.0 được dùng để xử lý dữ liệu, đánh giá độ tin cậy của thang đo bằng Cronbach's alpha. Phân tích nhân tố với phương pháp rút trích các thành phần chính và phép xoay vuông góc, trên cơ sở các nhân tố được rút trích, mô hình được hiệu chỉnh. Phân tích tương quan, phân tích hồi quy và kiểm định các giả thiết được thực hiện.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1 Đặc tính của mẫu

Mẫu nghiên cứu n = 457 bệnh nhân ngoại trú của bệnh viện Nguyễn Tri Phương, bệnh viện Vạn Hạnh và Medic; tỷ lệ lần lượt là 41%, 21% và 38%; tỷ lệ các loại bệnh cũng gần đúng như dự kiến. Có 9% bệnh nhân có học vấn cấp 1 và 91% học vấn từ cấp 2 trở lên, độ tuổi từ 20 đến 60 chiếm 91%, cán bộ và công nhân viên sản xuất chiếm tỷ lệ cao nhất (38%). Về mức thu nhập, có 69% bệnh nhân thu nhập từ 2 - 6 triệu đồng, và chỉ có 7% bệnh nhân có thu nhập trên 6 triệu đồng, như vậy mẫu này đại diện được cho số đông bệnh nhân về thu nhập. Có 42% bệnh nhân bảo hiểm y tế và 58% phải tự chi trả toàn bộ chi phí, bệnh nhân bảo hiểm y tế tại bệnh viện công chiếm 88%, bệnh nhân tự chi trả toàn bộ chi phí tại bệnh viện tư chiếm 89%.

4.2 Thang đo

Khảo sát trên mẫu đầy đủ với n = 457, chín thang đo đều có hệ số Cronbach alpha > 0,7 và tương quan với biến tổng của tất cả các biến quan sát đều lớn hơn 0,3. Kết quả phân tích nhân tố cho mỗi thang đo đều có phương sai trích > 50%.

4.3 Kết quả phân tích nhân tố

Với hệ số KMO = 0,912 và kiểm định Bartlett với mức ý nghĩa < 0,001, có 7 nhân tố được rút trích với tổng phương sai trích là 68,8% và mỗi nhân tố đều có giá trị Eigen > 1. Bốn nhân tố vẫn giữ nguyên thành phần ban đầu như: phương tiện hữu hình, kết quả khám chữa bệnh, thời gian và chi phí khám chữa bệnh. Sự tin cậy chỉ còn ba thành phần, thành phần thứ ba đã hợp với các thành phần khác tạo thành nhân tố 2. Các thành phần của “sự đáp ứng”, “sự thấu cảm” và “năng lực phục vụ” đã có sự sắp xếp lại hình thành nhân

tố 2 và nhân tố 4.

Bảng 1. Kết quả phân tích các nhân tố

Nhân tố	Giá trị Eigen	Phương sai trích	Cronbach alpha
1	11,078	12,365	0,868
2	2,802	12,159	0,881
3	2,287	11,022	0,843
4	1,803	10,552	0,899
5	1,618	7,865	0,870
6	1,327	7,791	0,802
7	1,099	7,043	0,826
Tổng cộng		68,8%	

4.4 Mô hình hiệu chỉnh

Biến phụ thuộc là sự hài lòng và bảy biến độc lập như sau:

Biến 1: Cơ sở vật chất và môi trường bệnh viện, ký hiệu TAN với 6 thành phần.

Biến 2: Năng lực tác nghiệp của bác sĩ và điều dưỡng, ký hiệu PRO với 8 thành phần.

Biến 3: Kết quả khám chữa bệnh, ký hiệu OUT với 4 thành phần.

Biến 4: Sự quan tâm phục vụ của bệnh viện đối với bệnh nhân, ký hiệu CARE với 5 thành phần.

Biến 5: Thời gian dành cho một cuộc khám chữa bệnh, ký hiệu TIME với 3 thành phần.

Biến 6: Sự tin cậy của bệnh nhân vào bệnh viện, ký hiệu REL với 3 thành phần.

Biến 7: Chi phí khám chữa bệnh, ký hiệu COST với 3 thành phần.

4.5 Giả thiết tương ứng với 7 biến độc lập

H1: Bệnh nhân cảm nhận cơ sở vật chất và môi trường của bệnh viện càng cao thì sự hài lòng của bệnh nhân về bệnh viện càng cao. Phát biểu tương tự đối với giả thiết H2, H3, H4, H6.

H5: Bệnh nhân cảm nhận thời gian dành cho một cuộc khám chữa bệnh càng lâu thì sự hài lòng của bệnh nhân về bệnh viện càng giảm. Phát biểu tương tự đối với giả thiết H7.

