

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh với chất lượng khám chữa bệnh tại các bệnh viện công ở TP Hồ Chí Minh

Nguyễn Thị Ngọc Phương^{1*}, Nguyễn Thị Cẩm Hồng², Nguyễn Thị Hồng Thúy³, Nguyễn Thanh Phong²

¹Trường Đại học Tiền Giang

²Bệnh viện Chợ Rẫy, TP Hồ Chí Minh

³Trung tâm Y tế Quận 3, TP Hồ Chí Minh

Ngày nhận bài 5/7/2021; ngày chuyển phản biện 9/7/2021; ngày nhận phản biện 12/8/2021; ngày chấp nhận đăng 16/8/2021

Tóm tắt:

Nghiên cứu xác định và đo lường các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng (SHL) của người bệnh về chất lượng khám chữa bệnh (KCB) ở các bệnh viện công tại TP Hồ Chí Minh. Dữ liệu được thu thập từ 369 người bệnh đến KCB tại các bệnh viện công thông qua bảng hỏi được thiết kế sẵn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Các thống kê mô tả, đánh giá độ tin cậy qua hệ số Cronbach's Alpha, phân tích nhân tố khám phá (EFA) và phân tích hồi quy đa biến đã được sử dụng. Kết quả cho thấy, có 6 yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh với chất lượng khám chữa bệnh tại các bệnh viện công trên địa bàn TP Hồ Chí Minh, được sắp xếp theo thứ tự từ cao xuống thấp như sau: (1) Sự quan tâm phục vụ người bệnh (QT), (2) Cơ sở vật chất (VC), (3) Chi phí khám chữa bệnh (CP), (4) Thủ tục khám chữa bệnh (TT), (5) Hiệu quả công tác khám chữa bệnh (HQ) và (6) Các dịch vụ hỗ trợ (DV). Từ đó, nhóm tác giả đề xuất một số giải pháp giúp nâng cao SHL của người bệnh khi đến KCB tại các bệnh viện công ở TP Hồ Chí Minh, đồng thời cung cấp thêm bằng chứng giúp Bộ Y tế hiệu chỉnh bộ công cụ khảo sát SHL của người bệnh phù hợp hơn trong bối cảnh hiện nay.

Từ khóa: các bệnh viện công, sự hài lòng của người bệnh, TP Hồ Chí Minh, yếu tố ảnh hưởng.

Chỉ số phân loại: 3.5

Đặt vấn đề

KCB là một trong những nhiệm vụ quan trọng bậc nhất của bệnh viện công lẫn bệnh viện tư [1]. Chất lượng dịch vụ KCB là mức độ đạt được các mục tiêu cơ bản của bệnh viện và khả năng đáp ứng kỳ vọng của người bệnh [2]. Chất lượng KCB tốt, dịch vụ y tế an toàn, thủ tục đơn giản, chi phí phù hợp và hiệu quả trong công tác KCB sẽ mang lại SHL cho nhiều người bệnh [3-5]. Để thực hiện nhiệm vụ này, các bệnh viện cần có đội ngũ nhân sự chuyên nghiệp, trang thiết bị bảo đảm an toàn, tổ chức chặt chẽ... [6, 7].

Là một trong những đơn vị đi đầu cả nước về lĩnh vực cung cấp các dịch vụ y tế như chăm sóc sức khỏe, công tác KCB, đào tạo nguồn nhân lực y tế, TP Hồ Chí Minh tập trung ở 25 bệnh viện, 2 viện và 1 trung tâm công hạng I; 23 bệnh viện và 3 trung tâm công hạng II; 5 bệnh viện và khu điều trị công hạng III và 3 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế. Ngoài ra, có 56 bệnh viện tư với 4.222 giường bệnh [8]. Kể từ năm 2017, hơn 50 bệnh viện tại TP Hồ Chí Minh đang dần thực hiện mô hình tự chủ tài chính [9] nhưng vẫn xem quản lý chất lượng dịch vụ KCB là nhiệm vụ trọng tâm, thường xuyên, liên tục cải tiến trên cơ sở pháp luật, khoa học, đáp ứng nhu cầu nâng cao chất lượng bệnh viện. Trong những năm gần đây, các bệnh viện công trên địa bàn TP Hồ

Chí Minh xác định SHL của người bệnh là thước đo chất lượng các dịch vụ bệnh viện, từng bước đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh [10]. Hệ thống các bệnh viện công tại TP Hồ Chí Minh có sự cải thiện rõ rệt, số lượt KCB năm 2019 vượt hơn 50 triệu lượt (tăng 12,1% so với năm 2018) [11], tuy nhiên cũng còn tồn tại nhiều bất cập, ảnh hưởng đến SHL của người bệnh như cách giao tiếp, ứng xử của nhân viên bệnh viện, trang thiết bị hỗ trợ, trình độ năng lực và tay nghề của đội ngũ y, bác sĩ, thủ tục KCB... [7, 12].

