

CÁC YẾU TỐ TÁC ĐỘNG ĐẾN ĐỘ THỎA MÃN VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHOA KHÁM CHỮA BỆNH THEO YÊU CẦU TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT TP. HỒ CHÍ MINH

TS. HÀ NAM KHÁNH GIAO & ThS. LÊ DUYÊN HẰNG*

Việc đánh giá chất lượng khám chữa bệnh dưới góc độ bệnh nhân mới được chú trọng một cách bài bản trong những năm gần đây. Bài nghiên cứu phân tích đánh giá độ thỏa mãn của bệnh nhân tại khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu tại Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM (BVTN).

Nghiên cứu vận dụng bộ thang đo KQCAH (The Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals) có điều chỉnh cho phù hợp với tình hình dịch vụ y tế VN nói chung, và dịch vụ khám chữa bệnh theo yêu cầu tại BVTN nói riêng. Bài viết sử dụng phần mềm SPSS để kiểm định thang đo bằng hệ số tin cậy Cronbach's Alpha, phân tích EFA, phân tích tương quan hồi quy. Kết quả nghiên cứu cho thấy 3 yếu tố chính tác động đến độ thỏa mãn về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh theo yêu cầu tại BVTN: (1) Sự tôn trọng và chu đáo, (2) thông tin, và (3) hiệu quả việc thanh toán viện phí. Bài nghiên cứu cũng đề xuất một số giải pháp đáng lưu ý đến ban quản lý bệnh viện.

1. Tổng quan

Khám chữa bệnh được coi là nhiệm vụ quan trọng của ngành y tế. Thời gian qua, các bệnh viện, các tuyến điều trị tiếp tục được nâng cao chất lượng các hoạt động, từng bước đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân. Thế nhưng, thực trạng hiện nay tuyến y tế trung ương đã quá tải trung bình 48%, tuyến tỉnh 25%, tuyến huyện 15%, cá biệt có bệnh viện quá tải gần 300%.

BVTN được thành lập ngày 01/11/1975, được Bộ Y tế giao nhiệm vụ bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ cao cấp của Đảng, Nhà nước. Bệnh viện đa khoa Thống Nhất gồm có 23 khoa Lâm sàng và Cận Lâm sàng với hơn 600 giường bệnh được xây dựng theo mô hình Bệnh viện - Khách sạn. Đội ngũ y bác sĩ trình độ sau đại học chiếm trên 60%. Từ ngày thành lập đến nay, với đội ngũ thầy thuốc giàu kinh nghiệm, nhiệt tình và trách nhiệm cao, BVTN đã lập nhiều thành tích xuất

sắc, hàng chục vạn bệnh nhân đã được khám chữa bệnh đạt kết quả cao. Hiện nay thế mạnh của bệnh viện là chẩn đoán và điều trị các loại bệnh: tim mạch và lão khoa. Bệnh viện là cơ sở duy nhất ở phía Nam triển khai kỹ thuật đo điện sinh lý và cắt đốt các ổ gây loạn nhịp tim. Ban giám đốc bệnh viện và toàn thể cán bộ công nhân viên đều ý thức được việc cần phải đổi mới, cải cách, nâng cao hơn nữa chất lượng dịch vụ bệnh viện. Tuy nhiên, như tại các bệnh viện công khác, do số lượng bệnh nhân ngày càng tăng trong khi nhân lực của bệnh viện tăng không đáng kể, cơ sở vật chất của bệnh viện chưa được đầu tư đáp ứng kịp thời; do đó đã khiến chất lượng khám chữa bệnh bị ảnh hưởng.

2. Cơ sở lý thuyết và mô hình nghiên cứu

2.1 Tổng quan về chất lượng dịch vụ và chất lượng dịch vụ bệnh viện

Zeithaml và Bitner (1996) định nghĩa dịch vụ là những hành vi, quá trình, cách thức làm việc để tạo ra giá trị sử dụng cho khách hàng. Do vậy, dịch vụ có những nét đặc trưng để phân biệt với các sản phẩm hữu hình. Kotler và Armstrong (2004) cho rằng dịch vụ là những hoạt động hay lợi ích mà doanh nghiệp có thể cống hiến cho khách hàng nhằm thiết lập, củng cố và mở rộng những quan hệ và hợp tác lâu dài với khách hàng. Dịch vụ có những đặc tính: tính vô hình, không đồng nhất, không thể tách rời và dễ bị phá vỡ. Vì những đặc tính vừa nêu, dịch vụ khó đo lường, các nhà nghiên cứu đã có nhiều nỗ lực để khám phá ra cách thức để đo lường chất lượng dịch vụ, sự thỏa mãn dịch vụ.

Có nhiều quan điểm khác nhau về chất lượng dịch vụ, tuy nhiên dịch vụ là dành phục vụ khách hàng, vì vậy chất lượng dịch vụ nhìn từ góc độ khách hàng được các nhà quản lý doanh nghiệp và các nhà nghiên cứu rất quan tâm. Một công cụ đo lường chất lượng dịch vụ phổ biến là SERVQUAL đã được Parasuraman và các cộng sự đưa ra năm 1985 và được điều chỉnh năm 1988. SERVQUAL dựa trên khoảng cách giữa chất lượng dịch vụ cảm nhận (P) và chất lượng dịch vụ mong đợi (E), chất lượng dịch vụ Q được tính bằng hiệu số giữa P và E ($Q = P - E$). Mô hình SERVQUAL với năm khoảng cách đặc thù, theo đó chất lượng dịch vụ là hàm số của khoảng cách thứ năm.