4.6 Phương trình hồi quy

Sự hài lòng = a + b1*TAN + b2*PRO + b3*OUT + b4*CARE + b5*TIME + b6*REL + b7*COST

Trong đó: a là hằng số; b1, b2, b3, b4, b5, b6, b7 là các hệ số hồi quy

4.7 Phân tích tương quan

Ngoại trừ biến chi phí, các biến trong mô hình đều có tương quan với nhau ở mức ý nghĩa nhỏ hơn 0,05 và hệ số tương quan giữa các biến đều < 0,85. Các biến có tương quan thuận chiều với sự hài lòng bao gồm: năng lực tác nghiệp của bác sĩ và điều dưỡng, sự quan tâm phục vụ của bệnh viện, kết quả khám chữa bệnh, cơ sở vật chất và môi trường, sự tin cậy. Thời gian khám chữa bệnh có tương quan nghịch chiều với sự hài lòng, chi phí khám chữa bệnh không có tương quan với sự hài lòng của bệnh nhân.

Giả thiết về phân phối chuẩn của phần dư không bị vi phạm khi thực hiện phân tích hồi quy tuyến tính bội, phần dư với trung bình xấp xỉ 0 và độ lệch chuẩn xấp xỉ 1, như vậy, phần dư có phân phối gần như phân phối chuẩn.

Hiện tượng đa cộng tuyến được kiểm tra cho từng mô hình với yêu cầu VIF < 10 và các chỉ số điều kiện < 30 để đảm bảo các mô hình hồi quy này không vi phạm về đa cộng tuyến.

4.8 Các mô hình hồi quy tuyến tính

• Mô hình tổng quát

Về sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú (n=457) với mức ý nghĩa của F nhỏ hơn 0,001 và mô hình này giải thích được 71,9% biến thiên của sự hài lòng là do 5 biến độc lập.

$$\text{SAT} = 0,196 \cdot \text{TAN} + 0,269 \cdot \text{PRO} + 0,315 \cdot \text{OUT} + 0,178 \cdot \text{CARE} - 0,093 \cdot \text{TIME}$$

Kết quả phân tích hồi quy trên mẫu đầy đủ đã ủng hộ các giả thiết H1, H2, H3, H4, H5 và không ủng hộ giả thiết H6 và H7. Trong đó, kết quả khám chữa bệnh có tác động mạnh nhất, kế đến là năng lực tác nghiệp của các bác sĩ và điều dưỡng. Chi phí không có tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú. Dữ liệu tiếp tục được phân tích dựa trên loại hình bệnh viện hoặc phương thức chi trả viện phí, kết quả có thêm bốn mô hình có ý nghĩa:

• Mô hình sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú bệnh viện công (n=187)

Với mức ý nghĩa của F < 0,001 và mô hình này giải thích được 74,1% biến thiên của sự hài lòng là do 4 biến độc lập.

$$\text{SAT} = 0,213 \cdot \text{TAN} + 0,262 \cdot \text{PRO} + 0,302 \cdot \text{OUT} + 0,225 \cdot \text{CARE}$$

• Mô hình sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú bệnh viện tư (n=270)

Với mức ý nghĩa của F < 0,001 và mô hình này giải thích được 73,6% biến thiên của sự hài lòng là do 5 biến độc lập.

$$\text{SAT} = 0,255 \cdot \text{PRO} + 0,387 \cdot \text{OUT} + 0,171 \cdot \text{CARE} + 0,090 \cdot \text{REL} - 0,167 \cdot \text{TIME}$$

• Mô hình sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú bảo hiểm y tế

Tương tự như mô hình của bệnh viện công, bởi vì dữ liệu chung của hai mô hình này khá lớn (85%).

• Mô hình sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú không bảo hiểm y tế

Tương tự như mô hình của bệnh viện tư, bởi vì dữ liệu chung của hai mô hình này là 91%.

