

Thang đo chất lượng dịch vụ bệnh viện

Lê Văn Huy

Trường Đại học Kinh tế Đà Nẵng

levanhuy@due.edu.vn

Nguyễn Đăng Quang

Công ty cổ phần y tế Danameco

quangnd@danameco.com

Ngày nhận: 30/07/2013
Ngày nhận lại: 11/09/2013
Ngày duyệt đăng: 25/11/2013
Mã số: 07-13-TT-19

Tóm tắt

Chất lượng dịch vụ bệnh viện nói riêng và y tế nói chung đã trở thành một vấn đề quan tâm của toàn xã hội. Vấn đề quá tải, chất lượng khám chữa bệnh và đặc biệt là chất lượng dịch vụ của bệnh viện đặt ra vấn đề cần giải quyết cho các nhà quản lý và cả các nhà khoa học. Đối với khía cạnh chất lượng dịch vụ bệnh viện, rất ít công trình nghiên cứu nhằm xây dựng thang đo, giúp cho các bệnh viện có thể thực hiện đo lường, phân tích và đưa ra các giải pháp để nâng cao chất lượng dịch vụ. Nghiên cứu sử dụng phương pháp định tính xây dựng thang đo và định lượng nhằm kiểm định thang đo. Kết quả nghiên cứu khẳng định thang đo chất lượng dịch vụ bệnh viện gồm 5 biến tiềm ẩn: (1) Quan tâm; (2) Hiệu quả; (3) Thông tin; (4) Hiệu dụng; và (5) Thích hợp. Từ đó đưa ra các hàm ý quản trị nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ và đáp ứng sự hài lòng của bệnh nhân.

Từ khóa: Chất lượng dịch vụ, bệnh viện, y tế, sự hài lòng của bệnh nhân.

Abstract

Quality of hospital services in particular and health care services in general has become a major concern of the public. Overload in hospital, and quality of consultation and treatment pose many problems for both managers and researchers. There is only a few studies that introducing scales used for measuring and analyzing hospital services thereby suggesting measures to improve hospital services. This research uses the qualitative method to build a scale and the quantitative method to test it. The results show that the scale for measuring hospital services comprises five potential variables: (1) Caring; (2) Efficacy; (3) Communication; (4) Performance; and (5) Appropriateness; and allow authors to offer managerial implications that can help improve quality of hospital services and patients satisfaction.

Keywords: Service quality, hospital, health care, patients satisfaction

1. Giới thiệu

Vấn đề bảo vệ và chăm sóc sức khỏe luôn được xã hội quan tâm, đánh giá và tiêu chuẩn đánh giá chất lượng dịch vụ y tế trở thành một thách thức lớn đối với các nhà quản lý trong lĩnh vực này. Trong thời gian gần đây, khi đời sống con người được nâng cao, sự cạnh tranh giữa các bệnh viện ngày càng gay gắt, đặc biệt là sự cạnh tranh thu hút người bệnh giữa bệnh viện công lập và bệnh viện tư, thị trường dịch vụ bệnh viện đã có sự thay đổi từ thị trường nhà cung cấp sang thị trường người sử dụng ở đó bệnh nhân được tôn trọng. Do vậy, các bệnh viện ngoài việc cung cấp chất lượng dịch vụ kỹ thuật (liên quan đến việc triển khai các phương thức kiểm soát chất lượng nhằm đảm bảo sản phẩm dịch vụ y tế đáp ứng được các tiêu chí về chất lượng chữa bệnh) còn phải chú trọng đến chất lượng dịch vụ chức năng (liên quan đến việc đánh giá sự cảm nhận của người bệnh, người thân đối với thái độ của đội ngũ nhân viên y tế, phòng khám, thời gian nằm viện, thủ tục nhập/xuất viện hoặc kinh nghiệm đối với vấn đề chăm sóc sức khỏe...).

Tại rất nhiều nước trên thế giới, các nhà khoa học hành vi đã tập trung nghiên cứu, xây dựng thang đo nhằm đánh giá chất lượng dịch vụ tại các bệnh viện. Tại VN có một số nghiên cứu đã triển khai đánh giá chất lượng dịch vụ nhưng chưa có những nghiên cứu thực nghiệm xây dựng thang đo. Mục tiêu của bài viết là hướng đến việc tiến hành xây dựng thang đo chất lượng dịch vụ bệnh viện dựa trên một số nghiên cứu đi trước, nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng (trên cơ sở minh họa tại Bệnh viện Đà Nẵng). Kết quả nghiên cứu giúp hình thành thang đo đánh giá chất lượng dịch vụ bệnh viện, đồng thời cung cấp bức tranh tổng quát về tình hình chất lượng dịch vụ hiện tại, từ đó đưa ra các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ trong bệnh viện nói riêng và dịch vụ y tế nói chung, đáp ứng yêu cầu về định hướng dịch vụ ngành y tế là sự hài lòng của bệnh nhân chứ không chỉ dừng lại ở việc chữa đúng, chữa đủ, chữa khỏi bệnh.