Có thể nói, sự gia tăng nhanh chóng số lượng bệnh viện tư hiện nay là hồi chuông cảnh tỉnh cho các bệnh viện công trong việc cung cấp các dịch vụ y tế, đặc biệt là nâng cao chất lượng dịch vụ KCB, làm hài lòng và thu hút nhiều người bệnh sử dụng dịch vụ bệnh viện. Tuy nhiên, các nghiên cứu để xác định những yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh với chất lượng KCB một cách bài bản, nghiêm túc và khoa học còn hạn chế. Do vậy, nghiên cứu này là hết sức cần thiết, đúng theo tinh thần của Bộ Y tế “các bệnh viện phải thường xuyên đánh giá SHL của người bệnh”, từ đó đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng KCB tại các bệnh viện công trên địa bàn TP Hồ Chí Minh, đồng thời nghiên cứu và cung cấp thêm bằng chứng giúp Bộ Y tế hiệu chỉnh bộ công cụ khảo sát SHL của người bệnh phù hợp hơn với bối cảnh hiện nay.

*Tác giả liên hệ: Email: ngocphuongtgu@gmail.com

Factors affecting patient satisfaction with the quality of medical examination and treatment of public hospitals in Ho Chi Minh city

Thi Ngoc Phuong Nguyen^{1*}, Thi Cam Hong Nguyen²,
Thi Hong Thuy Nguyen³, Thanh Phong Nguyen²

¹Tien Giang University

²Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh city

³Health Centre District 3, Ho Chi Minh city

Received 5 July 2021; accepted 16 August 2021

Abstract:

The research identified the factors affecting patient satisfaction with the quality of medical examination and treatment of public hospitals in Ho Chi Minh city. Data was collected from 369 patients who used medical examination and treatment services in public hospitals through a pre-designed questionnaire using the convenient sampling method. Descriptive statistical methods, reliability testing through Cronbach's Alpha, exploratory factor analysis (EFA), and multiple linear regression were used in this study. Research results showed that six factors affecting patient satisfaction with the quality of medical examination and treatment at public hospitals in Ho Chi Minh city are arranged in order from the highest to lowest as follows: (1) respect and caring, (2) facilities, (3) costs of medical examination and treatment, (4) medical examination and treatment procedures, (5) effectiveness of medical examination and treatment, and (6) other support services. As a result, the research raised some solutions to help improve patient satisfaction with medical examination and treatment of public hospitals in Ho Chi Minh city and provided more evidence to assist the Ministry of Health to enhance the Patient Experience Survey Toolkit more appropriately in the current context.

Keywords: factors affecting, Ho Chi Minh city, patient satisfaction, public hospitals.

Classification number: 3.5

Cơ sở lý thuyết và mô hình nghiên cứu

Cơ sở lý thuyết

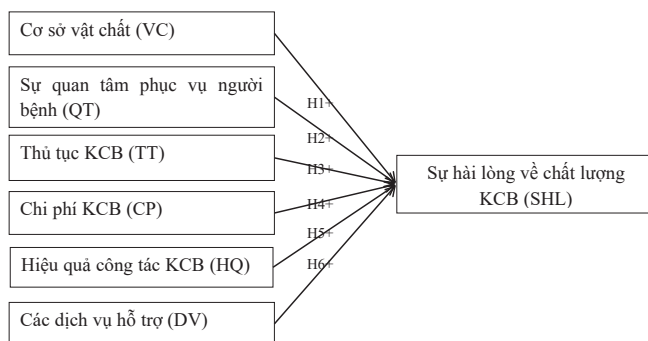
Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), bệnh viện là cơ sở cung cấp các dịch vụ y tế như khám, điều trị, chăm sóc, bảo vệ sức khỏe của người bệnh và là nơi đào tạo nhân lực phục vụ lĩnh vực y tế. Chất lượng KCB là một trong những dịch vụ y tế, là kết quả của các hoạt động tương tác giữa bệnh viện và người bệnh, không chỉ đáp ứng nhu cầu về sức khỏe cho người bệnh [6] mà còn giúp bệnh viện tồn tại và phát triển [12]. Mức độ hài lòng của người bệnh với chất lượng KCB là những đánh giá dựa vào việc sử dụng dịch vụ tại bệnh viện [13], là sự so sánh giữa giá trị mong đợi trước khi sử dụng dịch vụ với giá trị nhận được trong khi sử dụng dịch vụ của người bệnh [14]. SHL của người bệnh là kết quả tổng hợp của chất lượng dịch vụ y tế, trong đó, chất lượng KCB là yếu tố quyết định sự thành bại của bệnh viện. Do đó, việc xác định các yếu tố ảnh hưởng và đo lường mức độ hài lòng với chất lượng KCB của người bệnh tại các bệnh viện công là rất quan trọng.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy, SHL của người bệnh phụ thuộc rất nhiều vào các yếu tố như nhân viên, lãnh đạo, thông tin, tính hợp lý của viện phí... Phùng Thị Hồng Hà và Trần Thị Thu Hiền (2012) [6] cho rằng, chất lượng dịch vụ y tế bao gồm 2 yếu tố: kỹ thuật và chức năng. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ tập trung vào chất lượng chức năng của dịch vụ y tế tại bệnh viện công Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới. Theo đó, có 6 yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh: cơ sở vật chất - kỹ thuật của bệnh viện, quy trình KCB, đội ngũ cán bộ y tế, hiệu quả công tác KCB, các dịch vụ hỗ trợ và chi phí KCB. Lê Thanh Chiến và cs (2014) [12] đã tiến hành nghiên cứu tại các bệnh viện đa khoa hạng I thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh. Kết quả cho thấy, có 7 yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh: cơ sở vật chất, thủ tục hành chính, bác sỹ điều trị, điều dưỡng chăm sóc, vệ sinh, an ninh và trật tự. Nguyễn Quốc Nghi (2011) [4] nghiên cứu tại các bệnh viện công trên địa bàn Cần Thơ cho rằng, SHL của người bệnh về chất lượng KCB phụ thuộc vào 3 yếu tố: trách nhiệm, sự đảm bảo và đặc biệt là khả năng đáp ứng. Trần Thị Hương Thảo (2018) [15] cho rằng, có 6 yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ KCB, tác động dương đến SHL tại Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa: sự phù hợp của dịch vụ, thông tin liên lạc, thời gian dành cho cuộc khám, hiệu quả của việc thanh toán viện phí, sự tôn trọng và chu đáo, sự hiệu quả và liên tục.

