

MÔ HÌNH ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI VIỆT NAM: XÂY DỰNG VÀ THỰC NGHIỆM

Nguyễn Nguyễn Zen

Trường Đại học Lao động - Xã hội

zennguyen89@gmail.com

Nguyễn Nam Thắng

Trường Đại học Lao động - Xã hội

Tóm tắt: Thông qua phương pháp nghiên cứu tài liệu, tổng hợp và phân tích nhóm nghiên cứu đã trình bày được cơ sở lý thuyết và xác định được 7 mô hình (Mô hình FTSQ; Mô hình SERVQUAL 1985 và 1988; Mô hình SERVPERF; Mô hình JHAHO; Mô hình KQCAH và mô hình của WHO) được vận dụng trong các nghiên cứu đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Việt Nam và các nước trên thế giới. Từ việc phân tích dữ liệu tổng quan, nhóm tác giả đã chỉ ra hạn chế của việc vận dụng các mô hình nói trên cùng sự khác biệt trong dịch vụ khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế (BHYT). Nhằm đáp ứng những điểm thay đổi trong khám chữa bệnh, quy định về Quản lý chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, nhóm nghiên cứu đã xây dựng mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT dành riêng cho các cơ sở khám chữa bệnh tại Việt Nam. Bộ công cụ của mô hình có 6 nhân tố gồm: Hữu hình, Năng lực chuyên môn, Sự tin cậy, Giao tiếp & Đồng cảm, Thủ tục hành chính & BHYT, An toàn & Quyền người bệnh. Kết quả đánh giá thực nghiệm cho thấy mô hình đề xuất phù hợp, tính thực tiễn cao và có thể áp dụng đối với các cơ sở y tế tại Việt Nam.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, chất lượng dịch vụ, cơ sở y tế, mô hình đánh giá, Việt Nam

MODEL FOR EVALUATING THE QUALITY OF MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT SERVICES COVERED BY HEALTH INSURANCE IN VIETNAM: DEVELOPMENT AND EXPERIMENTATION

Abstract: Through the techniques of document research, synthesis, and analysis, the research team has articulated the theoretical foundations and identified seven models (the FTSQ model; the SERVQUAL models from 1985 and 1988; the SERVPERF model; the JCAHO model; the KQCAH model; and the WHO model) that have been utilized in studies assessing the quality of healthcare services in Vietnam as well as in various other countries globally. Based on the analysis of the overview data, the authors emphasized the limitations associated with the application of these models, along with the unique characteristics of healthcare services under Vietnam's Health Insurance system. In response to the changing dynamics of healthcare services, regulations concerning quality management, and the Vietnamese hospital quality criteria established, the research team has formulated a model aimed at assessing the quality of health insurance medical examination and treatment services tailored specifically for medical facilities in Vietnam. The components of this model consist of six factors: Tangibles,

Professional Competence, Reliability, Communication & Empathy, Administrative Procedures & Health Insurance, and Safety & Patient Rights. Empirical evaluation findings suggest that the proposed model is suitable, highly practical, and applicable to medical facilities in Vietnam.

Keywords: Health insurance, healthcare facilities, , service quality, model, Vietnam

Mã bài báo: JHS - 273

Ngày nhận bài sửa: 05/06/2025

Ngày nhận bài: 10/05/2025

Ngày duyệt đăng: 20/06/2025

Ngày nhận phản biện: 25/05/2025

1. Giới thiệu

Tại Việt Nam, BHYT được xem là công cụ hiệu quả trong việc hoàn thiện chính sách an sinh xã hội (ASXH) bằng cách chia sẻ rủi ro với những người không may gặp vấn đề về sức khỏe. BHYT cũng là một giải pháp thiết thực giúp người dân chủ động kinh tế trong việc phòng bệnh và chữa bệnh. Trong những năm gần đây, hệ thống BHYT tại Việt Nam đã ghi nhận nhiều thành tựu quan trọng, đặc biệt trong việc mở rộng độ bao phủ và nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người dân. Theo báo cáo của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, tính đến năm 2024, cả nước có khoảng 95,52 triệu người tham gia BHYT, tương đương 94,2% dân số (Duy, 2025). Số liệu ấn tượng này thể hiện rõ cam kết mạnh mẽ của Chính phủ trong việc hiện thực hóa mục tiêu an sinh xã hội toàn dân. Song song với việc gia tăng tỷ lệ bao phủ, hệ thống chính sách cũng liên tục được điều chỉnh để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, đặc biệt là trong khu vực công lập. Một số quy định mới đáng chú ý đã được ban hành hoặc sửa đổi, mang lại những thay đổi thiết thực như quy định tại Thông tư 22/2024/TT-BYT của Bộ Y tế, người tham gia BHYT sẽ được hoàn trả chi phí nếu phải mua thuốc bên ngoài do bệnh viện không có sẵn thuốc. Chính sách chuyển tuyến cũng được điều chỉnh theo hướng thuận lợi hơn: Người mắc bệnh hiếm hoặc bệnh hiếm nghèo sẽ được chuyển thẳng đến cơ sở điều trị chuyên sâu mà không cần thực hiện thủ tục chuyển tuyến như trước. Ngoài ra, Thông tư 37/2024/TT-BYT đã bãi bỏ việc phân loại thuốc theo hạng bệnh viện và loại bỏ các cột ghi chú liên quan đến tỷ lệ hoặc điều kiện thanh toán. Nhờ vậy, tất cả các cơ sở khám chữa bệnh BHYT trên toàn quốc có thể sử dụng toàn bộ các thuốc nằm trong danh mục, miễn là phù hợp với chuyên môn, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, không bị giới hạn bởi phân hạng bệnh viện hay trình độ kỹ thuật. Những điều chỉnh trên góp phần không nhỏ trong việc nâng cao hiệu quả hoạt động của các cơ sở y tế, đồng thời đem lại lợi ích rõ rệt cho người bệnh. Tuy nhiên, bên cạnh những thành

công về mặt mở rộng độ bao phủ, chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh theo BHYT vẫn còn nhiều vấn đề cần khắc phục. Hệ thống y tế công lập vẫn đang phải đối mặt với nhiều thách thức như tình trạng quá tải, phân bổ nguồn lực chưa đồng đều, và sự chênh lệch chất lượng giữa các tuyến điều trị, đặc biệt là tại tuyến cơ sở. Việc thông tuyến đối với nhóm bệnh hiếm nghèo còn bất cập do đa phần nhóm này có nhiều bệnh nền khác nhau và khi một bệnh nền không thuộc danh mục bệnh hiếm nghèo họ vẫn phải xin giấy chuyển tuyến. Từ thực tiễn kết hợp với kết quả của một số nghiên cứu như: thái độ phục vụ trong dịch vụ khám chữa bệnh BHYT chưa đồng đều (Ái và nnk., 2020), thiếu minh bạch trong quyền lợi được hưởng (Nguyễn và nnk., 2023). Những bất cập trên làm ảnh hưởng không nhỏ đến mức độ hài lòng và niềm tin của người dân đối với hệ thống BHYT nói riêng và hệ thống y tế công nói chung. Trong khi đó, đánh giá chất lượng dịch vụ từ góc nhìn người bệnh là một trong những căn cứ quan trọng để cải tiến và quản trị hiệu quả hoạt động khám chữa bệnh, đặc biệt trong môi trường lấy người bệnh làm trung tâm như hiện nay.

