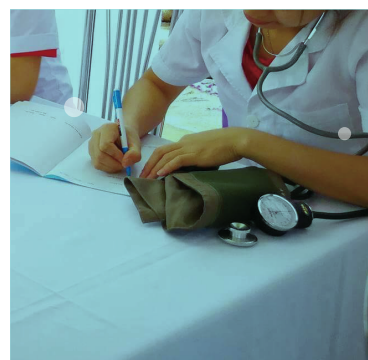


BÁO CÁO CHÍNH SÁCH

CHỈ SỐ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH

Đánh giá chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh tại một số bệnh viện công lập ở Việt Nam từ góc nhìn của người bệnh

Hà Nội, tháng 03 năm 2018



Dự án được tài trợ bởi Tổ chức Oxfam
tại Việt Nam và Bộ Ngoại giao Phần Lan

NHÓM NGHIÊN CỨU

Tiến sĩ Trần Ngọc Anh
Tiến sĩ Nguyễn Thị Lan Hương
Tiến sĩ Đặng Đức Anh
Tiến sĩ Phùng Đức Tùng
Thạc sĩ Nguyễn Phương Lan
Thạc sĩ Khuất Tuấn Anh
Tiến sĩ Phan Thị Thùy Trâm
Thạc sĩ Nguyễn Ngọc Hiệu
Thạc sĩ Vũ Hoàng Dương
Nguyễn Văn Tuyển
Trần Nhân Việt Nghi
Đỗ Hoàng Anh
Nguyễn Phương Thúy
Phạm Ngọc Anh

CHỮ VIẾT TẮT

PSI Chi số hài lòng người bệnh

BYT Bộ Y tế

TU Trung ương

BHYT Bảo hiểm y tế

Mục lục

LỜI CẢM ƠN.....	6
LỜI GIỚI THIỆU	8

PHẦN I: CHỈ SỐ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH 10

1. Tổng quan phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh ở Việt Nam hiện nay	12
2. Phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh qua điện thoại ở Việt Nam	13
3. Phương pháp xây dựng bảng hỏi.....	18
4. Chọn mẫu khảo sát và phương pháp phỏng vấn.....	21
5. Điều chỉnh kết quả khảo sát đối với đặc điểm nhân thân của người bệnh	25
6. Tính trọng số cho các tiêu chí thành phần và xây dựng chỉ số tổng hợp	26
7. Phương pháp xếp hạng các bệnh viện.....	27

PHẦN II. KẾT QUẢ KHẢO SÁT HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH BẰNG ĐIỆN THOẠI..... 28

1. Đặc điểm mẫu khảo sát.....	30
2. Kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh	31
2.1. Kết quả khảo sát chỉ số hài lòng người bệnh của các bệnh viện	31
2.2. Kết quả khảo sát chỉ số PSI của các bệnh viện cùng tuyến	39
2.3. Kết quả khảo sát PSI của Bệnh viện Bà Rịa	45

PHẦN III. KẾT LUẬN, KIẾN NGHỊ VÀ HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO 48

1. Kiến nghị chính sách	50
2. Hướng nghiên cứu tiếp theo	51

Phụ lục 1: Bảng hỏi hài lòng người bệnh	54
---	----

Phụ lục 2: Hệ số điều chỉnh chung của 29 bệnh viện theo từng tiêu chí.....	58
--	----

Phụ lục 3: Chi tiết về Phương pháp xếp hạng sao các bệnh viện	58
---	----

DANH MỤC HÌNH

Hình 1: Ưu điểm của phỏng vấn qua điện thoại.....	16
Hình 2: Cây tiêu chí Chỉ số Hài lòng người bệnh (Patient Satisfaction Index – PSI)	18
Hình 3: Chỉ số hài lòng người bệnh của các bệnh viện	19
Hình 4: Bảng hỏi trên giao diện trang web nhập số liệu phỏng vấn	21
Hình 5: Bản đồ phân bố các bệnh viện được khảo sát.....	22
Hình 6: Chỉ số hài lòng người bệnh của các bệnh viện tham gia khảo sát.....	31
Hình 7: Chỉ số hài lòng người bệnh theo các yếu tố của các bệnh viện khảo sát	33
Hình 8: Chỉ số PSI của bệnh viện theo các tiêu chí	34
Hình 9: Hài lòng người bệnh theo loại phòng điều trị	35
Hình 10: Hài lòng người bệnh theo nguồn chi trả	36
Hình 11: Hài lòng người bệnh theo giới tính.....	37
Hình 12: Hài lòng người bệnh theo độ tuổi.....	38
Hình 13: Hài lòng người bệnh theo khu vực sinh sống.....	38
Hình 14: Hài lòng người bệnh theo điều kiện kinh tế.....	39

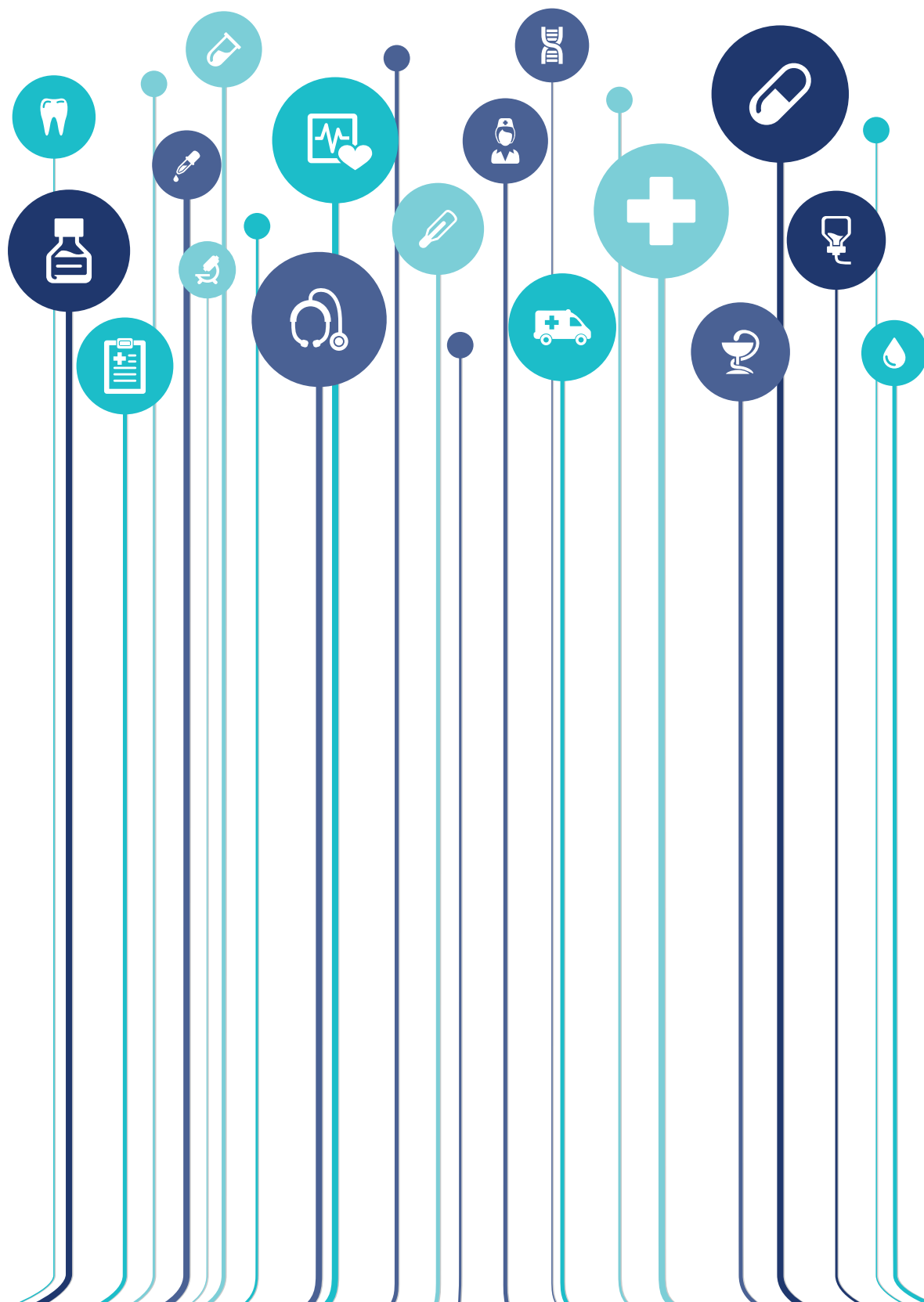
Hình 15: Chỉ số PSI của các bệnh viện theo tuyến và hạng bệnh viện	40
Hình 16: Chỉ số PSI theo các yếu tố của các bệnh viện cùng tuyến	41
Hình 17: Chỉ số PSI theo các tiêu chí của các bệnh viện cùng tuyến.	42
Hình 18: Các tiêu chí của nhóm 5 bệnh viện có Chỉ số hài lòng người bệnh cao nhất	44
Hình 19: Chỉ số PSI của các bệnh viện tuyến huyện	44
Hình 20: Chỉ số PSI của bệnh viện Bà Rịa theo các yếu tố	45
Hình 21: Chỉ số PSI của bệnh viện Bà Rịa theo các tiêu chí.	46
Hình 22: Chỉ số PSI của các khoa trong bệnh viện Bà Rịa.	46
Hình 23: Phản hồi của người bệnh trong các lĩnh vực cụ thể	47

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1: Các tiêu chí của Chỉ số hài lòng người bệnh	19
Bảng 2: So sánh bảng hỏi khảo sát hài lòng người bệnh ở Mỹ và Việt Nam	20
Bảng 3: Bảng hỏi hài lòng người bệnh qua điện thoại	20
Bảng 4: Tỷ lệ khảo sát thành công	23
Bảng 5: So sánh đặc điểm nhân khẩu học.	24
Bảng 6: Hệ số Cronbach's Alpha	25
Bảng 7: Đóng góp của các tiêu chí thành phần vào chỉ số hài lòng chung	26
Bảng 8: Trọng số của các tiêu chí thành phần	27
Bảng 9: Đặc điểm nhân khẩu học.	30
Bảng 10: Xếp hạng các bệnh viện theo PSI	32

DANH MỤC HỘP

Hộp 1: Tự chủ tài chính - Cơ hội lớn, thách thức nhiều.	14
Hộp 2: Quan niệm về hài lòng người bệnh.	15
Hộp 3: Ý kiến của người bệnh về khả năng tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh	33
Hộp 4: Ý kiến của người bệnh về thái độ giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế	34
Hộp 5: Ý kiến của người bệnh về tình trạng nằm ghép	35
Hộp 6: Ý kiến của người bệnh về thuốc của BHYT	36
Hộp 7: Ý kiến của người bệnh về giường và chăn ga gối đệm ở bệnh viện	40
Hộp 8: Ý kiến của người bệnh về nhà vệ sinh bệnh viện.	41
Hộp 9: Ý kiến của người bệnh về minh bạch thông tin khám bệnh và điều trị	42
Hộp 10: Ý kiến về trình độ chuyên môn và tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng	43
Hộp 11: Ý kiến của người bệnh về kết quả cung cấp dịch vụ.	43



LỜI CẢM ƠN

Chỉ số Hải lòng người bệnh là kết quả hợp tác nghiên cứu giữa Bộ Y tế và các chuyên gia của mạng lưới Sáng kiến Việt Nam, Đại học Indiana, Hoa Kỳ trong khuôn khổ Dự án “Công bằng thuế để chăm sóc y tế bình đẳng” do Oxfam Việt Nam tài trợ.

Bộ Y tế đã giao Cục Quản lý khám, chữa bệnh làm đầu mối chủ trì, hợp tác với Sáng kiến Việt Nam xây dựng chỉ số Hải lòng người bệnh thông qua ứng dụng công nghệ di động, điện toán đám mây cho phép thu thập, phân tích dữ liệu và kết quả khảo sát theo thời gian thực. Quá trình khảo sát, phỏng vấn qua điện thoại được tổ chức thực hiện bởi Viện Nghiên cứu Phát triển Mekong (MDRI). Bản báo cáo này trình bày phương pháp luận và kết quả khảo sát thí điểm chỉ số Hải lòng người bệnh ở 29 bệnh viện trên cả nước.

Phương pháp và kết quả nghiên cứu chỉ số Hải lòng người bệnh được thảo luận và hoàn thiện dựa trên nhiều cuộc tham vấn sâu rộng với các chuyên gia của Bộ Y tế, lãnh đạo và cán bộ phòng quản lý chất lượng các bệnh viện, tham vấn người bệnh và người nhà bệnh nhân trong suốt quá trình nghiên cứu thực địa và khảo sát từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 11 năm 2017. Báo cáo đã nhận được góp ý từ các chuyên gia của các Vụ, Cục, Viện liên quan của Bộ Y tế, các Sở Y tế và các bệnh viện tham gia chương trình khảo sát thí điểm năm 2017. Chúng tôi chân thành cảm ơn sự hợp tác rất cởi mở và tích cực này.

