

CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI CÁC BỆNH VIỆN ĐA KHOA Ở HÀ NỘI

Phạm Thuỳ Giang
Học viện Ngân hàng
Email: giangpt@hvn.edu.vn

Ngày nhận: 2/3/2017
Ngày nhận bản sửa: 21/4/2017
Ngày duyệt đăng: 25/5/2017

Tóm tắt:

Bài nghiên cứu dựa trên nền tảng mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ SERVPERF đã phát triển mô hình nghiên cứu đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các bệnh viện đa khoa ở Hà Nội. Bằng việc kiểm định bộ thang đo với phương pháp phân tích hệ số Cronbach Alpha và nhân tố khám phá EFA, kết quả cho thấy có 4 nhân tố tác động ảnh hưởng đến mức độ đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhân gồm: Phương tiện hữu hình, sự sẵn sàng phục vụ, khả năng đáp ứng và sự tin cậy. Với mức độ tác động mạnh, các bệnh viện cần tập trung ưu tiên nâng cao chất lượng phương tiện hữu hình và sự sẵn sàng phục vụ để nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.

Từ khoá: Chất lượng dịch vụ, khám chữa bệnh, SERVPERF.

The medical examination and treatment service quality of hospitals in Hanoi

Abstract:

Based on SERVPERF model, the research develops a model to assess the medical examination and treatment service quality of hospitals in Hanoi. By testing the reliability of the model and using Explore Factor Analysis, the research finds out four factors affecting medical examination and treatment service quality of hospitals in Hanoi, including: Tangibles, Treatment with empathy, Responsiveness, Reliability. Because of strong affects of Tangibles and Treatment with empathy, hospitals should prioritize improving these factors in order to enhance the quality of medical examination and treatment services.

Keywords: Service quality, medical examination and treatment, SERVPERF.

1. Đặt vấn đề

Bộ Y tế vừa qua đã ban hành Thông tư 02/2017/TT-BYT ngày 15 tháng 3 năm 2017, quy định mức tối đa khung giá dịch vụ khám, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế (BHYT) trong cơ sở khám, chữa bệnh của Nhà nước và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám chữa bệnh trong một số trường hợp. Thành phố Hà Nội cũng tiến hành điều chỉnh giá viện phí bắt đầu từ ngày 1 tháng 8 năm 2017 với mức tăng khoảng 20% với đối tượng áp dụng viện phí mới là người bệnh chưa tham gia BHYT.

Mục đích của việc điều chỉnh giá này được Bộ Y tế và thành phố Hà Nội hướng tới sự bình đẳng về giá, không phân biệt về giá khám chữa bệnh giữa người bệnh có và không có BHYT trong cùng một bệnh viện. Việc tăng giá khám chữa bệnh giúp cho các bệnh viện được BHYT thanh toán theo cơ chế giá dịch vụ được tính đúng, tính đủ chi phí, cũng như đảm bảo các yếu tố cấu thành giá dịch vụ, góp phần cân bằng trong sự phát triển, mở rộng việc cung ứng các dịch vụ tại các bệnh viện so với các cơ sở y tế tư nhân. Tuy nhiên, thách thức đặt ra là song song với việc tăng giá dịch vụ khám chữa bệnh, các bệnh viện

cũng cần phải nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh để đáp ứng sự mong đợi của người dân. Bài nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh dưới góc nhìn của bệnh nhân dựa trên mô hình SERVPERF. Điều này giúp cho các bệnh viện đa khoa nói riêng, các cơ sở y tế khám chữa bệnh nói chung có thể xác định được các yếu tố mà bệnh nhân quan tâm, đánh giá có ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Từ đó, các cơ sở khám chữa bệnh có thể định hướng được các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.