Có ba yếu tố luôn luôn xuất hiện trong năm mô hình là kết quả khám chữa bệnh, năng lực tác nghiệp của bác sĩ và điều dưỡng, sự quan tâm phục vụ của bệnh viện, trong đó kết quả khám chữa bệnh luôn tác động mạnh nhất, điều này phù hợp với kết quả của nghiên cứu định tính. Mặc dù có ý kiến than phiền về chi phí khám chữa bệnh cao nhưng kết quả nghiên cứu định lượng cho thấy chi phí không có tác động trong năm mô hình. Để giải thích sự khác biệt về các yếu tố xuất hiện trong các mô hình, trị trung bình của mỗi yếu tố được xem xét, phỏng vấn sâu một số bệnh nhân ngoại trú, quan sát lại cơ sở vật chất và môi trường tại ba bệnh viện. Những nhận định như sau: sự tin cậy có giá trị trung bình lớn nhất trong các khái niệm nghiên cứu, dựa trên mô hình Kano, sự tin cậy được xem là yếu tố cơ bản phải có đối với dịch vụ khám chữa bệnh, gia tăng mức độ của sự tin cậy thì không làm gia tăng sự hài lòng, tuy nhiên nếu không có yếu tố này thì bệnh nhân sẽ thất vọng, nhưng đối với bệnh viện tư thì bệnh nhân có đòi hỏi khắt khe hơn, do đó sự tin cậy có tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân. Bệnh nhân bệnh viện công cho rằng họ vẫn tin tưởng chuyên môn của bệnh viện, đồng thời chi phí của bệnh viện công thấp hơn so với bệnh viện tư và phù hợp với tài chính của họ. Mặt khác, sự quá tải trở nên phổ biến tại các bệnh viện công, và trong điều kiện chung như thế họ đã và đang chấp nhận sự chờ đợi. Một vấn đề quan trọng nữa, cơ sở vật chất và môi trường của bệnh viện có thực sự không ảnh

hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện tư? Thứ nhất, trên thực tế có sự khác biệt nhiều về cơ sở vật chất và môi trường giữa hai bệnh viện tư nhân trong nghiên cứu này, và thể hiện rõ khi so sánh các trị số trung bình. Môi trường là một ưu thế của bệnh viện Vạn Hạnh, trong khi phương tiện kỹ thuật là một ưu thế của Medic. Thứ hai, môi trường của Medic chưa cải thiện tương xứng với nỗ lực trang bị phương tiện kỹ thuật tiên tiến. Thứ ba, trong các thành phần của thang đo “cơ sở vật chất và môi trường” chỉ có một thành phần đề cập đến phương tiện kỹ thuật, và dẫn đến một hạn chế khi sử dụng thang đo này đối với Medic. Với các phương tiện kỹ thuật vượt trội nhưng trị trung bình của yếu tố này đối với Medic vẫn thấp hơn ở mức ý nghĩa $< 0,001$ so với bệnh viện Vạn Hạnh và sự chênh lệch này là 0,52. Mặc dù thang đo đã được kiểm định có độ tin cậy nhưng việc thiết kế thang đo này đã bị hạn chế, thang đo này nên được tiếp tục điều chỉnh trong các nghiên cứu về sau.

5. Những hàm ý từ kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu này giúp các nhà quản trị bệnh viện hiểu rõ hơn quan điểm của khách hàng, đồng thời cung cấp một số công cụ để nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân đối với bệnh viện. Kết quả khám chữa bệnh là yếu tố quan trọng nhất tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú. Thực tế cho thấy không có sự khác biệt nhiều về kết quả khám chữa bệnh giữa các khoa khám chữa bệnh ngoại trú trong các bệnh viện đa khoa cùng một quy mô hoặc quy mô tương đương. Được chữa khỏi bệnh là mong muốn từ bản năng của con người và điều này không thay đổi qua thời gian, và cũng là mục tiêu cơ bản của mỗi bệnh viện. Do đó, nâng cao kết quả khám chữa bệnh ngoại trú là một việc phải làm nhưng chưa phải là một lợi thế cạnh tranh lâu dài. Về mặt chiến lược, bệnh viện cần tạo ra sự thỏa mãn mang tính khác biệt và sự khác biệt này được bệnh nhân và cộng đồng đánh giá cao, từ đó xây dựng mối quan hệ bền vững với cộng đồng. Chẳng hạn, “năng lực tác nghiệp của bác sĩ và điều dưỡng”, yếu tố này có 8 thành phần và được hình thành từ hai nhóm: năng lực chuyên môn và năng lực giao tiếp. Quan điểm truyền thống thường quan tâm nhóm thứ nhất và chưa quan tâm đúng mức nhóm thứ hai.