Chúng tôi cũng xin bày tỏ lòng biết ơn đến những chuyên gia sau đây về những góp ý, bình luận quý báu cho phương pháp và kết quả nghiên cứu chỉ số Hải lòng người bệnh: Phó Giáo sư, Tiến sĩ Lương Ngọc Khuê – Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh; Thạc sĩ Nguyễn Trọng Khoa – Phó Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh; Tiến sĩ Dương Huy Lương – Phó phòng Quản lý Chất lượng, Cục Quản lý khám, chữa bệnh; Tiến sĩ Lê Đăng Doanh – nguyên Viện trưởng Viện nghiên cứu quản lý kinh tế trung ương, nguyên thành viên Ban nghiên cứu của Thủ tướng Chính phủ; Tiến sĩ Đặng Đức Đạt – nguyên phó Viện trưởng Viện nghiên cứu quản lý kinh tế trung ương, nguyên phó trưởng ban Ban nghiên cứu của Thủ tướng Chính phủ; Bà Phạm Chi Lan – nguyên thành viên Ban nghiên cứu của Thủ tướng Chính phủ; Tiến sĩ Nguyễn Đình Dương – nguyên Viện trưởng Viện nghiên cứu phát triển kinh tế-xã hội Hà Nội; Tiến sĩ Trần Thị Mai Oanh – Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế; Thạc sĩ Vũ Thị Minh Hạnh – Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế; Tiến sĩ Trần Hồng Cẩm – Viện Chiến lược và Chính sách Y tế; Tiến sĩ Vương Ánh Dương – Trưởng phòng Quản lý chất lượng, Cục Quản lý khám, chữa bệnh; Tiến sĩ Hà Anh Đức – Bộ Y tế; Phó giáo sư, tiến sĩ Nguyễn Tuấn Hưng – Bộ Y tế; Thạc sĩ, bác sĩ Đỗ Văn Thái – Bộ Y tế; Ông Nguyễn Xuân Sơn – Bộ Y tế. Chúng tôi trân trọng cảm ơn Giáo sư, tiến sĩ Nguyễn Việt Tiến, Thứ trưởng Bộ Y tế về những ý kiến bình luận và sự ủng hộ quý báu mà ông đã dành cho dự án nghiên cứu chỉ số Hải lòng người bệnh, xin cảm ơn ông đã tham gia chủ trì các cuộc họp tham vấn của dự án vào tháng 7 năm 2017 và Hội thảo Công bố Báo cáo tháng 3 năm 2018.

Về phía Dự án “Công bằng thuế để chăm sóc y tế bình đẳng”, chúng tôi muốn gửi lời cảm ơn tới bà Vũ Hoàng Dương, bà Nguyễn Hương Lan, bà Hoàng Lan Hương, bà Nguyễn Thị Phương Dung, Đỗ Thị Hồng Hạnh - các cán bộ dự án của Oxfam đã đồng hành với chúng tôi trong suốt quá trình thực hiện dự án, tham gia vào nhiều phần việc chuyên môn cũng như hành chính của dự án. Báo cáo này còn được sự hỗ trợ của bà Babeth Ngoc Han Lefur, Giám đốc Oxfam tại Việt Nam và bà Nguyễn Thu Hương – Giám đốc Dự án, Quản lý cao cấp Oxfam tại Việt Nam.

Chúng tôi trân trọng cảm ơn các nhà báo, cơ quan thông tấn, báo chí đã quan tâm đưa tin đầy đủ, kịp thời về chỉ số Hải lòng người bệnh. Cuối cùng và quan trọng nhất, chúng tôi đặc biệt gửi lời cảm ơn đến tất cả các bệnh nhân và người nhà bệnh nhân trên cả nước đã tin tưởng, chia sẻ và dành thời gian quý báu tham gia trả lời khảo sát và phỏng vấn của chúng tôi. Trên 90% người bệnh và người nhà bệnh nhân nhắc máy nghe đã đồng ý tham gia vào khảo sát này, đó là sự đồng viên, khích lệ tinh thần to lớn đối với nhóm nghiên cứu.

Trách nhiệm rà soát và hiệu chỉnh báo cáo cũng như mọi sai sót trong báo cáo thuộc về nhóm nghiên cứu.

LỜI GIỚI THIỆU

Trong những năm gần đây, Chính phủ đã có những cam kết mạnh mẽ trong việc tăng cường cải cách chất lượng dịch vụ công, hướng tới xây dựng Chính phủ phục vụ, kiến tạo. Tại Nghị quyết số 30c/NQ-CP ban hành ngày 08/11/2011 về Chương trình tổng thể Cải cách Hành chính Nhà nước giai đoạn 2011-2020, Chính phủ đã nhấn mạnh mục tiêu “Xây dựng hệ thống các cơ quan hành chính Nhà nước từ trung ương tới cơ sở thông suốt, trong sạch, vững mạnh, hiện đại, hiệu lực, hiệu quả, tăng tính dân chủ và pháp quyền trong hoạt động điều hành của Chính phủ và của các cơ quan hành chính nhà nước”. Nghị quyết này cũng chỉ rõ định hướng “Cải cách và triển khai trên diện rộng cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm của các đơn vị sự nghiệp dịch vụ công; chất lượng dịch vụ công từng bước được nâng cao, nhất là trong các lĩnh vực giáo dục, y tế; bảo đảm sự hài lòng của cá nhân đối với dịch vụ do đơn vị sự nghiệp công cung cấp trong các lĩnh vực giáo dục, y tế đạt mức trên 60% vào năm 2015 và 80% vào năm 2020”. Nghị quyết 20-NQ/TW của Hội nghị lần thứ 6 của Ban chấp hành trung ương Đảng khóa XII năm 2017 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới cũng đã đặt ra mục tiêu đến năm 2025, tỷ lệ hài lòng của người dân với dịch vụ y tế đạt trên 80% và đến năm 2030 đạt trên 90%.

Tổ chức triển khai thực hiện nghị quyết trên, trong lĩnh vực y tế, Bộ Y tế đã ban hành nhiều chính sách quan trọng để thúc đẩy quá trình cải cách ngành y theo hướng “lấy người bệnh làm trung tâm”, phù hợp với xu hướng chuyển dịch tiến bộ của y tế thế giới.¹ Từ năm 2013, Bộ Y tế đã ban hành bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện, trong đó nhóm tiêu chí bảo đảm hài lòng người bệnh là một trong năm nhóm tiêu chí phục vụ đánh giá chất lượng bệnh viện (Ban hành kèm theo Quyết định 4858/QĐ-BYT ngày 3/12/2013). Bộ Y tế cũng là Bộ tiên phong trong Chính phủ thể chế hóa việc triển khai thực hiện lấy ý kiến và đánh giá sự hài lòng của người bệnh như là một phần của quy trình quản lý dịch vụ khám, chữa bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh (Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/07/2013). Trên cơ sở này, từ tháng 9/2014, Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế đã xây dựng mẫu phiếu khảo sát và hướng dẫn các đơn vị thực hiện thống nhất trên phạm vi toàn quốc. Từ đó đến nay, khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú và ngoại trú đã được tiến hành rộng rãi ở các bệnh viện và thu được một số kết quả quan trọng, từng bước tạo ra những chuyển biến tích cực trong tư duy, tinh thần, thái độ phục vụ của cán bộ, viên chức bệnh viện nói riêng, cũng như chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh của các bệnh viện nói chung. Xét tổng thể, hệ thống đánh giá chất lượng bệnh viện hiện hành có ba ưu điểm lớn. **Thứ nhất**, về hình thức tổ chức, do có chỉ đạo thống nhất từ Chính phủ và Bộ Y tế, hệ thống khảo sát đánh giá nói trên đã làm được một nhiệm vụ quan trọng là đồng bộ hóa về phương pháp cũng như nội dung khảo sát giữa tất cả các bệnh viện công lập, hướng tới mục đích so sánh chất lượng dịch vụ đo bằng hài lòng người bệnh giữa tất cả các cơ sở y tế cùng tuyến. **Thứ hai**, về quá trình xây dựng, hệ thống khảo sát đánh giá được thiết kế dựa trên ý kiến của chuyên gia từ cả Bộ Y tế và các ngành, lĩnh vực khác nhau nên tương đối toàn diện và khách quan. Phiếu khảo sát cũng được thí điểm tại bệnh viện các tuyến để thu thập ý kiến về các thách thức trong thực hiện, điều này giúp cách thiết kế và nội dung phiếu bám sát với thực tế địa phương, mang tính thực tiễn cao. **Thứ ba**, về phương pháp khảo sát, phiếu khảo sát được xây dựng dựa trên cơ sở tham khảo các phương pháp quốc tế, đảm bảo độ tin cậy về điều tra khoa học và cách phân tích số liệu. Năm lĩnh vực thể hiện ở 34 câu hỏi được đưa vào phiếu khảo sát bao phủ các nội dung tổng hợp về các vấn đề mà người bệnh nội trú quan tâm, cũng như các vấn đề có khả năng ảnh hưởng tới trải nghiệm của bệnh nhân trong các cơ sở y tế. Câu hỏi được đặt khoa học, ngắn gọn, các thông tin thu thập được có giá trị đối với các nhà quản lý bệnh viện cũng như cơ quan quản lý nhà nước để có giải pháp cụ thể nâng cao chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh.

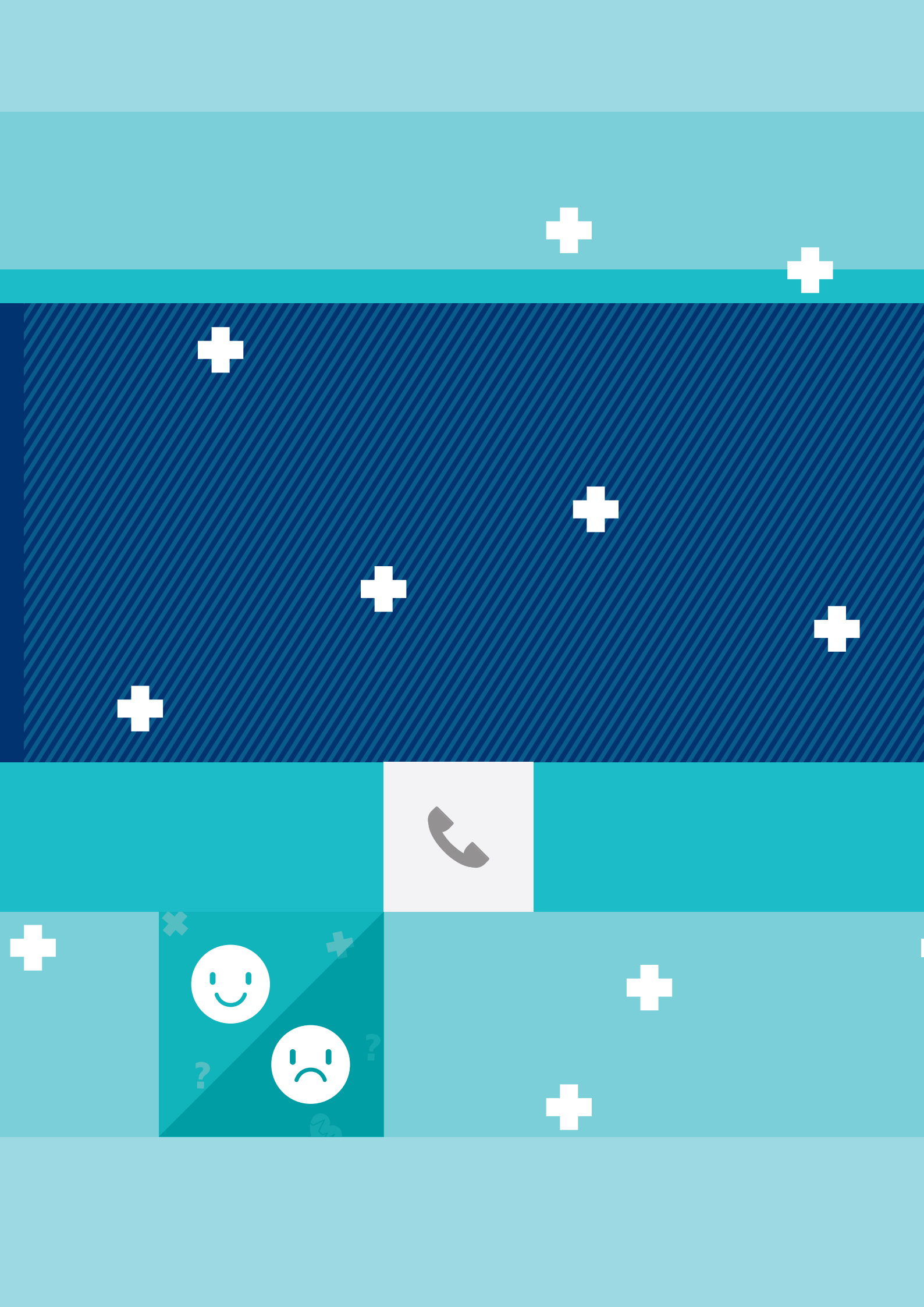
Mặc dù bộ tiêu chí đánh giá hiện nay đã được xây dựng công phu, khoa học, việc khảo sát sự hài lòng của người bệnh vẫn còn một số khía cạnh cần tiếp tục được hoàn thiện. Điểm hạn chế lớn nhất là việc khảo sát hiện nay đang được tiến hành đối với bệnh nhân và/hoặc người nhà bệnh nhân đang trong quá trình chữa trị. Để có phản hồi trung thực, tin cậy, người bệnh cần được khảo sát trong một khoảng thời gian nhất định sau khi đã xuất viện nhằm tránh vấn đề “xung đột lợi ích” trực tiếp có thể dẫn tới phản hồi kém chính xác. Đồng thời, phỏng vấn sau khi người bệnh đã xuất viện cũng