2. Cơ sở lý thuyết và phương pháp nghiên cứu

2.1. Cơ sở lý thuyết

Theo tiêu chuẩn chất lượng Việt Nam – TCVN 5814-1994, trên cơ sở tiêu chuẩn ISO-9000 đã đưa ra định nghĩa: Chất lượng là tập hợp các đặc tính của một thực thể (đối tượng) tạo cho thực thể đó có khả năng thỏa mãn những yêu cầu đã nêu ra hoặc tiềm ẩn (Tổng cục tiêu chuẩn đo lường chất lượng, 1994). Ở đây, “khả năng thỏa mãn nhu cầu” là tiêu chí cơ bản nhất để đánh giá chất lượng. Chất lượng dịch vụ là một khái niệm trừu tượng, có nhiều cách hiểu khác nhau và được đo lường khác nhau tùy vào mỗi lĩnh vực. Parasuraman & cộng sự (1985) đã đánh giá 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. Đồng quan điểm với Parasuraman, Lewis & Booms (1983) cho rằng chất lượng dịch vụ là một sự đo lường mức độ dịch vụ được đưa đến khách hàng tương xứng với mong đợi của khách hàng tốt đến đâu. Việc tạo ra một dịch vụ chất lượng có nghĩa là đáp ứng mong đợi của khách hàng một cách đồng nhất.

Cùng với việc đưa ra định nghĩa về chất lượng dịch vụ, các học giả cũng đã nghiên cứu và đề xuất các mô hình, cách tiếp cận khác nhau để đánh giá chất lượng dịch vụ. Lehtinen & Lehtinen (1982) cho là chất lượng dịch vụ phải được đánh giá trên hai khía cạnh là: (1) quá trình cung cấp dịch vụ (process) và (2) kết quả của dịch vụ (output). Gronroos (1984) đưa ra mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ với hai thành phần của chất lượng dịch vụ, đó là: (1) chất lượng kỹ thuật, là những gì mà khách hàng thực tế nhận được và (2) chất lượng chức năng, là cách thức dịch vụ được cung cấp.

Parasuraman & cộng sự (1988) đã nghiên cứu và kiểm định trên nhiều lĩnh vực dịch vụ về việc ứng dụng thang đo các thành phần của chất lượng

dịch vụ trong đánh giá chất lượng dịch vụ. Từ đó, Parasuraman & cộng sự (1988), Zeithaml & cộng sự (1987) đã đưa ra mô hình SERVQUAL đánh giá chất lượng dịch vụ với năm thành phần cơ bản là: Sự tin cậy (reliability), khả năng đáp ứng (responsibility), năng lực phục vụ (assurance), sự đồng cảm (empathy) và tính hữu hình (tangibles) với 22 biến dựa trên hai khía cạnh là nhận thức và kỳ vọng của người tiêu dùng về chất lượng dịch vụ. Mặc dù bộ thang đo SERVQUAL đã được kiểm định về tính phù hợp trong đánh giá chất lượng dịch vụ ở nhiều ngành khác nhau. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác cũng chỉ ra từng thành phần trong bộ thang đo SERVQUAL có thể sẽ bị thay đổi ở từng ngành dịch vụ và từng quốc gia khác nhau (Cronin & Taylor, 1992). Chính vì vậy, Cronin & Taylor (1992) đã phát triển các đo lường hiệu suất của riêng mình, gọi là mô hình SERVPERF, dựa trên nền tảng mô hình SERVQUAL. Trên thực tế, SERVPERF đưa ra các thang đo là các thành phần nhận thức chưa được đánh giá của SERVQUAL, bao gồm 22 mục nhận thức, do đó không tính đến sự mong đợi hay kỳ vọng của khách hàng. Cũng trong nghiên cứu của mình, Cronin & Taylor (1992) cũng đã chứng minh sự phù hợp của SERVPERF khi đánh giá chất lượng dịch vụ hơn là mô hình SERVQUAL, đặc biệt là trong các lĩnh vực dịch vụ như ngân hàng, y tế, vệ sinh và đồ ăn nhanh...