Mặc dù đã có một số nghiên cứu trong và ngoài nước áp dụng các mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ như SERVQUAL, SERVPERF, WHO ... nhưng Việt Nam vẫn thiếu một mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT phù hợp với bối cảnh thực tiễn, có thể tích hợp linh hoạt cả yếu tố chuyên môn lẫn trải nghiệm của người bệnh. Hơn nữa, phần lớn các khảo sát hiện hành còn mang tính mô tả, thiếu tính hệ thống và chưa phản ánh đúng đặc thù của loại hình dịch vụ công chi trả qua bảo hiểm. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn đó, trên cơ sở tổng hợp lý thuyết, khảo sát thực tế và kiểm định mô hình bằng phương pháp phân tích định lượng, nghiên cứu này hướng đến việc xây dựng một mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng sẽ đóng góp vào việc chuẩn hóa công cụ đánh giá chất lượng dịch vụ y tế từ góc nhìn người bệnh, hỗ trợ các cơ sở khám chữa bệnh BHYT trong việc cải tiến quy

trình, nâng cao hiệu quả phục vụ và tăng cường lòng tin của cộng đồng đối với hệ thống BHYT.

2. Tổng quan nghiên cứu

2.1. Một số khái niệm

Bảo hiểm y tế

“BHYT là hình thức bảo hiểm áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định” (Luật BHYT, 2008).

Khám bệnh, chữa bệnh

Theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh (2022), khám bệnh, chữa bệnh là việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh bởi người hành nghề sử dụng kiến thức, phương pháp, kỹ thuật chuyên môn để đánh giá tình trạng, nguy cơ và nhu cầu chăm sóc của mình để chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, giải quyết tình trạng bệnh, ngăn ngừa sự xuất hiện và tiến triển của bệnh hoặc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh trên cơ sở kết quả khám bệnh. Cũng trong luật này có nêu “Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là cơ sở đã được cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam cấp giấy phép khám bệnh, chữa bệnh để cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh” (đoạn 1).

Dịch vụ y tế

Trong một nghiên cứu của Tổ chức Y tế Thế giới [WHO] (2007), dịch vụ y tế được xác định “Dịch vụ y tế bao gồm các hoạt động như phòng bệnh, điều trị và phục hồi chức năng, được thực hiện tại nhiều địa điểm khác nhau như tại nhà, trong cộng đồng, tại nơi làm việc hoặc tại các cơ sở y tế” (tr.14). Như vậy, khám chữa bệnh thuộc một trong các hoạt động của dịch vụ y tế. “Các dịch vụ y tế tốt là những dịch vụ cung cấp các can thiệp sức khỏe cá nhân và phi cá nhân hiệu quả, an toàn, chất lượng cho những người cần, khi nào và ở đâu cần thiết, với sự lãng phí tài nguyên tối thiểu” (tr.3). Dịch vụ y tế cung cấp các dịch vụ liên quan trực tiếp đến sức khỏe và tính mạng con người, vì vậy các tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ y tế liên quan đến cách thức và kết quả mà dịch vụ y tế đáp ứng nhu cầu điều trị y tế của con người. Bên cạnh đó, dịch vụ y tế là loại hàng hóa mà người bệnh (người sử dụng) phụ thuộc rất nhiều vào cơ sở y tế (bên cung ứng). Nó gắn liền với sức khỏe, tính mạng con người nên không giống loại hàng hóa khác. Khi người bệnh sử dụng dịch vụ y tế thì phương pháp điều trị, thời gian, phác đồ điều trị do nhân viên y tế xác định.

Chất lượng dịch vụ y tế

Hiện nay, chất lượng chưa có một khái niệm thống

nhất, tùy thuộc vào quan điểm, cách tiếp cận và đối tượng nghiên cứu mà định nghĩa thay đổi. Theo tổ chức Tiêu chuẩn hóa quốc tế [ISO] (2015) định nghĩa “Chất lượng là mức độ đáp ứng của một tập hợp các đặc tính vốn có đối với các yêu cầu” hay “Chất lượng là sự phù hợp với yêu cầu” Crosby (1979) hay “Chất lượng là sự phù hợp với mục đích sử dụng” Juran & Gryna, (1988). Tuy khác nhau nhưng các khái niệm trên đều có điểm chung là “đáp ứng được yêu cầu”.

Tương tự, chất lượng dịch vụ y tế cũng chưa có định nghĩa thống nhất, có nhiều ý kiến về chất lượng dịch vụ y tế. Trong một nghiên cứu về cách đo lường chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chất lượng dịch vụ y tế là mức độ mà một dịch vụ y tế được kỳ vọng sẽ cung cấp sự cân bằng giữa rủi ro sức khỏe và lợi ích cho bệnh nhân (Donabedian, 1988). Trong nghiên cứu của mình, William & Khanchitpol (2013) cho rằng chất lượng dịch vụ y tế là tập hợp các đặc điểm của dịch vụ y tế có khả năng đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của khách hàng và được khách hàng chấp nhận (tr.57). Tương tự, Ehsan và nnk., (2014) đã giới thiệu khái niệm chất lượng dịch vụ y tế là “khả năng của các dịch vụ y tế đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân và đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân và các bên liên quan” (tr.135). Tại Việt Nam, Thủy (2018) cho rằng “chất lượng dịch vụ y tế là khả năng sử dụng các nguồn lực dịch vụ y tế hiện có để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người bệnh và các bên liên quan” (tr.36).

