

SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN ĐỐI VỚI CÁC BỆNH VIỆN THUỘC TUYẾN TRUNG ƯƠNG TẠI TP. HỒ CHÍ MINH: TIẾP CẬN THEO MÔ HÌNH THỨ BẬC

Ngày nhận bài: 03/10/2015

Ngày nhận lại: 29/10/2015

Ngày duyệt đăng: 26/02/2016

Trương Nguyễn Duy Ly¹

Lưu Trường Văn²

TÓM TẮT

Theo một cách tiếp cận mới được đề xuất bởi Brady và Cronin (2001), nghiên cứu này tìm hiểu sự hài lòng của các bệnh nhân đang khám tại các bệnh viện trực thuộc Trung Ương tại TP. Hồ Chí Minh đối với dịch vụ khám chữa bệnh. Dựa vào dữ liệu khảo sát có được từ 379 bệnh nhân đang điều trị tại các bệnh viện Thống Nhất, Chợ Rẫy và 175, các phép phân tích đánh giá độ tin cậy Cronbach's Alpha, phân tích nhân tố khám phá và hồi quy được sử dụng để xem xét và đánh giá mô hình được đề xuất. Kết quả nghiên cứu đã xác định được các yếu tố tác động đến việc cảm nhận chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân đối với các bệnh viện đa khoa trong thành phố. Các yếu tố của mô hình được sắp xếp lại nhằm đưa ra mô hình phù hợp hơn với cách cảm nhận và đánh giá của các bệnh nhân. Theo đó, sự hài lòng của bệnh nhân chịu tác động từ quá trình trải nghiệm của họ trong bệnh viện, môi trường nơi đó và các khoản chi phí họ phải bỏ ra.

Từ khóa: Sự hài lòng; dịch vụ; khám chữa bệnh; bệnh nhân; bệnh viện.

ABSTRACT

Using a new way to approach the perceived quality of service introduced by Brady and Cronin (2001), this study determines and measures key factors that affect patients' satisfaction in some general public hospitals in Ho Chi Minh City. Data were collected from 379 patients in Thống Nhất, Chợ Rẫy and 175 hospitals. Reliability analysis by Cronbach's alpha, EFA, and regression analysis were used to interpret the data and the proposed model. The result shows that, to accommodate this model to patients' perception in Ho Chi Minh City, some factors of the proposed model should be changed. Thus, the experience of patients during their stay in the hospitals, environment in hospitals and their medical expenses affect patients' satisfaction.

Keywords: Satisfaction; service; healthcare; patient; hospital.

1. Đặt vấn đề

Từ nhiều năm nay, các bệnh viện công, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương luôn rơi vào tình trạng quá tải, một giường chứa đến 2-3 người hoặc thậm chí có bệnh nhân còn phải nằm dưới gầm giường (Dân Trí, 2014; Tiền phong, 2014; VnExpress, 2014; Tuổi trẻ, 2015). Công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện công lên đến trên

110% (Tiền phong, 2014). Trước hiện trạng trên, vào năm 2013 Bộ Y tế đã ra thông tư 19/2013/TT-BYT để yêu cầu các bệnh viện thực hiện quản lý dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Theo thông tư, các giám đốc bệnh viện có trách nhiệm triển khai, tổ chức quản lý chất lượng bệnh viện, bố trí kinh phí cho các hoạt động quản lý chất lượng. Một trong các tiêu chí đánh giá sự cải thiện về chất lượng của các

¹ Trường Đại học Mở TP.HCM. Email: tndly@gmail.com

² PGS. TS, Trường Đại học Quốc tế - Đại học Quốc Gia TP.HCM. Email: luutruongvan@gmail.com

bệnh viện tại Việt Nam đó là xem xét dựa trên sự hài lòng của bệnh nhân (Hải & cộng sự, 2011; Nhã & cộng sự, 2011). Bài báo này trình bày các kết quả của nghiên cứu về sự hài lòng của bệnh nhân đối với các bệnh viện TP. Hồ Chí Minh theo mô hình thứ bậc của Brady và Cronin.

2. Cơ sở lý thuyết

2.1. Các khái niệm nghiên cứu và các nghiên cứu trước

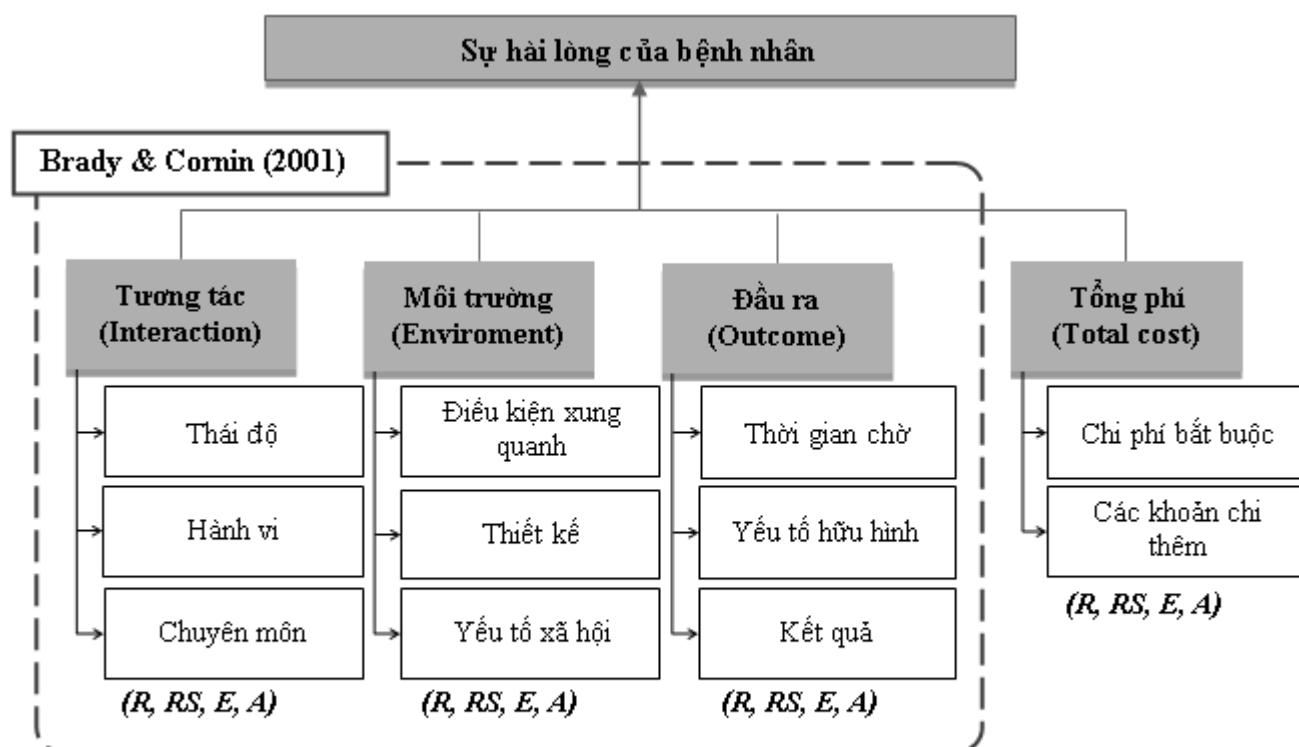
Trong những năm gần đây, chất lượng khám chữa bệnh được đánh giá không chỉ gói gọn ở chất lượng chuyên môn, mà đã mở rộng ra thành chất lượng dịch vụ (Dân & Phụng, 2012; Khôi & cộng sự, 2014; Ngân & Trang, 2014; Mận, 2014). Việc đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân dựa trên chất lượng khám chữa bệnh đã được áp dụng từ lâu trên thế giới, đặc biệt là ở các nước phát triển (Andaleeb, 2001; Chang & cộng sự, 2006; Atta, 2012).