Mô hình và giả thuyết nghiên cứu

Dựa vào kết quả nghiên cứu định tính trước đó và các yếu tố ảnh hưởng đến SHL với chất lượng KCB tại các bệnh viện trong mô hình nghiên cứu của Phùng Thị Hồng Hà và Trần Thị Thu Hiền (2012) [6], Lê Thanh Chiến và cs (2014)

[12], chúng tôi đề xuất mô hình SHL của người bệnh với chất lượng KCB tại các bệnh viện công trên địa bàn TP Hồ Chí Minh (hình 1). Theo đó, thang đo lường các yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh về chất lượng KCB tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh bao gồm 29 biến (5 biến cơ sở vật chất, 5 biến sự quan tâm phục vụ người bệnh, 5 biến thủ tục KCB, 4 biến chi phí KCB, 5 biến hiệu quả công tác KCB, 5 biến các dịch vụ hỗ trợ) và 5 biến SHL của người bệnh.



Hình 1. Mô hình nghiên cứu đề xuất.

Từ hình 1, 6 giả thuyết được phát triển, cụ thể như sau:

- Giả thuyết 1 (H1): VC ảnh hưởng tích cực đến SHL.
- Giả thuyết 2 (H2): QT ảnh hưởng tích cực đến SHL.
- Giả thuyết 3 (H3): TT ảnh hưởng tích cực đến SHL.
- Giả thuyết 4 (H4): CP ảnh hưởng tích cực đến SHL.
- Giả thuyết 5 (H5): HQ ảnh hưởng tích cực đến SHL.
- Giả thuyết 6 (H6): DV ảnh hưởng tích cực đến SHL.

Phương pháp nghiên cứu

Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: đối tượng nghiên cứu là người bệnh hoặc thân nhân người bệnh đi KCB ngoại trú, đã sử dụng dịch vụ KCB tại các bệnh viện công ở TP Hồ Chí Minh. Vị trí khảo sát là khi người bệnh ngồi chờ nhận thuốc tại nhà thuốc. Hiện nay, bệnh viện công tại TP Hồ Chí Minh được sắp xếp theo thứ hạng về chất lượng dịch vụ, có 28 bệnh viện hạng I, 25 bệnh viện hạng II và 5 bệnh viện, khu điều trị hạng III. Ngoài ra, trên địa bàn TP Hồ Chí Minh còn có 3 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế [11]. Để kết quả khảo sát không có sự chênh lệch giữa các bệnh viện, có độ tin cậy cao, đề tài xem xét nghiên cứu các bệnh viện công thuộc hạng I, II và các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế. Thời gian khảo sát từ 12/2020 đến 4/2021.

Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích được sử dụng. Theo Hair và cs (2006) [16], Hoàng Trọng và Chu Nguyễn Mộng Ngọc (2008) [17] cỡ mẫu phụ thuộc vào phương pháp phân tích. Nghiên cứu này sử dụng phương pháp phân tích nhân tố khám phá (EFA), hồi quy đa biến nên lượng mẫu tối thiểu gấp 5 lần số biến quan sát. Nghiên cứu có 34 biến quan sát nên cỡ mẫu tối

thiểu là $34 \times 5 = 170$ quan sát. Tuy nhiên, để đảm bảo độ tin cậy của bộ dữ liệu, phòng ngừa sai sót và tăng tính đại diện, nghiên cứu khảo sát cỡ mẫu là 390 người bệnh đại diện cho tổng thể những người bệnh đến KCB tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: chúng tôi sử dụng phương pháp lấy mẫu định ngạch và thuận tiện. Năm 2020, tổng số lượt khám và điều trị ngoại trú tại các bệnh viện hạng I đạt gần 16 triệu lượt (chiếm 51,6%); bệnh viện hạng II đạt gần 10 triệu (chiếm 32,3%) và các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế đạt khoảng 5 triệu lượt (chiếm 16,1%). Dựa vào tỷ lệ số lượt KCB ở 3 nhóm bệnh viện, với 390 mẫu, nghiên cứu sẽ khảo sát 200 mẫu ở các bệnh viện hạng I, 130 mẫu ở các bệnh viện hạng II và 60 mẫu ở các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế. Sau khi xác định cỡ mẫu, chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu phi xác suất theo hình thức thuận tiện để chọn các bệnh viện cần phỏng vấn. Vì hạn chế về thời gian, nhân lực nên chỉ tiến hành khảo sát 10/28 bệnh viện hạng I, 7/25 bệnh viện hạng II và 3/3 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế đại diện cho tổng thể. Bệnh viện hạng I và bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, nghiên cứu khảo sát 20 mẫu/bệnh viện, riêng bệnh viện hạng II, khảo sát 130 mẫu/7 bệnh viện. Kết quả thu về đầy đủ 390 mẫu, đạt tỷ lệ hồi đáp chung 100%.