đảm bảo rằng người bệnh đã trải nghiệm được toàn bộ các khâu của quá trình khám bệnh và điều trị. Thông tin phản hồi cũng cần được thu thập thường xuyên, với chi phí hợp lý trên cơ sở ứng dụng công nghệ thông tin, có sự tham gia của tổ chức chuyên môn độc lập để kết quả đánh giá được khách quan, thực chất, tin cậy, có sức thuyết phục cao đối với người dân và các bệnh viện, đội ngũ y, bác sỹ.

Để tiếp tục tăng cường trách nhiệm giải trình, công khai, minh bạch với người dân và gia tăng cơ hội để người dân - người sử dụng dịch vụ - thể hiện quan điểm của mình về các trải nghiệm tại bệnh viện trong quá trình khám, chữa bệnh, từ đó thúc đẩy các cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh của các bệnh viện theo hướng “lấy người bệnh làm trung tâm”, Bộ Y tế, các chuyên gia của mạng lưới Sáng kiến Việt Nam, Đại học Indiana, Hoa Kỳ cùng Oxfam Việt Nam đã hợp tác xây dựng và thí điểm khảo sát Chỉ số HÀi lòng người bệnh Việt Nam (Patient Satisfaction Index – viết tắt PSI) dựa trên phỏng vấn qua điện thoại ý kiến đánh giá của người bệnh nội trú đã xuất viện về trải nghiệm ở nhiều khía cạnh then chốt khác nhau trong quá trình khám, chữa bệnh. Chỉ số HÀi lòng người bệnh (PSI) được xây dựng hướng tới ba mục tiêu sau: **Thứ nhất**, xây dựng bộ công cụ cho phép các bệnh viện, cơ quan quản lý đánh giá thực chất, tin cậy, có ý nghĩa, thường xuyên với chi phí hợp lý về sự HÀi lòng của người bệnh đối với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh của các bệnh viện. **Thứ hai**, khảo sát được thiết kế để cho phép thu thập dữ liệu có khả năng so sánh được một cách khách quan về quan điểm của người bệnh về các trải nghiệm phục vụ trong quá trình khám, chữa bệnh tại các khoa trong cùng một bệnh viện hay giữa các bệnh viện khác nhau, tập trung vào những nội dung người bệnh có thể cảm nhận và quan tâm nhất trong quá trình đi khám, chữa bệnh, từ đó thúc đẩy các phản hồi, giải pháp, sáng kiến cải tiến của các bệnh viện. **Thứ ba**, kết quả khảo sát, Chỉ số HÀi lòng người bệnh và kết quả phân nhóm, xếp hạng các bệnh viện được công bố công khai để tạo động lực cho các bệnh viện công quan tâm và có các sáng kiến cải thiện chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh dựa trên phản hồi của người dân sử dụng dịch vụ. Việc công khai sẽ giúp tăng cường trách nhiệm giải trình của các bệnh viện công thông qua tăng cường minh bạch về chất lượng khám, chữa bệnh của các bệnh viện, tăng cường công tác giám sát của người dân và cơ quan quản lý nhà nước đối với dịch vụ y tế, đặc biệt trong bối cảnh Chính phủ đang chủ trương đẩy mạnh xã hội hóa dịch vụ công, gia tăng quyền tự chủ cho các bệnh viện, tăng giá các dịch vụ y tế theo lộ trình hướng đến “tính đúng, tính đủ” chi phí khám chữa bệnh vào năm 2020. Thông tin về phương pháp luận và kết quả khảo sát thí điểm được công khai tại website: www.hailongnguoiibenh.vn.

Ngoài phần Giới thiệu và Kết luận, báo cáo gồm hai phần chính. Phần I giới thiệu Phương pháp xây dựng Chỉ số HÀi lòng người bệnh, tổng quan về chương trình khảo sát sự HÀi lòng của người bệnh bằng điện thoại, tóm lược nội dung, phương pháp tiếp cận, phương thức xây dựng bảng hỏi, chọn mẫu khảo sát, phương pháp phân nhóm, xếp hạng các bệnh viện dựa trên Chỉ số HÀi lòng người bệnh. Phần II trình bày kết quả khảo sát thí điểm đối với 2.935 người bệnh nội trú của 29 bệnh viện ở cả ba miền Bắc – Trung – Nam dựa trên danh sách toàn bộ các bệnh nhân nội trú đã xuất viện có số điện thoại. Phần III trình bày Khuyến nghị chính sách và Hướng triển khai tiếp theo.

¹ Barry MJ, Edgman-Levitan S, 2012. Shared decision making -- the pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med 366(9): 780-1



PHẦN I

CHỈ SỐ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH



1. Tổng quan phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh ở Việt Nam hiện nay

Lắng nghe phản hồi của người sử dụng dịch vụ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe để cải thiện chất lượng dịch vụ y tế vẫn là một cách tiếp cận mới mẻ với nhiều quốc gia trên thế giới. Ngay ở các nước phát triển, khảo sát hài lòng người bệnh mang tính bắt buộc và được tiêu chuẩn hóa, áp dụng đồng bộ tại các bệnh viện công trong toàn quốc cũng chỉ mới bắt đầu từ thập kỷ 1990. Năm 1985, Irwin Press và Rod Ganey, hai giáo sư của Đại học Notre Dame đã lần đầu tiên giới thiệu và tiến hành khảo sát hài lòng người bệnh cho các bệnh viện. Đến năm 1996, Chính phủ Pháp chính thức quy định khảo sát hài lòng người bệnh là một trong những hoạt động bắt buộc của mọi bệnh viện. Ở Anh, từ năm 2002 mọi cơ sở khám chữa bệnh NHS Trusts phải tiến hành khảo sát hài lòng người bệnh. Năm 2005, ở Đức cũng ban hành quy định yêu cầu báo cáo quản lý chất lượng bệnh viện bắt buộc phải tích hợp nội dung khảo sát hài lòng người bệnh. Năm 2008, ở Mỹ sau 6 năm thí điểm xây dựng và triển khai khảo sát hài lòng người bệnh nội trú HCAHPS, từ năm 2008 đã tiến hành công bố HCAHPS và xếp hạng sao các bệnh viện cũng như gắn kết quả này với các biện pháp khuyến khích tài chính y tế.

Ở Việt Nam, gần năm năm qua, kể từ thời điểm Bộ trưởng Bộ Y tế ký ban hành thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013, ngành y tế với sự đi đầu của Cục Quản lý khám, chữa bệnh đã triển khai đo lường sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh ở các cơ sở khám chữa bệnh công lập dưới hai hình thức: (1) Bệnh viện tự đánh giá; (2) Đánh giá thông qua các đoàn kiểm tra của Bộ Y tế, Sở Y tế. Các phòng Quản lý chất lượng, Tổ Quản lý chất lượng đã lần lượt được ra đời tại các bệnh viện, chú trọng đánh giá và quản lý chất lượng theo bộ 83 tiêu chí của Bộ Y tế.²

Liên quan đến khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú, theo quy định hiện hành, các bệnh viện tự tiến hành khảo sát hài lòng người bệnh với chu kỳ khảo sát ít nhất 3 tháng 1 lần. Thời gian khảo sát tùy theo quy mô của bệnh viện, có thể lựa chọn thời gian khảo sát như sau: khảo sát trong 1, 2 ngày trong tuần (các ngày trong tuần, trừ thứ 2 và thứ 6). Khảo sát trong 1 tuần, 2 tuần hoặc trong 1 tháng (cho đến khi đủ cỡ mẫu theo yêu cầu). Khảo sát viên là tình nguyện viên, cũng là học sinh, sinh viên các trường đại học, cao đẳng y, được tiến hành phỏng vấn và điền trực tiếp trả lời của người bệnh vào bảng hỏi in trên giấy. Người bệnh cũng có thể tự điền phiếu khảo sát sau khi được cán bộ khảo sát hướng dẫn. Về phương pháp chọn mẫu, đối với các bệnh viện có lượng người bệnh nội trú trên 1000 lượt/ngày, áp dụng công thức tính cỡ mẫu điều tra cắt ngang, mỗi đợt khảo sát tối thiểu 200 người bệnh. Đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú dưới 1000 lượt/ngày, mỗi đợt khảo sát tối thiểu 100 người bệnh. Đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú dưới 100 lượt/tháng, khảo sát toàn bộ người bệnh nội trú trong vòng 1 tháng.

Đối với phương pháp khảo sát do đoàn kiểm tra, đánh giá của cơ quan quản lý nhà nước (Bộ Y tế, Sở Y tế) thực hiện, theo quy định, chu kỳ khảo sát ít nhất 1 năm 1 lần vào đợt kiểm tra, đánh giá bệnh viện cuối năm. Về thời gian khảo sát, tùy theo quy mô của bệnh viện và trưởng đoàn kiểm tra, đánh giá quyết định, thời gian khảo sát có thể được lựa chọn như sau: Trong vòng 1, 2, 3 ngày hoặc 1 tuần trước thời điểm đoàn kiểm tra, đánh giá đến bệnh viện hoặc trong cùng ngày đoàn kiểm tra, đánh giá đến bệnh viện. Về phương pháp chọn mẫu, để bảo đảm tính ngẫu nhiên, đại diện, đồng thời giúp bệnh viện xác định những vấn đề người bệnh chưa hài lòng, việc chọn mẫu thực hiện như sau: Đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú trên 1000 lượt/ngày thì chọn tối thiểu 3 khoa lâm sàng, trong đó có 1 khoa có công suất sử dụng giường bệnh cao, 1 khoa trung bình và 1 khoa thấp. Trong mỗi khoa, chọn người bệnh theo phương pháp như sau: (1) Lấy danh sách người bệnh (bằng phần mềm hoặc bằng sổ), (2) Chọn tên người bệnh theo chữ cái đầu của tên. Trong 1 ngày có thể chọn 1, 2, 3... chữ cái tùy số lượng người bệnh nằm điều trị, nhưng cần bảo đảm toàn bộ người bệnh có cùng chữ cái đầu của tên đều được vào danh sách, (3) Trong danh sách đã lập, chọn người bệnh chuẩn bị xuất viện trong 1, 2 ngày tới (trường hợp không đủ số lượng người bệnh có thể lấy thêm những người đã nằm điều trị từ ít nhất 3 ngày trở lên); loại những người mới nằm viện 1, 2 ngày, những người không thể trả lời.

Về nội dung, khảo sát hài lòng người bệnh nội trú tập trung vào năm lĩnh vực với 34 câu hỏi, bao gồm: (1) Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế; (2) Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị; (3) Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh; (4) Thái độ năng lực, ứng xử chuyên môn của nhân viên y tế; (5) Kết quả cung cấp dịch vụ. Thang điểm đánh giá là thang đo Likert 5 mức, tương ứng với 1-Rất không hài lòng, 2- Không hài lòng, 3-Bình thường, 4-Hài lòng, và 5-Rất hài lòng.