Đối với ngành y tế và chăm sóc sức khỏe, theo Oliver (1997), sự hài lòng của bệnh nhân là việc thực hiện và đáp ứng các yêu cầu của bệnh nhân. Theo González và cộng sự (2005), có nhiều phương pháp để đo cảm nhận của bệnh nhân đối với chất lượng dịch vụ, ví dụ như làm các hộp thư đề xuất cho bệnh nhân đưa ra ý kiến giúp phát triển chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh; lập các phiếu khiếu nại; đánh giá định tính; kiểm tra theo kỳ... Tuy nhiên, việc đánh giá dựa trên bảng câu hỏi về sự hài lòng của bệnh nhân là phương pháp thông dụng nhất.

Việc sử dụng thang đo chất lượng dịch vụ trên thế giới hiện nay được chia làm hai xu hướng rõ rệt: xu hướng Bắc Âu (Nordic) và

xu hướng Mỹ (American) (Brady & Cronin, 2001). Các nghiên cứu theo trường phái Bắc Âu sử dụng các yếu tố mang tính cụ thể, và điển hình cho xu hướng này là nghiên cứu của Gronroos (1982), trong khi trường phái Mỹ đi theo hướng mô tả với các yếu tố đặc thù được trình bày trong nghiên cứu của Parasuraman và cộng sự (1985; 1988). Bên cạnh đó, cũng có những nghiên cứu kết hợp cả hai trường phái hoặc đi theo một trường phái hoàn toàn khác.

Brady và Cronin (2001) đã áp dụng SERVQUAL một cách toàn diện hơn khi kết hợp để đo các yếu tố cụ thể của trường phái Bắc Âu. Không chỉ dừng lại ở việc kết hợp hai trường phái lớn, mô hình được đề xuất bởi Brady và Cronin (2001) còn kết hợp thêm một số dạng mô hình khác. Xét trường phái Bắc Âu, bên cạnh việc đưa thêm yếu tố thứ 03 vào mô hình của Gronroos (1982) theo đề xuất của Rust và Oliver (1994), nhóm tác giả đã vận dụng mô hình thứ bậc của Dabholkar và cộng sự (1996) vào nghiên cứu. Đối với trường phái Mỹ, hai tác giả đã lồng ghép các yếu tố mô tả vào các biến quan sát của các thành phần thuộc bậc con trong mô hình. Brady và Cronin (2001) đã sử dụng 05 thành phần: tin cậy (R), đáp ứng (SP), cảm thông (E), đảm bảo (A) và các yếu tố hữu hình (T). Dù số lượng các nghiên cứu không nhiều như các mô hình kinh điển, mô hình chất lượng dịch vụ của Brady và Cronin cũng được đưa vào nghiên cứu trong lĩnh vực y tế. Dagger và cộng sự (2007) đã cho thấy rằng mô hình này phù hợp khi ứng dụng để đo lường cảm nhận của các bệnh nhân về chất lượng dịch vụ tại các trung tâm y tế tư nhân.



Hình 1. Mô hình nghiên cứu đề xuất với các biến quan sát được đo theo độ tin cậy (R), khả năng đáp ứng (RS), sự cảm thông (E) và tính đảm bảo (A)

2.2. Các giả thuyết và mô hình nghiên cứu

Mô hình Brady và Cronin (2001) mang tính kết hợp nhiều trường phái, đưa ra cái nhìn mới, cách tiếp cận chất lượng dịch vụ mới và toàn diện hơn. Theo Brady và Cronin (2001), chất lượng dịch vụ có 03 thành phần chính, mỗi thành phần chính cũng bao gồm 03 thành phần con mà trong đó thể hiện sự tin cậy, khả năng đáp ứng và sự đồng cảm của dịch vụ đó. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng chi phí cũng ảnh hưởng nhiều đến cảm nhận chất lượng dịch vụ của bệnh nhân (Andaleeb, 2000; 2001; Rosen, 2006; Pham & cộng sự, 2007; Khôi & cộng sự, 2014). Do đó, dựa theo bài báo của Andaleeb (2000; 2001), yếu tố chi phí được đưa vào mô hình để khảo sát. Từ những vấn đề nêu trên, nghiên cứu này được thực hiện dựa trên mô hình đề xuất trong Hình 1.