Từ những quan điểm trên ta thấy, các tác giả đồng ý rằng chất lượng dịch vụ y tế là việc áp dụng công nghệ, kỹ thuật y tế với chi phí thấp nhất để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người bệnh. Theo chúng tôi, chất lượng dịch vụ y tế bao hàm chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tốt là chú trọng đến người bệnh, luôn coi trọng sức khỏe của người bệnh, tạo điều kiện thuận lợi để người bệnh dễ dàng tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe với chi phí thấp nhất. Sử dụng các kỹ thuật và phác đồ điều trị phù hợp để mang lại sức khỏe cho bệnh nhân, cung cấp các thông tin cần thiết giúp người bệnh và những người liên quan hiểu được tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

2.2. Tổng quan nghiên cứu

Nhóm tác giả đã tiến hành tìm hiểu, đánh giá các nghiên cứu có liên quan tới chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện. Những nghiên cứu được tìm kiếm tại thư viện và internet có gắn liền với từ khóa “Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh”, “Mô hình”, “BHYT” và “Cơ sở khám chữa bệnh”. Từ những nghiên

cứu phù hợp, chúng tôi phân tích cách các tác giả thiết kế nghiên cứu, mô hình họ đã vận dụng và công cụ sử dụng trong đo lường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Đối tượng nghiên cứu của các công trình được trình bày trong bài viết là chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Loại nghiên cứu là nghiên cứu cắt ngang kết hợp định tính và định lượng. Khu vực nghiên cứu của các tài liệu này được thực hiện tại nhiều bệnh viện, khu vực trên thế giới trong đó có rất nhiều nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam. Các nghiên cứu này được thực hiện tại nhiều thời điểm

từ năm 1993 đến năm 2023 như Brown và nnk., (1993); Nguyen và nnk., (2023). Mô hình vận dụng trong các nghiên cứu này chủ yếu là mô hình SERVQUAL của Parasuraman và nnk., (1985); (1988) và một số mô hình khác như JHAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 1996), KQCAH của Sower và nnk., (2001), SERVPERF của Cronin và Taylor (1992), mô hình FTSQ Grönroos (1984) hay mô hình chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của WHO (2007).

Bảng 1. Mô hình gốc được áp dụng trong nghiên cứu đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh

Tổ chức, cá nhân đề xuất mô hình	Mô hình nghiên cứu	Các yếu tố cấu thành
Grönroos (1984)	Mô hình FTSQ	(1) Chất lượng kỹ thuật; (2) Chất lượng chức năng; (3) Hình ảnh doanh nghiệp
Parasuraman và nnk., (1985)	Mô hình SERVQUAL	(1) Độ tin cậy; (2) Sự đáp ứng; (3) Năng lực phục vụ; (4) Tiếp cận; (5) Sự lịch sự; (6) Thông tin; (7) Sự uy tín; (8) Sự an toàn; (9) Phương tiện hữu hình; (10) Am hiểu khách hàng
Parasuraman và nnk., (1988)	Mô hình SERVQUAL	(1) Sự đảm bảo; (2) Độ tin cậy; (3) Sự cảm thông; (4) Sự thuận tiện; (5) Phương tiện hữu hình
Cronin & Taylor, (1992)	Mô hình SERVPERF	(1) Sự đảm bảo; (2) Độ tin cậy; (3) Sự cảm thông; (4) Sự thuận tiện; (5) Phương tiện hữu hình
JCAHO (1996)	Mô hình JHAHO	(1) Tính hiệu lực; (2) Sự phù hợp; (3) Hiệu suất; (4) Sự quan tâm và chăm sóc; (5) Sự an toàn; (6) Tính liên tục; (7) Tính hiệu quả; (8) Tính kịp thời; (9) Sự sẵn sàng
Sower và nnk., (2001)	Mô hình KQCAH	1) Sự quan tâm và chăm sóc; (2) Sự phù hợp; (3) Tính hiệu quả và liên tục; (4) Thông tin; (5) Hiệu suất; (6) Các bữa ăn; (7) Ấn tượng ban đầu; (8) Sự đa dạng của nhân viên
WHO, (2007)	Mô hình WHO	(1) Siêng năng phục vụ; (2) Lực lượng lao động y tế; (3) Thông tin; (4) Các sản phẩm y tế, vắc-xin và công nghệ; (5) Tài chính; (6) Lãnh đạo/ quản trị

Nguồn: Tổng hợp tài liệu nghiên cứu của nhóm tác giả

Cụ thể, nhiều nghiên cứu vận dụng mô hình SERVQUAL như: “Nghiên cứu sự hài lòng về chất lượng chăm sóc sức khỏe của người bệnh tại các bệnh viện Thở Nhĩ Kỳ” với bộ công cụ nghiên cứu được xây dựng từ 7 nhân tố: Chế độ dinh dưỡng; sự chăm sóc của bác sĩ; dịch vụ khác; không gian buồng bệnh; thủ tục nhập viện; sự chăm sóc của điều dưỡng; sự sạch sẽ

của phòng bệnh (Yildiz, 2004, tr.581). Tác giả Padma (2010) cũng sử dụng mô hình này trong “Nghiên cứu về chất lượng dịch vụ và tác động của nó đến sự hài lòng của bệnh nhân tại các bệnh viện Ấn Độ” với bộ công cụ nghiên cứu gồm 8 nhân tố tác động: Cơ sở hạ tầng; chất lượng nhân viên; quy trình chăm sóc lâm sàng; thủ tục hành chính; chỉ số an toàn; hình ảnh bệnh viện; trách

nhiệm xã hội; sự tin cậy của bệnh viện. Hay, nghiên cứu của Taner & Antony (2006); Itumalla và nnk., (2014) với bộ công cụ 10 nhân tố được giữ nguyên từ mô hình gốc SERVQUAL năm 1985. Bộ công cụ 5 nhân tố: Độ tin cậy; Sự đảm bảo; Khả năng đáp ứng; Sự đồng cảm; Phương tiện hữu hình trong mô hình SERVQUAL được xây dựng lại vào năm 1988 cũng được ứng dụng trong các nghiên cứu như Baxter (2004); William & Khanchitpol (2013); Rosyida và nnk., (2024). Mô hình SERVPERF của Cronin & Taylor (1992) được các tác giả vận dụng như Brown và nnk., (1993), McAlexander và nnk., (1994), Itumalla và nnk., (2014). Các tác giả phát triển bộ công cụ đo lường trong lĩnh vực y tế từ mô hình SERVPERF với bộ công cụ gồm 8 nhân tố: Tính hiệu quả; Hiệu suất; Chất lượng kỹ thuật; Mối quan hệ giữa các cá nhân; Khả năng tiếp cận dịch vụ; Sự an toàn; Tính liên tục; Sự tiện ích. Về mô hình JCAHO, được phát triển một cách khá chuyên biệt cho quá trình cấp phép, chứng chỉ cho các bệnh viện “Các khía cạnh của chất lượng dịch vụ bệnh viện: Phát triển và ứng dụng thang đo KQCAH” của Sower và nnk., (2001), nghiên cứu phát triển bộ công cụ đo lường chất lượng và sự thỏa mãn của khách hàng gồm 8 nhân tố: Tôn trọng và chăm sóc; Hiệu quả và liên tục; Thích hợp; Thông tin; Hiệu dụng; Bữa ăn; Ấn tượng đầu tiên; Đa dạng nhân viên (tr.47).