Xét tổng thể, hệ thống đánh giá chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh hiện hành dựa trên khảo sát hài lòng người bệnh có những ưu điểm lớn như sau:

(1) Về hình thức tổ chức, do có chỉ đạo thống nhất từ Chính phủ và Bộ Y tế, hệ thống khảo sát đánh giá nói trên đã làm được một nhiệm vụ quan trọng là đồng bộ hóa về phương pháp cũng như nội dung khảo sát giữa tất cả các bệnh viện công, hướng tới mục đích so sánh chất lượng dịch vụ đo bằng hài lòng người bệnh giữa tất cả các cơ sở y tế cùng tuyến.

(2) Về quá trình xây dựng, hệ thống khảo sát đánh giá được thiết kế dựa trên ý kiến của chuyên gia không những của Bộ Y tế mà còn của các ban, ngành khác nhau, đảm bảo đi vào chiều sâu và tính khách quan. Phiếu khảo sát được thí điểm tại bệnh viện các tuyến để thu thập ý kiến về các thách thức trong thực hiện, điều này giúp cách thiết kế và nội dung phiếu bám sát với thực tế địa phương, mang tính thực tiễn cao.

(3) Về phương pháp khảo sát, phiếu khảo sát được xây dựng dựa trên cơ sở tham khảo các phương pháp quốc tế, đảm bảo độ tin cậy về điều tra khoa học và cách phân tích số liệu. Thời gian khảo sát do bệnh viện tự thực hiện đảm bảo tính thường xuyên, số liệu thu thập được cập nhật.

² Căn cứ pháp lý chính để các bệnh viện công thực hiện khảo sát hài lòng người bệnh ở Việt Nam bao gồm: Thông tư 19/2013/TT-BYT; Quyết định 4448/2013/QĐ-BYT; Quyết định 4858/2013/QĐ-BYT; Quyết định 4939/2016/QĐ-BYT; Quyết định 6859/2016/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam.

(4) Về nội dung, năm lĩnh vực được khảo sát đã bao phủ các nội dung tổng hợp về các vấn đề mà người bệnh nội trú quan tâm, cũng như các vấn đề có khả năng ảnh hưởng tới trải nghiệm của bệnh nhân trong cơ sở y tế. Câu hỏi được đặt khoa học, ngắn gọn, các thông tin thu thập được có giá trị giúp các bệnh viện tiếp tục cải tiến chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh.

Do hệ thống khảo sát hài lòng người bệnh mới được thiết kế và tiến hành trong thời gian ngắn, có một số điểm cần tiếp tục cải thiện, bao gồm:

(1) Tăng cường sự tham gia của người dân – người bệnh trong quá trình xây dựng bảng hỏi, thiết kế nội dung của phiếu khảo sát. Điều này sẽ giúp hoạt động khảo sát đi sâu, đi sát hơn nữa với nhu cầu thực tế và mong đợi của bệnh nhân. Phòng Quản lý chất lượng Bệnh viện Đa khoa Cà Mau (2017) chia sẻ “Chúng ta thật sự chưa có cuộc khảo sát khoa học về người bệnh cần gì ở chúng ta và chúng ta đã làm gì theo kỳ vọng người bệnh mong đợi. Chúng ta đang áp đặt cho bệnh nhân những định chuẩn mà chúng ta cảm thấy là tốt là đẹp nhưng chưa quan tâm nhu cầu người bệnh. Do đó chúng ta còn những khoảng cách nhất định với người bệnh, chưa thật sâu sát họ và như thế tiếng nói chung sẽ là tiếng nói lệch pha.”³

(2) Thực hiện khảo sát sau khi bệnh nhân xuất viện để giảm xung đột lợi ích, tăng tính khách quan, tin cậy trong phản hồi của người bệnh. Hiện tại, hai phương thức khảo sát do bệnh viện tự tiến hành và do đoàn kiểm tra của Bộ Y tế, Sở Y tế đánh giá đều chưa hoàn toàn khách quan vì người bệnh được phỏng vấn khi vẫn đang trong quá trình điều trị tại bệnh viện. Ví dụ, người bệnh có thể e ngại đưa ra câu trả lời trung thực do lo ngại về việc bị đối xử, cung cấp dịch vụ không tốt nếu trả lời mang tính tiêu cực. “Người bệnh còn e ngại nói ra quan điểm, còn né tránh do đang trong quá trình điều trị, sợ bị trừ dập, ghét bỏ.” (Phòng Quản lý Chất lượng, Trung tâm Y tế Tam Đảo, Vĩnh Phúc, 2017).⁴ “Do tâm lý chờ đến lượt khám bệnh nên sự hợp tác giữa người bệnh và nhân viên khảo sát không cao với nhiều lý do: không có thời gian đọc, không biết đọc các thông tin, không muốn tham gia, không muốn đóng góp ý kiến vì ngại còn trở lại khám chữa bệnh, nếu có tham gia thì chỉ qua loa, chiếu lệ, hợp tác với nhân viên khảo sát một cách thờ ơ...Người bệnh với tâm trạng: đang mắc bệnh, cơ thể mệt mỏi, lo lắng về bệnh về chi phí điều trị, về việc làm, thu nhập của bản thân và người nuôi bệnh” (Phòng Quản lý Chất lượng, Trung tâm Y tế Huyện Chợ Lách, Bến Tre, 2017).⁵

(3) Cần nhắc rút gọn bảng hỏi và sử dụng chỉ số tổng hợp để đo mức độ hài lòng của người bệnh: Các câu hỏi hiện nay ngắn gọn và dễ hiểu, tuy nhiên do đề cập toàn diện nhiều nội dung nên để trả lời đầy đủ 34 câu hỏi người bệnh mất khá nhiều thời gian. “Việc lấy ý kiến của người bệnh gặp nhiều khó khăn, đặc biệt người bệnh ngoại trú do tâm lý người bệnh chỉ muốn đến khám bệnh thật nhanh, họ rất ngại phải đánh vào phiếu khảo sát. Thường thì họ bảo không có thời gian để ngồi đọc, suy nghĩ và điền phiếu vì bộ câu hỏi quá dài (hơn 30 câu). Có nhiều trường hợp người bệnh yêu cầu nhân viên y tế (NVYT) đọc từng câu hỏi và giải thích cho người bệnh nghe, sau đó NVYT đánh giúp theo ý kiến của người bệnh....Bên cạnh đó, đa phần những người nằm viện và những người đi nuôi bệnh là người lớn tuổi, người dân lao động, trình độ không cao, khi được khảo sát ý kiến có khi họ bảo rằng sao nhiều câu hỏi quá và họ chỉ chọn một mức để đánh đại vào, do đó đôi khi kết quả thiếu tính khách quan” (Phòng Quản lý Chất lượng, Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh, Vĩnh Long, 2017)⁶

(4) Công bố kết quả khảo sát hài lòng người bệnh: Mặc dù các hoạt động khảo sát đã được thực hiện đều đặn từ năm 2014 đến nay, kết quả khảo sát hài lòng người bệnh vẫn chưa được chính thức công bố để người dân theo dõi, giám sát và tham khảo khi ra quyết định lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh cho bản thân và người nhà.

2. Phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh qua điện thoại

Để khắc phục những hạn chế nêu trên trong thực hiện khảo sát hài lòng người bệnh, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh và Sáng kiến Việt Nam đã cùng nghiên cứu xây dựng bộ công cụ khảo sát hài lòng người bệnh sau khi xuất viện thông qua phỏng vấn qua điện thoại.

Mục tiêu của việc xây dựng bộ công cụ nhằm hướng tới việc tạo ra một phương thức hữu hiệu để khảo sát ý kiến của người dân đã sử dụng dịch vụ về chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh một cách nhanh chóng, tin cậy với chi phí hợp lý. Các thông tin thu thập qua khảo sát sẽ được xây dựng thành hệ thống Chỉ số Hài lòng người bệnh (Patient Satisfaction Index - PSI) để đánh giá chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh của các cơ sở y tế.

2.1. Thách thức với khảo sát hài lòng người bệnh qua điện thoại

Trong quá trình thực hiện tổng quan nghiên cứu, phân tích thực trạng và xây dựng Chỉ số Hài lòng người bệnh cũng như phương án khảo sát, chúng tôi nhận thấy về mặt phương pháp luận, cần vượt qua những thách thức nổi bật sau đây:

³ Bệnh viện Đa khoa Cà Mau, 2017. Báo cáo Khảo sát sự hài lòng người bệnh và nhân viên y tế - Những khó khăn, thách thức, rà soát ngày 12/9/2017.

⁴ Trung tâm Y tế Tam Đảo, Vĩnh Phúc, 2017. Báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh dựa trên kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế tháng 9/2017

⁵ Trung tâm Y tế huyện Chợ Lách, Bến Tre, 2017. Báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh dựa trên kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế tháng 9/2017

⁶ Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh, Vĩnh Long, 2017. Báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh dựa trên kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh tháng 9/2017

Thứ nhất, quan điểm cho rằng lĩnh vực khám, chữa bệnh có chuyên môn rất phức tạp, vượt quá tầm hiểu biết của người bệnh, vì thế người bệnh không thể đánh giá được chất lượng khám, chữa bệnh. Một nghiên cứu tiêu biểu thường được trích dẫn để chứng minh cho quan điểm này là nghiên cứu của Fenton và Jerant (2012) với 51.946 bệnh nhân trong giai đoạn từ năm 2000-2007 cho thấy, nhóm bệnh nhân có tỷ lệ hài lòng cao nhất trung bình có tỷ lệ chi trả cao hơn 8,8%, có hóa đơn thuốc cao hơn 9,1% và tỷ lệ tử vong cao hơn 26% so với nhóm có mức độ hài lòng thấp nhất.⁷ Trường phái này cho rằng tập trung vào hài lòng người bệnh sẽ làm phân tán sự quan tâm đáng ra phải tập trung vào những vấn đề chính như kết quả chữa bệnh, tỷ lệ tử vong, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân v.v...trong bối cảnh nguồn lực có hạn.

Trái ngược với quan điểm nêu trên, ngày càng nhiều các cơ quan quản lý, các nhà quản lý bệnh viện, các nhà nghiên cứu và người dân chia sẻ quan điểm cho rằng việc giúp người bệnh hài lòng, đạt mục tiêu khám chữa bệnh thì cũng là mục tiêu cơ bản của ngành y. Bởi vì các mục tiêu và giá trị của người bệnh rất khác nhau và khó có thể dự đoán dựa trên đặc điểm nhân khẩu học hay tình trạng bệnh tật của người bệnh, cách duy nhất để xác định được điều người bệnh muốn và liệu có đáp ứng đúng được nhu cầu, mong muốn của họ không là thông qua lấy phản hồi của người bệnh. Số lượng bài báo trên các tạp chí y tế uy tín tập trung vào hài lòng người bệnh đã tăng hơn 10 lần trong 2 thập kỷ cuối thế kỷ 20, từ 761 trong giai đoạn 1975-1979 lên đến 8.505 trong giai đoạn 1993-1997.⁸

Kể từ năm 1985 khi hai giáo sư Irwin Press và Rod Ganey bắt đầu thiết kế và đưa ra phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh khoa học, tin cậy được các bệnh viện sử dụng rộng rãi, họ đã tạo ra một thị trường mới và tiếp cận mới trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Năm 1996, đánh giá về sự hài lòng của người bệnh là yêu cầu bắt buộc đối với tất cả các bệnh viện ở Pháp. Laurent và các cộng sự (2006) đã tiến hành nghiên cứu các bệnh viện ở Pháp nhằm đánh giá ý kiến của nhân viên y tế về hiệu quả của các cuộc khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân nội trú đối với quá trình cải tiến chất lượng.⁹ 94% người trả lời cho rằng các bệnh nhân có đủ khả năng đánh giá chất lượng dịch vụ bệnh viện, đặc biệt là trong các khía cạnh về quan hệ cá nhân, tổ chức và môi trường bệnh viện. Tại Mỹ, từ tháng 7/2007, tất cả các bệnh viện tham gia chương trình thanh toán chi phí cho bệnh nhân nội trú bằng bảo hiểm y tế của Medicare theo khoản 1886 (d) của Luật An sinh xã hội (gọi tắt là IPPS) phải tiến hành khảo sát hài lòng người bệnh nội trú (HCAHPS) và công bố kết quả nếu muốn được chi trả đầy đủ từ Medicare.