Công cụ thu thập thông tin: kết quả nghiên cứu định tính dùng để hiệu chỉnh bảng hỏi, đề tài sử dụng bảng hỏi này để thu thập thông tin từ các người bệnh hoặc thân nhân người bệnh, mỗi đối tượng tương ứng với 1 phiếu khảo sát.

Phương pháp phân tích: phân tích tổng hợp lý thuyết, phân loại hệ thống lý thuyết nhằm đề xuất mô hình nghiên cứu và để kiểm định thang đo, phương pháp định lượng bằng cách sử dụng các công cụ phân tích như hệ số tin cậy Cronbach's Alpha, phân tích các nhân tố khám phá EFA (exploratory factor analysis), phân tích hồi quy tuyến tính để xem xét mối quan hệ giữa các biến quan sát. Dữ liệu được mã hóa và làm sạch thông qua phần mềm SPSS 20.0.

Thang đo Likert 5 mức độ (1: hoàn toàn không đồng ý; 2: không đồng ý; 3: không có ý kiến; 4: đồng ý; 5: hoàn toàn đồng ý) để đo lường 29 biến quan sát, bao gồm: cơ sở vật chất (5 biến quan sát), sự quan tâm phục vụ người bệnh (5 biến quan sát), thủ tục KCB (5 biến quan sát), chi phí KCB (4 biến quan sát), hiệu quả công tác KCB (5 biến quan sát), các dịch vụ hỗ trợ (5 biến quan sát) và 5 biến quan sát về SHL chung của người bệnh.

Sai số và cách khắc phục: sai số xảy ra có thể do cỡ mẫu nhỏ, xử lý số liệu, điều tra viên, thiếu thông tin... Để hạn chế các sai số này, nghiên cứu đã sử dụng cỡ mẫu đủ lớn, giám sát chặt chẽ quá trình thu thập số liệu, theo dõi và kiểm tra khâu xử lý số liệu, thống nhất cách thu thập thông tin của tất cả các điều tra viên. Ngoài ra, có thể kiểm tra ngẫu nhiên các thông tin đã thu thập, nếu phát hiện sai sót trong các bảng

hỏi, yêu cầu khảo sát lại. Trong quá trình thu thập số liệu, có sự giám sát và hỗ trợ thường xuyên của nghiên cứu viên.

Đạo đức nghiên cứu: trước khi khảo sát người bệnh và thân nhân người bệnh, nhóm nghiên cứu giải thích về mục đích nghiên cứu và đây là phiếu khảo sát tự nguyện, đối tượng khảo sát có thể từ chối tham gia nghiên cứu. Các thông tin từ người bệnh luôn được bảo mật, thông tin thu được hoàn toàn trung thực, khách quan và chỉ được sử dụng cho mục đích của nghiên cứu này.

Kết quả và bàn luận

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tổng cộng có 390 người bệnh đồng ý tham gia trả lời bảng câu hỏi, trong đó có 21 bảng hỏi trả lời không đạt yêu cầu, còn lại 369/390 bảng hỏi được sử dụng cho quá trình phân tích dữ liệu (chiếm 94,62%), đáp ứng cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu. Đặc điểm mẫu thu thập được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu khảo sát.

n=369		Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	154	41,7
	Nữ	215	58,3
Tuổi	Tuổi từ 20-35	46	12,5
	Tuổi từ 36-55	127	34,4
	Tuổi >55	196	53,1
Trình độ	Từ lớp 12 trở xuống	179	48,5
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	104	28,2
	Trên đại học	86	23,3
Thu nhập	<3 triệu	138	37,4
	3-6 triệu	182	49,3
	>6 triệu	49	13,3

Kiểm định độ tin cậy của thang đo

Hệ số Cronbach's Alpha được sử dụng, các biến có hệ số tương quan biến - tổng nhỏ hơn mức quy định ($<0,3$) sẽ bị loại, các yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh bao gồm 34 biến quan sát và thang đo được chọn khi có độ tin cậy Alpha $>0,6$ [18].

Bảng 2. Kết quả kiểm định độ tin cậy của thang đo.

STT	Thang đo	Số quan sát	Hệ số Cronbach's Alpha	Hệ số tương quan biến - tổng nhỏ nhất
1	Cơ sở vật chất	5	0,918	0,703
2	Sự quan tâm phục vụ người bệnh	5	0,920	0,688
3	Thủ tục KCB	5	0,916	0,715
4	Chi phí KCB	4	0,912	0,786
5	Hiệu quả công tác KCB	5	0,902	0,727
6	Các dịch vụ hỗ trợ	5	0,921	0,671
7	Sự hài lòng của người bệnh	5	0,852	0,645

Kết quả kiểm định độ tin cậy thông qua hệ số Cronbach's Alpha của 7 thang đo trong mô hình đều $>0,6$ và tương quan biến - tổng đều $>0,3$ [18] (bảng 2). Do đó, 34 biến quan sát này đủ điều kiện để đưa vào phân tích nhân tố.