Tương tác (Interaction) ý chỉ chất lượng trong việc tương tác, trao đổi giữa nhân viên và khách hàng trong suốt quá trình cung cấp dịch vụ. Chất lượng tương tác bao gồm 03 thành phần con là thái độ (attitude), hành vi (behavior) và chuyên môn (expertise). Thái độ có thể được đánh giá qua sự thân thiện, niềm

nở của các nhân viên, trong khi hành vi được thể hiện qua các hành động như cách chào đón, cách cư xử đối với khách, và chuyên môn chính là khả năng, kiến thức mà các nhân viên cần phải có khi cung cấp dịch vụ.

Đầu ra (outcome) được Rust và Oliver (1994) đánh giá như sản phẩm của một dịch vụ. Theo Brady và Cronin (2001), thời gian chờ (waiting time), các yếu tố hữu hình (tangible) và kết quả (valence) là 03 yếu tố tác động đến cảm nhận về chất lượng đầu ra của dịch vụ. Thời gian chờ là các khoảng thời gian nhàn rỗi khách hàng cần phải bỏ ra để chờ đến khi được cung cấp dịch vụ; các yếu tố hữu hình ví dụ như các thiết bị hỗ trợ, các vật chứng cụ thể cho thấy được khách hàng đã sử dụng qua dịch vụ; và kết quả là những gì khách hàng đạt được sau khi sử dụng dịch vụ. Cần lưu ý rằng việc chờ đợi dù ít hay nhiều là không thể nào tránh khỏi, do vậy nghiên cứu của Brady và Cronin (2001) đã hướng thời gian chờ theo một hướng tích cực hơn, đó là họ đánh giá sự phù hợp của thời gian chờ: bệnh viện thăm khám đúng giờ hẹn trước, bệnh viện giám thời gian chờ đợi khi đăng ký

đến mức tối thiểu...

Tổng phí (Total cost) là yếu tố được đưa thêm vào mô hình. Theo một số quan điểm, phí phải trả hay giá cả của dịch vụ không tác động đến cảm nhận chất lượng dịch vụ cũng như sự hài lòng của khách hàng, và họ cho rằng phí hay giá cả chỉ là một sự đánh đổi giữa chất lượng và tiền bạc (Brady & Cronin, 2001; Fu & Wang, 2008). Đối với các nước đang phát triển, vì thu nhập của người dân còn chưa cao và đa phần các chương trình bảo hiểm y tế vẫn chưa thể hỗ trợ nhiều, nên chi phí khám chữa bệnh là một vấn đề luôn được quan tâm và cảm nhận về chất lượng dịch vụ của họ khá nhạy cảm với chi phí (Andaleeb & cộng sự, 2007). Theo nhóm tác giả trên, tổng phí bao gồm 02 loại: chi phí bắt buộc, hay còn được xem là chi phí phải trả trong suốt quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện như phí khám bệnh, kiểm tra, thuốc men, thuê giường bệnh; và các khoản chi thêm để được phục vụ tốt hơn.

3. Phương pháp nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu được chia thành 02 giai đoạn: định tính và định lượng. Bảng câu hỏi định tính được thiết kế dựa vào mô hình nghiên cứu với mục đích xây dựng, khám phá thang đo sơ bộ trên cơ sở của mô hình lý thuyết và mối quan hệ giữa các thành phần. Cuộc phỏng vấn sâu được thực hiện với 07 người đã và đang khám hoặc điều trị từ năm 2013 đến 2015 tại 03 bệnh viện đa khoa tuyến Trung Ương tại TP. Hồ Chí Minh: bệnh viện Quân y 175, Chợ Rẫy và Thống Nhất; không phỏng vấn những bệnh nhân đang hôn mê, có thể trạng quá yếu, hoặc có vấn đề về thần kinh.

Các câu hỏi định lượng được đề xuất dựa trên những kết quả thu được từ phỏng vấn định tính và các nghiên cứu tương tự (Brady & Cronin, 2001; Andaleeb, 2001; Gonzalé & cộng sự, 2005; Andaleeb & cộng sự, 2007; Fu & Wang, 2008; Tung & cộng sự, 2009; Hải & cộng sự, 2011; Nhã & cộng sự, 2011; Atta, 2012; Ngân & Trang, 2014). Mẫu nghiên cứu định lượng được chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Phỏng vấn viên trực tiếp phát bảng câu hỏi và hướng dẫn trả lời cho các đáp viên tại 03 bệnh viện nêu trên. Bảng câu hỏi định lượng được thiết kế theo thang đo Likert

05 điểm. Việc lấy mẫu được thực hiện bởi các phỏng vấn viên đã được hướng dẫn cụ thể về cách lấy thông tin và giải thích rõ bảng câu hỏi định lượng. Sau khi có được ý kiến của các bệnh nhân, những phiếu bị bỏ trống một trong những biến quan sát của mô hình, hay tất cả các câu trả lời có cùng một đáp án, hoặc đáp án được đánh theo một quy luật nhất định... sẽ bị loại bỏ. Trong đợt thu thập dữ liệu này, chúng tôi phát ra tổng cộng 400 bảng câu hỏi, và thu về được 379 bảng câu hỏi hợp lệ.

Dữ liệu ban đầu được đưa vào SPSS để kiểm định độ tin cậy, giá trị hội tụ và giá trị phân biệt bằng phân tích Cronbach's Alpha, phân tích nhân tố khám phá (EFA). Quá trình này được thực hiện nhiều lần để loại bỏ những biến không cần thiết và điều chỉnh lại thang đo. Để phân tích dựa theo mô hình, cần phải thực hiện qua hai bước: bước đầu tiên cần phân tích EFA cho các biến quan sát của các yếu tố thuộc nhóm cơ bản để xác định khả năng giải thích của 04 yếu tố này đối với sự hài lòng của bệnh nhân; bước tiếp theo sẽ phân tích EFA các yếu tố thuộc nhóm con của từng yếu tố cơ bản. Phân tích hồi quy được thực hiện để đánh giá mối quan hệ giữa các thành phần của chất lượng dịch vụ và các yếu tố khác lên sự hài lòng để từ đó kiểm định các giả thuyết được đặt ra thông qua thu thập dữ liệu mẫu.