Trong những năm qua, tại Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh, chủ yếu dựa trên nhóm mô hình chính: SERVQUAL, Gronroos và KQCAH cùng với một số nghiên cứu sử dụng khung đánh giá của WHO. Rất nhiều nghiên cứu từ các tác giả trong nước đã sử dụng trực tiếp mô hình SERVQUAL với 5 yếu tố cơ bản: Độ tin cậy, Đáp ứng, Đảm bảo, Cảm thông và Hữu hình như Thịnh (2010); Giao & Phương (2011); Đức (2012); Huy (2013); Chi (2014); Chiến và nnk., (2014); Ngân & Trang (2014); Tân (2015); Anh (2016); Diễm & Quyên (2020). Một số ít nghiên cứu được vận dụng từ các mô hình khác như nghiên cứu của Anh (2013) đã áp dụng mô hình chất lượng dịch vụ của Grönroos để đo lường mức độ hài lòng của bệnh nhân tại một bệnh viện ở Việt Nam. Công cụ nghiên cứu gồm 7 nhân tố: Hữu hình, Tin cậy, Cảm thông, Đảm bảo, Đáp ứng, Chất lượng chức năng và Chất lượng kỹ thuật. Khung KQCAH với 7 nhân tố đã được Lưu (2011) ứng dụng để khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng, gồm: Ấn tượng & danh tiếng; Sự thích hợp; Thông tin; Tính hiệu dụng; Quan tâm

chăm sóc; Hiệu quả & liên tục; Thanh toán viện phí. Tiếp nối, Huy & Quang (2013) đã tinh giản thành 5 nhân tố: Sự quan tâm chăm sóc; Tính hiệu quả; Thông tin; Hiệu dụng; Sự phù hợp. Gần đây nhất, Hiếu & Hùng (2021) phát triển thành 6 nhân tố: Tôn trọng & chu đáo; Hiệu quả liên tục; Thông tin; Hợp lý về chi phí; Cơ sở vật chất; Danh tiếng, nhằm phù hợp hơn với bối cảnh bệnh viện Việt Nam. Huỳnh (2014) khảo sát bệnh nhân tham gia BHYT tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh dựa trên khung hài lòng của WHO, gồm 5 yếu tố: Dịch vụ y tế cung ứng; Sản phẩm y tế; Đội ngũ nhân lực y tế; Thông tin y tế; Chi phí khám chữa bệnh BHYT. Nghiên cứu của Ái và nnk., (2020) tiếp tục sử dụng mô hình WHO (2007) điều chỉnh “Hệ thống tài chính” thành “Chi phí khám chữa bệnh BHYT” và lược bỏ yếu tố vai trò của các cấp lãnh đạo, nhằm tăng tính phù hợp và tập trung vào trải nghiệm trực tiếp của người bệnh.

Qua đánh giá, chúng tôi thấy mô hình FTSQ, JCAHO, KQCAH không được sử dụng nhiều như mô hình WHO hoặc SERVQUAL trong đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Sự vận dụng bộ công cụ của từng tác giả khác nhau, có nghiên cứu vận dụng bộ công cụ 10 yếu tố của Parasuraman et al. (1985), nhưng cũng có một số nghiên cứu dùng 7 hoặc 8 yếu tố. Họ tiến hành loại bỏ một số yếu tố được nhận định không quan trọng và không ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu trong việc đo lường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Hầu hết các nghiên cứu sử dụng mô hình SERVQUAL tóm lược với năm yếu tố.

2.3. Đề xuất mô hình nghiên cứu

Việc áp dụng các mô hình nêu trên có ưu điểm là nhanh và tiện lợi, có nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đã áp dụng. Tuy nhiên theo chúng tôi, các mô hình này đánh giá chất lượng dịch vụ khá tốt nhưng chưa được phù hợp hoàn toàn với mục tiêu đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT tại Việt Nam. Trong bối cảnh hệ thống y tế Việt Nam chủ yếu dựa trên cơ chế chi trả từ BHYT, việc lựa chọn các yếu tố để đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh cần phải phản ánh đúng đặc trưng của dịch vụ công ích, không vận hành theo logic thị trường thuần túy. Khác với mô hình thương mại, nơi người bệnh đóng toàn bộ chi phí và kỳ vọng cao về dịch vụ cá nhân hóa, thì dịch vụ BHYT mang tính đại trà, phổ cập và phúc lợi xã hội, hướng đến mọi tầng lớp nhân dân, bao gồm cả người nghèo, cận nghèo, học sinh, người cao tuổi và người có công. Nếu chúng ta ứng dụng hoàn toàn bất kỳ một

mô hình gốc nào phía trên thì có thể gặp phải một số hạn chế. Ví dụ như, mô hình SERVQUAL chỉ được thiết kế để đo lường chất lượng chức năng và chất lượng chức năng trong lĩnh vực y tế không thể duy trì và củng cố nếu không có độ chính xác của việc chẩn đoán và phương pháp điều trị. Hạn chế này cũng trùng với nhận định của nhóm tác giả Babakus & Mangold, (1992), họ cho rằng, “mô hình SERVQUAL không phù hợp với lĩnh vực y tế” (tr.767). Mô hình SERVPERF tuy thuận tiện, tiết kiệm được thời gian và tránh gây hiểu nhầm cho người trả lời nhưng không phản ánh được mối quan hệ giữa sự hài lòng, thỏa mãn của người sử dụng với chất lượng dịch vụ được cung cấp. Mô hình JCAHO và mô hình KQCAH, tuy hoàn thiện, đầy đủ tiêu chuẩn nhằm đo lường các khía cạnh khác nhau của chất lượng dịch vụ nhưng phù hợp với mô hình BHYT tại Mỹ chứ chưa phù hợp với mô hình BHYT tại Việt Nam. Hay mô hình WHO được phát triển trong việc đánh giá chất lượng dịch vụ đặc biệt đó là chất lượng dịch vụ y tế. Tuy nhiên,

trong mô hình này đưa yếu tố đo lường về vai trò của các cấp lãnh đạo và quản lý được đề cập liên quan đến việc đảm bảo chiến lược chính sách y tế không phù hợp với Việt Nam. Các mô hình được phát triển từ mô hình gốc của các tác giả khác cũng gặp một vấn đề là chưa khai thác sâu vào đối tượng “BHYT”. Do đó, một mô hình phù hợp để đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT cần các yếu tố như tính minh bạch trong khám chữa bệnh, thủ tục hành chính BHYT đơn giản, sự đồng cảm trong giao tiếp, và an toàn điều trị cần được đặt lên hàng đầu. Ngoài ra, người bệnh BHYT thường xuyên phải đối mặt với rào cản hành chính, danh mục chi trả khắt khe, nên mô hình đánh giá cần bổ sung các yếu tố phản ánh hiệu quả thủ tục hành chính, khả năng tiếp cận công bằng, và mức độ tin tưởng vào hệ thống điều trị, đúng quyền lợi. Việc đưa vào các yếu tố này không chỉ làm cho mô hình sát với thực tiễn Việt Nam, mà còn tăng khả năng ứng dụng thực tế và hỗ trợ cải tiến hệ thống y tế theo hướng nhân văn và hiệu quả hơn.