Phân tích nhân tố khám phá (EFA)

Phân tích nhân tố EFA nhằm chọn lọc các yếu tố có ảnh hưởng lớn nhất đến mức độ hài lòng của bệnh nhân. Tiêu chuẩn để chấp nhận các biến đo lường khi tổng phương sai trích $\geq 50\%$, $0,5 < \text{KMO} < 1$ và các biến phải có trọng số $\geq 0,4$ [19].

Bảng 3. Kết quả phân tích nhân tố EFA các biến độc lập.

Yếu tố	Mã hóa	Thành phần	Hệ số tải nhân tố					
			1	2	3	4	5	6
Cơ sở vật chất	VC2	Thiết bị máy móc hiện đại	0,805					
	VC4	Cung ứng đầy đủ điện nước	0,803					
	VC3	Đủ ghế ngồi chờ	0,801					
	VC1	Bệnh viện luôn sạch sẽ	0,797					
	VC5	Môi trường thoáng mát	0,788					
Sự quan tâm phục vụ bệnh nhân	QT1	Nhân viên nhiệt tình, vui vẻ	0,889					
	QT4	Bác sỹ khám bệnh tận tình	0,878					
	QT5	Đổi xử công bằng với người bệnh	0,853					
	QT3	Sẵn sàng giúp đỡ người bệnh	0,837					
	QT2	Cung cấp đầy đủ thông tin	0,810					
Thủ tục KCB	TT4	Tổ chức hướng dẫn, đón tiếp người bệnh		0,823				
	TT3	Thủ tục khám bệnh		0,820				
	TT2	Thủ tục nhập viện		0,801				
	TT1	Thủ tục chuyển viện		0,762				
	TT5	Thủ tục thanh toán		0,742				
Chi phí KCB	CP4	Chi phí khám và điều trị			0,787			
	CP3	Chi phí xét nghiệm			0,773			
	CP2	Chi phí thuốc			0,748			
	CP1	Chi phí ăn uống			0,719			
Hiệu quả công tác KCB	HQ5	Kết quả chuẩn đoán				0,942		
	HQ4	Phương pháp điều trị				0,918		
	HQ2	Mức độ chữa khỏi bệnh				0,837		
	HQ1	Thời gian điều trị				0,832		
	HQ3	Đơn thuốc kê phù hợp				0,782		
Các dịch vụ hỗ trợ	DV2	Vật dụng cá nhân					0,854	
	DV5	Vật tư y tế đầy đủ					0,826	
	DV4	Cung ứng thuốc					0,802	
	DV1	Dịch vụ ăn uống					0,729	
	DV3	Dịch vụ mua thuốc					0,647	
KMO			0,879					
Bartlett's Test of Sphericity (Sig)			0,000					
Tổng phương sai trích (%)			74,518					

Kết quả phân tích nhân tố khám phá (EFA) cho 29 biến độc lập với hệ số KMO=0,879>0,5 ($0,5 \leq KMO \leq 1$), mức ý nghĩa Sig.=0,000, hệ số tải nhân tố >0,5 cho thấy phân tích nhân tố là thích hợp. Với 29 biến mô hình tập hợp thành 6 yếu tố có tổng phương sai trích >50% (74,518%), cho biết 6 yếu tố này giải thích được 74,518% biến thiên của dữ liệu, phương sai rút đạt chuẩn, thang đo được chấp nhận (bảng 3).

Bảng 4. Kết quả EFA thang đo SHL.

Mã hóa	Thành phần	Hệ số tải nhân tố
SHL2	Tôi rất hài lòng khi KCB tại đây	0,893
SHL5	Tôi sẽ ở quay trở lại bệnh viện nếu KCB	0,872
SHL3	Tôi sẽ giới thiệu bạn bè đến KCB tại bệnh viện	0,851
SHL4	Tôi hài lòng với các dịch vụ hỗ trợ	0,798
SHL1	Rất thoải mái khi vào KCB tại bệnh viện	0,775
KMO		0,834
Bartlett's Test of Sphericity (Sig)		0,000
Tổng phương sai trích (%)		86,31

Kết quả phân tích EFA cho 5 biến phụ thuộc SHL của người bệnh về chất lượng KCB có hệ số KMO=0,834>0,5 ($0,5 \leq KMO \leq 1$), mức ý nghĩa Sig.=0,000, nghĩa là phân tích nhân tố là thích hợp. Giá trị Eigenvalue là 2,18 (>1), các hệ số tải nhân tố của các biến quan sát đều >0,5, thang đo đạt yêu cầu, 5 biến quan sát được trích thành 1 nhóm với tổng phương sai trích =86,31%>50%, thang đo được chấp nhận. Tóm lại, tất cả các biến quan sát đại diện cho các khái niệm nghiên cứu có độ tin cậy cao, hoàn toàn phù hợp cho phân tích tiếp theo.

Kết quả phân tích hồi quy đa biến

Phân tích hồi quy đa biến được thực hiện nhằm kiểm định các giả thuyết nghiên cứu, đo lường mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đến SHL của người bệnh về chất lượng KCB tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh.