4. Kết quả nghiên cứu và thảo luận

4.1. Phân tích nhân tố khám phá và Cronbach's Alpha

Chỉ tiêu đánh giá độ tin cậy là Cronbach's Alpha từ 0,6 trở lên, tương quan biến tổng trên 0,3 và trọng số của các yếu tố trong bảng xoay trên 0,4 đối với trường hợp khái niệm nghiên cứu mới, chỉ số KMO nằm trong khoảng từ 0,5 đến 1,0 (Trọng & Ngọc, 2008; Thọ, 2011).

Nhìn chung, kết quả thu được khi phân tích nhóm cơ bản có khác biệt so với mô hình gốc của Brady và Cronin (2001). Trong khi nhóm biến về môi trường và chi phí vẫn giữ nguyên, nhóm biến về tương tác và đầu ra gom lại thành 01 nhóm (Bảng 1). Dựa vào nội dung của các câu hỏi và sự gom nhóm của yếu tố khả năng tương tác và đầu ra, nhóm mới được đổi tên thành "Trải nghiệm". Sự trải nghiệm

này là một quá trình bao gồm những gì bệnh nhân trải qua và nhận được trong suốt quá trình điều trị, từ khả năng tương tác đối với các

nhân viên, điều dưỡng, bác sĩ,... đến những gì họ nhận được sau một khoảng thời gian khám và chữa bệnh ở bệnh viện.

Bảng 1. Kết quả phân tích nhân tố khám phá và Cronbach's Alpha của nhóm biến cấp cơ bản

Cấp cơ bản	Tên biến	Câu hỏi	Trọng số		
Trải nghiệm (Tương tác + Đầu ra) Cronbach $\alpha = 0.767$	Tương tác 1	Nhìn chung, tôi cho rằng cách tương tác, đối đãi của các nhân viên đối với tôi là tốt.	.563		
	Tương tác 2	Tôi đánh giá cao chất lượng tương tác của các nhân viên trong bệnh viện.	.728		
	Tương tác 3	Tôi dễ dàng tiếp cận với các nhân viên trong bệnh viện.	.669		
	Đầu ra 1	Tôi có những trải nghiệm tốt khi điều trị tại bệnh viện.	.579		
	Đầu ra 2	Tôi đánh giá cao những gì mà bệnh viện đã và đang cung cấp cho tôi.	.629		
	Đầu ra 3	Tôi thấy khoảng thời gian điều trị tại bệnh viện này nhìn chung là tốt.	.737		
Môi trường Cronbach $\alpha = 0.716$	Môi trường 1	Nhìn chung môi trường của bệnh viện được đánh giá là tốt.		.839	
	Môi trường 2	Môi trường trong bệnh viện có chất lượng cao.		.843	
Tổng phí Cronbach $\alpha = 0.672$	Tổng phí 1	Toàn bộ các khoản phí tôi phải trả (có và không có hóa đơn) để được khám và điều trị tại bệnh viện này là hợp lý.			.860
	Tổng phí 2	Toàn bộ các khoản phí tôi phải chi ra (có và không có hóa đơn) tương xứng với những gì bệnh viện cung cấp cho tôi.			.732
	Tổng phí 3	Tôi thấy các khoản phí phải chi (có và không có hóa đơn) khi khám và điều trị tại bệnh viện này là chấp nhận được.			.588

Việc phân tích nhân tố khám phá của các nhóm con cũng thay đổi theo sự thay đổi của các nhóm cơ bản. Trong khi các nhóm con thuộc nhóm môi trường và chi phí được giữ nguyên khi phân tích, các nhóm con thuộc nhóm tương tác và đầu ra được gom lại để chạy EFA và xoay nhân tố. Các biến trong các cấp con cũng được sắp xếp lại và phân thành các nhóm khác nhau.

Dựa theo trình tự sắp xếp và nội dung các câu hỏi, các biến tiềm ẩn được đặt tên lại cho phù hợp với khảo sát thực tế tại TP. Hồ Chí Minh. Nhóm biến con mới với tên gọi “Giao tiếp”, “Kết quả nhận được” và “Sự

chuyên nghiệp trong phục vụ” có nhiệm vụ mô tả rõ hơn biến cơ bản “Trải nghiệm”. Giao tiếp thể hiện cách thức và nội dung của thông tin được trao đổi giữa bệnh nhân và nhân viên trong bệnh viện, kết quả nhận được bao gồm cả những kết quả về tâm lý, thể chất lẫn những kết quả chẩn đoán bệnh nhân nhận được sau khi thăm khám, sự chuyên nghiệp trong phục vụ bao gồm cả chuyên môn của bác sĩ và những nhân viên khác trong bệnh viện.

Nhóm con thuộc yếu tố môi trường cũng có sự thay đổi so với mô hình gốc và được đặt lại tên thành “Không gian” và “Sinh hoạt”.

Không gian bao gồm những gì diễn ra xung quanh bệnh nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện và sinh hoạt bao gồm cả sinh hoạt của bản thân bệnh nhân cũng như của các bệnh nhân khác.

Yếu tố tổng phí được đưa thêm vào mô hình của Brady và Cronin (2001) dựa trên nghiên cứu của Andaleeb (2000; 2001; 2007). Và tương tự như nghiên cứu của Andaleeb và cộng sự (2007), sau khi khảo sát ý kiến, nhóm biến về chi phí bắt buộc và các khoản chi thêm hoàn toàn không thay đổi.

4.2. Phân tích hồi quy tuyến tính

Việc phân tích hồi quy được thực hiện theo thứ tự như khi phân tích khám phá. Với sự hài lòng được xem như biến phụ thuộc, và các biến thuộc cấp cơ bản được xem xét như các biến độc lập. Kết quả hồi quy trong Bảng 2 cho thấy mô hình đề xuất trong nghiên cứu này phù hợp với khảo sát thực tế (R^2 chuẩn hóa > 0.3 đối với mô hình có 02 đến 03 biến quan sát), và không xuất hiện hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến (R^2 không quá cao, đồng thời $VIF < 10$) (Trọng & Ngọc, 2008).