Trong cùng khoảng thời gian, Gronroos (1984) đã đưa ra hai thành phần của chất lượng dịch vụ bao gồm: chất lượng chức năng và chất lượng kỹ thuật. Chất lượng chức năng được xem là quá trình của dịch vụ và chất lượng kỹ thuật được xem là kết quả của dịch vụ. Gronroos (1998) đã giải thích sự mong đợi được khách hàng hiểu như một lời hứa xuất phát từ truyền thông trên thị trường, hình ảnh công ty, truyền miệng và nhu cầu của khách hàng.

Babakus và Mangold (1992) cho rằng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, chất lượng kỹ thuật được xác định chủ yếu dựa trên cơ sở của sự chính xác về mặt kỹ thuật của việc chẩn đoán, thủ tục và phương pháp điều trị. Chất lượng chức năng liên quan đến cách thức chăm sóc cho người bệnh

của bệnh viện. Vì người bệnh thường ít có khả năng đánh giá chính xác được chất lượng kỹ thuật, nên chất lượng chức năng là yếu tố chính yếu để đánh giá sự cảm nhận của người bệnh về chất lượng chăm sóc sức khỏe của bệnh viện. Babakus và Boller (1992) đã sử dụng SERVQUAL để đo lường chất lượng dịch vụ, và đi đến kết luận rằng SERVQUAL chỉ được thiết kế để đo lường chất lượng chức năng, và chất lượng chức năng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe không thể duy trì và củng cố nếu không có độ chính xác của việc chẩn đoán và phương pháp điều trị. Nghĩa là chất lượng kỹ thuật trong lĩnh vực y tế cũng không kém phần quan trọng.

Cho rằng SERVQUAL được phát triển dựa trên các ngành dịch vụ có điểm khá khác biệt so với dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Sower và các cộng sự (2001) đã phát triển thang đo KQCAH (The Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals – Công cụ đánh giá các đặc điểm chất lượng chính dùng cho bệnh viện) dựa trên khung lý thuyết về chất lượng dịch vụ bệnh viện của JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - Ủy ban chứng nhận các tổ chức chăm sóc sức khỏe) để đo lường chất lượng dịch vụ bệnh viện. Các tác giả khẳng định rằng 9 thành phần của JCAHO là gần giống các thành phần của SERVQUAL và dễ hiểu hơn, rằng các thành phần của JCAHO hoàn thiện công cụ SERVQUAL và chúng được phát triển đặc biệt dùng cho việc chứng nhận bệnh viện nên chúng được lựa chọn làm khung lý thuyết về chất lượng dịch vụ bệnh viện.

Sử dụng kết hợp cả hai phương pháp nghiên cứu là nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng, Sower và các cộng sự (2001) đã định nghĩa các thành phần của chất lượng dịch vụ bệnh viện, và phát triển công cụ đo lường sự thỏa mãn của bệnh nhân. Sử dụng phân tích nhân tố, các tác giả đã hình thành được 8 thành phần đo lường chất lượng dịch vụ bệnh viện. Đó là: (1) Sự tôn trọng và chu đáo của nhân viên, (2) thông tin, (3) sự hiệu quả và liên tục của dịch vụ, (4) sự phù hợp của dịch vụ, (5) hiệu quả việc thanh toán viện phí, (6) các bữa ăn, (7) ấn tượng đầu tiên, và (8) sự đa dạng của nhân viên.

(1) Sự tôn trọng và chu đáo (Respect and Caring) của nhân viên là cách mà nhân viên y tế giao tiếp với người bệnh. Ví dụ: nhân viên chú ý đến bệnh nhân, làm cho bệnh nhân yên lòng, những điều riêng tư của bệnh nhân được giữ kín, nhân viên thân thiện với bệnh nhân.

(2) Sự hiệu quả và liên tục (Effectiveness and Continuity) của dịch vụ là sự giao tiếp, trao đổi giữa bộ phận này với bộ phận khác hoặc giữa bệnh viện với gia đình bệnh nhân. Ví dụ như: sự chuẩn bị để xuất viện, sự chuẩn bị cho chăm sóc cần thiết tại nhà.

(3) Sự phù hợp (Appropriateness) của dịch vụ là cơ sở vật chất kỹ thuật và tính chuyên nghiệp của nhân viên phù hợp với việc điều trị. Ví dụ: tính thuận tiện và sạch sẽ của đồ dùng, cơ sở vật chất, ánh sáng, cách ăn mặc và cách xử sự của nhân viên.

(4) Thông tin (Information) là việc giữ liên lạc với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Ví dụ cung cấp nhanh thông tin về tình hình điều trị, bác sĩ và chuyên viên tư vấn sẵn có.