Kiểm định giả thuyết

Để kiểm định sự phù hợp giữa các biến độc lập ảnh hưởng đến biến phụ thuộc là SHL với chất lượng KCB, hàm hồi quy đa biến với phương pháp rút trích Enter được sử dụng. Kết quả hồi quy đa biến cho thấy, mô hình có hệ số xác định R^2 hiệu chỉnh là 0,812, nghĩa là 81,2% biến thiên SHL của người bệnh về chất lượng KCB trên địa bàn TP Hồ Chí Minh được giải thích bởi 6 biến độc lập, còn lại là do các yếu tố khác chưa được nghiên cứu. Kết quả kiểm định giá trị thống kê F, với Sig.=0,000 (<0,05) cho thấy mô hình hồi quy đa biến đã xây dựng phù hợp với tập dữ liệu ở độ tin cậy 95%.

Bảng 5. Kết quả mô hình hồi quy đa biến.

Nhân tố	Hệ số Beta (β) chưa chuẩn hóa	Hệ số Beta (β) chuẩn hóa	Giá trị t	Giá trị Sig.	Hệ số phóng đại phương sai - VIF
(Hằng số)	-2,128		-7,112	0,000	
VC	0,202	0,129	3,323	0,002	1,386
QT	0,283	0,236	5,346	0,000	1,772
TT	0,178	0,105	2,508	0,012	1,612
CP	0,195	0,145	3,061	0,002	2,127
HQ	0,193	0,162	3,141	0,000	2,251
DV	0,136	0,101	2,110	0,032	2,084

Kết quả mô hình hồi quy đa biến có thể khẳng định các biến độc lập này có ý nghĩa. Theo đó, cơ sở vật chất (VC), sự quan tâm phục vụ người bệnh (QT), thủ tục KCB (TT), chi phí KCB (CP), hiệu quả công tác KCB (HQ) và các dịch vụ hỗ trợ (DV) đều có ý nghĩa thống kê (Sig.<0,05) và hệ số β (+) (bảng 5). Điều này chứng tỏ các biến độc lập ảnh hưởng thuận chiều với biến phụ thuộc (SHL) và hoàn toàn phù hợp với các giả thuyết đặt ra ban đầu. Sự ảnh hưởng này theo trình tự sau: QT ($\beta=0,283$), VC ($\beta=0,202$), CP ($\beta=0,195$), HQ ($\beta=0,193$), TT ($\beta=0,178$) và DV ($\beta=0,136$). Các biến đều có hệ số phóng đại phương sai VIF<10, điều này chứng tỏ không có hiện tượng đa cộng tuyến trong mô hình. Như vậy, các giả thuyết từ H1, H2, H3, H4, H5, H6 đặt ra được chấp nhận. Phương trình hồi quy đa biến thể hiện các yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh về chất lượng dịch vụ KCB tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh có dạng:

$$SHL = -2,128 + 0,283*QT + 0,202*VC + 0,195*CP + 0,193*HQ + 0,178*TT + 0,136*DV$$

Bàn luận và đề xuất

Dựa vào các lý thuyết về chất lượng dịch vụ bệnh viện, SHL của người bệnh về chất lượng KCB, kết quả nghiên cứu sơ bộ các chuyên gia, các nhà quản lý bệnh viện và tình hình thực tế tại các bệnh viện công, có 6 yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh về chất lượng KCB tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự nhất quán so với kỳ vọng ban đầu đặt ra cho đề tài, các yếu tố cơ sở vật chất (VC), sự quan tâm phục vụ người bệnh (QT), thủ tục KCB (TT), chi phí KCB (CP), hiệu quả công tác KCB (HQ) và các dịch vụ hỗ trợ (DV) ảnh hưởng tích cực đến SHL của người bệnh. Tuy nhiên, kết quả ảnh hưởng của các yếu tố này so với kỳ vọng ban đầu có thay đổi về vị trí, cụ thể: sự quan tâm phục vụ người bệnh (QT) là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất đến SHL của người bệnh ($\beta=+0,283$), yếu tố thứ hai là cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (VC) ($\beta=+0,202$), chi phí KCB (CP) là yếu tố ảnh hưởng thứ ba ($\beta=+0,195$), hiệu quả công tác KCB (HQ) là yếu tố thứ tư ($\beta=+0,193$), thủ tục KCB đứng thứ năm ảnh hưởng đến SHL của người bệnh ($\beta=0,178$) và các dịch vụ hỗ trợ ($\beta=0,136$) là yếu tố cuối cùng ảnh hưởng đến SHL của người bệnh đối với chất lượng KCB tại các bệnh viện công trên địa bàn

TP Hồ Chí Minh. Hệ số hồi quy β của các biến độc lập đều mang dấu (+), do vậy khi các biến độc lập QT, VC, CP, TT, HQ và DV tăng sẽ làm tăng SHL của người bệnh đối với chất lượng KCB tại các bệnh viện công trên địa bàn TP Hồ Chí Minh.

Mặc dù số biến độc lập và tên gọi của các biến ảnh hưởng đến SHL về chất lượng KCB có sự khác biệt so với những nghiên cứu của các học giả khác, nhưng nhìn chung, kết quả nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh về chất lượng KCB tại các bệnh viện công trên địa bàn TP Hồ Chí Minh có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đó của Sower và cs (2001) [3], Nguyen Quoc Nghi (2011) [4], Phùng Thị Hồng Hà và Trần Thị Thu Hiền (2012) [6], Kamyar và cs (2014) [5], Lê Thanh Chiến và cs (2014) [12].