Bảng 2. Kết quả phân tích hồi quy cho các biến thuộc cấp cơ bản

	R^2 điều chỉnh	Sig.	β điều chỉnh
Quá trình trải nghiệm	.365	.000	.338
Môi trường		.000	.250
Chi phí		.000	.176

Để hiểu rõ hơn cảm nhận của bệnh nhân về các nhóm dịch vụ, phân tích hồi quy với

các nhóm biến thuộc cấp con được thực hiện và cho kết quả như trong Bảng 3.

Bảng 3. Kết quả phân tích hồi quy cho các biến thuộc cấp con

	R^2 điều chỉnh	Sig.	β điều chỉnh
Quá trình trải nghiệm	.541		
Cách giao tiếp		.000	.339
Kết quả nhận được		.000	.207
Sự chuyên nghiệp		.000	.330
Môi trường	.336		
Không gian		.000	.465
Sinh hoạt		.000	.186
Chi phí	.352		
Chi phí bắt buộc		.001	.154
Các khoản chi thêm		.000	.510

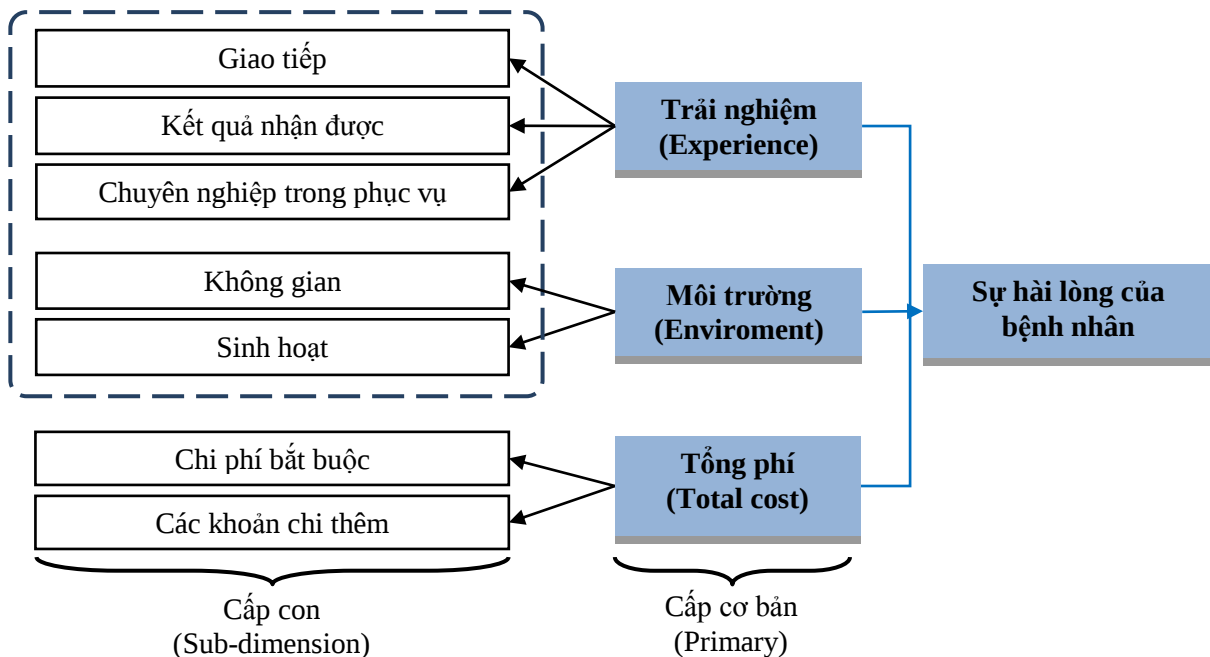
Đối với nhóm cảm nhận chất lượng trong quá trình trải nghiệm tại bệnh viện thì cách giao tiếp của các nhân viên đối với bệnh nhân, kết quả mà bệnh nhân nhận được, cũng như sự chuyên nghiệp trong phục vụ của họ nhìn chung đều đóng một vai trò quan trọng. Đối

với môi trường, không gian trong bệnh viện đóng vai trò quan trọng hơn hẳn trong việc cảm nhận chất lượng môi trường của bệnh nhân ($\beta = 0.465$). Sinh hoạt của bệnh nhân cũng góp phần trong việc đánh giá chất lượng tuy nhiên sức ảnh hưởng khá thấp ($\beta = 0.186$).

Tác động của các khoản chi thêm đến cảm nhận về chi phí của các bệnh nhân mạnh hơn hẳn các khoản phải chi, ngược với đánh giá của các bệnh nhân trong nghiên cứu của

Andaleeb và cộng sự (2007).

Dựa vào kết quả phân tích trên, mô hình nghiên cứu sau khi khảo sát thực tế được thay đổi như trong Hình 2.



Hình 2. Mô hình nghiên cứu sự hài lòng của bệnh nhân đối với các bệnh viện tại TP. Hồ Chí Minh sau khi khảo sát

4.3. Thảo luận kết quả nghiên cứu

Việc gom nhóm tương tác và đầu ra trong phân tích EFA có thể được lý giải rằng đối với các bệnh nhân, khả năng tương tác của họ với các nhân viên được xem như một phần của đầu ra, một phần của những gì họ nhận được trong suốt quá trình điều trị tại bệnh viện. Việc sắp xếp lại các nhân tố cấp cơ bản cũng xảy ra tương tự trong các nghiên cứu khác (Dagger & cộng sự, 2007; Caro & García, 2008), tuy nhiên, tùy theo từng ngành nghề, từng loại hình dịch vụ, từng quốc gia và địa phương khác nhau mà việc sắp xếp lại mô hình cũng khác nhau.