Dịch vụ khám chữa bệnh hay còn gọi là dịch vụ y tế hay chăm sóc sức khỏe (healthcare) là một trong bốn dịch vụ xã hội cơ bản. Dịch vụ khám chữa bệnh, theo Cục quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế, là các dịch vụ được cung cấp bởi các cơ sở y tế được cấp phép cho bệnh nhân nhằm phát hiện, ngăn chặn, chữa trị các chứng bệnh cho bệnh nhân. Dịch vụ khám chữa bệnh có vai trò to lớn trong việc đảm bảo sức khỏe cho cộng đồng người dân. Thông qua dịch vụ khám chữa bệnh, người dân có thể phát hiện ra bệnh và có thể được chữa trị kịp thời để đảm bảo sức khỏe. Tùy theo điều kiện của các cơ sở y tế mà dịch vụ khám chữa bệnh được cung cấp cho bệnh nhân có phạm vi khác nhau. Đối với các bệnh viện đa khoa, các dịch vụ khám chữa bệnh thường rất đa dạng, bao trùm các đối tượng khác nhau, chủng loại bệnh khác nhau, các dịch vụ khám, điều trị nội, ngoại trú, dịch vụ điều dưỡng...

Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh là hình thức tổ chức các nguồn lực một cách hiệu quả nhất nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của những người có nhu cầu nhất nhằm mục đích phòng bệnh

và chăm sóc sức khỏe, an toàn, không gây lãng phí mà vẫn đảm bảo đáp ứng được các yêu cầu cao hơn (Ovretveit, 1998). Đối với dịch vụ y tế nói chung, dịch vụ khám chữa bệnh nói riêng, cũng đã có các nhà nghiên cứu dựa trên mô hình SERVQUAL hay SERVPERF để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Shafei & cộng sự (2015) đề xuất tám yếu tố liên quan đến chất lượng dịch vụ y tế như: dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, điều dưỡng, cơ sở và nhân viên, buồng phòng, bữa ăn, nhập và xuất viện. Brown & Swartz (1989) trong nghiên cứu của mình đã khám phá ra những khoảng trống có thể phát sinh từ sự nhận thức không nhất quán về sự mong đợi và kinh nghiệm giữa bệnh nhân và bác sĩ. Brown & Swartz (1989) đã xác định các khía cạnh chất lượng dịch vụ y tế đó là tính chuyên nghiệp, thông tin liên lạc, trách nhiệm nghề nghiệp, sự tương tác của bác sĩ, sự tương tác của nhân viên, năng lực khám chữa bệnh, thời gian tiện lợi và vị trí tiện lợi. Joby (1992) đề xuất rằng các khía cạnh chất lượng dịch vụ y tế là năng lực, uy tín, an ninh, lịch sự, giao tiếp, hiểu biết về người bệnh, khả năng truy cập (sự sẵn có). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của mình ở lĩnh vực nha khoa, Paul (2003) đã thực hiện so sánh giữa hai mô hình chất lượng dịch vụ SERVQUAL và SERVPERF, và đã chứng minh rằng mô hình SERVPERF ưu việt và tiện lợi hơn SERVQUAL trong lĩnh vực dịch vụ y tế nói chung. Astrid F.R. & Harimukti W. (2017), Byju K.P.M & Y.Srinivasulu (2014) cũng đã có những nghiên cứu ứng dụng đánh giá chất lượng dịch vụ dựa trên mô hình SERVPERF trong lĩnh vực dịch vụ khám chữa bệnh nói riêng và dịch vụ y tế nói chung của mình. Trong nghiên cứu của mình, Byju K.P.M & Y.Srinivasulu (2014) đo lường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh dựa trên cảm nhận của khách hàng. Như vậy, trên thực tế có nhiều mô hình đo lường, đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh được các học giả nghiên cứu, tuy nhiên, từ tổng quan nghiên cứu cho thấy mô hình SERVPERF là phù hợp và bài nghiên cứu này sẽ ứng dụng mô hình SERVPERF trong đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các bệnh viện đa khoa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tác giả sử dụng phương pháp điều tra phỏng vấn các bệnh nhân nội trú tại 5 bệnh viện đa khoa ở Hà Nội, gồm: bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Thanh Nhàn, bệnh viện Xanh Pôn, bệnh viện Việt Đức, bệnh viện E để thu thập dữ liệu sơ cấp. Bảng hỏi được thiết kế dựa trên bộ 21 mệnh đề phản ánh 5 khía cạnh của mô hình SERVPERF và 3 mệnh

đề phản ánh chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Các mệnh đề được thiết kế dùng thang đo Likert 5 điểm với điểm 1 là hoàn toàn không đồng ý tới 5 là hoàn toàn đồng ý. Các mệnh đề trong bảng hỏi được xây dựng dựa trên các nghiên cứu của Mostafa (2005), Amad & Samreen (2011), Byju K.P.M & Y. Srinivasulu (2014), Astrid F.R. & Harimukti W. (2017) và kết quả phỏng vấn sâu 5 bác sĩ và 5 bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện Bạch Mai (Bảng 1).