Bảng 2. Mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT

Thành phần	Mô tả	Cơ sở
Hữu hình (TGB)	Cơ sở vật chất, trang thiết bị, đồng phục nhân viên, biển hiệu, bảng chỉ dẫn rõ ràng.	SERVQUAL
Năng lực chuyên môn (CPT)	Trình độ chuyên môn, tay nghề bác sĩ, kỹ năng xử lý bệnh, cập nhật kiến thức y khoa.	SERVPERF, WHO
Sự tin cậy (RLB)	Khả năng cung cấp dịch vụ đúng cam kết, kết quả đúng, thời gian hợp lý.	SERVQUAL
Giao tiếp & Đồng cảm (CE)	Giao tiếp hiệu quả, thái độ, sự lắng nghe, quan tâm đến người bệnh.	SERVQUAL, WHO
Thủ tục hành chính & BHYT (APE)	Thủ tục BHYT đơn giản, minh bạch, thời gian chờ đợi, quy trình khám chữa hợp lý.	Yếu tố đặc thù của của dịch vụ khám chữa bệnh BHYT
An toàn & quyền người bệnh (SPR)	Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, bảo vệ quyền riêng tư, sự minh bạch trong điều trị.	JHAHO, WHO, KQCAH

Nguồn: Kế thừa và xây dựng của nhóm nghiên cứu

Mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh chúng tôi đề xuất được thiết kế với tính khả thi cao trong ứng dụng thực tiễn, đặc biệt thông qua việc triển khai dưới dạng bảng hỏi khảo sát. Mô hình cho phép thu thập ý kiến đánh giá từ nhiều đối tượng khác nhau, bao gồm người bệnh - những người trực tiếp sử dụng dịch vụ; người nhà bệnh nhân - những người thường xuyên tương tác với hệ thống y tế trong quá trình chăm sóc; và nhân viên y tế - những người hiểu rõ quy trình

nội bộ, hạn chế và năng lực cung ứng dịch vụ. Các tiêu chí trong mô hình được cụ thể hóa bằng các câu hỏi dạng Likert, dễ hiểu, ngắn gọn và phù hợp để khảo sát nhanh tại khu vực chờ khám, sau điều trị nội trú hoặc thông qua nền tảng khảo sát điện tử. Ngoài ra, mô hình này cũng được xây dựng dựa trên định hướng lồng ghép vào Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện hiện hành do Bộ Y tế Việt Nam ban hành (theo Quyết định 6858/QĐ-BYT), đặc biệt ở các nhóm tiêu chí như A (hướng đến

người bệnh), C (hoạt động chuyên môn) và D (cải tiến chất lượng). Nhờ đó, mô hình không chỉ đóng vai trò như một công cụ phản ánh mức độ hài lòng mà còn hỗ trợ các cơ sở y tế cải tiến dịch vụ trên cơ sở dữ liệu thực tiễn, đồng thời đáp ứng yêu cầu kiểm định và đánh giá chất lượng theo tiêu chuẩn quốc gia hiện hành.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Nhóm nghiên cứu thông qua phương pháp nghiên cứu tài liệu để làm rõ cơ sở lý thuyết về khám chữa bệnh, dịch vụ y tế, chất lượng dịch vụ y tế và xác định công cụ đo lường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh phù hợp đối với cơ sở khám chữa bệnh tại Việt Nam. Cơ sở lý thuyết được trình bày dựa trên các tài liệu như Luật Bảo hiểm xã hội (Quốc hội, 2014), Luật khám bệnh, chữa bệnh (Quốc hội, 2022), Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (Bộ Y tế, 2016), WHO (2007), Donabedian (1988), William & Khanchitpol (2013) ... Ngoài ra, việc nghiên cứu tài liệu cũng giúp nhóm tác giả tổng hợp được các công trình nghiên cứu khoa học có liên quan tới nội dung đề tài như đánh giá chất lượng dịch vụ y tế, nhân tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế và là căn cứ xây dựng quan nghiên cứu cho bài viết. Đồng thời, thông qua việc đánh giá tài liệu, nhóm nghiên cứu cũng xác định được khoảng trống nghiên cứu cho bài viết.

3.2. Phương pháp phân tích và tổng hợp

Dựa trên cơ sở lý thuyết, hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện Việt Nam, nhóm nghiên cứu đã phân tích và xác định những điểm quan trọng để đánh giá chất lượng bệnh viện về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Việt Nam như: Chi phí khám chữa bệnh hoặc cấp phát thuốc cho người bệnh sử dụng thẻ BHYT. Căn cứ vào phần tổng quan tài liệu có hệ thống, nhóm nghiên cứu tiến hành sắp xếp các nghiên cứu theo khu vực, thời gian, thiết kế nghiên cứu, mô hình được vận dụng trong nghiên cứu, công cụ đo lường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Từ những mô hình được ứng dụng trong các nghiên cứu, chúng tôi tiến hành phân tích, đánh giá ưu điểm, nhược điểm khi áp dụng các mô hình này vào đo lường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT tại các cơ sở khám chữa bệnh của Việt Nam. Nhận định sự khác nhau về điều kiện kinh tế, cơ sở vật chất, trình độ chuyên môn của đội ngũ bác sĩ Việt Nam để có thể xác định chính xác các nhân tố ảnh hưởng mạnh tới chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.

3.3. Phương pháp điều tra khảo sát

Hoạt động điều tra khảo sát thực nghiệm được thực hiện bằng bảng hỏi tại 6 cơ sở y tế trên địa bàn Hà Nội (Hai bệnh viện tuyến huyện, hai bệnh viện tuyến thành phố và hai bệnh viện tuyến Trung ương). Thời gian triển khai khảo sát diễn ra trong tháng 3 năm 2025. Phương pháp lấy mẫu được áp dụng là lấy mẫu ngẫu nhiên phi xác suất. Cụ thể, lấy mẫu thuận tiện dựa trên sự sẵn có và đồng ý hợp tác của người bệnh tại thời điểm khảo sát. Phương pháp này được lựa chọn nhằm đảm bảo tính khả thi trong thu thập dữ liệu tại thực địa, đồng thời phù hợp với nguồn lực và điều kiện thực hiện của nghiên cứu. Kích cỡ mẫu khảo sát thực nghiệm là 267, phù hợp với yêu cầu của phân tích hồi quy và kiểm định mô hình (Thọ, 2014). Công cụ điều tra là bảng hỏi cấu trúc sẵn, gồm hai phần chính: Thông tin nhân khẩu học và đặc điểm của người tham gia khảo sát. Các biến quan sát được thiết kế trên thang đo Likert 5 điểm, từ 1 (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (hoàn toàn đồng ý), nhằm đo lường các yếu tố liên quan đến chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người bệnh. Từ mô hình đề xuất (tại Bảng 2), chúng tôi xây dựng thang đo với 25 biến quan sát. Nội dung biến quan sát của các nhân tố độc lập trong thang đo được thể hiện tại phần kết quả đánh giá thực nghiệm (chi tiết tại Bảng 3). Ba biến quan sát trong nhân tố phụ thuộc ký hiệu (SF) lần lượt là “C1. Tôi hài lòng với tổng thể dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT tại cơ sở này” để đo lường sự hài lòng tổng thể. “C2. Tôi sẽ tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT tại cơ sở này nếu có nhu cầu trong tương lai” để đánh giá ý định hành vi và “C3. Tôi sẵn sàng giới thiệu cơ sở y tế này cho người thân hoặc bạn bè có BHYT” nhằm đánh giá sự trung thành. Dữ liệu được thu thập trực tiếp tại các khu vực chờ khám và điều trị của các cơ sở y tế thực hiện đánh giá thực nghiệm mô hình trên địa bàn Hà Nội.