(5) Hiệu quả (Efficiency) việc thanh toán viện phí là hiệu quả của việc tính tiền trong quá trình điều trị. Ví dụ: bảng kê, hóa đơn tính tiền dễ hiểu; nhân viên sẵn sàng giải thích bảng kê, hóa đơn tính tiền cho bệnh nhân; khả năng giải quyết thắc mắc cho khách hàng.

(6) Các bữa ăn (Meals) là chất lượng và hiệu

quả của việc cung cấp thức ăn. Ví dụ: khẩu vị, thời gian chờ, độ nóng của thức ăn.

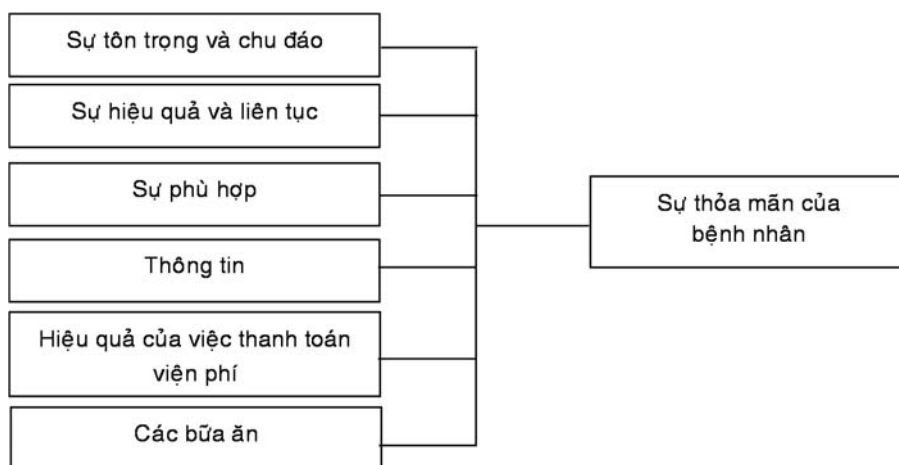
(7) Ấn tượng đầu tiên (First Impression) là ấn tượng trong lần tiếp xúc đầu tiên của bệnh nhân với bệnh viện. Ví dụ: kinh nghiệm quản lý, lối vào bệnh viện.

(8) Sự đa dạng của nhân viên (Staff Diversity) bao gồm sự đa dạng về nét mặt, giới tính, nhân viên có thể nói nhiều thứ tiếng.

KQCAH là công cụ hữu ích có thể được sử dụng để theo dõi chất lượng dịch vụ bệnh viện, các nhà quản lý có thể phán đoán, đánh giá được bệnh viện đang thực hiện dịch vụ như thế nào. Mặt khác, KQCAH có thể được sử dụng để đánh giá sự thỏa mãn của khách hàng đối với chất lượng dịch vụ bệnh viện (Sower & ctg, 2001).

2.2 Mô hình nghiên cứu

Dựa vào 8 nhân tố của Sower và các cộng sự (2001), dựa vào kết quả nghiên cứu định tính sơ bộ (thảo luận nhóm), những câu hỏi và nhân tố không phù hợp được loại ra cũng như một số câu hỏi được thay đổi để hình thành nên bảng câu hỏi cho nghiên cứu này. Cuối cùng, nghiên cứu này có 6 nhân tố chất lượng dịch vụ bệnh viện tác động lên sự thỏa mãn của khách hàng; nhân tố ấn tượng đầu tiên, và nhân tố sự đa dạng của nhân viên không được sử dụng do chưa phù hợp hoàn toàn với điều kiện bệnh viện tại VN nói chung.



Hình 1. Mô hình nghiên cứu

3. Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu sơ bộ được thực hiện thông qua phương pháp nghiên cứu định tính, sử dụng kỹ thuật thảo luận nhóm: nhóm thảo luận thứ nhất được thành lập từ 4 bác sĩ và 4 nữ y tá từ các khoa của bệnh viện, nhóm thảo luận thứ hai được thành lập từ 3 khách hàng và 2 người nhà khách hàng đang trong thời gian lưu trú tại bệnh viện. Việc thảo luận đã mang lại kết quả loại bỏ các câu hỏi không phù hợp với tình hình bệnh viện, và thay thế một số câu hỏi. Ba mươi bốn (34) câu hỏi cuối cùng được sử dụng để đo lường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện.

Phương pháp chọn mẫu phi xác suất được sử dụng cho nghiên cứu. Có 300 bảng câu hỏi phỏng vấn được phát ra cho 300 khách hàng ngẫu nhiên đã sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại BVTN, tại nơi thanh toán viện phí, kết quả thu lại được 239 bảng trả lời, đạt tỷ lệ hồi đáp chung 80%. Sau khi thu thập và kiểm tra, trong 239 bảng trả lời thu được, có 29 bảng trả lời bị loại do có nhiều ô trống. Do đó, nghiên cứu này có cỡ mẫu là 210.