Để kiểm chứng mức độ tin cậy, phù hợp của bộ thang đo, tác giả sử dụng phương pháp phân tích hệ số Cronbach alpha và phương pháp phân tích nhân tố khám phá EFA. Mức độ ảnh hưởng của từng nhân tố tới chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh sẽ được xác định dựa trên phân tích hồi quy đa biến thông qua các hệ số B và Beta.

3. Kết quả và thảo luận

Từ kết quả phỏng vấn 300 bệnh nhân nội trú tại 5 bệnh viện, tác giả đã lọc và sử dụng được 265 bảng hỏi cung cấp đủ thông tin. Trong tổng số bệnh nhân tham gia trả lời có 54,2% là bệnh nhân nữ, 82,3% bệnh nhân có sử dụng bảo hiểm và 63,7% dự kiến điều trị dưới 1 tuần.

Áp dụng phương pháp Cronbach alpha để đánh giá mức độ tin cậy (reliability) của các thang đo. Phương pháp này cho phép loại bỏ các biến không phù hợp và hạn chế các biến rác trong quá trình nghiên cứu và đánh giá độ tin cậy của thang đo. Những biến có hệ số tương quan biến tổng (item-total correlation) nhỏ hơn 0,3 sẽ bị loại. Thang đo có hệ số Cronbach alpha từ 0,6 trở lên là có thể sử dụng được trong trường hợp khái niệm đang nghiên cứu mới. Theo Nunnally (1978), thang đo có Cronbach alpha lớn hơn 0,7 là có độ tin cậy cao.

Kết quả phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS cho thấy hệ số Cronbach alpha của các nhóm biến số đều lớn hơn 0,7. Như vậy, các thang đo được sử dụng có độ tin cậy cao. Tuy nhiên, do biến DC4 và DU4 có tương quan với biến tổng nhỏ hơn 0,3 nên cần phải loại khỏi bộ thang đo. 5 khía cạnh chất lượng đã được rút từ 21 biến quan sát xuống còn 19.

Kết quả phân tích 19 biến quan sát cho thấy KMO = 0,871 > 0,5, kiểm định Bartlett có p-value bằng 0,000 < 0,05 (Bảng 3), như vậy việc áp dụng phương pháp phân tích EFA là phù hợp đối với 19 biến số độc lập.

Kết quả phân tích EFA cho thấy các hệ số factor loading đều lớn hơn 0,5, các biến quan sát hội tụ hình thành 4 nhân tố, tổng khả năng giải thích của