Đối với các nhóm con mô tả cụ thể quá trình trải nghiệm, việc gom các biến thành các nhóm mới cho thấy, trong suốt quá trình trải qua việc điều trị tại bệnh viện, điều khiến các bệnh nhân dễ dàng đánh giá được là những gì tác động một cách rõ ràng và trực tiếp đến họ. Trong nhóm giao tiếp, các biến ban đầu mô tả về thái độ của nhân viên gần như không mang

hiều ý nghĩa và bị loại bỏ gần hết, trong khi các biến mô tả về hành vi vẫn được giữ nguyên. Điều này có thể dễ dàng lý giải được vì thái độ của một người không thực sự trực quan, và việc đánh giá thái độ đó còn tùy thuộc tâm trạng của người đánh giá. Do vậy, việc đánh giá sẽ dễ dàng hơn khi thái độ đó được bộc lộ thành những hành động cụ thể, tương tự như nghiên cứu của Dagger và cộng sự (2007). Bên cạnh đó, kết quả thu được trong nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân không tách bạch giữa chất lượng về kỹ năng, tay nghề, kỹ thuật với chất lượng chức năng như nghiên cứu của tác giả Tung và Chang (2009), Dân và Phụng (2012). Đánh giá chuyên nghiệp của bệnh nhân đối với một bệnh viện không chỉ bao gồm các bác sĩ và điều dưỡng cần có chuyên môn cao, mà đồng thời các nhân viên hành chính cũng như các thiết bị sử dụng hỗ trợ cho việc phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh của bệnh nhân cũng cần thể hiện được sự chuyên nghiệp như: có uy tín

về thời gian, các thiết bị cần phải sạch sẽ... (Chang & cộng sự, 2006; Khôi & cộng sự, 2014). Theo đa số các nghiên cứu, kết quả sức khỏe bệnh nhân có cải thiện sau khi thăm khám hay không được đưa vào biến kiểm soát (Rahmqvist, 2001; González & cộng sự, 2005; Ngân & Trang, 2014). Tuy nhiên, điều này cũng có thể được xét ở một góc độ khác: đó là những gì bệnh nhân nhận được sau khi đi khám bệnh và điều trị (Brady & Cronin, 2001; Chang & cộng sự, 2006). Dưới góc nhìn đó, chất lượng về kết quả sau khi điều trị trong nghiên cứu này không chỉ là việc bệnh trạng của bệnh nhân có được cải thiện hay không mà còn được đánh giá qua nhiều yếu tố khác như việc họ nhận được những lời giải thích rõ ràng về bệnh tình của mình từ bác sĩ, cũng như từ các thiết bị chẩn đoán, hay việc họ nhận được sự chăm sóc của các bác sĩ sau khi điều trị.

Nhóm con mô tả yếu tố môi trường có sự thay đổi và được đặt tên lại cho thấy rằng các bệnh nhân không phân biệt rõ yếu tố nào liên quan đến xã hội, thiết kế hay điều kiện xung quanh, họ chỉ phân biệt rõ những yếu tố họ cảm nhận được: không gian trong bệnh viện, hay cụ thể là bầu không khí, âm thanh, vệ sinh, khả năng di chuyển...; và các sinh hoạt trong bệnh viện, tức là các việc liên quan đến sinh hoạt của bản thân bệnh nhân và cả sinh hoạt của các bệnh nhân khác xung quanh họ.

Ngược với kết luận của tác giả Fu và Wang (2008), nghiên cứu này chỉ ra rằng chất lượng về chi phí cũng có tác động đến sự hài lòng của các bệnh nhân, giải thích được khoảng 15% ý nghĩa của mô hình.

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu đã chỉ ra các biến quan sát mang yếu tố tin cậy, đảm bảo, an tâm và cảm thông sử dụng để miêu tả biến tiềm ẩn thuộc cấp con đã không còn sự phân biệt rõ ràng mà bị xáo trộn và lược bỏ bớt. Hiện tượng trên có thể lý giải rằng các đáp viên ghi nhận chất lượng dịch vụ theo hướng trực tiếp. Họ không phân biệt chất lượng dịch vụ đó nhằm hướng đến sự tin cậy, sự đảm bảo, sự an tâm hoặc cảm thông, mà chỉ quan tâm đến chất lượng của những nhóm cụ thể mà dịch vụ đó cung cấp, ví dụ như chất lượng của

việc giao tiếp giữa họ với các nhân viên, chất lượng trong những kết quả họ nhận được, chất lượng về sự chuyên nghiệp trong phục vụ, chất lượng về không gian và chất lượng sinh hoạt trong bệnh viện... Nghiên cứu về sự hài lòng của các bệnh nhân ở Bangladesh của tác giả Andaleeb và cộng sự (2007), và nghiên cứu về sự hài lòng đối với các bệnh viện tại Cần Thơ của Khôi và cộng sự (2014) cũng đưa ra được kết luận tương tự. Tuy nhiên, nếu bỏ qua không xét đến tên nhóm biến, chỉ xét đến tính chất của biến, ta có thể thấy rằng ngoại trừ nhóm biến thể hiện chất lượng sinh hoạt trong bệnh viện bị thiếu mất yếu tố đáp ứng, các nhóm biến còn lại đều bao gồm đầy đủ 04 tính chất về sự tin cậy, đảm bảo, an tâm và cảm thông của Parasuraman (1988). Có thể nói, mặc dù bệnh nhân không thể phân biệt rõ tính chất của các dịch vụ khi đánh giá nhưng họ vẫn nhận ra được sự cần thiết của 04 tính chất này, hay nói khác đi, họ cho rằng để xem xét và đánh giá chất lượng của một dịch vụ nào đó đều không thể thiếu 04 tính chất trên.

Dựa vào chỉ số β chuẩn hóa có được từ phân tích hồi quy nhóm cơ bản, có thể thấy các bệnh nhân cho rằng để đạt được sự hài lòng của họ, quá trình trải nghiệm đóng vai trò quan trọng hơn hẳn. Trong khi đó, dù cũng góp phần tác động đến sự hài lòng, yếu tố chi phí đóng vai trò ít quan trọng nhất trong 03 yếu tố thuộc nhóm cơ bản. Có thể thấy, không chỉ với các nước phát triển như Mỹ (Fu & Wang, 2008), người dân tại Việt Nam cũng quan tâm nhiều đến vấn đề họ thực sự trải qua và nhận được những gì trong suốt quá trình điều trị hơn là quan tâm đến việc họ phải trả bao nhiêu phí cho việc đó.