Mục đích đầu tiên của nghiên cứu này là khẳng định rằng các thang đo lường đảm bảo về độ tin cậy, độ hiệu lực hội tụ, và độ hiệu lực phân biệt. Mục đích thứ hai là kiểm định các quan hệ cấu trúc giữa các khái niệm. Để đạt mục tiêu thứ nhất, bài nghiên cứu thực hiện một thủ tục bao gồm 2 bước: tính toán độ tin cậy Cronbach's alpha và phân tích nhân tố cho tất cả thang đo. Để đánh giá mô hình đề xuất, các điểm nhân tố sẽ được tính, sau đó phương pháp hồi quy bội sẽ được sử dụng. Tất cả các bước được sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 16.0.

Thông tin mẫu

Thông tin về đặc điểm của khách hàng tham gia khảo sát trong nghiên cứu được thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

N = 210	Tần số	Phần trăm (%)
Giới tính: Nam	109	51,9%
Nữ	101	48,1%
Tuổi		
Tuổi từ 20 - 30	26	12,4%

Tuổi từ 31 - 40	58	27,6%
Tuổi từ 41 - 55	52	24,8%
Tuổi trên 55	74	35,2%
Trình độ :		
Sơ cấp, trung học, cao đẳng	79	37,6%
Đại học	119	56,7%
Sau đại học	12	5,7%
Thu nhập		
Thu nhập < 3 triệu	30	14,2%
Thu nhập từ 3 đến < 5 triệu	94	44,8%
Thu nhập ≥ 5 triệu	86	41,0%

Kiểm định thang đo chất lượng dịch vụ bằng hệ số tin cậy Cronbach's alpha

Đây là bước đầu tiên để đánh giá thang đo đạt tiêu chuẩn, trong phân tích này tiêu chuẩn chọn thang đo là khi nó có hệ số tin cậy alpha từ 0,6 trở lên, các biến có hệ số tương quan biến tổng (item-total) nhỏ hơn 0,3 bị loại (Nunnally & Burnstein, 1994). Kết quả phân tích hệ số tin cậy Cronbach's alpha của thang đo chất lượng dịch vụ được trình bày ở Bảng 2, tất cả đều đạt trên 0,7, cho thấy đây là một thang đo lường tốt (Trọng & Ngọc, 2008).

Bảng 2. Hệ số thang đo của các nhân tố

Nhân tố	Tên nhân tố	Số biến quan sát	Cronbach's Alpha
1	Sự tôn trọng và chu đáo	9	0,926
2	Sự hiệu quả và liên tục	6	0,888
3	Sự phù hợp	6	0,901
4	Thông tin	6	0,943
5	Hiệu quả thanh toán tiền viện phí	4	0,842
6	Các bữa ăn	3	0,771

Phân tích nhân tố khám phá EFA (Exploratory Factor Analysis)

Phương pháp trích hệ số sử dụng trong phân tích này là Principal Component Analysis với phép quay Varimax. Tiêu chuẩn để chấp nhận các biến đo lường khi tổng phương sai trích bằng hoặc lớn hơn 50%, KMO lớn hơn 0,5 và các biến phải có trọng số từ 0,4 trở lên (Gerbing &

Anderson, 1988). Phân tích EFA trong Bảng 3 cho thấy có 2 biến NV_1 và NV_2 bị loại, tổng biến còn 32 biến, hệ số KMO = 0,936, khá cao. Kết quả có 6 yếu tố được trích tại Eigenvalue là 1,071, phương sai trích là 70,352%, các biến còn lại có trọng số đều đạt tiêu chuẩn (lớn hơn 0,4), kiểm định lại hệ số Cronbach's alpha của 6 yếu tố trên đều đạt nên các biến này được sử dụng làm thang đo chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và trong các phân tích tiếp theo.

Bảng 3. Kết quả phân tích nhân tố khám phá EFA

Ma trận nhân tố xoay						
	Thành phần					
	1	2	3	4	5	6
TT_2	0,824					
TT_3	0,806					
TT_4	0,799					
TT_1	0,793					
TT_5	0,791					
TT_6	0,664					
NV_7		0,769				
NV_8		0,725				
NV_3		0,714				
NV_6		0,711				
NV_5		0,686				
NV_9		0,572				
NV_4		0,570				
PH_6			0,747			
PH_3			0,715			
PH_4			0,676			
PH_5			0,671			
PH_2			0,661			
PH_1			0,618			
TN_5				0,754		
TN_6				0,746		
TN_4				0,670		
TN_2				0,662		
TN_3				0,618		
TN_1				0,614		
VP_1					0,729	

VP_4					0,716	
VP_2					0,707	
VP_3					0,614	
TA_3						0,818
TA_1						0,811
TA_2						0,767
Kết quả kiểm định lại						
Eigenvalue	14,335	2,209	2,121	1,564	1,225	1,059
Phương sai trích (%)	44,797	6,902	6,629	4,888	3,828	3,309
Cronbach's Alpha	0,943	0,915	0,888	0,901	0,842	0,771

Mô hình lý thuyết có 6 nhân tố tác động đến chất lượng dịch vụ bệnh viện. Phân tích hồi quy được thực hiện để xác định mức độ tác động của 6 nhân tố (sự tôn trọng và chu đáo, sự hiệu quả và liên tục, sự phù hợp, thông tin, hiệu quả việc thanh toán viện phí, các bữa ăn) lên chất lượng dịch vụ bệnh viện.