Bảng 1: Các biến quan sát

STT	Mã	Nội dung câu hỏi điều tra
I		
Sự tin cậy		
01	TC1	Anh/chị tin tưởng vào chuẩn đoán và phương pháp điều trị của bệnh viện.
02	TC2	Anh/chị thấy bệnh viện cố gắng không xảy ra sai sót khi thực hiện điều trị cho bệnh nhân.
03	TC3	Anh/chị thấy chất lượng khám chữa bệnh được đảm bảo đúng như thông báo của bệnh viện.
04	TC4	Anh/chị cảm thấy hoạt động khám chữa bệnh được thực hiện một cách chính xác ngay từ đầu.
05	TC5	Anh/chị thấy bệnh viện thực hiện đúng như cam kết của bệnh viện.
II		
Năng lực phục vụ		
06	PV1	Anh/chị thấy các bác sĩ không bao giờ tỏ ra quá bận đến mức không đáp ứng những yêu cầu của anh/chị
07	PV2	Anh/chị được phục vụ theo đúng thứ tự xếp hàng
08	PV3	Anh/chị thấy các y bác sĩ tại bệnh viện luôn sẵn lòng giúp đỡ người bệnh.
09	PV4	Anh/chị cảm thấy các yêu cầu luôn được đáp ứng đầy đủ và kịp thời.
III		
Đồng cảm		
10	DC1	Anh/chị thấy các y bác sĩ khám bệnh biết chăm sóc y tế tới từng người bệnh.
11	DC2	Anh/chị cảm thấy rằng y bác sĩ luôn hiểu được những lo lắng, nhu cầu đặc biệt của người bệnh.
12	DC3	Anh/chị cảm thấy rằng người bệnh được đối xử, chăm sóc nhiệt tình, chu đáo.
13	DC4	Anh/chị thấy thời gian thực hiện khám chữa bệnh thuận tiện đối với người bệnh.
IV		
Khả năng đáp ứng		
14	DU1	Anh/chị thấy cách cư xử của y bác sĩ tạo niềm tin cho người bệnh.
15	DU2	Anh/chị cảm thấy an toàn khi thực hiện khám chữa bệnh cho bệnh nhân tại bệnh viện.
16	DU3	Anh/chị cho rằng tại bệnh viện luôn có những y, bác sĩ giỏi.
17	DU4	Anh/chị cho rằng nhân viên y tế có chuyên môn tốt để trả lời những câu hỏi của người bệnh.
V		
Phương tiện hữu hình		
18	HH1	Anh/chị thấy bệnh viện luôn được vệ sinh sạch sẽ.
19	HH2	Anh/chị thấy trang phục của nhân viên bệnh viện gọn gàng, lịch sự.
20	HH3	Anh/chị thấy các trang thiết bị phục vụ khám chữa bệnh hiện đại, hoạt động tốt.
21	HH4	Anh/chị thấy cơ sở vật chất của bệnh viện đảm bảo phục vụ tốt việc khám, chữa bệnh.
VI		
Chất lượng dịch vụ		
22	CL1	Anh/chị đánh giá chung về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện.
23	CL2	Anh/chị sẽ giới thiệu cho người thân đến khám chữa bệnh tại bệnh viện anh/chị đang khám.
24	CL3	Nếu cần khám chữa bệnh, anh/chị sẽ quay lại bệnh viện này để khám chữa bệnh

4 nhân tố bằng $60,841\% > 50\%$ (Bảng 4). Như vậy, các tiêu chuẩn khi sử dụng phân tích khám phá nhân tố đều phù hợp với tập dữ liệu nghiên cứu.

Thực hiện phép xoay các nhân tố, kết quả cho thấy nhóm biến số năng lực phục vụ và đồng cảm được ghép thành 1 nhân tố – được đặt tên sẵn sàng phục vụ. Biến quan sát HH4 cần loại khỏi mô hình vì không thể hiện rõ khả năng phản ánh ở nhân tố Sẵn sàng phục vụ (coefficients = 0,395) hay nhân tố đáp ứng (coefficients = 0,372) (Bảng 5).

Sau khi biến HH4 bị loại khỏi mô hình, 5 khía cạnh chất lượng theo khung lý thuyết được đo lường bởi 18 biến và được phân tích lại bằng phương pháp EFA. Kết quả cho thấy 18 biến quan sát được nhóm gộp thành 4 nhân tố: sự tin cậy, sẵn sàng phục vụ, khả năng đáp ứng và hữu hình. Bốn nhân tố này có khả năng giải thích bằng 62,343%.

Áp dụng tương tự khi phân tích 3 biến quan sát đối với biến phụ thuộc – chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Kết quả cho thấy 3 biến CL1, CL2, CL3

Bảng 2: Hệ số Cronbach Alpha của từng nhóm biến số

Nhóm biến quan sát	Hệ số Cronbach Alpha
Sự tin cậy	0,764
Năng lực phục vụ	0,758
Đồng cảm	0,745
Khả năng đáp ứng	0,733
Phương tiện hữu hình	0,787
Chất lượng dịch vụ	0,859

Nguồn: Phân tích từ kết quả khảo sát.