2. Cơ sở lý thuyết và mô hình nghiên cứu

Chất lượng dịch vụ luôn là chủ đề hấp dẫn, thu hút sự quan tâm của rất nhiều nhà nghiên cứu. Parasuraman & cộng sự (1985), Zeithaml (1988) cho rằng chất lượng dịch vụ là những đánh giá của khách hàng về những điểm trội của thực thể, một dạng của thái độ và kết quả từ việc so sánh sự mong đợi và nhận thức về việc thực hiện mà họ nhận được hay chất lượng dịch vụ là khoảng cách giữa sự mong đợi về dịch vụ của khách hàng và nhận thức của họ khi đã sử dụng qua dịch vụ. Gronroos (1984) cho rằng tồn tại hai loại hình chất lượng dịch vụ: Chất lượng kỹ thuật bao gồm những gì khách hàng nhận được từ dịch vụ và chất lượng chức năng bao gồm cách thức mà dịch vụ được cung cấp. Theo Parasuraman & cộng sự (1985), nghiên cứu chất lượng dịch vụ cần chú ý ba vấn đề: (1) Chất lượng dịch vụ khó đánh giá hơn chất lượng hàng hóa cụ thể; (2) Chất lượng dịch vụ là kết quả cảm nhận từ việc so sánh mong đợi của khách hàng với thực tế sử dụng dịch vụ; và (3) Đánh giá chất lượng không chỉ đánh giá kết quả của dịch vụ mà bao gồm cả việc đánh giá trong quá trình cung cấp dịch vụ. Parasuraman & cộng sự (1985, 1988) đã đưa

ra mô hình để đo lường chất lượng dịch vụ gọi là SERVQUAL: $SQ_i = \sum_{j=1}^k (P_{ij} - E_{ij})$, trong đó

SQ_i : Chất lượng dịch vụ về chỉ báo đo lường chất lượng dịch vụ thứ i , k = Số chỉ báo; P_{ij} = Cảm nhận về dịch vụ cho chỉ báo i của người thứ j , E_{ij} = Kỳ vọng về dịch vụ trước khi sử dụng cho chỉ báo i của người thứ j .

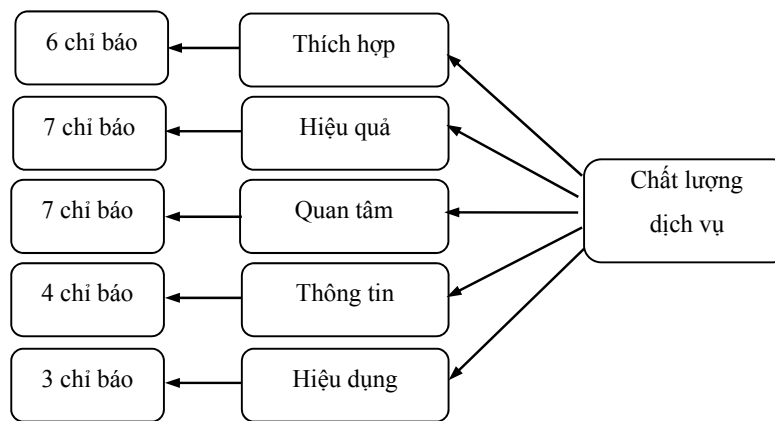
Chất lượng dịch vụ bệnh viện đã được nhiều tác giả triển khai nghiên cứu, phần lớn các nghiên cứu đều dựa trên việc vận dụng các khái niệm của mô hình SERVQUAL hoặc SERVPERF trong lĩnh vực y tế (Babakus & Mangold, 1992; McAlexander & cộng sự, 1994; Rohini & Mahadevappa, 2006; Bakar, 2008)... hoặc vận dụng và thay đổi các khái niệm phù hợp với điều kiện nghiên cứu như Andaleeb (2001) tại Bangladesh, Sower & cộng sự (2001) tại Mỹ, Taner & Antony (2006) tại Thổ Nhĩ Kỳ.

Bảng 1. Tổng hợp các khái niệm nghiên cứu chất lượng dịch vụ y tế (bệnh viện)

STT	Tên tác giả	Quốc gia nghiên cứu	Năm	Khái niệm nghiên cứu
1	Babakus & Mangold	Mỹ	1992	(1) Tin cậy; (2) Đáp ứng; (3) Hữu hình; (4) Năng lực phục vụ; và (5) Cảm thông. (Theo quan điểm của Parasuraman)
2	McAlexander & cộng sự	Mỹ	1994	
3	Yousef & cộng sự	Anh	1995	
4	Anderson	Mỹ	1995	
5	Sohail	Malaysia	2003	
6	Wisniewski & Wisniewski	Scotland	2005	
7	Rohini & Mahadevappa	Ấn Độ	2006	
8	Bakar & cộng sự	Thổ Nhĩ Kỳ	2008	
9	Giao & Phương	VN	2010	
10	Coddington & Moore	Mỹ	1987	(1) Sự nhiệt tình, chu đáo và quan tâm; (2) Nhân viên y tế; (3) Công nghệ - thiết bị; (4) Sự chuyên môn hóa và mức độ sẵn sàng của dịch vụ; và (5) Kết quả điều trị.
11	Ủy ban liên hiệp kiểm định các cơ sở y tế (JICAHO)	Mỹ	1996	(1) Hiệu lực; (2) Thích hợp; (3) Hiệu quả; (4) Quan tâm và chăm sóc; (5) An toàn; (6) Liên tục; (7) Hiệu dụng; (8) Đúng lúc; và (9) Sẵn sàng.
12	Andaleeb	Mỹ	1998	(1) Giao tiếp với bệnh nhân; (2) Năng lực của nhân viên; (3) Thái độ nhân viên; (4) Chất lượng cơ sở vật chất; và (5) Chi phí.
13	Andaleeb	Bangladesh	2001	(1) Đáp ứng; (2) Đảm bảo; (3) Giao tiếp; (4) Quy tắc ứng xử; và (5) Sự giúp đỡ.
14	Sower & cộng sự	Mỹ	2001	(1) Quan tâm và chăm sóc; (2) Hiệu quả và liên tục; (3) Sự thích hợp; (4) Thông tin; (5) Hiệu dụng; (6) Bữa ăn; (7) Ấn tượng đầu tiên; và (8) Nhân viên đa dạng.
15	Taner & Antony	Thổ Nhĩ Kỳ	2006	(1) Hữu hình; (2) Tin cậy; (3) Đáp ứng; (4) Năng lực phục vụ; (5) Tín nhiệm; (6) An toàn; (7) Tiếp cận; (9) Thông tin; (10) Chi phí; và (11) Hiểu biết khách hàng.