Không chỉ phải tuân thủ các quy định của cơ quan quản lý nhà nước, các bệnh viện công ở Việt Nam cũng ngày càng có nhu cầu tự thân cải tiến chất lượng dịch vụ dựa trên việc lắng nghe phản hồi của người bệnh. Các cải cách hệ thống chi trả khám, chữa bệnh và sự cạnh tranh ngày càng gay gắt giữa các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khiến lãnh đạo các bệnh viện có nhu cầu tự thân tìm hiểu và nỗ lực làm hài lòng người bệnh để gia tăng sự gắn bó, trung thành của người bệnh với bệnh viện cũng như trở thành kênh marketing hiệu quả hàng đầu tới cộng đồng, xã hội. Nỗ lực cải thiện chất lượng khám, chữa bệnh từ góc nhìn của người bệnh là yêu cầu cấp thiết đối với các bệnh viện từ cả khía cạnh đạo đức, chuyên môn và kinh doanh.

Hộp 1: Tự chủ tài chính - Cơ hội lớn, thách thức nhiều

- Bắt đầu từ 1-10-2017, tất cả các bệnh viện (BV) công lập trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) sẽ tự chủ tài chính. Có nghĩa là ngân sách không còn rót xuống cho các BV và các BV phải tự lo toàn bộ nguồn thu cũng như tự cân đối thu - chi trong BV. Đây là chủ trương lớn của Chính phủ và lãnh đạo TPHCM. Sở dĩ, TPHCM lựa chọn thời điểm từ 1-10 bởi đây cũng chính là thời điểm điều chỉnh giá dịch vụ y tế với người không tham gia bảo hiểm y tế (BHYT)...Cốt yếu là phải thay đổi trong suy nghĩ và hành động của cả lãnh đạo BV cũng như nhân viên y tế, phải coi người bệnh là khách hàng của mình.
- Nếu BV phục vụ không tốt, nhân viên y tế phục vụ không chu đáo thì người dân sẽ lựa chọn khám chữa bệnh ở một BV khác, bởi hiện nay những người có thẻ BHYT có thể đến bất cứ BV nào trong cùng tuyến quận, huyện và từ năm 2021 sẽ liên thông tuyến tính. Khi bệnh nhân không đến nữa thì sẽ không có nguồn thu và BV càng rơi vào khó khăn.
- Làm sao để khi người bệnh đến, họ và gia đình hài lòng, là thách thức không nhỏ đối với các BV. Muốn tồn tại, các BV phải phát triển bền vững trong thế "kiềng ba chân".
- Thứ nhất là phát triển chuyên môn kỹ thuật, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân, bởi nếu chuyên môn yếu BV sẽ phải chuyển bệnh nhân lên tuyến trên thì sẽ mất nguồn thu. Thứ hai là không ngừng nâng cao chất lượng dịch vụ và chất lượng khám chữa bệnh, tạo ra sự cạnh tranh giữa các BV với nhau. Cạnh tranh ở đây không chỉ để giữ người bệnh mà cạnh tranh còn để giữ cán bộ nhân viên nữa. Thứ ba là phải tuân thủ mọi quy định của pháp luật, không phải tự chủ thì muốn làm gì thì làm.

Nguồn: Phòng vấn PGS. TS. Tăng Chí Thượng, Phó Giám đốc Sở Y tế TPHCM bởi Báo Sài Gòn Giải phóng ngày 17/9/2017

Bên cạnh đó, có rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng trong khi bệnh nhân có thể không hiểu kỹ thuật chuyên môn khám, chữa bệnh song đánh giá của họ về chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh dựa trên những gì họ nhìn thấy, nghe thấy, cảm thấy có độ chính xác cao. Hài lòng người bệnh đến từ nhiều yếu tố, vì thế sẽ không chính xác nếu chỉ hỏi người bệnh một câu hỏi duy nhất về mức độ hài lòng nói chung. Kết quả nghiên cứu của Salisbury và các cộng sự năm 2010 cho thấy, khi hỏi người bệnh một câu hỏi duy nhất về mức độ hài lòng nói chung, chỉ 4,6% khác biệt về kết quả trả lời xuất phát từ kết quả trải nghiệm khám chữa bệnh thực tế, trong khi đó, nếu hỏi trải nghiệm của người bệnh với từng vấn đề cụ thể, mức độ khác biệt trong trả lời tương ứng với các trải nghiệm khác nhau là 20%¹⁰. Vì thế, để đo lường sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh, cần xây dựng một chỉ số tổng hợp gồm các yếu tố cấu thành thể hiện các trải nghiệm cụ thể ở những lĩnh vực được người bệnh quan tâm nhất. Các yếu tố cấu thành về lý thuyết sẽ có trọng số khác nhau để hiện các tầm quan trọng khác nhau đối với người bệnh khi sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh.

⁷ The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality

⁸ Richard Kravitz. Patient Satisfaction with Health Care Critical Outcome or Trivial Pursuit?

⁹ Laurent, B., Patrice, F., Elisabeth D., Georges, W. & Jose, L. (2006). Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in French teaching hospitals, International Journal for Quality in Health Care 2006, Vol:18, No.5, pp.359-364.

¹⁰ Salisbury C, Wallace M, Montgomery A. Patient experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. BMJ2010;341:c5004

Hộp 2: Quan niệm về hài lòng người bệnh

-Thuật ngữ “hài lòng” (satisfaction) có nguồn gốc từ thuật ngữ Latin “satis” nghĩa là “đủ”, hàm ý một việc gì đó đáp ứng đủ mong đợi, nhu cầu, hoặc kỳ vọng, và như vậy không còn gì để phàn nàn nữa.

-Đối với hài lòng người bệnh, đến nay có nhiều quan điểm khác nhau. Hulka, Zyzanski, Cassel và Thompson (1970, 1974) đã đặt nền móng đầu tiên cho các quan niệm về hài lòng người bệnh, theo đó sự hài lòng của bệnh nhân được thể hiện qua thái độ của người bệnh đối với y bác sĩ và chăm sóc sức khỏe” (trang 430, Hulka và các cộng sự 1970).

-Nhóm nghiên cứu cũng đã xây dựng chỉ số tổng hợp thể hiện đánh giá liên quan đến chất lượng chăm sóc sức khỏe nhận được từ bác sĩ, y tá và nhân viên y tế khác để đo mức độ hài lòng của người bệnh.

-Quan niệm này sau đó được chấp nhận rộng rãi trong giới nghiên cứu về hài lòng người bệnh (Wolinsky 1976; Hines và các cộng sự 1977; Doyle và Ware 1977; Locker và Dunt 1978; Jenkinson C và các cộng sự., 2002 và Ahmed và các cộng sự., 2011). Một số nhà nghiên cứu khác, ví dụ Mohan và các cộng sự (2011) lại nghiên cứu hài lòng người bệnh từ góc độ cảm xúc, cảm nghĩ và nhận thức của người bệnh đối với dịch vụ đã sử dụng ở cơ sở khám chữa bệnh. Bên cạnh đó, nhiều nhà nghiên cứu gần đây định nghĩa hài lòng người bệnh là mức độ tương đồng giữa kỳ vọng của người bệnh về dịch vụ khám, chữa bệnh lý tưởng và kết quả thực tế người bệnh nhận thức.¹¹ Ở Việt Nam, cách thức tiếp cận của Bộ Y tế đối với khảo sát hài lòng người bệnh là dựa trên quan niệm này.

Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp

Thứ hai, quan điểm cho rằng việc so sánh chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh giữa các khoa trong một bệnh viện hay giữa các bệnh viện với nhau rất khó khăn, vì bệnh nhân của các khoa, các bệnh viện khác nhau có các đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng bệnh tật khác nhau, từ đó có tác động tích cực hoặc tiêu cực đến đánh giá và mức độ hài lòng của người bệnh trong khi những nhân tố này nằm ngoài khả năng kiểm soát của bệnh viện. Ví dụ, nghiên cứu 37.223 bệnh nhân trong giai đoạn 2008-2011 ở Mỹ cho thấy, chỉ số đo lường mức độ bệnh nặng gia tăng 1 đơn vị thì các yếu tố cấu thành chỉ số hài lòng người bệnh giảm trung bình 3% (Merlino và các cộng sự, 2014).¹² Để khắc phục vấn đề này, các nhà nghiên cứu thường thực hiện điều chỉnh các khác biệt về đặc điểm người bệnh giữa các bệnh viện, các khoa, tính toán hệ số điều chỉnh theo đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh. Đối với quan điểm cho rằng khó so sánh và xếp hạng các khoa, các bệnh viện theo mức độ hài lòng của người bệnh vì khó thống nhất được bộ tiêu chuẩn để so sánh, cơ quan Nghiên cứu và Chất lượng Y tế (Mỹ) theo đặt hàng của các trung tâm Dịch vụ bảo hiểm y tế người già và trợ giúp bảo hiểm y tế người nghèo (Medicare & Medicaid) đã thiết kế bộ công cụ khảo sát Đánh giá của người bệnh về hệ thống và các nhà cung cấp dịch vụ y tế, trong đó cho phép so sánh và xếp hạng đối với các bệnh viện dựa trên hài lòng người bệnh. Việc xếp hạng các bệnh viện là nhằm để người dân, các nhà quản lý bệnh viện, cơ quan bảo hiểm, Bộ Y tế dễ theo dõi và tôn vinh những nơi làm tốt. Xếp hạng không trên cơ sở so sánh với một tiêu chuẩn lý tưởng (như tiêu chuẩn khách sạn 5 sao) mà so sánh giữa các bệnh viện với nhau theo phương pháp phân nhóm: Nhóm các bệnh viện có hài lòng người bệnh cao nhất được xếp vào nhóm xuất sắc nhất, sau đó, số sao của các bệnh viện còn lại được tính toán trên cơ sở so sánh khoảng cách với nhóm bệnh viện xuất sắc nhất. Phương pháp này cũng cho phép so sánh hài lòng của người bệnh giữa các bệnh viện tương đồng về chuyên môn kỹ thuật như cùng tuyến (trung ương, tỉnh, huyện), cùng hạng (đặc biệt, 1, 2, 3, 4) v.v... với nhau, giúp tìm ra giải pháp trả lời câu hỏi “Tại sao trong cùng điều kiện thể chế như nhau, cùng điều kiện đầu tư cơ sở vật chất, nhân lực như nhau, mà có những bệnh viện lại chăm sóc và được người bệnh hài lòng hơn, đánh giá cao hơn các bệnh viện có điều kiện tương tự?”, từ đó thúc đẩy các sáng kiến để liên tục cải thiện chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh của các bệnh viện.

Thứ ba, đối với phương pháp khảo sát hài lòng qua điện thoại, thách thức lớn nhất là phải thiết kế được bảng hỏi vừa ngắn gọn để người được phỏng vấn sẵn sàng trả lời đầy đủ bảng hỏi, vừa phải cung cấp đủ thông tin cần thiết để các nhà quản lý bệnh viện, cơ quan quản lý nhà nước có cơ sở để thực hiện các giải pháp cải tiến chất lượng bệnh viện. Bảng hỏi 34 câu hiện tại được thiết kế để phỏng vấn trực tiếp người bệnh tại bệnh viện nhưng qua quá trình áp dụng từ 2014 đến nay đã có nhiều phản hồi kiến nghị rút ngắn như thể hiện ở các Báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh dựa trên kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế của 150 cơ sở khám, chữa bệnh và chia sẻ của các bệnh viện tại các Hội nghị tham vấn về Kết quả khảo sát Hài lòng người bệnh qua điện thoại tại Hà Nội, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh năm 2017. Trên thế giới, Crispin và Stephen (2002) đã tiến hành khảo sát trên quy mô lớn với 62.952 bệnh nhân ở các bệnh viện lớn tại 5 quốc gia phát triển (Anh, Mỹ, Thụy Điển, Thụy Sĩ và Đức) để nghiên cứu khả năng áp dụng và mức độ tương đồng về kết quả của bảng hỏi ngắn so với bảng hỏi dài về sự hài lòng của người bệnh. Kết quả cho thấy, bảng hỏi rút gọn 15 câu từ bảng hỏi Picker 100 câu về hài lòng người bệnh dành cho bệnh nhân nội trú vẫn cho thấy sự nhất quán, mối tương quan chặt chẽ giữa các yếu tố được hỏi với sự hài lòng của người bệnh.¹³

¹¹Jagdip Singh (1989), “The Patient Satisfaction Concept: a Review and Reconceptualization”, in NA - Advances in Consumer Research Volume 16, eds. Thomas K. Srull, Provo, UT: Association for Consumer Research, Pages: 176-179; Oyvind A. B., Ingeborg, S., S., &Hilde, H., I. (2011).