Bảng 3: Kiểm định KMO và Bartlett's các biến độc lập

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,871
Approx. Chi-Square		2265,968
Bartlett's Test of Sphericity	df	171
	Sig.	,000

Nguồn: Phân tích từ kết quả khảo sát

Bảng 4: Tổng khả năng giải thích của các biến độc lập

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,496	34,190	34,190	6,496	34,190	34,190
2	2,273	11,964	46,154	2,273	11,964	46,154
3	1,645	8,659	54,813	1,645	8,659	54,813
4	1,145	6,028	60,841	1,145	6,028	60,841
5	,995	5,235	66,076			
6	,847	4,460	70,535			
7	,651	3,428	73,964			
8	,643	3,383	77,347			
9	,565	2,972	80,319			
10	,551	2,901	83,220			
11	,520	2,737	85,957			
12	,490	2,578	88,535			
13	,415	2,183	90,719			
14	,381	2,003	92,722			
15	,370	1,947	94,669			
16	,344	1,809	96,478			
17	,297	1,563	98,041			
18	,240	1,263	99,304			
19	,132	,696	100,000			

Nguồn: Phân tích từ kết quả khảo sát.

được gộp về 1 nhân tố Chất lượng với khả năng giải thích bằng 77,958%.

Thực hiện phân tích hồi quy bội giữa 4 biến độc lập là 4 nhân tố đã được xác định và biến phụ thuộc là chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh cho thấy hệ số R^2 hiệu chỉnh (Adjusted R^2) = 0,771 nghĩa là mô hình hồi quy tuyến tính bội đã xây dựng phù hợp với tập dữ liệu là 77,1%. Nói cách khác, khoảng 77,1% khác

biệt của mức độ đánh giá chất lượng khám chữa bệnh của bệnh nhân có thể được giải thích bởi sự khác biệt của 4 nhân tố từ kết quả nghiên cứu (Bảng 6).

Bảng 7 cho thấy 4 nhân tố có hệ số Significant < 5% và được đánh giá là phù hợp với mô hình phân tích hồi quy bội. Hệ số Beta của 4 nhân tố: HH = 0,421, SSPV = 0,419, DU = 0,238 và TC = 0,140 cho thấy mức độ ảnh hưởng của các nhân tố tới chất

Bảng 5: Ma trận xoay các nhân tố

	Component			
	1 Sẵn sàng phục vụ	2 Tin cậy	3 Hữu hình	4 Đáp ứng
TC1		,522		
TC2		,733		
TC3		,676		
TC4		,802		
TC5		,717	,303	
PV1	,700			
PV2	,684			
PV3	,676			
PV4	,754			
DC1	,795			
DC2	,834			
DC3	,672			
DU1				,717
DU2				,717
DU3				,754
HH1			,899	
HH2			,839	
HH3			,687	
HH4	,395			,372

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Nguồn: Phân tích từ kết quả khảo sát

Bảng 6: Tóm tắt mô hình

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,880 ^a	,774	,771	,26763

a. Predictors: (Constant), HH, mTC, SSPV, mDU

Nguồn: Phân tích từ kết quả khảo sát

lượng dịch vụ khám chữa bệnh ở các bệnh viện ở Hà Nội.

4. Kết luận và khuyến nghị giải pháp

Như vậy kết quả mô hình nghiên cứu cho thấy, có 4 nhân tố tác động đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ở các bệnh viện đa khoa ở Hà Nội với các mức độ ảnh hưởng khác nhau. Theo thứ tự tác động giảm dần, 4 nhân tố tác động tới chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các bệnh viện đa khoa ở Hà Nội gồm: phương tiện hữu hình, sẵn sàng phục vụ, khả

năng đáp ứng, sự tin cậy.