Phân tích hồi quy bội

Các giá trị của các biến quan sát ở mỗi nhân tố được tính tổng để hình thành các biến tương ứng dùng để đưa vào mô hình hồi quy bội. Vì mục tiêu xác định tầm quan trọng tương đối giữa các biến số, nên hệ số tự do bị loại ra khỏi mô hình. Mô hình hồi quy có dạng như sau:

$$\text{THOAMAN} = \beta_0 + \beta_1 * \text{NHANVIEN} + \beta_2 * \text{PHOIHOP} + \beta_3 * \text{TIENTNGHI} + \beta_4 * \text{THONGTIN} + \beta_5 * \text{VIENPHI} + \beta_6 * \text{THUCAN}$$

Trong đó, các hệ số β_i là các hệ số hồi quy riêng phần. Trước khi tiến hành kiểm định mô hình bằng phân tích hồi quy tuyến tính bội, mối tương quan giữa các biến của mô hình được xem xét dựa vào phương pháp phân tích Correlation (hệ số Pearson Correlation) tại Bảng 4. Kết quả cho thấy biến độc lập có tương quan khá cao đối với biến phụ thuộc THOAMAN. Bên cạnh đó, các biến độc lập cũng có tương quan không nhỏ với nhau, riêng chỉ có biến THUCAN là có tương quan khá nhỏ đối với các biến khác cũng như biến THOAMAN. Sau khi phân tích Correlation, phép hồi quy bội được sử dụng để phân tích tác động của các biến số độc lập đến độ thỏa mãn. Để kiểm định sự độc lập giữa các biến,

Bảng 4. Các hệ số tương quan giữa các biến

Tương quan								
		NHANVIEN	TIENNGHI	THONGTIN	PHOIHOP	VIENPHI	THUCAN	THOAMAN
NHANVIEN	Hệ số tương quan Pearson	1	0,618**	0,662**	0,686**	0,545**	0,392**	0,793**
	Mức ý nghĩa (2 đuôi)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Số quan sát	210	210	210	210	210	210	210
TIENNGHI	Hệ số tương quan Pearson	0,618**	1	0,632**	0,679**	0,666**	0,251**	0,663**
	Mức ý nghĩa (2 đuôi)	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Số quan sát	210	210	210	210	210	210	210
THONGTIN	Hệ số tương quan Pearson	0,662**	0,632**	1	0,538**	0,554**	0,266**	0,808**
	Mức ý nghĩa (2 đuôi)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
	Số quan sát	210	210	210	210	210	210	210
PHOIHOP	Hệ số tương quan Pearson	0,686**	0,679**	0,538**	1	0,646**	0,280**	0,648**
	Mức ý nghĩa (2 đuôi)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
	Số quan sát	210	210	210	210	210	210	210
VIENPHI	Hệ số tương quan Pearson	0,545**	0,666**	0,554**	0,646**	1	0,240**	0,641**
	Mức ý nghĩa (2 đuôi)	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
	Số quan sát	210	210	210	210	210	210	210
THUCAN	Hệ số tương quan Pearson	0,392**	0,251**	0,266**	0,280**	0,240**	1	0,274**
	Mức ý nghĩa (2 đuôi)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
	Số quan sát	210	210	210	210	210	210	210
THOAMAN	Hệ số tương quan Pearson	0,793**	0,663**	0,808**	0,648**	0,641**	0,274**	1
	Mức ý nghĩa (2 đuôi)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	Số quan sát	210	210	210	210	210	210	210

Chú thích: ** Có ý nghĩa với độ tin cậy 99% (2 đuôi)

Bảng 5. Bảng kết quả phân tích hồi quy của mô hình

Thống kê mô hình ^b									
Mô hình	R	R ²	R ² hiệu chỉnh	Sai số chuẩn của ước lượng	Change Statistics				
					Thay đổi giá trị R ²	Thay đổi giá trị F	df ₁	df ₂	Thay đổi mức ý nghĩa F
1	0,891 ^a	0,794	0,788	0,60469	0,794	130,539	6	203	0,000
Phân tích phương sai (ANOVA) ^b									
Mô hình		Tổng bình phương		df	Sai số chuẩn của ước lượng	F	Mức ý nghĩa		
1	Hồi quy	286,391		6	47,732	130,539	0,000 ^a		
	Số dư	74,227		203	0,366				
	Tổng	360,619		209					

Chú thích:

a. Ước lượng: (Hằng số) THUCAN, VIENPHI, THONGTIN, PHOIHOP, TIENNGHI, NHANVIEN

b. Biến phụ thuộc: THOAMAN

Hệ số tương quan ^a						
Mô hình		Hệ số chưa chuẩn hóa		Hệ số chuẩn hóa	Giá trị t	Mức ý nghĩa
		B	Lỗi tiêu chuẩn	β		
1	(Constant)	-0,042	0,200		-0,212	0,832
	NHANVIEN	0,400	0,052	0,399	7,714	0,000
	TIENNGHI	0,030	0,055	0,028	0,548	0,584
	THONGTIN	0,379	0,040	0,436	9,384	0,000
	PHOIHOP	0,038	0,052	0,038	0,734	0,464
	VIENPHI	0,158	0,048	0,151	3,265	0,001
	THUCAN	-0,048	0,032	-0,052	-1,489	0,138

Chú thích:

a. Biến phụ thuộc: THOAMAN



Hình 2. Kết quả kiểm định mô hình CLDV và sự hài lòng của khách hàng

hệ số Tolerance và VIF cũng được dùng. Sự phù hợp của mô hình được chỉ ra bởi giá trị thống kê F và mức ý nghĩa tương ứng của nó. Kết quả phân tích hồi quy được nêu ở Bảng 5.