Năng lực chuyên môn là một năng lực mang tính kỹ thuật phải có trong khi năng lực giao tiếp xuất phát từ sự quan tâm chân thành của bác sĩ và điều dưỡng đối với bệnh nhân, và là kỹ năng mềm rất quan trọng để làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân. Vì vậy, bệnh viện nên có chính sách nhân sự hợp lý và đảm bảo thực thi chính sách nhất quán và đúng đắn. Không dễ dàng để một đội ngũ y bác sĩ qua thời gian được cộng đồng cảm nhận khác biệt một cách tích cực so với một đội ngũ của bệnh viện khác, điều này cần thời gian, chi phí, sự đồng thuận trong tổ chức và sự quyết tâm của ban lãnh đạo bệnh viện. Nói về sự khác biệt không có nghĩa là bỏ qua các yếu tố khác như: cơ sở vật chất và môi trường bệnh viện, sự quan tâm phục vụ của bệnh viện, tiết kiệm thời gian, các giải pháp nên thực hiện đồng bộ để đạt được cộng hưởng cao. Một điều lưu ý, chi phí khám chữa bệnh ngoại trú không có tác động vào sự hài lòng của bệnh nhân; tuy nhiên VN thuộc nhóm nước có thu nhập trung bình, người dân có thể nhạy cảm với chi phí khi chọn một bệnh viện, các nhà quản trị nên có chính sách giá phù hợp với khách hàng mục tiêu của bệnh viện.

Bệnh viện công nên khắc phục những điểm yếu giao tiếp, đồng thời quan tâm phục vụ hơn nữa để nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân. Các khoa khám theo yêu cầu tại bệnh viện công, khách hàng có những nhu cầu khác cần được thỏa mãn, chẳng hạn, tiết kiệm thời gian và sự tin cậy nên cải thiện hơn nữa. Mặt khác, bệnh viện tư mới hình thành là điều kiện thuận lợi để định vị bệnh viện trong môi trường chăm sóc sức khỏe, từ định vị đó, mô hình sự hài lòng của từng bệnh viện tư có thể khác nhau. Bệnh viện tư nên ứng dụng công nghệ thông tin để khám đúng hẹn, đáp ứng nhanh chóng, hồ sơ an toàn và chính xác. Sự thiết kế phòng khám phải tôn trọng sự riêng tư của bệnh nhân. Môi trường và phương tiện kỹ thuật tại bệnh viện tư nhân nên được đầu tư tương xứng, một tư duy phục vụ thuần túy về chuyên môn kỹ thuật đang được thay thế bằng xu hướng cung cấp những dịch vụ chất lượng toàn diện.

Những hạn chế và hướng nghiên cứu trong tương lai

Mẫu nghiên cứu được chọn từ ba bệnh viện đa khoa, do vậy kết quả có thể chưa phản ánh sát

thực nhất về sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú tại các bệnh viện đa khoa TP.HCM. Hơn nữa, sự cảm nhận của bệnh nhân về chất lượng khám chữa bệnh luôn có những hạn chế. Thang đo “cơ sở vật chất và môi trường bệnh viện” đã có những hạn chế, nghiên cứu về sau nên tách thành hai yếu tố riêng biệt: (1) phương tiện kỹ thuật, (2) môi trường của bệnh viện. Mô hình sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú thuộc nhóm thu nhập cao nên tiếp tục nghiên cứu. Từ nghiên cứu này có thể làm cơ sở cho nghiên cứu về hành vi sử dụng dịch vụ lặp lại, hành vi lựa chọn bệnh viện hoặc sự chấp nhận giá trong lĩnh vực khám chữa bệnh ngoại trú. Ngoài ra, mô hình sự hài lòng của bệnh nhân nội trú nên được nghiên cứu trong tương lai ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andaleeb, S. et al., (2006), “Customer satisfaction in the restaurant industry: an examination of the transaction-specific model”, *Journal of Services Marketing*, 20(1), 3–11.
2. Andaleeb, S. et al., “Patient satisfaction with health services in Bangladesh” Published by Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine, *The Author* 2007; all rights reserved.
3. Babakus, E. and Mangold, W.G. (1992), “Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation”, *Health Sciences Research*, Vol.26 No.2, pp.767-786
4. Choi, K.; Cho, W. ; Lee, S. ; Lee, H.; Kim, C (2004), “The relationship among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study”, *Journal of Business Research*; 57: 913-921.
5. Dabholkar (1995), “The convergence of customer satisfaction and service quality evaluations with increasing customer patronage”, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol.8, pp.32 – 43.
6. Oliver, R. (1981), “Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Setting”, *Journal of Retailing*, 57 (Fall): 25-48
7. Parasuraman, A. ; Zeithaml, V.; Berry, L. (1988) “SERVQUAL: A Multi – Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality”, *Journal of Retail*, Vol.64, No.1
8. Parasuraman, A. ; Zeithaml, V.; Berry, L. (1994), “ Reassessment of expectation as a comparison standard in measuring service quality: Implication for future research”, *Journal of Marketing*, Vol.58 January, 111 – 124
9. Teas, R. Kenneth (1993), “Expectations, Performance, Evaluation, and Consumers’ Perception of Quality”, *Journal of Marketing*, Oct. 1993; 57,4, pp.18 – 34.
10. Workbook 6 (2000), “Client Satisfaction Evaluations”, WHO.