¹²James I. Merlino, MD, FACS, FASCRS, Carmen Kestranek, Daniel Bokarb, Zhiyuan Sun, MS, Steven E. Nissen, MD MACC, David L. Longworth, MD, FACP, HCAHPS survey results: Impact of severity of illness on hospitals’ performance on HCAHPS survey results

¹³Crispin, J., Angela, C. & Stephen, B. (2002). The Picker Experience Questionnaire development and validation using data from in-patient surveys in five countries, international journal of quality in Health Care, Vol: 14 NO. 5, pp. 353-358

2.2. Ưu điểm và nhược điểm của phương pháp khảo sát bằng điện thoại

So với phương pháp khảo sát bằng bảng hỏi giấy thường được sử dụng trong các cuộc điều tra xã hội học hiện nay ở Việt Nam thì phương pháp khảo sát bằng điện thoại có những ưu điểm nổi trội, nhất là khi áp dụng để khảo sát sự hài lòng của người bệnh.

Thứ nhất, kết quả khảo sát bằng điện thoại thực chất hơn. Người bệnh nội trú sau khi xuất viện về nhà tinh thần thoải mái hơn so với khi còn nằm viện, có thể nói thật suy nghĩ của mình mà không sợ điều đó có thể ảnh hưởng đến việc điều trị bệnh của bản thân.

Thứ hai, kết quả khảo sát bằng điện thoại có độ tin cậy cao hơn so với khảo sát bằng bảng hỏi giấy, vì quá trình gọi điện thoại có thể được theo dõi, giám sát chặt chẽ, nội dung các cuộc gọi còn được ghi âm lại; cho nên hạn chế được khả năng gian lận trong khi tiến hành khảo sát.

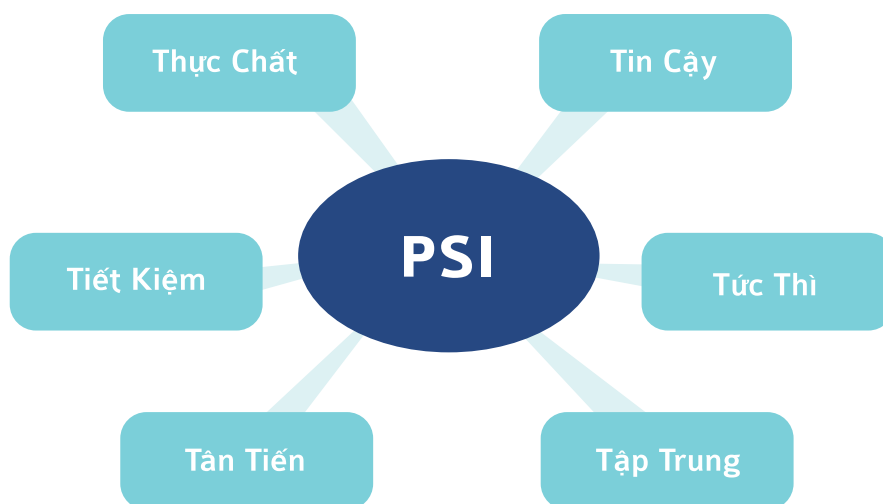
Thứ ba, khảo sát bằng điện thoại là phương pháp khảo sát tiết kiệm; chi phí cả về nhân lực, tài chính và thời gian tính cho một đơn vị người được hỏi thấp hơn nhiều so với khảo sát bằng bảng hỏi giấy. Điều tra xã hội học hiện vẫn được coi là phương pháp nghiên cứu tốn kém; nếu áp dụng một phương pháp khảo sát có chi phí thấp tương đối thì có thể mở rộng quy mô mẫu để tăng độ tin cậy của kết quả khảo sát, hoặc có thể tổ chức được nhiều cuộc khảo sát hơn.

Thứ tư, rút ngắn thời gian thực hiện và xử lý kết quả khảo sát, thúc đẩy tiến trình ra quyết định dựa trên bằng chứng và phản ứng nhanh. Các công đoạn của khảo sát bằng điện thoại, từ gọi điện, nhập liệu, xử lý số liệu, tổng hợp kết quả... diễn ra đồng thời, tức thì. Kết quả của mỗi cuộc phỏng vấn được cập nhật ngay khi cuộc gọi vừa kết thúc; có thể tự động kiểm tra chất lượng dữ liệu và xuất ra báo cáo kết quả khảo sát theo thời gian thực.

Thứ năm, phương pháp khảo sát bằng điện thoại dựa trên những nền tảng công nghệ hiện đại, tân tiến như di động, điện toán đám mây... đảm bảo tốt các yêu cầu kịp thời, chính xác, khả năng kết nối. Báo cáo tổng hợp kết quả có thể truy cập ở bất cứ đâu, vào bất kỳ lúc nào thông qua mạng Internet.

Cuối cùng, tất cả các hoạt động của phương pháp khảo sát bằng điện thoại, từ thu thập số liệu, xử lý số liệu, tổng hợp kết quả khảo sát... đều được điều hành và thực hiện tập trung từ một trung tâm. Trong khi việc thu thập số liệu ban đầu trong phương pháp khảo sát bằng bảng hỏi giấy thường diễn ra tại “thực địa” có thể phân tán tại tất cả các địa phương trong cả nước, thì với phương pháp khảo sát bằng điện thoại, việc đó được đảm nhiệm bởi các trung tâm gọi điện đặt tập trung tại một địa điểm duy nhất. Điều đó không chỉ giúp tiết kiệm thời gian, kinh phí và nhân lực mà còn đảm bảo sự chính xác của kết quả khảo sát và nâng cao hiệu quả công việc.

Hình 1: Ưu điểm của phỏng vấn qua điện thoại



Cũng như bất cứ phương pháp điều tra xã hội học nào khác, phương pháp khảo sát bằng điện thoại cũng có những hạn chế nhất định cần được nhận diện để khi lựa chọn áp dụng thì cũng cần có giải pháp giải quyết phù hợp.

Hạn chế thứ nhất của phương pháp khảo sát bằng điện thoại là phụ thuộc vào cơ sở dữ liệu số điện thoại di động của người bệnh nội trú tại bệnh viện. Với số máy điện thoại di động hiện đang được sử dụng ở Việt Nam hiện nay vào khoảng hơn 120 triệu chiếc thì có thể tin rằng mỗi bệnh nhân nội trú và người nhà đi theo ít nhất cũng có một máy. Vấn đề là các bệnh viện có lưu lại đầy đủ các số máy điện thoại của bệnh nhân nội trú hay không. Nếu việc lưu lại số điện thoại của bệnh nhân nội trú trở thành quy định bắt buộc thì cơ sở dữ liệu số máy điện thoại của người bệnh nội trú tại bệnh viện sẽ đầy đủ hơn; nhất là khi chuyển sang bệnh án điện tử thì hạn chế này của phương pháp khảo sát bằng điện thoại về cơ bản được giải quyết.

Một hạn chế nữa của phương pháp khảo sát bằng điện thoại là người bệnh ít sẵn sàng, ít quan tâm đến trả lời phỏng vấn qua điện thoại (một phần là do điều kiện sức khỏe không thuận lợi); đồng thời cũng vì vậy mà thời gian phỏng vấn không thể kéo dài, khó đề cập đến quá nhiều vấn đề.

Có thể giải quyết hạn chế này theo các hướng sau đây:

- ✪ Hạn chế số lượng câu hỏi, tập trung vào những câu hỏi quan trọng nhất,
- ✪ Đặt câu hỏi có nội dung tổng quát hơn, kết hợp giải thích thêm khi hỏi,
- ✪ Mở rộng thêm diện đối tượng phỏng vấn theo hướng người trả lời điện thoại không nhất thiết phải là bệnh nhân, mà có thể là người nhà đã trực tiếp chăm sóc bệnh nhân trong những ngày bệnh nhân nằm viện.
- ✪ Truyền thông rộng rãi để người bệnh hiểu quyền và lợi ích của việc phản hồi về trải nghiệm của bản thân với dịch vụ khám, chữa bệnh, từ đó thúc đẩy trách nhiệm giải trình và liên tục cải thiện chất lượng khám, chữa bệnh của bệnh viện, nhân viên y tế với khách hàng và với xã hội.

Cùng trong nhóm các phương pháp khảo sát hiện đại, ngoài khảo sát bằng điện thoại còn một số phương pháp khác nữa, như khảo sát trên trang web, khảo sát bằng màn hình cảm ứng, khảo sát qua e-mail... Mỗi phương pháp đều có thế mạnh và hạn chế; cần căn cứ vào mục đích, yêu cầu, nội dung cần khảo sát và điều kiện phát triển kinh tế-xã hội của mỗi địa phương mà lựa chọn phương pháp khảo sát áp dụng cho phù hợp.

Việt Nam là quốc gia có tỷ lệ dân số sử dụng điện thoại cao (hơn 121 triệu thuê bao di động tính đến tháng 2/2017, bình quân 1 người dân có 1,3 điện thoại di động), trong đó 55% dân số sử dụng điện thoại thông minh.¹⁴ Vì thế, khảo sát người bệnh nội trú sau khi xuất viện qua điện thoại là phương thức có tính khả thi cao. Ngoài ra, về mặt kỹ thuật khảo sát, vì yêu cầu đặt ra không chỉ là xác định một chỉ số hài lòng chung của người bệnh, mà còn cần cung cấp kết quả có khả năng so sánh được một cách khách quan giữa các bệnh viện, hay thậm chí các khoa trong một bệnh viện, v.v... Muốn vậy, phải tiến hành chọn mẫu đại diện cho các đối tượng khảo sát, điều mà phương pháp khảo sát trên trang web hay khảo sát bằng màn hình cảm ứng tại bệnh viện khó có thể đảm bảo. Điều đó cũng giải thích vì sao ngay ở các nước công nghiệp phát triển, nơi mà các phương pháp khảo sát hiện đại như khảo sát trên trang web, khảo sát bằng màn hình cảm ứng, khảo sát qua e-mail rất phổ biến, thì phương pháp khảo sát bằng điện thoại để xác định chỉ số hài lòng người bệnh và phân nhóm, xếp hạng sao cho các bệnh viện vẫn được coi là phổ biến nhất.

2.3. Phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh qua điện thoại trong khuôn khổ Dự án Bệnh nhân chấm điểm 2017

Trong khuôn khổ dự án này, phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh qua điện thoại được thực hiện dựa trên sự phối hợp chặt chẽ giữa các đơn vị liên quan theo quy trình như sau:

Bước 1: Tổng quan nghiên cứu trong nước, quốc tế; phân tích thực trạng khảo sát hài lòng người bệnh đang được thực hiện ở Việt Nam từ năm 2013 đến nay bao gồm 10 cuộc họp trao đổi với các chuyên gia trong và ngoài Bộ Y tế, 08 chuyến khảo sát thực địa tại các bệnh viện Chợ Rẫy, Trung ương Huế, Bạch Mai, Phụ sản Trung ương, Hữu nghị Việt Đức, Nhiệt đới Trung ương, Nhi Trung ương, BV Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 8/2016 đến tháng 1/2017.

Bước 2: Xây dựng bảng hỏi và phương án khảo sát. Tham vấn người bệnh nội trú tại 6 bệnh viện lớn ở Hà Nội (Bạch Mai, Phụ sản, Hữu nghị Việt Đức, Nhiệt đới, Nhi và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội) về nhu cầu, mối quan tâm của người bệnh khi đi khám, chữa bệnh, kỳ vọng về chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh (tháng 1/2017). Khảo sát hai vòng vào tháng 1 và 2/2017 để thử nghiệm và điều chỉnh bảng hỏi. Khảo sát thí điểm lần 1 trong thời gian tháng 6-7/2017 đối với 5.600 bệnh nhân nội trú đã xuất viện, đã từng được bệnh viện khảo sát bằng bảng hỏi giấy trong thời gian nằm viện của 100 bệnh viện trên cả nước, trong đó có 18 bệnh viện có số cuộc khảo sát thành công/bệnh viện từ 100 cuộc trở lên. Tham vấn kết quả khảo sát thí điểm lần 1 với các chuyên gia trong và ngoài Bộ Y tế trong thời gian tháng 7-9/2017 để hoàn thiện phương pháp.

Bước 3: Gần 30 bệnh viện trong danh sách tham gia chương trình thí điểm khảo sát hài lòng người bệnh qua điện thoại gửi toàn bộ danh sách người bệnh nội trú có số điện thoại di động, đã xuất viện tính từ ngày 1 tháng 4 năm 2017 đến 31 tháng 7 năm 2017.

Bước 4: Dữ liệu được làm sạch, thỏa mãn điều kiện để phỏng vấn gồm: (i) Người bệnh hoặc người nhà người bệnh đi theo chăm sóc chính từ 18 tuổi trở lên tại thời điểm nhập viện; (ii) Ở lại bệnh viện ít nhất 1 ngày đêm; (iii) Vẫn còn sống tại thời điểm xuất viện. Nhóm loại trừ gồm: (i) Những người bệnh không có số điện thoại hoặc số điện thoại trùng lặp; và (ii) Những người bệnh đã được bệnh viện phỏng vấn bằng bảng hỏi giấy trước đó.