Qua phân tích trong Bảng 5, ta thấy F kiểm định giả thuyết $H_0: R^2_{\text{Change}}$ của tổng thể = 0 mang lại kết quả bác bỏ giả thuyết H_0 này vì thay đổi mức ý nghĩa F rất nhỏ. Có 3 thành phần: tiện nghi (TIENNGHI), phối hợp (PHOIHOP), bữa ăn (THUCCAN) có Sig. > 0,05 nên sẽ không được đề cập trong mô hình cuối cùng.

Kết quả phân tích ANOVA cho thông số F có Sig.=0,000, R điều chỉnh là 0,788 và các yếu tố có Sig. < 0,05 nên kết quả trên chấp nhận được. Kiểm định F = 130,539 với xác suất p = 0,000 chứng tỏ mô hình hồi quy là phù hợp, cho thấy biến phụ thuộc THOAMAN có liên hệ tuyến tính với các biến độc lập. Như vậy, chỉ có 3 yếu tố: sự tôn trọng và chu đáo (NHANVIEN), thông tin

(THONGTIN), và hiệu quả việc thanh toán viện phí (VIENPHI) tác động tới sự thỏa mãn khách hàng. Phương trình hồi quy tuyến tính thể hiện như sau:

$$\text{THOAMAN} = -0,042 + 0,400 \cdot \text{NHANVIEN} + 0,379 \cdot \text{THONGTIN} + 0,158 \cdot \text{VIENPHI}$$

Mô hình này giải thích được 78,8% sự biến đổi của yếu tố thỏa mãn khách hàng do các biến độc lập trong mô hình tạo ra đó là: sự tôn trọng và chu đáo, thông tin, và hiệu quả việc thanh toán viện phí, trong đó sự tôn trọng và chu đáo có hệ số ảnh hưởng nhiều nhất đến mức độ thỏa mãn (0,400), tiếp theo là thông tin (0,379) và hiệu quả việc thanh toán viện phí (0,158). Mô hình được trình bày tại Hình 2.

Bên cạnh đó, để đo lường đa cộng tuyến, độ chấp nhận của biến (Tolerance) và hệ số phóng đại phương sai (Variance Inflation Factor – VIF) được xem xét, khi VIF vượt quá 10 thì đó là dấu

hiệu của đa cộng tuyến (Trọng & Ngọc, 2008). Với kết quả tính Tolerance và VIF từ Bảng 6, hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập trong mô hình không xảy ra. Tuy vậy, cần nói thêm rằng việc các thành phần tiện nghi (TIENNGHI), phối hợp (PHOIHOP), bữa ăn (THUCCAN) có Sig. > 0,05 có thể do hiện tượng cộng tuyến các thành phần này cung cấp cho mô hình những thông tin tương tự nhau, khó tách rời ảnh hưởng của từng biến đến biến phụ thuộc.

NV_8	210	3,43	1,677
NV_9	210	3,69	1,721
NHANVIEN	210	3,45	

Thái độ của nhân viên bệnh viện có mức đánh giá trung bình là 3,45, bệnh nhân đánh giá các biến này tương đối đồng đều, ở mức độ trung bình, trong đó biến cao nhất là NV_4 (Nhân viên bệnh viện sẵn lòng giúp tôi) có trung bình là 3,88, biến thấp nhất là NV_7 có trung bình là

Bảng 6. Bảng tóm tắt các hệ số hồi quy dò tìm hiện tượng đa cộng tuyến

Coefficients ^a								
Mô hình		Hệ số chưa chuẩn hóa		Hệ số chuẩn hóa	Giá trị t	Mức ý nghĩa	Thống kê cộng tuyến	
		B	Lỗi tiêu chuẩn	β			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-0,090	0,163		-0,550	0,583		
	NHANVIEN	0,405	0,045	0,403	9,089	0,000	0,516	1,939
	THONGTIN	0,386	0,039	0,444	9,943	0,000	0,509	1,965
	VIENPHI	0,183	0,042	0,175	4,376	0,000	0,636	1,571

Chú thích:

a. Biến phụ thuộc: THOAMAN

Bảng 7, 8, 9 cho thấy mức đánh giá trung bình của bệnh nhân khoa khám chữa bệnh của BVTN theo 3 yếu tố vừa xác định tại phương trình hồi quy: sự tôn trọng và chu đáo, thông tin, và hiệu quả việc thanh toán viện phí. Với thang điểm 7, các thành phần chất lượng của dịch vụ được đánh giá dao động 2,82 đến cao nhất là 5,94.