16	Daoud-Marrachi & cộng sự	Tunisia	2008	(1) Lễ tân; (2) Chăm sóc; (3) Thông tin; (4) Tiện nghi; (5) Thức ăn; và (6) Hóa đơn dịch vụ.
17	Akter & cộng sự	Bangladesh	2008	(1) Đáp ứng; (2) Đảm bảo; (3) Thông tin; (4) Quy tắc ứng xử; và (5) Sự giúp đỡ.

Trên cơ sở hợp tuyển khái niệm và chỉ báo từ các nghiên cứu trước, nghiên cứu định tính được thực hiện thông qua 2 giai đoạn. Giai đoạn 1: Thực hiện việc trao đổi với 5 bác sĩ, y tá nhằm tạo tính thích ứng giữa các chỉ báo nghiên cứu trước với điều kiện nghiên cứu thực tế tại VN; Giai đoạn 2: Thực hiện trao đổi với 20 bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đang khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đà Nẵng nhằm kiểm tra tính thích ứng, điều chỉnh và bổ sung các chỉ báo cho các khái niệm nghiên cứu để hoàn thành bảng câu hỏi nghiên cứu. Kết quả khảo cứu lí thuyết và nghiên cứu định tính, nghiên cứu đề nghị cấu thành chất lượng dịch vụ trong lĩnh vực y tế gồm các khái niệm sau:



Hình 1. Cấu thành chất lượng dịch vụ trong lĩnh vực bệnh viện: Mô hình lí thuyết

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định tính thông qua hình thức thảo luận nhóm và thảo luận với các chuyên gia trong lĩnh vực y tế nhằm khám phá, điều chỉnh và bổ sung các biến quan sát dùng để đo lường các khái niệm, các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ bệnh viện. Sau khi khảo sát lí thuyết của Parasuraman & cộng sự (1988), một số các nghiên cứu về chất lượng dịch vụ y tế như Andaleeb (1998); Babakus & Mangold (1992), Ủy ban liên hiệp kiểm định các cơ sở y tế (1996), Sower & cộng sự (2001),... nghiên cứu đã hình thành danh mục các phát biểu làm cơ sở cho phỏng vấn. Qua trao đổi phỏng vấn tay đôi với 5 chuyên gia trong lĩnh vực y tế, một số từ ngữ được điều chỉnh cho phù hợp với ngành y tế như: trấn an → động viên; trang phục gọn gàng → trang phục chuẩn mực; phương án điều trị → phương pháp điều trị ... yêu cầu loại bỏ những thang đo không cần thiết như “Bệnh nhân được tham gia vào các quyết định chăm sóc điều trị” và các chuyên gia cũng đã bổ sung thêm hai biến quan sát “Bảng chỉ dẫn rõ ràng; Bệnh nhân được đối xử một cách công bằng”.

Qua nghiên cứu sơ bộ định tính, đề xuất các phát biểu của thang đo có 27 biến quan sát (items) đã được đề nghị (Bảng 4) và sử dụng để đo lường chất lượng dịch vụ (SERVQUAL), bảng câu hỏi đã được xây dựng trên cơ sở sử dụng thang đo Likert (5 điểm).

3.2. Nghiên cứu định lượng

Nghiên cứu sơ bộ định lượng được thực hiện với **94 người** bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp (các bệnh nhân và người chăm sóc bệnh nhân tại Bệnh viện Đà Nẵng). Nghiên cứu đã tiến hành kiểm tra độ tin cậy Cronbach's Alpha và phân tích nhân tố khám phá EFA (Explore Factor Analysis) bằng phần mềm SPSS16.0. Qua quá trình phân tích hệ số tin cậy Cronbach's Alpha cho từng biến số tiềm ẩn (Latent Variable), kết quả cho thấy không có biến quan sát nào có tương quan biến tổng nhỏ hơn 0,3 và các hệ số Cronbach's Alpha lần lượt là: Thích hợp (TH) = 0,825; Hiệu quả (HQ) = 0,896; Quan tâm (QT) = 0,906; Thông tin (TT) = 0,825 và Hiệu dụng (HD) = 0,733 đều lớn hơn 0,6. Phân tích nhân tố khám phá (EFA), bằng phương pháp Principal Component Analysis, với phép quay Varimax và Eigenvalue ≥ 1 cho tất cả các khái niệm ta có KMO = 0,779 > 0,5 và Sig. = 0,000 < 0,05. Như vậy, có thể khẳng định dữ liệu đủ độ tin cậy để thực hiện phân tích nhân tố khám phá. Kết quả phân tích nhân tố khám phá cho phép khẳng định số nhân tố trích được là 5 (vì có 5 nhân tố có Eigenvalue > 1).