Bước 5: Phỏng vấn qua điện thoại bởi đơn vị tư vấn độc lập. Trả lời của người bệnh được được khảo sát viên nhập vào trang website www.chatluongbenhvien.vn

¹⁴Hoàng Vũ. 2017. Việt Nam có tỷ lệ thuê bao trả trước thuộc nhóm cao nhất thế giới. <http://xahoitongtin.com.vn/vien-thong-cntt/201705/viet-nam-co-ty-le-thue-bao-tra-truc-thuoc-nhom-cao-nhat-the-gioi-566925/> tải về ngày 3/12/2017 và Diệu Thủy. 2016. Việt Nam là quốc gia đứng đầu về điện thoại di động <http://cafe.vn/viet-nam-la-quoc-gia-dung-dau-ve-dien-thoai-di-dong-20160602145412849.chn> tải về ngày 3/12/2017

Bước 6: Xử lý dữ liệu khảo sát, tính toán chỉ số hài lòng người bệnh, phân tích kết quả phân nhóm bệnh viện theo kết quả chỉ số hài lòng người bệnh được thực hiện bởi nhóm chuyên gia do Sáng kiến Việt Nam, Đại học Indiana, Hoa Kỳ phụ trách. Kết quả khảo sát được hiển thị ở website www.hailongnguoibenh.vn

Bước 7: Tham vấn các chuyên gia trong và ngoài Bộ Y tế, các Sở Y tế và các bệnh viện (63 bệnh viện và 31 Sở Y tế) tại 03 Hội nghị tham vấn Báo cáo sơ bộ Kết quả Khảo sát thí điểm Hài lòng người bệnh qua điện thoại được tổ chức trong tháng 11 và 12 năm 2017 tại Hà Nội, Đà Nẵng và Thành phố Hồ Chí Minh.

Bước 8: Hoàn thiện báo cáo và Công bố kết quả trên phương tiện truyền thông đại chúng và website www.hailongnguoibenh.vn

3. Xây dựng bảng hỏi về hài lòng người bệnh

Bảng hỏi về hài lòng người bệnh được xây dựng theo phương pháp cây tiêu chí, trong đó cây PSI có các cành là các yếu tố; mỗi cành lại có một số nhánh là các tiêu chí, và mỗi nhánh tương ứng với một câu hỏi trong bảng hỏi. Cây tiêu chí cụ thể cho nghiên cứu này được trình bày trong hình dưới đây.

Hình 2: Cây tiêu chí Chỉ số Hài lòng người bệnh (Patient Satisfaction Index – PSI)



Căn cứ kết quả tổng quan nghiên cứu, so sánh các bảng hỏi khảo sát hài lòng người bệnh nội trú quốc tế và trong nước, quá trình tham vấn người bệnh và các chuyên gia, nhóm nghiên cứu đã xác định sáu (06) nhóm yếu tố quan trọng nhất quyết định chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh như sau.

Hình 3: Các yếu tố cấu thành sự hài lòng của người bệnh



Mỗi nhóm yếu tố lại được tách thành một số tiêu chí cụ thể hơn để khi diễn đạt thành câu hỏi, người trả lời dễ nắm bắt nội dung câu hỏi và có thể trả lời ngay trong khung khổ thời gian có hạn của một cuộc phỏng vấn bằng điện thoại. Tổng cộng có 11 tiêu chí được xây dựng như trong bảng dưới đây.

Bảng 1: Các tiêu chí của Chỉ số hài lòng người bệnh

CÁC TIÊU CHÍ CỦA PSI

Tiêu chí A1	Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần
Tiêu chí A2	Sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng, khoa
Tiêu chí B1	Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh và hướng điều trị
Tiêu chí B2	Thông tin về thuốc và chi phí điều trị
Tiêu chí C1	Giường và chăn ga gối đệm
Tiêu chí C2	Nhà vệ sinh bệnh viện
Tiêu chí D1	Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sĩ, điều dưỡng
Tiêu chí D2	Trình độ chuyên môn, tay nghề của bác sĩ, điều dưỡng
Tiêu chí E1	Chi phí điều trị
Tiêu chí G1	Cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc
Tiêu chí G2	Kết quả điều trị

Nguồn: Nhóm nghiên cứu đề xuất

Để xác định những câu hỏi nào sẽ được đưa vào trong bảng hỏi, nhóm nghiên cứu đã tổ chức các buổi họp tham vấn ý kiến chuyên gia của Bộ Y tế; cán bộ phòng quản lý chất lượng của một số bệnh viện, các chuyên gia ngoài Bộ Y tế nghiên cứu lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và cải cách hành chính, và người bệnh tại một số bệnh viện. Ngoài ra, nhóm nghiên cứu cũng tiến hành tham khảo các câu hỏi trong bảng hỏi khảo sát sự hài lòng người bệnh của một số quốc gia trên thế giới. Cần lưu ý rằng sự hài lòng của người bệnh có xu hướng thay đổi theo thời gian, phụ thuộc vào điều kiện phát triển kinh tế xã hội và nhiều nhân tố khác. Do đó, bảng hỏi cũng bổ sung một câu hỏi mở đề nghị người bệnh cung cấp thông tin về những vấn đề quan trọng khác họ cho là bức xúc cần được cải tiến trong dịch vụ khám, chữa bệnh mà chưa được đề cập trước đó. Những thông tin này sẽ được sử dụng để điều chỉnh, cập nhật bảng hỏi sau những giai đoạn nhất định.

Bảng 2: So sánh bảng hỏi khảo sát hài lòng người bệnh ở Mỹ và Việt Nam

Bảng hỏi của HCAPHS: 7 nhóm, 25 câu hỏi	Bảng hỏi của AHRQ: 7 nhóm, 28 câu hỏi	Bảng hỏi của RAND Health: 7 nhóm, 18 câu hỏi	Bảng hỏi của Bộ Y tế: 6 nhóm, 34 câu hỏi
(1) Giao tiếp của y tá (4 câu) (2) Giao tiếp của bác sĩ (3 câu) (3) Môi trường BV (2 câu) (4) Trải nghiệm trong bệnh viện (8 câu) (5) Xuất viện (3 câu) (6) Hướng dẫn chăm sóc tiếp tại nhà (3 câu) (7) Đánh giá chung về BV (2 câu)	(1) Chẩn đoán bệnh khi nằm viện (1 câu) (2) Chăm sóc của bác sĩ, y tá khi nằm viện (8 câu) (3) Thuốc bệnh (10 câu) (4) Xuất viện (3 câu) (5) Nằm viện sau khi xuất viện (2 câu) (6) Khám bệnh sau khi xuất viện (2 câu) (7) Đánh giá chung (2 câu)	(1) Khả năng tiếp cận và sự thuận tiện (4 câu) (2) Chất lượng chuyên môn (4 câu) (3) Giao tiếp với bác sĩ (2 câu) (4) Ứng xử của bác sĩ (2 câu), (5) Thời gian với bác sĩ (2 câu) (6) Khả năng tài chính (2 câu), (7) Mức độ thỏa mãn chung (2 câu)	(1) Khả năng tiếp cận (5 câu) (2) Minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị (5 câu) (3) Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (9 câu) (4) Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (7 câu) (5) Kết quả cung cấp dịch vụ (5 câu) (6) Đánh giá chung (3 câu)

Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp

Sau nhiều lần điều chỉnh dựa trên quá trình tham vấn và khảo sát thử nghiệm, bảng hỏi sử dụng để khảo sát thí điểm xây dựng Chỉ số Hài lòng người bệnh gồm 12 câu hỏi rút gọn từ bảng hỏi 34 câu của Bộ Y tế (Mẫu số 1 – Phiếu Khảo sát Ý kiến người bệnh nội trú năm 2016). Bảng hỏi cũng sử dụng thang đo 5 mức, ứng với mức 1 là Rất không hài lòng, mức 2 là Không hài lòng, mức 3 là Bình thường, mức 4 là Hài lòng, và mức 5 là Rất hài lòng.

Bảng 3: Bảng hỏi khảo sát hài lòng người bệnh qua điện thoại

(1: Rất không hài lòng; 2: Không hài lòng; 3: Bình thường; 4: Hài lòng; 5: Rất hài lòng)

MS	Câu hỏi	Mức đánh giá					Ý kiến khác
		1	2	3	4	5	
A	Khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh						
A1	Ông/bà có hài lòng về việc hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết không?						
A2	Ông/bà có hài lòng về sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đến các phòng, khoa cần tìm không?						
B	Minh bạch thông tin về khám bệnh, điều trị						
B1	Ông/bà có hài lòng khi được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị không?						
B2	Ông/bà có hài lòng về thông tin do bệnh viện cung cấp về thuốc và chi phí điều trị không?						
C	Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh						
C1	Ông/bà có hài lòng về giường và chăn ga gối đệm khi nằm ở viện không?						
C2	Ông/bà có hài lòng về nhà vệ sinh bệnh viện không?						
D	Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế						

D1	Ông/bà có hài lòng về thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ, điều dưỡng và nhân viên khác không?
D2	Ông/bà có hài lòng về trình độ chuyên môn và tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng không?
E	Chi phí khám chữa bệnh
E1	Ông/Bà có hài lòng về chi phí điều trị không?
G	Kết quả cung cấp dịch vụ
G1	Ông/bà có hài lòng về việc cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc trong khi điều trị không?
G2	Ông/Bà có hài lòng về kết quả điều trị không?
H	Sự hài lòng chung của người bệnh
H1	Đánh giá chung bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi trước khi nằm viện?

Nguồn: Nhóm nghiên cứu đề xuất

Ngoài bảng hỏi chính, chương trình khảo sát lần này cũng tiến hành thu thập thông tin về tình hình tài chính y tế từ góc nhìn của người bệnh. Phiếu điều tra đưa thêm các câu hỏi liên quan đến mức độ sẵn sàng chi trả của người bệnh nhằm xem xét ảnh hưởng của gánh nặng về chi phí y tế đối với người dân, đặc biệt trong bối cảnh ngành y tế đang trong lộ trình thực hiện nâng giá viện phí (Phụ lục 1). Để kiểm soát các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả trả lời của người bệnh, phiếu khảo sát cũng được tích hợp các câu hỏi liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học như: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, địa bàn cư trú, nghề nghiệp, thời gian nằm viện, sử dụng thẻ bảo hiểm y tế. Đây là những yếu tố quan trọng nhằm giúp kiểm soát các yếu tố bên ngoài có thể ảnh hưởng đến phương án trả lời của người bệnh. Phiếu khảo sát được chuyển thành trang web và điều tra viên có thể nhập phương án trả lời của người bệnh vào trang web trong quá trình phỏng vấn qua điện thoại. Giao diện của trang web phỏng vấn được thể hiện dưới đây.

Hình 4: Bảng hỏi trên giao diện trang web nhập số liệu phỏng vấn

BẢNG HỎI NGƯỜI BỆNH - SÁNG KIẾN VIỆT NAM

Bệnh viện *

- Chọn -

Mã phiếu *

Trong file dữ liệu ghi là MÃ NGƯỜI BỆNH (mabn). Mã lấy từ file dữ liệu của MOH, không phải mã phiếu mới đang khảo sát. Phiếu mới khảo sát đã tự động tạo ngầm rồi.

Trả lời phỏng vấn là ai? *

☐ 1. Người bệnh
 ☐ 2. Người thân

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ 1 đến 5, tương ứng với mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt cho từng câu hỏi dưới đây:

1 là	2 là	3 là	4 là	5 là
Rất không hài lòng hoặc: Rất kém	Không hài lòng hoặc: Kém	Bình thường hoặc: Trung bình	Hài lòng hoặc: Tốt	Rất hài lòng hoặc: Rất tốt

A. KHẢ NĂNG TIẾP CẬN

A1. Ông/bà có hài lòng về việc hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết không? *

☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5

(Giải thích của điều tra viên nếu người được phỏng vấn tỏ ra gặp khó khăn trong công việc hiểu câu hỏi: Khi người bệnh/gia đình có thắc mắc hoặc muốn cung cấp thêm thông tin thì có được NVYT cung cấp hay không? Khi người nhà có vấn đề gì bất thường thì có gọi được NVYT hay không?)