Bảng 7. Trung bình về Sự tôn trọng và chu đáo

Thống kê mô tả: NHANVIEN			
	Số quan sát	Trung bình	Độ lệch chuẩn
NV_3	210	3,72	1,540
NV_4	210	3,88	1,539
NV_5	210	2,99	1,585
NV_6	210	3,62	1,624
NV_7	210	2,85	1,576

2,99 (Nhân viên bệnh viện lắng nghe tôi trình bày về nhu cầu của mình), điều đó cho thấy khách hàng đánh giá không cao thái độ phục vụ của nhân viên bệnh viện.

Bảng 8. Trung bình về thông tin cho khách hàng

Thống kê mô tả: THONGTIN			
	Số quan sát	Trung bình	Độ lệch chuẩn
TT_1	210	4,20	1,667
TT_2	210	4,37	1,693
TT_3	210	4,35	1,671
TT_4	210	3,25	1,740
TT_5	210	2,82	1,759
TT_6	210	4,78	1,753
THONGTIN	210	3,96	

Về thành phần thông tin, kết quả khảo sát cho thấy phần đông khách hàng tương đối đồng ý với sự cung cấp thông tin cho họ từ bác sĩ cũng như các nhân viên y tế (mức trung bình của biến thông tin là 3,96). Tuy nhiên, các ý kiến đánh giá về nhân tố TN_4 (Tôi được các bác sĩ cung cấp thông tin một cách nhanh chóng) và TN_5 (Các bác sĩ có mặt ngay khi tôi cần đến) lại khá thấp, chỉ đạt dưới trung bình (3,25 và 2,82). Như vậy, khách hàng cũng đánh giá khá thấp thái độ của sẵn sàng cung cấp thông tin của đội ngũ bác sĩ và nhân viên y tế.

Bảng 9. Trung bình về hiệu quả thanh toán viện phí

Thống kê mô tả: VIENPHI			
	Số quan sát	Trung bình	Độ lệch chuẩn
VP_1	210	4,36	1,497
VP_2	210	2,81	1,467
VP_3	210	4,39	1,417
VP_4	210	4,60	1,715
VIENPHI	210	4,04	

Ở thành phần viện phí, mức đánh giá trung bình của khách hàng là 4,04 cho biết bệnh nhân chỉ đánh giá trên trung bình phương thức thanh toán viện phí của bệnh viện, đặc biệt khách hàng đánh giá thấp biến VP_2 (Tôi có thể hiểu được bảng kê, hóa đơn tính tiền của tôi), điều này chứng tỏ việc đưa các thông tin về viện phí vào hóa đơn tính tiền của bệnh viện chưa rõ ràng, còn làm khách hàng thắc mắc.

4. Một số kiến nghị

Kết quả phân tích cho thấy có 3 nhân tố ảnh hưởng mạnh mẽ lên chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện: (1) sự tôn trọng và chu đáo, (2) thông tin, và (3) hiệu quả việc thanh toán viện phí. Do vậy, lãnh đạo bệnh viện cần tập trung xem xét và có những cải tiến phù hợp nhằm nâng cao chất lượng phục vụ khách hàng, nâng cao uy tín của bệnh viện. Cụ thể:

Thứ nhất, bệnh viện cần mở các lớp tập huấn để nâng cao trình độ, nhận thức của cán bộ công nhân viên về khách hàng, giúp nhân viên thoát

khỏi suy nghĩ theo cơ chế bao cấp, làm cho nhân viên hiểu rõ bệnh viện đang thực hiện cơ chế tài chính theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP, nghĩa là Nhà nước chỉ đảm bảo một phần kinh phí, phần lớn còn lại bệnh viện phải tự tạo nguồn thu để tự trang trải; giúp nhân viên hiểu rõ bệnh nhân là khách hàng, mà khách hàng là nguồn sống, nguồn thu của bệnh viện, có bệnh nhân thì bệnh viện mới tồn tại và phát triển. Đặc biệt, bệnh viện nên thường xuyên mời giảng viên huấn luyện kỹ năng giao tiếp, nên chú ý nâng cao về giao tiếp thể hình (nụ cười, nét mặt vui tươi, cử chỉ điều bộ thân thiện...). Ngoài ra, việc không ngừng giáo dục ý thức cho cán bộ, nhân viên trong bệnh viện cũng rất cần thiết nhằm hạn chế tình trạng tiêu cực.

Thứ hai, bệnh viện cần phải cải tiến việc cung cấp thông tin cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân thông qua việc đảm bảo từ các bác sĩ, y tá, điều dưỡng đến nhân viên văn phòng sẵn sàng cung cấp và cung cấp một cách nhanh chóng thông tin cho khách hàng khi khách hàng yêu cầu, cũng như những thông tin về kết quả thăm khám, xét nghiệm, kiểm tra, điều trị, những thông tin về giá cả, chi phí điều trị. Để thực hiện việc này được tốt, bệnh viện cần phải giao cho bộ phận chuyên trách khách hàng. Khách hàng cần thông tin gì sẽ điện thoại nội bộ đến bộ phận này và bộ phận này có trách nhiệm liên lạc với các nhân viên có liên quan của bệnh viện để kịp thời cung cấp thông tin cho khách hàng.