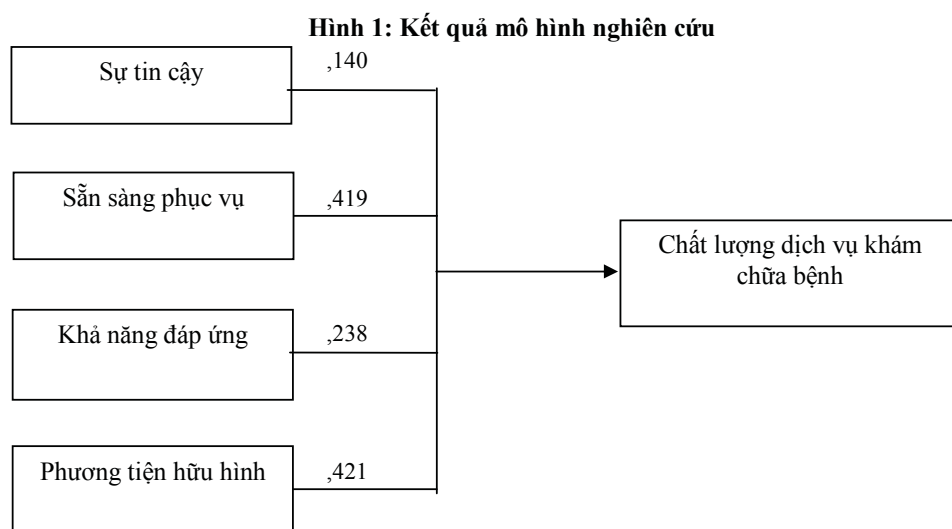
Bệnh nhân đánh giá các yếu tố phản ánh chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ở bệnh viện dựa nhiều vào các yếu tố mà họ trực tiếp bằng trực giác quan sát được. Vì vậy, các yếu tố về trang thiết bị, cơ sở vật chất, phòng điều trị, vệ sinh là những yếu tố quan tâm đầu tiên. Trong quá trình được thăm khám và điều trị, bệnh nhân được tiếp xúc nhiều với đội ngũ y, bác sỹ. Họ đánh giá được chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh thông qua sự chu đáo, nhiệt tình của đội

Bảng 7: Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-,267	,151		-1,769	,078
1 TC	,138	,131	,140	1,216	,025
SSPV	,399	,033	,419	12,131	,000
DU	,236	,037	,238	6,423	,000
HH	,341	,028	,421	12,039	,000

a. Dependent Variable: CL

Nguồn: Phân tích từ kết quả khảo sát



Nguồn: Tổng hợp từ kết quả nghiên cứu.

ngũ y, bác sỹ cũng như cảm nhận về chuyên môn của đội ngũ y, bác sỹ. Đây chính là những yếu tố có tác động mạnh tới cảm nhận chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của các bệnh viện đa khoa ở Hà Nội.

Để nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, các bệnh viện cần tập trung ưu tiên nâng cao chất lượng các phương tiện hữu hình như cơ sở vật chất, trang thiết bị, vệ sinh môi trường, giảm tình trạng quá tải ở các bệnh viện; đảm bảo khả năng sẵn sàng phục vụ của bệnh viện bao gồm năng lực chuyên môn, thái độ phục vụ của đội ngũ y, bác sỹ, sự quan tâm tới bệnh nhân.

Với mức độ tác động mạnh nhất của phương tiện hữu hình (Hệ số Beta = 0,421) sự thay đổi các khía cạnh của phương tiện hữu hình sẽ có ảnh hưởng lớn đến chất lượng dịch vụ. Tuy nhiên, ở khía cạnh này, biến quan sát “Cơ sở vật chất của bệnh viện đảm bảo phục vụ tốt việc khám, chữa bệnh” chỉ đạt 2,47 điểm bình quân trên thang đo 5 điểm. Vì vậy, việc tăng

cường thêm cơ sở vật chất, phòng điều trị, giường bệnh sẽ có tác động mạnh tới đánh giá của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh. Các khía cạnh khác của phương tiện hữu hình đang được đánh giá ở mức trung bình khá như vệ sinh (3,89 trên 5), trang thiết bị hiện đại (3,52 trên 5). Như vậy, những khía cạnh này nếu tiếp tục tăng cường sẽ ảnh hưởng tích cực tới chất lượng dịch vụ nhưng dư địa không còn nhiều như điều kiện về phòng bệnh, giường bệnh.