Nghiên cứu chính thức kiểm định các thang đo trong mô hình, khảo sát được thực hiện tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 6/2012 đến 12/2012. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân, người nhà bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện. Phương pháp thu thập thông tin phục vụ trong nghiên cứu là phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu thông qua bảng câu hỏi. Nội dung bảng câu hỏi khảo sát sự mong đợi và cảm nhận của đối tượng nghiên cứu về chất lượng dịch vụ bệnh viện với 27 biến quan sát, các câu hỏi được thiết kế sử dụng thang đo Likert 5 điểm với 1 là hoàn toàn không đồng ý và 5 là hoàn toàn đồng ý. Sau khi tiến hành thu thập dữ liệu số bảng câu hỏi phù hợp sử dụng cho phân tích là 310. Dữ liệu được xử lý bằng các phần mềm SPSS16.0 để phân tích nhân tố khám phá EFA và hệ số Cronbach's Alpha, phần mềm AMOS18 phân tích nhân tố khẳng định CFA để kiểm định chặt chẽ hơn về tính đơn nguyên, độ tin cậy tổng hợp, giá trị hội tụ, giá trị phân biệt.

4. Phân tích kết quả

Về đặc điểm mẫu nghiên cứu, theo kết quả thống kê về giới tính mẫu có 48,7% nam và 51,3% nữ, độ tuổi chủ yếu từ 21- 40 tuổi chiếm 67,4%.

Bảng 2. Độ tuổi và giới tính của mẫu

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ			
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Dưới 20	11	3,5	7	2,3	18	5,8
21 - 30	49	15,8	74	23,9	123	39,7
31 - 40	41	13,2	45	14,5	86	27,7
41 - 50	24	7,7	19	6,1	43	13,9
51 - 60	23	7,4	11	3,5	34	11,0

61 trở lên	3	1,0	3	1,0	6	1,9
Tổng	151	48.7	159	51.3	310	100

Đối tượng nghiên cứu của mẫu gồm bệnh nhân (40,3%), người chăm sóc bệnh nhân (59,7%); đối tượng không có bảo hiểm 61,3%, có bảo hiểm y tế 38,7%, trong đó **đối tượng người chăm sóc bệnh nhân là người được phỏng vấn trả lời thay cho bệnh nhân.**

Bảng 3. Đối tượng nghiên cứu của mẫu

Đối tượng	Bảo hiểm				Tổng	
	Không có		Có			
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Bệnh nhân	80	25,8	45	14,5	125	40,3
Người chăm sóc BN	110	35,5	75	24,2	185	59,7
Tổng	190	61,3	120	38,7	310	100

Phân tích nhân tố khám phá EFA và kiểm định độ tin cậy Cronbach's Alpha: Sau khi thực hiện phân tích nhân tố và xoay nhân tố theo phương pháp Varimax có 5 nhân tố được hình thành, không có biến quan sát bị loại vì tất cả hệ số tải lên các nhân tố $> 0,35$ (với cỡ mẫu > 250). Năm nhân tố này giải thích được 57,56% biến thiên của biến quan sát. Hệ số KMO = 0,932 $> 0,5$, mức ý nghĩa kiểm định với Sig. = 0,000 $< 0,05$ nên dữ liệu phân tích phù hợp.

Bảng 4. Ma trận nhân tố chính sau khi xoay Varimax (Rotated Component Matrix)

Ký hiệu	Biến quan sát	Nhân tố				
		1	2	3	4	5
CL14	Nhân viên lịch sự, nhã nhặn	0,781				
CL15	Nhân viên quan tâm bệnh nhân	0,753				
CL17	Nhân viên luôn sẵn lòng giúp đỡ bệnh nhân	0,729				
CL16	Nhân viên tôn trọng bệnh nhân	0,707				
CL18	Nhân viên trả lời những yêu cầu của bệnh nhân một cách thân thiện	0,700				
CL20	Bệnh nhân được đối xử một cách công bằng	0,585				
CL19	Khi bệnh nhân có điều gì phàn nàn thì được xử lý một cách nhanh chóng	0,468				
CL12	Trước khi xuất viện nhân viên dặn dò cách chăm sóc cần thiết tại nhà		0,682			
CL11	Nhân viên cho biết chính xác khi nào dịch vụ được thực hiện		0,645			
CL07	Nhân viên thực hiện công việc của họ rất tốt		0,640			

CL08	Khi bệnh nhân gặp trở ngại, nhân viên đồng cảm và động viên họ	0,622				
CL03	Tiếp xúc với nhân viên một cách thoải mái	0,609				
CL04	Nhân viên có trang phục chuẩn mực	0,482				
CL13	Công tác chuẩn bị để xuất viện được thực hiện tốt	0,474				
CL10	Bệnh nhân được nhân viên cho biết rõ ràng về tình trạng sức khỏe của mình	0,455				
CL09	Nhân viên giải thích rõ ràng cho bệnh nhân hoặc người nhà về phương pháp điều trị bệnh	0,354				
CL21	Bệnh nhân nhận được thông tin nhanh chóng từ bác sĩ	0,683				
CL23	Bác sĩ thông báo kết quả điều trị bệnh một cách rõ ràng	0,613				
CL24	Bác sĩ luôn sẵn sàng bên cạnh bệnh nhân khi cần	0,548				
CL22	Nhân viên cung cấp đầy đủ thông tin khi bệnh nhân cần	0,464				
CL25	Chứng từ thanh toán cụ thể	0,733				
CL27	Bất cứ phản nàn nào về chứng từ thanh toán đều được giải quyết tốt	0,728				
CL26	Nhân viên sẵn sàng giải thích chứng từ thanh toán	0,718				
CL02	Trang thiết bị hiện đại					0,775
CL01	Cơ sở vật chất sạch sẽ					0,703
CL06	Bảng chỉ dẫn rõ ràng					0,515
CL05	Thủ tục nhập viện đơn giản					0,501
Eigenvalues		9,781	1,929	1,389	1,373	1,070
Variance extracted (%)		36,22	7,14	5,14	5,08	3,96

Thông qua phân tích EFA, có thể nhận thấy rằng có 5 thành phần hình thành từ 27 chỉ báo. Hai chỉ báo “Tiếp xúc với nhân viên một cách thoải mái” và “Nhân viên có trang phục chuẩn mực” đã chuyển từ thành phần “Thích hợp” sang thành phần “Hiệu quả”. Như vậy, có thể khẳng định 27 chỉ báo có thể rút trích thành 5 thành phần gồm “Quan tâm - QT” có 7 chỉ báo, “Thông tin - TT” có 4 chỉ báo, “Hiệu dụng - HD” có 3 chỉ báo, “Thích hợp - TH” có 4 chỉ báo và “Hiệu quả - HQ” có 9 chỉ báo.