Nhân viên phụ trách khách hàng còn nối kết người bệnh với các dịch vụ xã hội, vận động xã hội tham gia vào việc hỗ trợ, giúp đỡ bệnh nhân. Có thể khẳng định rằng bộ phận chuyên trách khách hàng đóng vai trò quan trọng trong việc tạo dựng mối quan hệ hài hòa giữa tinh thần và thể chất người bệnh, giữa người bệnh với người thân, giữa người bệnh với những người xung quanh, giữa người bệnh với cơ sở y tế.

Cuối cùng, ứng dụng công nghệ thông tin vào việc thu tiền, quản lý chi phí điều trị và tính tiền xuất viện như trang bị máy móc, phần mềm, bảng điện tử phục vụ công tác thu tiền, tính tiền xuất viện, khám chữa bệnh cũng như quản lý. Để thực hiện được điều này, bệnh viện cần trang bị

một máy chủ (server), hệ thống mạng, các máy vi tính cho các khoa phòng, bộ phận và phần mềm tốt để phục vụ việc khám và điều trị tại bệnh viện, cũng như để quản lý và giúp bệnh nhân, người nhà bệnh nhân truy cập thông tin thông qua Internet. Bên cạnh đó, bệnh viện cần tổ chức giảng dạy vi tính cho toàn thể nhân viên để đảm bảo mọi nhân viên đều thao tác máy vi tính một cách thành thạo. Bệnh viện cần mở rộng quầy thu tiền, trình bày bảng kê tính tiền chi tiết và dễ hiểu hơn; cụ thể là phải có một bảng liệt kê chi tiết các khoản mục thuốc và vật tư y tế đã sử dụng cho mỗi bệnh nhân trong suốt quá trình lưu trú tại bệnh viện thay vì chỉ ghi một số tổng cộng trên “Bảng kê tiền viện phí” như hiện nay, việc này sẽ dễ dàng được thực hiện thông qua phần mềm quản lý.

5. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy thang đo KQCAH ra đời và ứng dụng tại Mỹ có thể áp dụng được ở VN,

tuy nhiên, cần có một vài điều chỉnh và bổ sung cho phù hợp với tình hình thực tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 3 nhân tố tác động lên sự thỏa mãn của khách hàng trong đó: sự tôn trọng và chu đáo ($\beta_1 = 0,400$) có tác động mạnh mẽ nhất đến sự hài lòng của khách hàng, kế đến là thông tin ($\beta_4 = 0,379$) và hiệu quả việc thanh toán viện phí ($\beta_5 = 0,158$). Bên cạnh đó, phần thống kê mô tả cho thấy tỷ lệ hoàn toàn hài lòng là rất thấp (2%), và tập trung ở mức trung lập, tức là không hoàn toàn hài lòng cũng không hoàn toàn không hài lòng (mode = 5, mean = 3,8556), điều này phản ánh thực tế chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại BVTN. Ban quản lý bệnh viện cần lưu tâm cải tiến ba nhân tố này theo thứ tự ưu tiên đầu tiên là thái độ của nhân viên, kế đến là thông tin cung cấp đến bệnh nhân, và cuối cùng là việc thanh toán tiền viện phí■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babakus, E. & Boller, G.W. (1992), “An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale”, *Journal of Business Research*, Vol. 24, pp. 253-268.
2. 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.
3. Carman, J.M. (1990), “Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions”, *Journal of Retailing*, Vol. 66, pp. 33-55.
4. Cronin, J.J & Taylor, S.A. (1992), “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension”, *Journal of Marketing*, 56 (July), pp. 55-68.
5. Gerbing, D. W. & Anderson, J. C. (1988), “An Updated Paradigm for Scale Development Incorporating Unidimensionality and Its Assessment”, *Journal of Marketing Research*, Vol. 25 (May 1988), pp. 186-92.
6. Gronroos, C. (1984), “A Service Quality Model and Its Marketing Implications, European”, *Journal of Marketing*, Vol. 18, No. 4, pp. 36-44.
7. Kotler, P. & Armstrong, G. (2004), *Những nguyên lý tiếp thị*, NXB Thống Kê.
8. Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994), *Psychometric theory* (3rd ed.), New York: McGraw-Hill.
9. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L. L. (1985), “A Concept Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, Vol. 49 (Fall), pp. 41-50.
10. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L. L. (1988), “SERVQUAL: a Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”, *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1, pp. 12-40.
11. Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G. & Jones, P. (2001), “The Dimensions of Service Quality for Hospitals: Development of the KQCAH Scale”, *Health Care Management Review*, Vol. 26, No. 2, Spring 2001, pp. 47-59.
12. Trọng, H. & Ngọc, C.N.M. (2008), *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS*, NXB Hồng Đức, TP.HCM.
13. Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (1996, 2000, 2003), *Services Marketing*, New York: Mc.Graw Hill.