Dựa vào những kết quả thu được, nghiên cứu này đề xuất một số giải pháp như sau:

- Sự quan tâm, phục vụ người bệnh: nhân viên nhiệt tình, vui vẻ, bác sỹ khám tận tình, đối xử công bằng, sẵn sàng giúp đỡ người bệnh có ảnh hưởng rất lớn đến SHL của người bệnh. Vì vậy, đội ngũ nhân viên y tế tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh cần rèn luyện thêm các kỹ năng liên quan (kỹ năng giao tiếp, thuyết phục và xử lý phản đối...). Để làm được điều này, các bệnh viện nên thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn, đào tạo, cũng như nhắc nhở trong cuộc họp, giao ban bệnh viện, giáo dục ý thức cho nhân viên, cam kết thi đua thực hành ứng xử và giao tiếp nhằm xây dựng văn hóa, văn minh, lịch sự trong mỗi bệnh viện, thay đổi thái độ và hành vi của nhân viên, giúp họ hiểu rõ SHL của người bệnh có tác động rất lớn đến sự tồn tại và phát triển của bệnh viện.

- Cơ sở vật chất phục vụ bệnh nhân: thiết bị máy móc hiện đại, điện, nước, ghế ngồi chờ đầy đủ và môi trường thoáng mát, sạch sẽ là các biến rất quan trọng ảnh hưởng đến SHL của người bệnh. Bên cạnh môi trường sạch sẽ, thoáng mát, bệnh nhân rất cần hệ thống trang thiết bị y tế phục vụ KCB hiện đại, bảo đảm kết quả có độ tin cậy cao. Do đó, đòi hỏi các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh phải có một hệ thống bảo trì, bảo quản và vận hành tốt các loại trang thiết bị. Ngoài ra, các bệnh viện có thể đầu tư trang thiết bị, máy móc y tế hiện đại, cải tạo, nâng cấp cơ sở vật chất luôn trong trạng thái sẵn sàng hoạt động phục vụ người bệnh.

- Chi phí KCB: những người bệnh được khảo sát cho rằng các chi phí khám, xét nghiệm, thuốc, ăn uống là những chi phí mà họ quan tâm nhất. Trong đó, chi phí KCB là chi phí ảnh hưởng nhiều nhất đến SHL của họ. Do vậy, các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh hiện nay nên rõ ràng, cụ thể, minh bạch trong giá viện phí và các dịch vụ KCB, phải niêm yết công khai các biểu phí ở nơi dễ nhìn thấy nhất. Bên cạnh đó, bệnh viện cần phối hợp với căn tin để cung cấp khẩu

phần ăn phù hợp, đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh với mức giá hợp lý.

- Hiệu quả công tác KCB: kết quả chẩn đoán, phương pháp điều trị, mức độ khỏi bệnh, thời gian điều trị và đơn thuốc phù hợp là những biến liên quan đến chuyên môn ảnh hưởng nhiều đến SHL của người bệnh. Các bệnh viện công nên cho nhân viên tham gia đào tạo, bổ sung kiến thức liên tục do Bộ, Sở Y tế tổ chức; tham gia diễn đàn của các y, bác sỹ có kinh nghiệm chia sẻ trực tuyến trên các trang mạng uy tín. Bên cạnh đó, bản thân mỗi nhân viên cũng phải tự trau dồi, nâng cao hiểu biết để tư vấn và hỗ trợ người bệnh.

- Thủ tục KCB: kết quả khảo sát cho thấy, các bệnh viện công hiện nay đã tổ chức hướng dẫn, hỗ trợ người bệnh tốt hơn. Những người bệnh lớn tuổi có thể tự đi KCB thay vì phải có người nhà dẫn dắt; thủ tục khám, nhập viện, chuyển viện, thanh toán đơn giản dần. Tuy nhiên, mức độ hài lòng đối với yếu tố này vẫn chưa cao (đứng thứ 5/6 yếu tố ảnh hưởng đến SHL của người bệnh ($\beta=0,178$)). Vì vậy, các bệnh viện công cần chuyên môn hóa thủ tục KCB bằng cách gắn nhiều bảng hướng dẫn trên mỗi cửa ra/vào phòng khám, hành lang chờ khám hoặc trước cổng bãi giữ xe, bảng thông báo của bệnh viện... Ngoài ra, trên mỗi phiếu khám có thể in quy trình, thủ tục khám phía sau nhằm tiết kiệm thời gian khi đến KCB.

- Các dịch vụ hỗ trợ: hiện nay trên địa bàn TP Hồ Chí Minh, một số bệnh viện công đã áp dụng công nghệ 4.0 vào KCB (Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Bệnh viện Hòa Hảo...). Người bệnh ở tại nhà lấy số thứ tự khám thông qua app hoặc tổng đài 1080, mọi thông tin sẽ được công khai, minh bạch, không phân biệt thanh toán bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, công nghệ này chưa được phổ biến rộng rãi, đặc biệt ở các tuyến quận/huyện. Ngoài ra, các vấn đề về vật tư y tế, cung ứng thuốc, dịch vụ ăn uống cũng chưa làm hài lòng một số người bệnh. Do vậy, các bệnh viện công cần phải thay đổi và hỗ trợ một cách tốt nhất cho người bệnh, có như vậy mới nhận được sự ủng hộ, tăng hiệu quả KCB, tạo nguồn thu nhập vững chắc cho bệnh viện.