Xét riêng nhóm biến mô tả quá trình trải nghiệm, kết quả thu được trong bài phù hợp với cách giải thích về sự khác biệt giữa hai loại hình phòng khám và bệnh viện trong nghiên cứu của Tung và Chang (2009): bệnh nhân đánh giá cách giao tiếp tác động đến cảm nhận chất lượng nhỉnh hơn so với sự chuyên nghiệp trong dịch vụ, tương đồng với nghiên cứu của Cheng và cộng sự (2003) về các bệnh viện, và ngược lại với nghiên cứu theo hướng khảo sát các phòng khám Tung và Chang (2009). Nếu

cách giao tiếp và sự chuyên nghiệp có hệ số β cao và gần tương đương nhau thì yếu tố về kết quả nhận được có sự ảnh hưởng thấp hơn, nhưng cũng đóng góp một phần lớn đến cảm nhận về chất lượng của những gì bệnh nhân trải qua tại bệnh viện.

Đối với môi trường, không gian trong bệnh viện được đánh giá quan trọng hơn vấn đề sinh hoạt. Nhận định này có thể được lý giải rằng trong phần lớn thời gian điều trị tại bệnh viện, các bệnh nhân đều nằm trên giường bệnh, hầu hết các sinh hoạt của bệnh nhân đều có người thân giúp đỡ, trong khi những yếu tố về không gian xung quanh luôn tác động trực tiếp đến bệnh nhân dù ngày hay đêm, khi nghỉ ngơi lẫn khi đang thăm khám hoặc đang được chữa trị. Do đó, việc xem trọng vai trò của không gian trong việc cụ thể hóa yếu tố môi trường là điều hợp lý.

Tác động của các khoản chi thêm mạnh hơn chi phí bắt buộc là hoàn toàn phù hợp vì việc phải thanh toán viện phí và các vật tư khác là yêu cầu bắt buộc khi vào bệnh viện, chỉ những khoản chi thêm sẽ thể hiện rõ nét được chất lượng về chi phí dịch vụ thật sự của bệnh viện đó. Kết luận này một lần nữa khẳng định rằng đối với các bệnh nhân thì chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh quan trọng hơn chi phí (Andaleeb, 2001), và khi nói đến chi phí thì việc phải chi thêm đóng vai trò cốt yếu trong việc cảm nhận chi phí của bệnh nhân.

5. Kết luận

Từ mô hình do Brady và Cronin đề xuất (2001), sự hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ khám chữa bệnh của các bệnh viện đa khoa tuyến Trung Ương tại TP. Hồ Chí Minh được khảo sát và phân tích cụ thể. Mô hình sau khi điều chỉnh vẫn giữ nguyên yếu tố thứ bậc của nó, chỉ các nhóm trong bậc có sự thay đổi và phân chia lại. Mô hình thứ bậc hỗ trợ các nhà

quản lý tiếp cận với sự hài lòng của bệnh nhân theo nhiều hướng khác nhau, tùy theo mức độ mà họ quan tâm. Đồng thời, mô hình cũng hỗ trợ ban quản lý của bệnh viện nhận diện cụ thể hơn các vấn đề còn tồn đọng và cần lưu tâm xử lý.

Các phân tích thống kê cho thấy chất lượng trong suốt quá trình trải nghiệm của bệnh nhân tại bệnh viện đóng một vai trò rất quan trọng, cần phải tập trung nhiều nguồn lực vào việc cải thiện việc giao tiếp, tính chuyên nghiệp trong phục vụ và các kết quả trả về cho bệnh nhân. Môi trường trong bệnh viện có tác động không nhỏ đến sự hài lòng của bệnh nhân, trong đó quan trọng nhất là không gian trong bệnh viện và kế đến là các điều kiện hỗ trợ cho sinh hoạt của các bệnh nhân. Dù tầm ảnh hưởng không cao, vẫn không thể phủ nhận tổng phí mà các bệnh nhân cần phải bỏ ra cũng góp phần làm nên sự hài lòng của bệnh nhân đối với chất lượng khám chữa bệnh. Đặc biệt đối với các khoản chi thêm, cần phải có phương pháp để quản lý để tránh việc các nhân viên có chủ ý hạ thấp chuẩn chất lượng để mong nhận được các khoản chi này. Đối với các chi phí bắt buộc, do bệnh nhân chấp nhận phải chi trả các phí này nên tác động không quá cao, bệnh viện cần niêm yết hoặc báo giá cụ thể cho các bệnh nhân trước để chuẩn bị về tài chính.

Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ dừng ở phân tích nhân tố khám phá, cần thực hiện thêm phân tích nhân tố khẳng định CFA và chạy mô hình cấu trúc SEM để củng cố thêm tính phù hợp của mô hình. Ngoài ra, tham khảo sự hài lòng của bệnh nhân không thể phản ánh được toàn bộ các bình diện của dịch vụ khám chữa bệnh, vì vậy cần nghiên cứu thêm từ góc nhìn của các nhân viên trong bệnh viện về việc đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Andaleeb, S. S. (2000). Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. *Health Policy and Planning*, 15 (1), 95 - 102.
- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52, 1359 - 1370.