Để cho việc đánh giá thang đo bằng phân tích nhân tố khẳng định (Confirmation Factor Analysis - CFA), nghiên cứu đã sử dụng các chỉ tiêu Chi bình phương, chỉ số thích hợp so sánh CFI (Comparative Fit Index), chỉ số TLI (Tucker & Lewis Index) và chỉ số RMSEA (Root Mean Square Error Approximation). Mô hình được gọi là thích hợp khi phép kiểm định Chi bình phương có giá trị $p < 0,05$. Nếu một mô hình nhận giá trị GFI, TLI và CFI từ 0,9 đến 1, RMSEA

có giá trị $<0,08$ thì mô hình này được xem là phù hợp (tương thích) với dữ liệu thị trường (Hair & cộng sự, 2009). Năm chỉ tiêu đánh giá một thang đo gồm: (1) Hệ số tin cậy tổng hợp (Composite Reliability), (2) Tổng phương sai trích được (Variance Extracted), (3) Tính đơn hướng (Unidimensionality), (4) Giá trị hội tụ (Convergent Validity), (5) Giá trị phân biệt (Discriminant Validity) (Hair & cộng sự, 2009).

Phân tích nhân tố khẳng định CFA được thực hiện với 27 biến quan sát từ 5 nhân tố đã chứng minh được từ phân tích nhân tố khám phá EFA. Phân tích CFA lần thứ nhất biến quan sát CL04 (Nhân viên có trang phục chuẩn mực) có hệ số $\lambda = 0,44$ nên loại khỏi mô hình nghiên cứu (trọng số chuẩn hóa $> 0,5$) để phân tích CFA lần thứ 2, kết quả như sau:

Bảng 5. Kết quả phân tích nhân tố khẳng định CFA

Chỉ số	Giá trị các chỉ số của mô hình	Giá trị tham chiếu của mô hình tốt
CMIN/DF	1,671	< 3
GFI	0,90	$> 0,9$
TLI	0,94	$> 0,95$
CFI	0,948	$> 0,9$
RMSEA	0,045	$< 0,06$

Các chỉ tiêu đánh giá thang đo được thể hiện như sau:

(1) Hệ số tin cậy tổng hợp (Composite Reliability), (2) Tổng phương sai trích được (Variance Extracted): Kết quả thể hiện có thể khẳng định các thang đo đạt yêu cầu.

Bảng 6. Độ tin cậy tổng hợp và phương sai trích

Thành phần	Độ tin cậy tổng hợp	Tổng phương sai trích
Quan tâm	0,8908	0,5402
Thích hợp	0,8489	0,4137
Thông tin	0,7392	0,4152
Hiệu dụng	0,7724	0,5368
Hiệu quả	0,6864	0,3573

(3) Tính đơn hướng (Unidimensionality): Thông qua kết quả phân tích, năm thành phần đạt tính đơn hướng.

(4) Giá trị hội tụ (Convergent Validity): Kết quả cho thấy trọng số chuẩn hóa của thang đo đều cao hơn 0,5, các biến quan sát dùng để đo lường 5 thành phần của thang đo chất lượng đạt được giá trị hội tụ.

(5) Giá trị phân biệt (Discriminant Validity): Hệ số tương quan giữa các khái niệm với sai lệch chuẩn đều nhỏ hơn 1 (có ý nghĩa thống kê), vì vậy 5 khái niệm trên đạt giá trị phân biệt.

Bảng 7. Kiểm định giá trị phân biệt giữa các thành phần của thang đo chất lượng dịch vụ

Mối quan hệ	r	SE	(1-r)/SE	Sig.
QT <--> TH	0,794	0,034639	5,946997	0,0000
QT <--> TT	0,711	0,040068	7,212723	0,0000

QT	<-->	HD	0,438	0,051224	10,971451	0,0000
QT	<-->	HQ	0,639	0,043830	8,236439	0,0000
TH	<-->	TT	0,754	0,037429	6,572463	0,0000
TH	<-->	HD	0,608	0,045239	8,665136	0,0000
TH	<-->	HQ	0,739	0,038388	6,799012	0,0000
TT	<-->	HD	0,748	0,037818	6,663539	0,0000
TT	<-->	HQ	0,706	0,040354	7,285502	0,0000
HD	<-->	HQ	0,506	0,049147	10,051395	0,0000

Để đánh giá tính bền vững của mô hình, phương pháp kiểm định Bootstrap được sử dụng. Đây là phương pháp lấy mẫu lặp lại có thay thế từ mẫu ban đầu $N = 310$, trong đó mẫu ban đầu đóng vai trò đám đông. Số lần lấy mẫu lặp lại trong nghiên cứu là $N = 1.000$. Kết quả độ chệch của ước lượng và sai lệch chuẩn của nó có giá trị nhỏ và ổn định cho phép kết luận rằng các ước lượng Maximum Likelihood áp dụng trong mô hình là tin cậy.