Tương tự, ở nhân tố sẵn sàng phục vụ có mức độ tác động mạnh (Hệ số Beta = 0,419) nhưng hiện cũng chưa được bệnh nhân đánh giá cao. Những khía cạnh bệnh nhân còn đánh giá chưa tốt gồm: Y sỹ, bác sỹ luôn hiểu được những lo lắng, nhu cầu đặc biệt của người bệnh (2,89 trên 5); người bệnh được đối xử, chăm sóc nhiệt tình, chu đáo (3,12); cách cư xử của y bác sỹ tạo niềm tin cho người bệnh (3,37 trên 5). Cũng vì tình trạng quá tải của các bệnh viện

mà sự thăm khám chu đáo đến từng bệnh nhân của bác sỹ khó được thực hiện, sự thấu hiểu của bác sỹ đối với bệnh nhân cũng chưa được thấu đáo. Sự tiếp xúc và chăm sóc dựa nhiều vào đội ngũ y tá, điều dưỡng viên của bệnh viện. Sự đánh giá chưa cao của người bệnh về cách cư xử, chăm sóc cần được khắc phục ở cả khía cạnh về chuyên môn và kỹ năng phục vụ. Đối với đội ngũ bác sỹ, cần được đào tạo cập nhật

chuyên môn, cần có thái độ ân cần khi khám và chữa cho bệnh nhân để tạo niềm tin cho bệnh nhân. Đội ngũ y tá, điều dưỡng cần được bồi dưỡng thêm về kỹ năng giao tiếp, kỹ năng chăm sóc và phục vụ bệnh nhân. Đồng thời cần có cơ chế giám sát với sự tham gia của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về thái độ và tinh thần phục vụ của đội ngũ y tá, điều dưỡng viên của bệnh viện.

Tài liệu tham khảo

- Ahmed, R. & Samreen, H. (2011), 'Assessing the service quality of some selected hospitals in Karachi based on the SERVQUAL model', *Pakistan business review*, 32(5), 266-314.
- Astrid, F.R. & Harimukti, W. (2017), 'Developing healthcare service quality model using SERVPERF scale: An application to the inpatient department at a private hospital in Bogor', *Journal of business and management*, 6(1), 56-65.
- Bộ Y tế (2017), *Thông tư số 02/2017/TT-BYT quy định mức tối đa khung giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế trong các cơ sở khám, chữa bệnh của Nhà nước và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp*, ban hành ngày 15 tháng 3 năm 2017.
- Brown, S.W. & Swartz, T.A. (1989), 'A gap analysis of professional service quality', *The journal of marketing*, 53(2), 92-98.
- Byju, K.P.M & Y. Srinivasulu (2014), 'Measuring service quality in private healthcare using SERVPERF scale', *Journal of management research*, 2(1), 337-349.
- Cronin, Jr.J.J. & Taylor, S.A. (1992), 'Measuring service quality: a reexamination and extension', *The journal of marketing*, 56(3), 55-68.
- Grönroos, C. (1984), 'A service quality model and its marketing implications', *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Joby, J. (1992), 'Patient satisfaction: the impact of past experience', *Marketing Health Services*, 12(3), 56-64.
- Lehtinen, U. & Lehtinen, J.R. (1982), *Service quality: a study of quality dimensions*, unpublished working paper, Service Management Institute, Helsinki.
- Lewis, R.C. & Bernard, H.B. (1983), 'The marketing of service quality', in *Emerging perspectives on service marketing*, Berry L., G. Shostock & G. Upah (eds.), American Marketing Association, Chicago, 99-107.
- Mostafa, M.M. (2005), 'An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals', *International journal of health care quality assurance*, 18(7), 516-532.
- Nunnally, Jum. (1978), *Psychometric methods*, 2nd Edition, McGraw-Hill, New York.
- Ovretveit, J. (1998), *Evaluating health interventions: an introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions*, McGraw-Hill International.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985), 'A conceptual model of service quality and its implications for future research', *The journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988), 'Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc', *Journal of retailing*, 64(1), 12-40.
- Paul, P. David (2003), 'What is the best approach for measuring service quality of periodontists?', *Clinical research and regulatory affairs*, 20(4), 457-468.
- Shafei, I., Walburg, J.A. & Taher, A.F. (2015), 'Healthcare service quality: what really matters to the female patient?', *International journal of pharmaceutical and healthcare marketing*, 9(4), 369-391.
- Tổng cục tiêu chuẩn đo lường chất lượng (1994), *TCVN 5814-1994: Quản lý chất lượng và đảm bảo chất lượng - Thuật ngữ và định nghĩa*, Hà Nội.
- Zeithaml, V.A. (1987), 'Defining and relating prices, perceived quality and perceived value', *Working paper*, Marketing Science Institute, Cambridge, MA.