4. Kết quả đánh giá thực nghiệm mô hình đề xuất

4.1. Đánh giá hệ số tin cậy và hội tụ của thang đo trong mô hình đề xuất

Hệ số tin cậy của thang đo trong mô hình đề xuất

Kết quả phân tích hệ số tin cậy cho từng thang đo biến độc lập và biến phụ thuộc từ dữ liệu điều tra thực nghiệm cho thấy Cronbach's alpha của từng thang đo đều lớn hơn 0,8. Hệ số tương quan biến tổng nhỏ nhất của các thành phần của các thang đo đều đảm bảo mức >0.7 và hệ số Cronbach's alpha nếu loại biến (lớn nhất) đều nhỏ hơn hệ số tin cậy. Theo Thọ (2014), các kết quả trên thể hiện thang đo được sử dụng trong nghiên

cứu thực nghiệm là phù hợp, đảm bảo độ tin cậy và là thang đo lường tốt.

Sự hội tụ của thang đo trong mô hình đề xuất

Phương pháp phân tích nhân tố khám phá thuộc nhóm phân tích đa biến phụ thuộc lẫn nhau (Tho, 2014). Hair và nnk, (1998) đã đưa ra kết luận về hệ số tải nhân tố hay trọng số nhân tố (Factor loading) là chỉ tiêu để đảm bảo mức ý nghĩa thiết thực của phân tích

nhân tố khám phá: Factor loading > 0,3 được xem là đạt mức tối thiểu; Factor loading > 0,4 được xem là quan trọng; Factor loading > 0,5 được xem là có ý nghĩa thực tiễn (tr.111). Kết quả bảng ma trận xoay nhân tố cho thấy 22 biến quan sát hội tụ về 6 nhân tố trong mô hình đề xuất và hệ số tải nhân tố để >0,5. Như vậy, các biến quan sát thuộc các thang đo trong mô hình đề xuất đảm bảo mặt ý nghĩa thực tiễn.

Bảng 3. Kết quả phân tích nhân tố khám phá cho toàn bộ thang đo

Biến quan sát	Thành phần					
	APE	SPR	TGB	CPT	CE	RLB
Ông/bà không gặp khó khăn khi làm thủ tục BHYT	0,822					
Ông/bà được đảm bảo quyền lợi đúng quy định khi sử dụng BHYT (không phải chi trả thêm bất hợp lý)	0,778					
Quy trình khám chữa bệnh bằng BHYT dễ hiểu và rõ ràng	0,774					
Nhân viên hướng dẫn BHYT nhiệt tình, giải thích rõ quyền lợi và thủ tục cho Ông/bà	0,765					
Thời gian chờ đợi làm thủ tục hợp lý và có kiểm soát	0,743					
Ông/bà cảm thấy an toàn khi điều trị tại cơ sở y tế này		0,779				
Ông/bà được cung cấp đầy đủ thông tin về quyền lợi khi sử dụng BHYT		0,768				
Thông tin bệnh án cá nhân của tôi được bảo mật		0,748				
Cơ sở y tế thực hiện nghiêm túc các biện pháp phòng chống lây nhiễm trong quá trình điều trị		0,706				
Khu vực chờ khám được bố trí hợp lý, có chỗ ngồi và quạt/máy lạnh hoạt động tốt			0,785			
Biển hiệu, chỉ dẫn trong bệnh viện rõ ràng và dễ hiểu			0,745			
Khu khám chữa bệnh sạch sẽ, gọn gàng			0,720			
Trang thiết bị y tế được sử dụng đầy đủ và hiện đại			0,714			
Ông/bà cảm thấy yên tâm khi được bác sĩ thăm khám và điều trị tại đây				0,843		
Bác sĩ có chuyên môn vững vàng và điều trị hiệu quả				0,819		
Nhân viên y tế có kỹ năng chuyên môn tốt trong chăm sóc				0,795		
Bác sĩ/nhân viên y tế giao tiếp lịch sự, nhẹ nhàng					0,870	
Nhân viên y tế lắng nghe kỹ lưỡng và trả lời đầy đủ các thắc mắc của ông/bà					0,841	
Ông/bà cảm thấy được tôn trọng và quan tâm trong quá trình điều trị					0,792	
Kết quả khám chữa bệnh phản ánh đúng tình trạng sức khỏe của ông/bà						0,806
Ông/bà được giải thích rõ ràng về tình trạng bệnh và phác đồ điều trị						0,771
Ông/bà được khám đúng lịch hẹn và không bị trì hoãn quá lâu						0,722

Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu điều tra thực nghiệm của nhóm nghiên cứu

4.2. Kiểm định sự phù hợp của mô hình đề xuất

Để kiểm định sự phù hợp của mô hình đã đề xuất, chúng tôi thực hiện phân tích hồi quy đa biến. Phân tích này được phát triển dựa trên hồi quy tuyến tính đơn giản và được sử dụng khi muốn dự đoán giá trị của một biến dựa trên giá trị của hai hoặc nhiều biến khác. Biến cần dự đoán được gọi là biến phụ thuộc. Các biến sử dụng để dự đoán giá trị của biến phụ thuộc được gọi là biến độc lập (Tho, 2014). Hồi quy đa biến cũng cho phép chúng ta xác định mức độ ảnh hưởng của từng biến độc lập vào sự thay đổi của biến phụ thuộc. Kết quả phân tích hồi quy đa biến được chấp nhận và có ý nghĩa khi tổng phân dư = 0, có tính phân phối chuẩn, không xảy ra hiện tượng cộng tuyến, hiện tượng tự tương quan và phương sai không đều. Phương trình hồi quy đa biến của mô hình đánh giá thực nghiệm có dạng:

$$Y = a_0 + a_1 X_1 + a_2 X_2 + a_3 X_3 + a_4 X_4 + a_5 X_5 + a_6 X_6$$

Trong đó:

Y: Biến phụ thuộc thể hiện giá trị dự đoán về Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế

$a_0, a_1, a_2, a_3, a_4, a_5, a_6$ Là các hệ số hồi quy

$X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6$: Là các biến độc lập Hữu hình, Năng lực chuyên môn, Sự tin cậy, Giao tiếp & Đồng cảm, Thủ tục hành chính & BHYT, An toàn & Quyền người bệnh.