Tóm lại, nghiên cứu đã tìm ra 6 yếu tố ảnh hưởng đến SHL với chất lượng KCB tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh, qua đó, làm cơ sở đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng bệnh viện, đồng thời cung cấp thêm bằng chứng giúp Bộ Y tế hiệu chỉnh bộ công cụ khảo sát phù hợp hơn trong bối cảnh hiện nay. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế nhất định: (1) Các yếu tố trong mô hình có tổng phương sai trích là 74,518%, còn 25,482% là do các yếu tố khác tác động như tinh thần trách nhiệm, thông tin... mà nghiên cứu chưa đưa vào mô hình; (2) Mẫu đại diện nghiên cứu nhỏ so với lượng người bệnh vào các bệnh viện công hiện nay; (3) Nghiên cứu cũng chưa đề cập đến sự

khác biệt về SHL của người bệnh đối với chất lượng KCB tại các bệnh viện tuyến Trung ương, tuyến thành phố và tuyến quận/huyện. Những hạn chế này có thể định hướng cho những nghiên cứu tiếp theo.

Kết luận

Nghiên cứu đã xác định và đo lường 6 yếu tố (29 biến quan sát độc lập) ảnh hưởng đến SHL của người bệnh với chất lượng KCB tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh, được sắp xếp theo thứ tự từ cao xuống thấp: (1) Sự quan tâm phục vụ người bệnh (QT), (2) Cơ sở vật chất (VC), (3) Chi phí khám chữa bệnh (CP), (4) Thủ tục khám chữa bệnh (TT), (5) Hiệu quả công tác khám chữa bệnh (HQ) và (6) Các dịch vụ hỗ trợ (DV). Đây sẽ là những thông tin quan trọng giúp các nhà quản lý tạo thương hiệu tốt cho bệnh viện, từ đó, duy trì sự phát triển bền vững của các bệnh viện công nói chung và trên địa bàn TP Hồ Chí Minh nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế (2006), *Tổ chức và quản lý bệnh viện đa khoa*, Nhà xuất bản Bộ Y tế.
- [2] WHO (2000), *Workbook 6: Client Satisfaction Evaluations*, 38p.
- [3] V. Sower, J. Duffy, W. Kilbourne, G. Kohers, P. Jones (2001), "The dimensions of service quality for hospitals: development of the KQCAH scale", *Health Care Management Review*, **26**(2), pp.47-59.
- [4] Nguyen Quoc Nghi (2011), "Influential factors on patient satisfaction with public hospitals in Can Tho city", *Economic Development*, **208**, 6p.
- [5] G. Kamyar, Z. Mahmood, J.H. Seyed, M. Shadi (2014), "The impact of service quality on patient satisfaction in Malaysian hospitals", *Topclass Journal of Business Management and Innovations*, **1**(2), pp.47-51.
- [6] Phùng Thị Hồng Hà, Trần Thị Thu Hiền (2012), "Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới - Quảng Bình", *Tạp chí Khoa học, Đại học Huế*, **72b**(3), tr.75-84.
- [7] Lê Thị Kim Ngân, Lê Thị Thu Trang (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**, tr.8-16.
- [8] Bộ Y tế (2018), *Niên giám thống kê y tế*, tr.277.
- [9] Hoàng Nhung (2018), "Bệnh viện công - tư vào cuộc cạnh tranh gay gắt", *Kinh tế Sài Gòn Online*.
- [10] Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 6858/QĐ-BYT về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam*.
- [11] Sở Y tế TP Hồ Chí Minh (2021), *Danh sách bệnh viện*, <http://medinet.gov.vn/medinet.html>.
- [12] Lê Thanh Chiến, Nguyễn Văn Hưng, Phạm Văn Thao (2014), "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh về khám, chữa bệnh tại một số bệnh viện đa khoa hạng I thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, **45**, tr.35-43.
- [13] A. Donabedian (2005), "Evaluating the quality of medical care", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, **44**(3), pp.166-203.
- [14] C. Grönroos (1984), "A service quality model and its marketing implications", *European Journal of Marketing*, **18**(4), pp.36-44.
- [15] Trần Thị Hương Thảo (2018), *Đánh giá sự hài lòng của khách hàng về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa*, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Kinh tế TP Hồ Chí Minh.
- [16] J. Hair, W. Black, B. Babin, R. Anderson, R. Tatham (2006), *Multivariate Data Analysis*.
- [17] Hoàng Trọng, Chu Nguyễn Mộng Ngọc (2008), *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS*, **1**, Nhà xuất bản Hồng Đức.
- [18] J.C. Nunnally, I.H. Bernstein (1994), *Psychometric Theory* (3rd ed.), McGraw-Hill, 752pp.
- [19] D.W. Gerbing, J.C. Anderson (1988), "An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment", *Journal of Marketing Research*, **25**, pp.186-192.