- Andaleeb, S. S., Siddiqui, N., & Khandakar, S. (2007). Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263 - 273.
- Atta, O. E. G. (2012). The Efficacy of Applying the Quality Measure of Health Service on the External Patient Satisfaction. *Management Review: An International Journal*, 7 (22), 81-110.
- Bộ Y tế (2013). *Thông tư 19/2013/TT-BYT về việc hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện*. Hà Nội: tháng 7 năm 2013.
- Bộ Y tế (2014). *Quyết định 246/QĐ-TTg về việc ban hành danh sách các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Bộ Y tế*. Hà Nội: tháng 12 năm 2014.
- Brady, M. K., & Cronin, J. J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *The Journal of Marketing*, 65 (3), 34 - 49.
- Caro, L. M., & García, J. A. M. (2008). Developing a multidimensional and hierarchial service quality model for the travel agency industry. *Tourism Management*, 29, 706 - 720.
- Chang, J. T., Hays, R. D., Shekelle, P. G., MacLean, C. H., Solomon, D. H., Reuben, D. B., ...Wenger, N. S. (2006). Patients' Global Ratings of Their Health Care Are Not Associated with the Technical Quality of Their Care. *Annals of Internal Medicine*, 144 (9), 665-672.
- Cheng, S. H., Yang, M. C., & Chiang, T. L. (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: Effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal of Quality in Health Care*, 15, 345-355.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56, 55 - 68.
- Dabholkar, P. A. (1996). Consumer evaluations of new technology-based self-service operations: an investigation of alternative models. *International Journal of Research in Marketing*, 13(1), 29 - 51.
- Dagger, S. T., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *Journal of Service Research*, 10 (2), 123 - 142.
- Dân Trí. (2014). *Bệnh viện công nên chuyển bệnh nhân sang bệnh viện tư?* Retrieved from <http://dantri.com.vn/suc-khoe/benh-vien-cong-nen-chuyen-benh-nhan-sang-benh-vien-tu-850063.htm>.
- Dân, L., & Phụng, N. T. K. (2012). Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa Đà Nẵng. *Tạp chí Phát triển Kinh tế - Xã hội Đà Nẵng*, 25, 13 - 17.
- Fu, A. Z., & Wang, N. (2008). Healthcare expenditures and patient satisfaction: cost and quality from the consumer's perspective in the US. *Current Medical Research and Opinion*, 24 (5), 1385 - 1394.
- González, N., Quintana, J. M., Bilbao, A., Escobar, A., Aizupuru, F., Thompson, A., ...Siera, A. E. D. L. (2005). Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (6), 465 - 472.
- Gronroos, C. (1982). *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration.

- Hải, T. N., Lê, N. T. T., Dung, D. T. M., Linh, N. T. M., Hạnh, L. T. H., Hình, V. N., & Chung, N. T. K. (2011). Kết quả ban đầu khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân điều trị tại khoa nội tổng hợp bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15 (4), 424 - 429.
- Ho, L. H., Feng, S. Y., & Yen, T. M. (2014). A New Methodology for Customer Satisfaction Analysis: Taguchi's Signal-to-Noise Ratio Approach. *Journal of Service Science and Management*, 7 (3), 235 - 244.
- Kang, G. D., & James, J. (2004). Service quality dimensions: an examination of Gronroos's servicequality model. *Managing Service Quality*, 14 (4), 266 - 277.
- Khattab, S. A. A., & Aldehayyat, J. S. (2011). Perceptions of Service Quality in Jordanian Hotels. *International Journal of Business and Management*, 6 (7), 226 - 233.
- Khôi, L. N. Đ, Thúy, N. V., & Nghi, Đ. H. (2014). Mô hình mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân đối với dịch vụ y tế của các bệnh viện tuyến quận huyện tại thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ*, 33, 94 - 101.
- Lee, M. C., & Hwan, I. S. (2005). Relationships among Service Quality, Customer Satisfaction and Profitability in the Taiwanese Banking Industry. *International Journal of Management*, 22 (4), 635 - 648.
- Mận, P. T. (2014). Nghiên cứu ảnh hưởng của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh đến sự hài lòng của bệnh nhân tại bệnh viện Phong - Da Liễu TW Quy Hoà. *Tạp chí Y học Thực Hành*, 920, 1-8.
- Ngân, L. T. K., & Trang, L. T. T. (2014). Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú về chất lượng dịch vụ tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ*, 31, 8-16.
- Nguyễn Tấn Dũng. (2014a). *Giới thiệu toàn cảnh cơ cấu tổ chức của Bộ Quốc phòng Việt Nam*. Retrieved from <http://nguyentandung.org/gioi-thieu-toan-can-ah-co-cau-to-chuc-cua-bo-quoc-phong-viet-nam.html>.
- Nguyễn Tấn Dũng. (2014b). *Giới thiệu toàn cảnh cơ cấu tổ chức của Bộ Công an Việt Nam*. Retrieved from <http://nguyentandung.org/gioi-thieu-toan-can-ah-co-cau-to-chuc-cua-bo-cong-an-viet-nam.html>.
- Nhã, N. V. T, Kiên, T. G., Anh, H. N. V., & Nga, C. N. (2011). Sự hài lòng của khách hàng với quy trình khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh bệnh viện Nhiệt Đới Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15 (1), 76 - 86.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill.
- 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.
- 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.
- Pham, H. H., Schrag, D., O'Malley, A. S., Wu, B., & Bach, P. B. (2007). Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 356 (11), 1130 - 1139.

- Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (5), 385 - 390.
- Rosen, A. B. (2006). Grounding coverage in value: a paradigm for linking quality and costs. *Medical Care*, 44, 497 - 498.
- Rust, R. T., & Oliver, R. L. (1994). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. CA: SAGE Publications, Inc..
- Teas, R. K. (1993). Expectations, Performance Evaluation and Consumers' Perceptions of Quality. *Journal of Marketing*, 57, 18-34.
- Thọ, N. Đ. (2011). *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong quản trị kinh doanh*. Hà Nội: Nhà Xuất Bản Lao Động Xã Hội.
- Tiền phong. (2014). *Lay lát bệnh viện tư*. Retrieved from <http://www.tienphong.vn/xa-hoi/lay-lat-benh-vien-tu-762635.tpo>.
- Trọng, H., & Ngọc, C. N. M. (2008). *Phân Tích Dữ Liệu Nghiên cứu với SPSS*. TP.HCM: Hồng Đức.
- Tung, Y. C. and Chang, G. M. (2009). Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (3), 206 - 213.
- Tuổi trẻ. (2015). *38 bệnh viện trung ương không còn nằm ghép năm 2015*. Retrieved from <http://tuoitre.vn/tin/chinh-tri-xa-hoi/20150121/38-benh-vien-trung-uong-khong-con-nam-ghiep-nam-2015/701484.html>.
- Vietnamplus. (2014). *Nỗ lực giảm quá tải các bệnh viện tại TP Hồ Chí Minh*. Retrieved from <http://www.vietnamplus.vn/no-luc-giam-qua-tai-cac-benh-vien-tai-tp-ho-chi-minh/245738.vnp>.
- VnExpress. (2014). *Bệnh viện tư tăng gấp 4 nhưng vắng người bệnh*. Retrieved from <http://vnexpress.net/tin-tuc/thoi-su/benh-vien-tu-tang-gap-4-nhung-vang-nguoi-benh-2964116.html>.