Bảng 8. Kết quả ước lượng Bootstrap với $N=1.000$

Mối quan hệ giữa các biến số			Estimate	SE	SE-SE	Mean	Bias	SE-Bias
CL20	←	QT	0,663	0,037	0,001	0,663	0	0,001
CL19	←	QT	0,632	0,037	0,001	0,631	-0,001	0,001
CL18	←	QT	0,78	0,027	0,001	0,779	0	0,001
CL17	←	QT	0,729	0,03	0,001	0,728	-0,001	0,001
CL16	←	QT	0,762	0,03	0,001	0,762	0,001	0,001
CL15	←	QT	0,815	0,025	0,001	0,815	0	0,001
CL14	←	QT	0,757	0,032	0,001	0,758	0	0,001
CL13	←	TH	0,635	0,042	0,001	0,637	0,002	0,001
CL12	←	TH	0,66	0,04	0,001	0,66	0	0,001
CL11	←	TH	0,68	0,038	0,001	0,681	0	0,001
CL10	←	TH	0,671	0,035	0,001	0,669	-0,001	0,001
CL09	←	TH	0,674	0,032	0,001	0,676	0,001	0,001
CL08	←	TH	0,691	0,036	0,001	0,691	0,001	0,001
CL07	←	TH	0,575	0,041	0,001	0,575	0	0,001
CL03	←	TH	0,576	0,044	0,001	0,576	0	0,001
CL24	←	TT	0,659	0,039	0,001	0,662	0,003	0,001
CL23	←	TT	0,601	0,054	0,001	0,598	-0,003	0,002
CL22	←	TT	0,678	0,046	0,001	0,677	-0,001	0,001
CL21	←	TT	0,638	0,047	0,001	0,639	0	0,001

CL27	←	HD	0,789	0,036	0,001	0,788	-0,002	0,001
CL26	←	HD	0,816	0,037	0,001	0,819	0,003	0,001
CL25	←	HD	0,567	0,05	0,001	0,569	0,002	0,002
CL06	←	HQ	0,66	0,052	0,001	0,663	0,003	0,002
CL05	←	HQ	0,675	0,041	0,001	0,677	0,002	0,001
CL02	←	HQ	0,522	0,066	0,001	0,521	-0,001	0,002
CL01	←	HQ	0,514	0,068	0,002	0,51	-0,004	0,002

Như vậy, thang đo chất lượng dịch vụ bệnh viện đã được kiểm định và hội đủ 5 yêu cầu của kiểm định thang đo đó là: Hệ số tin cậy tổng hợp, Tổng phương sai trích được, Tính đơn hướng, Giá trị hội tụ, và Giá trị phân biệt. Cụ thể, thang đo chất lượng dịch vụ gồm 5 biến tiềm ẩn (thành phần): (1) Quan tâm, (2) Hiệu quả, (3) Thông tin, (4) Hiệu dụng, và (5) Thích hợp.

Bảng 9. Các thành phần chất lượng dịch vụ bệnh viện

1	QT1	Nhân viên lịch sự, nhã nhặn	Thành phần 1: Quan tâm
2	QT2	Nhân viên quan tâm bệnh nhân	
3	QT3	Nhân viên tôn trọng bệnh nhân	
4	QT4	Nhân viên luôn sẵn lòng giúp đỡ bệnh nhân	
5	QT5	Nhân viên trả lời những yêu cầu của bệnh nhân một cách thân thiện	
6	QT6	Khi bệnh nhân có điều gì phản nản thì được xử lý một cách nhanh chóng	
7	QT7	Bệnh nhân được đối xử một cách công bằng	
8	HQ1	Nhân viên thực hiện công việc của họ rất tốt	Thành phần 2: Hiệu quả
9	HQ2	Khi bệnh nhân gặp trở ngại, nhân viên đồng cảm và động viên họ	
10	HQ3	Nhân viên giải thích rõ ràng cho bệnh nhân hoặc người nhà về phương pháp điều trị bệnh	
11	HQ4	Bệnh nhân được nhân viên cho biết rõ ràng về tình trạng sức khỏe của mình	
12	HQ5	Nhân viên cho biết chính xác khi nào dịch vụ được thực hiện	
13	HQ6	Trước khi xuất viện, nhân viên dẫn dò cách chăm sóc cần thiết tại nhà	
14	HQ7	Mọi sự chuẩn bị cho việc xuất viện được thực hiện tốt	
15	HQ8	Tiếp xúc với nhân viên một cách thoải mái	
16	TT1	Bệnh nhân nhận được thông tin nhanh chóng từ bác sĩ	Thành phần 3: Thông tin
17	TT2	Nhân viên cung cấp đầy đủ thông tin khi bệnh nhân cần	
18	TT3	Bác sĩ thông báo kết quả điều trị bệnh một cách rõ ràng	
19	TT4	Bác sĩ luôn sẵn sàng bên cạnh bệnh nhân khi cần	

20	HD1	Chứng từ thanh toán cụ thể	Thành phần 4: Hiệu dụng
21	HD2	Nhân viên sẵn sàng giải thích chứng từ thanh toán	
22	HD3	Bất cứ phản nàn nào về chứng từ thanh toán đều được giải quyết tốt	
23	TH1	Cơ sở vật chất sạch sẽ	Thành phần 5: Thích hợp
24	TH2	Trang thiết bị hiện đại	
25	TH3	Thủ tục nhập viện đơn giản	
26	TH4	Bảng chỉ dẫn rõ ràng	

Ghi chú: 27 biến quan sát lí thuyết đề nghị gồm 26 biến trên và 1 biến quan sát đã bị loại trong quá trình kiểm định là CL04 (Nhân viên có trang phục chuẩn mực).

Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng **dịch vụ bệnh viện bao gồm** 5 thành phần: (1) Quan tâm; (2) Hiệu quả; (3) Thông tin; (4) Hiệu dụng; và (5) Thích hợp. Các thành phần nghiên cứu trên tương đồng với các khái niệm trong nghiên cứu của Ủy ban liên hiệp kiểm định các cơ sở y tế và Sower. Thành phần “Thông tin” tương đồng với các nghiên cứu của Taner & Antony, Daoud-Marrachi & cộng sự, Akter & cộng sự. Các chỉ báo thành phần “Quan tâm” tương đồng với với các chỉ báo thành phần “Cảm thông” trong các nghiên cứu theo quan điểm của Parasuraman & cộng sự... Kết quả nghiên cứu có thể đối chiếu so sánh với các nghiên cứu trước thông qua bảng tổng hợp sau:

Bảng 10. So sánh kết quả nghiên cứu với các nghiên cứu trước

Khái niệm	Sower & cộng sự	Ủy ban liên hiệp kiểm định các cơ sở y tế	Daoud-Marrachi & cộng sự	Akter & cộng sự	Taner & Antony	Coddington & Moore	Babakus & Mangold
Quan tâm	✓	✓				✓	✓
Hiệu quả	✓	✓					
Thông tin	✓		✓	✓	✓		
Hiệu dụng	✓	✓					
Thích hợp	✓	✓					

4. Hàm ý cho nhà quản trị

Trong điều kiện quản lí chất lượng bệnh viện tại VN thường tập trung vào việc khám chữa bệnh, với mục tiêu xây dựng thang đo chất lượng bệnh viện, nghiên cứu đã góp phần khẳng định các yếu tố cấu thành chất lượng dịch vụ nhằm giúp cho các nhà quản lí, những người tham gia tạo dựng chất lượng khám chữa bệnh, ngoài chất lượng dịch vụ "kĩ thuật" liên quan đến nghiệp vụ khám chữa bệnh cần chú ý đến chất lượng dịch vụ "chức năng" nhằm thể hiện sự quan tâm, thông tin, hiệu quả, thích hợp và hiệu dụng đối với người bệnh. Theo đó:

Bệnh nhân mong muốn được đối xử một cách công bằng trên nguyên tắc “người đến trước được phục vụ trước”, bố trí bác sĩ có tay nghề để giải quyết các kỹ thuật phức tạp cho bệnh nhân mà không bị phân biệt bởi khả năng chi trả của người bệnh.

Ấn tượng ban đầu của người bệnh về sự quan tâm của bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên bệnh viện sẽ tác động mạnh đến tâm lý và mở đầu cho sự thiết lập mối quan hệ nhân viên bệnh viện và người bệnh. Niềm tin của người bệnh sẽ được nhân đôi nếu khi nhập viện được đón tiếp ngay và nếu bác sĩ hoặc điều dưỡng nói với người bệnh: “Bệnh viện sẽ cố gắng tạo điều kiện để người bệnh được điều trị và chăm sóc tốt nhất, đồng thời khuyến khích người bệnh nếu có bất khoản thì mạnh dạn hỏi thầy thuốc và nhân viên y tế”.

Dịch vụ kỹ thuật y tế là dịch vụ đặc biệt, có hàm lượng chuyên môn cao, do đó người bệnh không có khả năng đánh giá kỹ thuật mà chủ yếu đánh giá chất lượng dịch vụ y tế thông qua cách thức nhân viên y tế tiếp xúc với họ, hay nói một cách khác là theo cách họ được khám, chữa bệnh và chăm sóc chứ không phải dựa trên kết quả khám chữa bệnh cuối cùng.

Cần chú ý hơn thông tin giữa bệnh nhân, người nhà và bệnh viện, để cải thiện thành phần này, những thông tin thiết yếu người bệnh cần nhận được đề: chẩn đoán, phương pháp điều trị, các can thiệp thủ thuật, phẫu thuật, các chăm sóc, theo dõi sẽ thực hiện trên người bệnh, thuốc điều trị hàng ngày, các diễn biến và tiến triển của người bệnh, chi phí khám chữa bệnh, quyền và nghĩa vụ của người bệnh khi nằm viện...

Phải tập trung đầy đủ hồ sơ bệnh án, có ghi rõ ngày, giờ ra viện và kết quả điều trị. Chuẩn bị giấy tờ, báo cho gia đình biết trước để đón, thông báo cho bệnh nhân và thân nhân biết về tình hình ra viện, ngày giờ ra viện và thủ tục hành chính. Không để người bệnh ra viện còn bức xúc chưa được giải quyết, những trải nghiệm trong quá trình nằm viện luôn dẫn đến những cảm xúc tốt hoặc không tốt của người bệnh lúc ra viện; đa số người bệnh rất cảm động khi nói lời cảm ơn khi ra viện, song cũng có ít trường hợp người bệnh trút bức tức vào thời điểm ra viện. Hình ảnh của bệnh viện có thể được tăng lên hoặc giảm đi khi người bệnh ra viện, vì vậy không để người bệnh ra viện mà còn có điều bức xúc chưa được giải quyết. Các bệnh viện cần cải cách thủ tục hành chính, mục tiêu của cải cách các thủ tục hành chính cần dựa trên nguyên tắc đặt lợi ích của người bệnh lên trên, lấy người bệnh làm trung tâm. Các biện pháp cải cách thủ tục hành chính, giảm thời gian chờ đợi cho người bệnh trong bệnh viện.