Phân tích tương quan

Kết quả phân tích tương quan Pearson ta cho thấy sự tương quan giữa biến phụ thuộc là Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế với sáu biến độc lập thuộc mô hình với giá trị sig < 0,05. Mặt khác, giá trị sig giữa các biến độc lập rất lớn và lớn hơn 0,05. Điều này nghĩa là các biến độc lập không có mối tương quan và nó càng khẳng định tính “Độc lập” tốt giữa các biến độc lập này.

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính

Từ bảng kết quả hồi quy tuyến tính ta thấy chỉ số R hiệu chỉnh (Adjusted R square) = 0,638 > 0,5 cho biết 6 thành phần Hữu hình, Năng lực chuyên môn, Sự tin cậy, Giao tiếp & Đồng cảm, Thủ tục hành chính & BHYT, An toàn & Quyền người bệnh có tác động tới Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tại Việt Nam. Như vậy, mức độ phù hợp của mô hình là tương đối cao.

Bảng 4. Kết quả hồi quy tuyến tính

Mô hình	Hệ số tương quan	R bình phương	R bình phương hiệu chỉnh	Sai số chuẩn ước lượng
1	0,804 ^a	0,646	0,638	0,35818

Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu điều tra thực nghiệm của nhóm nghiên cứu

Để đánh giá mô hình đề xuất có phù hợp để suy rộng cho tổng thể hay không, chúng ta tiếp tục thực hiện kiểm định ANOVA. Đặt giả thuyết:

H₀: Các nhân tố Hữu hình, Năng lực chuyên môn, Sự tin cậy, Giao tiếp & Đồng cảm, Thủ tục hành chính & BHYT, An toàn & quyền người bệnh và Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tại Việt Nam

không có mối quan hệ với nhau.

H₁: Các nhân tố Hữu hình, Năng lực chuyên môn, Sự tin cậy, Giao tiếp & Đồng cảm, Thủ tục hành chính & BHYT, An toàn & quyền người bệnh và Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tại Việt Nam có mối quan hệ với nhau.

Bảng 5. Kết quả phân tích ANOVA

Mô hình		Tổng bình phương	đf	Bình phương trung bình	F	Sig.
1	Hồi quy	60,895	6	10,149	79,108	0,000 ^b
	Phần dư	33,357	260	0,128		
	Tổng cộng	94,252	266			
a. Biến phụ thuộc: SF						
b. Biến độc lập: (Constant), APE, SPR, TGB, CPT, CE, RLB						

Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu điều tra thực nghiệm của nhóm nghiên cứu

Kết quả kiểm định ANOVA cho thấy, với mức ý nghĩa = 0,05, kết quả của kiểm định ANOVA cho thấy giá trị kiểm định $F = 79,108$ tại mức ý nghĩa $\text{sig} = 0,000 < \alpha = 0,1$. Như vậy, ta bác bỏ giả thuyết H_0 , chấp nhận giả thuyết H_1 và mô hình đề xuất phù hợp với tập dữ liệu, hoàn toàn có thể suy rộng ra cho tổng thể. Ngoài ra, kết quả hồi quy cũng cho thấy hệ số phóng đại phương sai $VIF < 2$ đáp ứng được điều kiện tốt nhất chứng tỏ chúng ta không mắc phải vấn đề đa cộng tuyến trong mô hình nghiên cứu đã đề xuất.

5. Kết luận

Nghiên cứu đã xây dựng được mô hình phù hợp cho đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế Việt Nam. Mô hình được kế thừa và điều chỉnh từ các mô hình lý thuyết kinh điển (SERVQUAL, SERVPERF và WHO), đồng thời có sự tham chiếu tới bối cảnh thực tiễn của hệ thống y tế trong nước, đặc biệt là hệ thống khám chữa bệnh theo hình thức BHYT. Mô hình đề xuất bao gồm các nhân tố cốt lõi phản ánh đầy đủ cả yếu tố hữu hình, chức năng và kỹ thuật của dịch vụ y tế, như: Năng lực chuyên môn, cơ sở vật chất, quy trình phục vụ, sự tương tác giữa nhân viên y tế và người bệnh, khả năng tiếp cận dịch vụ, chi phí điều trị

và thông tin cung cấp. Đây là những yếu tố có tính đặc thù, phản ánh đúng thực tế vận hành và nhu cầu đánh giá chất lượng dịch vụ y tế tại Việt Nam.

Kết quả đánh giá thực nghiệm thông qua khảo sát tại các cơ sở y tế trên địa bàn Hà Nội cho thấy mô hình đo lường này có độ tin cậy và giá trị giải thích cao. Các phân tích định lượng (Cronbach's Alpha, EFA và hồi quy tuyến tính) đều khẳng định mức độ phù hợp của mô hình với dữ liệu thực tế, từ đó chứng minh rằng mô hình có thể áp dụng hiệu quả trong việc đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập trên phạm vi rộng. Đặc biệt, mô hình không chỉ phản ánh đầy đủ các khía cạnh dịch vụ trong môi trường khám chữa bệnh nói chung, mà còn phù hợp với bối cảnh đặc thù của hệ thống khám chữa bệnh theo BHYT tại Việt Nam. Điều này cho thấy tính khả thi và ứng dụng thực tiễn của mô hình trong quản lý chất lượng và cải tiến dịch vụ y tế. Từ những kết quả đạt được, nghiên cứu khuyến nghị các cơ sở y tế, đặc biệt là các bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh có thể vận dụng mô hình này làm công cụ đo lường và cải thiện chất lượng dịch vụ một cách khoa học, có hệ thống và phù hợp với điều kiện trong nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ái, N. T. H., và nnk., (2020). *Mức độ hài lòng của đối tượng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế tại tỉnh Ninh Bình*. Đề tài nghiên cứu khoa học, Trường Đại học Lao động - Xã hội, Hà Nội, Việt Nam.
- Anh, N. T. L. (2016). *Nghiên cứu chất lượng dịch vụ y tế công tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên* (Luận án Tiến sĩ). Đại học Thái Nguyên & Đại học Nghệ thuật và Khoa học Philippines.
- Anh, Đ. H. (2013). *Nghiên cứu sự ảnh hưởng của các yếu tố đến sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Hoàn Mỹ, TP. Đà Nẵng* (Luận văn Thạc sĩ). Đại học Đà Nẵng.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Sciences Research*, 26(2), 767-786.
- Baxter, L. (2004). Nottingham occupational health puts its quality of services to test with the Parasuraman's SERVQUAL tool. *Occupational Health*, 56(3).
- Brown, L. D., Franco, L. M., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1993). *Quality assurance of healthcare in developing countries*. Quality Assurance Methodology Refinement Series, 4(27), USAID.
- Bảo Duy. (2025). Cả nước có 95,52 triệu người tham gia BHYT, đạt 94,2% dân số. *Lao động Thủ đô*. <https://laodongthudo.vn/ca-nuoc-co-9552-trieu-nguoi-tham-gia-bao-hiem-y-te-dat-942-dan-so-182831.html>
- Bộ Y tế. (2013). *Thông tư số 19/2013/TT-BYT về quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện*. Hà Nội: Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia.
- Bộ Y tế. (2016). *Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam*. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-6858-QĐ-BYT-Bo-tieu-chi-chat-luong-benh-vien-Viet-Nam-2016-331011.aspx>
- Bộ Y tế. (2024a). *Thông tư số 22/2024/TT-BYT về thanh toán chi phí thuốc khi không cung ứng được thuốc*. <https://moh.gov.vn>
- Bộ Y tế. (2024b). *Thông tư số 37/2024/TT-BYT về danh mục thuốc BHYT và điều kiện thanh toán*. <https://moh.gov.vn>
- Chi, N. K. (2011). *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh, Hà Nội* (Luận văn quản lý bệnh viện). Đại học Kinh tế Y tế Công cộng.
- Chiến, L. T., & cộng sự. (2014). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại một số bệnh viện đa khoa hạng I TP.HCM. *Tạp chí Quân Y Dược*, Phụ trương 2014, 35-43.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill.
- Diễm, T. H., & Quỳn, B. T. T. (2020). Chất lượng dịch vụ tại Bệnh viện Sản Nhi Mekong theo đánh giá của người bệnh ngoại trú năm 2019. *Tạp chí Nghiên cứu và Phát triển Y tế*, 4(4).