5. Hạn chế, hướng nghiên cứu trong tương lai và kết luận

Nghiên cứu có một số hạn chế liên quan đến việc thực hiện nghiên cứu tại Thành phố Đà Nẵng, do vậy khả năng khái quát hóa chưa cao. Nghiên cứu tiếp theo hướng đến việc thực hiện đánh giá chất lượng dịch vụ dựa trên "khách hàng", phân tích vào cấu trúc mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ, sự hài lòng và sự trung thành của bệnh nhân đối với chất lượng dịch vụ bệnh viện, phân tích cấu trúc đa nhóm giữa nhóm có bảo hiểm y tế và không có bảo hiểm y tế để tìm sự khác biệt giữa hai nhóm đối tượng này và thiết lập chỉ số ưu tiên cải tiến chất lượng dịch vụ cho bệnh viện và từng khoa tại bệnh viện.

Trong điều kiện nghiên cứu cơ bản liên quan đến thang đo chất lượng dịch vụ bệnh viện không nhiều tại VN, nghiên cứu đã góp phần tổng hợp một số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, kết hợp với việc trao đổi với các chuyên gia trong lĩnh vực, triển khai nghiên cứu định lượng nhằm kiểm định thang đo để hình thành thang đo đo lường chất lượng dịch vụ bệnh viện gồm 5 thành phần “Quan tâm”, “Hiệu quả”, “Thông tin”, “Hiệu dụng” và “Thích hợp” phù

hợp với tình hình thực tế ở nước ta. Nghiên cứu giúp cho các nhà quản lý bệnh viện nhận thức được cấu trúc của chất lượng dịch vụ theo khía cạnh "khách hàng" nhằm làm cơ sở nghiên cứu cơ bản cũng như nghiên cứu thực tiễn trong công tác đo lường, phân tích và hoạch định chiến lược cạnh tranh dựa trên chất lượng dịch vụ. Đồng thời, nghiên cứu cũng góp phần bổ sung hệ thống thang đo trong lĩnh vực y tế tại VN, góp phần vào việc phát triển thang đo trong lĩnh vực bệnh viện nhằm làm cơ sở cho các nghiên cứu ứng dụng trong tương lai ■

Tài liệu tham khảo

- Akter, S. M., Upal, M. & Hani, U. (2008), "Service Quality Perception and Satisfaction: A Study Over Suburban Public Hospitals in Bangladesh", *Journal of Service Research*, February Special Issue, 125-146.
- Andaleeb, S. S. (1998) "Determinants of Customer Satisfaction with Hospitals: A Managerial Model", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11, 6, 181 – 187.
- Andaleeb, S. S. (2001), "Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country", *Social Science & Medicine*, 52, 1359–1370.
- Anderson, E. (1995), "Measuring Service Quality in a University Health Clinic", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8, 2, 32-37.
- Babakus, E. & Mangold, W. G. (1992), "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: an Empirical Investigation", *Health Services Research*, 26, 6, 767-786.
- Bakar, C., Akgun, H. S. & Assaf, A. F. A. (2008), "The Role of Expectations in Patients Hospital Assessments: A Turkish University Hospital Example", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21, 5, 503-516.
- Coddington, D. & Moore, K. (1987), "Quality of Care as a Business Strategy: How Customers Define Quality and How to Market It". *Healthcare Forum*, 30, 2, 29-32.
- Cronin, J. J. Jr. & Taylor, S. A. (1992), "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", *Journal of Marketing*, 56, July, 55-68.
- Daoud-Marrakchi, M. Fendri-Elouze, S. Ch. III, Bejar-Ghadhab, B. (2008), "Development of a Tunisian Measurement Scale for Patient Satisfaction: Study case in Tunisian Private Clinics", *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 45, 81 – 89.
- Gronroos, C. (1984), "A Service Quality Model and Its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, 18, 4, 36-44.
- Hà Nam Khánh Giao & Lê Anh Phương (2010), "Measuring Service Quality at Binh Phuoc Hospital: A Dimension-by-Dimension Analysis", *Journal of Science and Technology Development*, 13, 1, 31- 43.
- JICAHO: *1996 Accreditation Manual for Hospitals*, Volume II, Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996.
- Joseph F. Hair J. R, William C. Black, Barry J. Babin, Rolph Anderson (2009), *Multivariate Data Analysis*.
- McAlexander, J. H., Kaldenburg, D. O. and Koenig, H. F. (1994), "Service Quality Measurement", *Journal of Health Care Marketing*, 14, 3, 34-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988), "SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, 64, 1, 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L. L. (1991), "Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale", *Journal of Retailing*, 67, 4, 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, 49, 41-50.

- Rohini, R. and Mahadevappa, B. (2006), "Service Quality in Bangalore Hospitals – An Empirical Study", *Journal of Services Research*, 6, 1, 59-85.
- Sohail, M.S. (2003), "Service Quality in Hospitals: More Favorable than You Might Think", *Managing Service Quality*, 13, 3, 197-207.
- Sower, V., Duffy, J. A., Kilbourne, W., Kohers, G. and Jones, P. (2001), "The Dimensions of Service Quality for Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale", *Health Care Management Review*, 26, 2, 47-58.
- Taner, T. and Antony, J. (2006), "Comparing Public and Private Hospital Care Service Quality in Turkey", *Leadership in Health Services*, 19, 2, i-x.
- Wisniewski, M. and Wisniewski, H. (2005), "Measuring Service Quality in a Hospital Colposcopy Clinic", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18, 3, 217-228.
- Youssef, F., Nel, D. and Bovaird, T. (1995), "Service Quality in NHS Hospitals", *Journal of Management in Medicine*, 9, 1, 66-74.