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Đức, N. T. D. (2012). *Đo lường sự hài lòng của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện công TP. Hồ Chí Minh* (Luận văn Thạc sĩ). Trường Đại học Công nghệ TP. Hồ Chí Minh.
- Ehsan Zarei, et al. (2014). An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(1), 135-143.
- Giao, H. N. K., & Hằng, L. D. (2011). Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh theo yêu cầu tại Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM. *Tạp chí Phát triển Kinh tế*, 252, 44-53.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Huy, D. Q. (2013). *Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh nội trú tại các bệnh viện trung ương ở TP.HCM* (Luận văn Thạc sĩ). Đại học Công nghệ TP.HCM.
- Huy, L. V., & Quang, N. D. (2013). Thang đo chất lượng dịch vụ bệnh viện. *Tạp chí Phát triển Kinh tế*, 278, 50-63.
- International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9000:2015 - Quality management systems – Fundamentals and vocabulary*. ISO.
- Itumalla, R., Acharyulu, G. V. R. K., & Maheswari, V. U. (2014). Development of HospitalQual: A service quality scale for measuring in-patient services in hospitals. *Operations and Supply Chain Management: An International Journal*, 7(2), 54-63.
- Le, T. X. H., Nguyen, T. H. D., Nguyen, T. T. D., Nguyen, T. H. A., Le, T. H. T., & Nguyen, N. Z. (2024). Health Financing and Equity in Healthcare for Disadvantaged Groups in Vietnam. *Social Work & Society*, 22(1).
- Lưu, T. T. (2011). *Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng* (Khóa luận tốt nghiệp). Đại học Đà Nẵng.
- McAlexander, J. H., Kaldenburg, D. O., & Koenig, H. F. (1994). Service quality measurement. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 34-40.
- Nguyen, T. M., Pham, H. Q., & Le, N. T. (2023). Healthcare service quality in Vietnamese public hospitals: A cross-sectional study based on SERVQUAL model. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 18(2), 112-121.
- Ngân, L. T. K., & Trang, L. T. T. (2014). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh 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.
- Padma, P. (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 30-43.
- 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.
- Quốc hội. (2014). *Luật BHYT (sửa đổi, bổ sung) số 46/2014/QH13*. Hà Nội: Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia.
- Quốc hội. (2017). *Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 12/VBHN-VPQH*. Hà Nội. Truy cập ngày 07/07/2023 từ <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Van-ban-hop-nhat-12-VBHN-VPQH-2017-Luat-Kham-benh-chua-benh-377166.aspx>
- Quốc hội. (2017). *Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 12/VBHN-VPQH*. Hà Nội. Truy cập ngày 07 tháng 7 năm 2023 từ <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Van-ban-hop-nhat-12-VBHN-VPQH-2017-Luat-Kham-benh-chua-benh-377166.aspx>
- Juran, J. M., & Gryna, F. M. (1988). *Juran's Quality Control Handbook* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Rosyida, H. L., Suprpto, S. I., & Dian, A. (2024). Building patient loyalty: The role of brand image and service quality in outpatient healthcare revisit behavior - A systematic review. *Journal of Applied Nursing and Health*, 5(1), 45-56. <https://janh.candle.or.id/index.php/janh/article/view/272>
- Sower, V., Duffy, J. A., Kilbourne, W., Kohers, G., & Jones, P. (2001). The dimensions of service quality for hospitals: Development and use of the KQCAH scale. *Health Care Management Review*, 26(2), 47-58.
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 19(2), 1-10.
- Thịnh, N. C. (2010). *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại phòng khám Nội và Nhi, khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa* (Luận văn y tế công cộng). Trường Đại học Y tế công cộng.
- Thọ, N. Đ. (2014). *Giáo trình Phương pháp nghiên cứu khoa học trong kinh doanh* (Tái bản lần thứ 2). Hà Nội: Nhà xuất bản Tài chính.
- Thùy, L. T. (2018). *Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của các bệnh viện trung ương tại Hà Nội* (Luận án Tiến sĩ Kinh tế Chính trị). Đại học Quốc gia Hà Nội - Trường Đại học Kinh tế.
- Trọng, H., & Ngọc, C. N. M. (2008). *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS* (Tái bản lần thứ 2). Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh: Nhà xuất bản Hồng Đức.
- Tân, N. C. (2015). *Đo lường chất lượng dịch vụ y tế của các bệnh viện tại tỉnh Vĩnh Long* (Đề tài cấp tỉnh). Liên hiệp các Hội Khoa học Kinh tế - Đô thị miền Nam.
- WHO. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: World Health Organization.
- Wanjau, K. N., Muiruri, B. W., & Ayodo, E. (2012). Factors affecting provision of service quality in the public health sector: A case of Kenyatta National Hospital. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(13), 114-125.
- William, C. J., & Khanchitpol, Y. (2013). Out-patient service quality perceptions in private Thai hospitals. *International Journal of Business and Social Science*, 4(2), 57-66.
- Yıldız, Z., & Erdoğan, Ş. (2004). Measuring patient satisfaction of the quality of health care: A study of hospitals in Turkey. *Journal of Medical Systems*, 28(6), 581-589.