A2. Ông/bà có hài lòng về sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đến các phòng khoa cần tìm không *

☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5

4. Chọn mẫu khảo sát và phương pháp phỏng vấn

Phạm vi khảo sát thí điểm: Phạm vi chương trình khảo sát thí điểm hài lòng người bệnh nội trú qua điện thoại năm 2017 là các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện ở 21 tỉnh, thành phố trong cả nước, bao gồm:

Vùng Đồng bằng Sông Hồng: Hà Nội, Bắc Ninh, Hưng Yên, Nam Định, Thái Bình, Ninh Bình, Quảng Ninh;

Vùng Trung du và miền núi phía Bắc: Hà Giang, Bắc Giang, Sơn La;

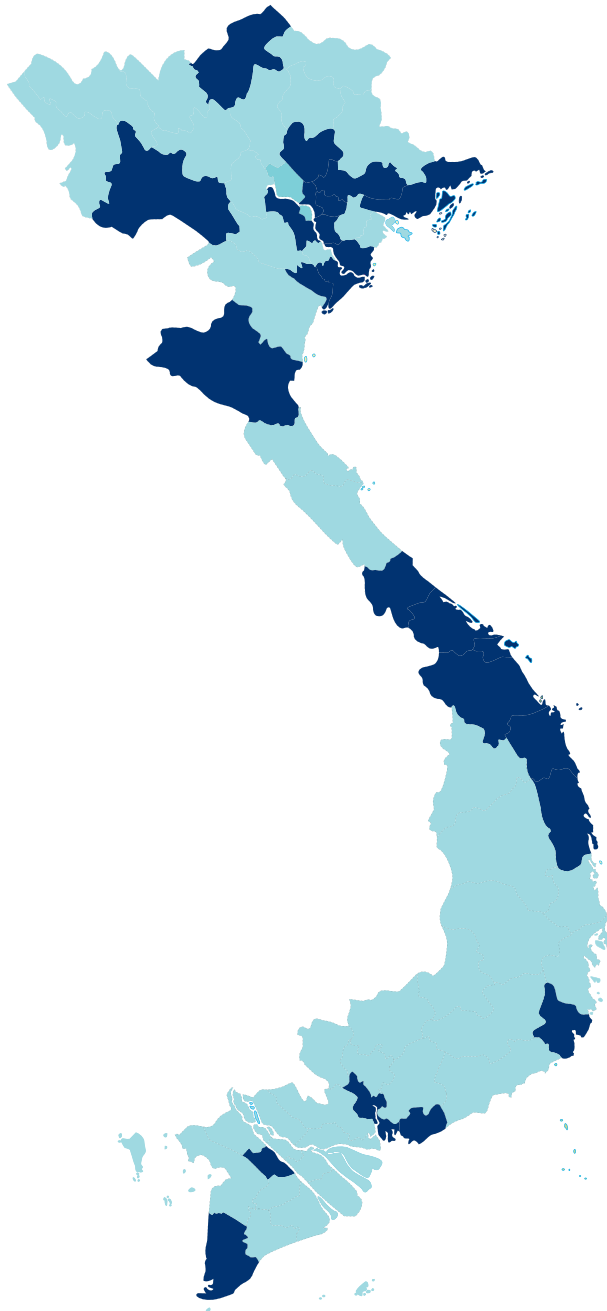
Vùng Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung: Nghệ An, Quảng Trị, Huế, Đà Nẵng, Quảng Ngãi, Bình Định, Ninh Thuận;

21

Vùng Đông Nam Bộ: Thành phố Hồ Chí Minh, Bà Rịa Vũng Tàu;

Vùng Đồng bằng Sông Cửu Long: Cần Thơ, Cà Mau.

Trong số các bệnh viện tham gia khảo sát, có 24 bệnh viện tuyến tỉnh, 5 bệnh viện tuyến huyện. 14 bệnh viện là bệnh viện hạng 1 (chiếm 48,2%), 13 bệnh viện là bệnh viện hạng 2 (chiếm 44,8%), còn lại là bệnh viện hạng 3 (chiếm 7%). Chưa có bệnh viện tuyến trung ương nào tham gia chương trình khảo sát thí điểm lần này.



■ *Vi trí các bệnh viện được khảo sát
được thể hiện bằng màu*

Miền Bắc:

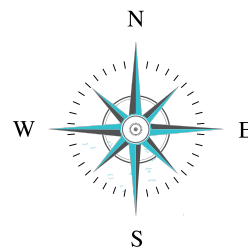
*Hà Giang, Sơn La, Bắc Giang, Bắc Ninh, Quảng
Ninh, Hà Nội, Hưng Yên, Nam Định, Thái Bình, Ninh
Bình*

Miền Trung:

*Nghệ An, Quảng Trị, Đà Nẵng, Quảng Ngãi, Huế, Ninh
Thuận, Bình Định*

Miền Nam:

*TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ,
Bà Rịa Vũng Tàu, Cà Mau*



Chọn mẫu khảo sát: Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên được sử dụng để chọn mẫu phỏng vấn từ danh sách bệnh nhân nội trú do các bệnh viện cung cấp. Trong 136.678 bệnh nhân trong danh sách bệnh nhân nội trú từ tháng 4 đến tháng 7/2017 do 29 bệnh viện thuộc Công văn số 1155/KCB-QLCL cung cấp, 250 bệnh nhân mỗi bệnh viện được lấy ngẫu nhiên làm mẫu phỏng vấn (trừ bệnh viện Bà Rịa Vũng Tàu lấy toàn bộ danh sách 177 bệnh nhân).

Phỏng vấn bảng hỏi định lượng: Danh sách được chọn để phỏng vấn của mỗi bệnh viện gồm 250 bệnh nhân ngẫu nhiên được phỏng vấn lần lượt đến khi đủ 100 phiếu khảo sát thành công. Điều tra viên sử dụng phần mềm gọi điện để liên lạc với người bệnh qua tài khoản được cung cấp, nhập thông tin trực tiếp trên webform thiết kế theo bảng hỏi. Bên cạnh webform, điều tra viên được cung cấp file excel danh sách bệnh nhân cần phỏng vấn (mẫu phỏng vấn lấy ngẫu nhiên) kèm số điện thoại do các bệnh viện cung cấp để liên lạc và cập nhật trạng thái cuộc gọi.

Điều tra viên phải đảm bảo gọi lại đủ 3 lần các cuộc hẹn gọi lại, cuộc gọi không nhắc máy, thuê bao không liên lạc được và chờ máy các cuộc gọi không nhắc máy đến khi hết tín hiệu chờ. Các cuộc gọi lại được tiến hành sau 1 buổi, 1 – 2 ngày hoặc theo thời gian mà điều tra viên hẹn cụ thể với người được phỏng vấn.

Phỏng vấn định tính (phỏng vấn sâu): Bên cạnh bảng hỏi định lượng, nếu người bệnh sẵn sàng trả lời, điều tra viên tiến hành phỏng vấn sâu, ghi nhận những chia sẻ mà họ trực tiếp trải nghiệm tại bệnh viện trong quá trình nằm viện/chăm sóc bệnh nhân. Phỏng vấn sâu được nhập trực tiếp trên webform (sau khi gỡ băng) ở các ô ghi chú “Ý kiến khác” của các câu hỏi có nội dung tương ứng.

Tỷ lệ phỏng vấn thành công và vấn đề mẫu bị chệch:

Trong quá trình điều tra, xác suất phỏng vấn thành công bằng phương pháp gọi điện thoại đạt khoảng 54% tổng số điện thoại được gọi điện. Tỷ lệ đồng ý tham gia trả lời phỏng vấn đạt 95% là tỷ lệ rất cao cho thấy người dân rất quan tâm và nhiệt tình ủng hộ khảo sát này. Chất lượng cơ sở dữ liệu số điện thoại di động của bệnh nhân hay người nhà trực tiếp chăm sóc còn cần nhiều cải tiến: các số điện thoại không tồn tại, không chính xác, không nhắc máy chiếm trung bình 40% số cuộc gọi.

Bảng 4: Tỷ lệ khảo sát thành công

Bệnh viện	Tỷ lệ thành công	Tỷ lệ từ chối trả lời	Tỷ lệ nhầm số	Tỷ lệ ko nghe/ngắt máy	Tỷ lệ số ko tồn tại
Bệnh viện đa khoa Đống Đa - Hà Nội	69%	2%	13%	10%	6%
Bệnh viện đa khoa Văn Đình - Hà Nội	63%	4%	10%	11%	13%
Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh - Bắc Ninh	60%	9%	17%	3%	10%
Bệnh viện Sản – Nhi Quảng Ninh - Quảng Ninh	66%	7%	3%	19%	5%
Bệnh viện Lao và bệnh Phổi - Hưng Yên	70%	4%	10%	13%	4%
Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi - Thái Bình	42%	16%	12%	19%	11%
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Nam Định	57%	5%	9%	19%	10%
Bệnh viện Lao và bệnh phổi - Ninh Bình	65%	3%	9%	12%	12%
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Hà Giang	62%	2%	6%	20%	9%
Bệnh viện Phổi - Bắc Giang	55%	11%	15%	10%	9%
Bệnh viện Sản Nhi - Bắc Giang	63%	0%	11%	14%	12%
Bệnh viện đa khoa Thảo Nguyên - Sơn La	57%	1%	22%	6%	15%
Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh - Nghệ An	55%	3%	23%	12%	7%
Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị - Quảng Trị	51%	5%	10%	23%	12%
Bệnh viện Phú Vang - Thừa Thiên Huế	70%	5%	10%	2%	13%
Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng - TP. Đà Nẵng	49%	5%	13%	20%	14%
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Quảng Ngãi	54%	2%	24%	11%	10%
Bệnh viện Đa khoa tỉnh - Bình Định	46%	1%	20%	14%	18%
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận - Ninh Thuận	67%	7%	12%	1%	13%
Bệnh viện Bà Rịa - Bà Rịa Vũng Tàu	70%	3%	5%	12%	10%
Bệnh viện Bình Dân - TP. Hồ Chí Minh	43%	7%	10%	37%	3%
Bệnh viện Trưng Vương - TP. Hồ Chí Minh	46%	8%	19%	19%	8%

Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới - TP. Hồ Chí Minh	57%	6%	6%	16%	14%
Bệnh viện Tai Mũi Họng TPHCM - TP. Hồ Chí Minh	33%	5%	40%	13%	9%
Bệnh viện Truyền máu Huyết học - TP. Hồ Chí Minh	57%	9%	16%	10%	9%
Bệnh viện Từ Dũ - TP. Hồ Chí Minh	50%	4%	8%	26%	11%
Bệnh viện Phụ sản - TP. Cần Thơ	48%	14%	4%	17%	16%
Bệnh viện đa khoa Cà Mau - Cà Mau	49%	3%	21%	17%	10%
Bệnh viện đa khoa Cái Nước - Cà Mau	47%	1%	26%	19%	6%
Trung bình	54%	5%	15%	15%	10%

Kiểm tra tính đại diện của mẫu điều tra:

Để kiểm tra khả năng mẫu thiếu tính đại diện, chúng tôi so sánh một số đặc điểm nhân khẩu học của những bệnh nhân được cung cấp bởi bệnh viện với đặc điểm của những bệnh nhân được điều tra thành công bằng điện thoại. Bảng 5 so sánh sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học của hai mẫu. Hai cột đầu tiên thể hiện giá trị trung bình của hai mẫu theo từng câu hỏi. Kết quả ở cột 3 cho thấy đặc điểm của bệnh nhân ở cả hai mẫu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê như bệnh nhân điều tra bằng điện thoại có nhiều người dùng bảo hiểm y tế, trẻ tuổi hơn và có xu hướng là nhiều bệnh nhân nam giới hơn so với mẫu của bệnh viện.

Bảng 5: So sánh đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm	Giá trị trung bình		Khác biệt về giá trị TB	
	Mẫu điều tra của BV	Mẫu điều tra PSI	Thống kê	Giá trị P
Tuổi	41.5	39.7	4.33	0.00
Giới tính	0.37	0.49	12.9	0.00
Số ngày nằm viện	10.1	5.17	0.77	0.44
Sử dụng thẻ bảo hiểm y tế	0.88	0.92	6.35	0.00

Nguồn: Tính toán từ số liệu khảo sát Hài lòng người bệnh 2017

Đồng thời, để kiểm tra mức độ tin cậy và tương quan giữa các biến quan sát trong thang đo, chúng tôi tính hệ số Cronbach's Alpha. Hệ số này cho biết sự chặt chẽ và thống nhất trong các câu trả lời nhằm đảm bảo người được hỏi đã hiểu thống nhất về cùng một khái niệm.

Bảng 6: Hệ số Cronbach's Alpha

Các câu hỏi	Hệ số Cronbach Alpha
A1. Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần	0,87
A2. Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng	0,88
B1. Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh	0,87
B2. Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị	0,87
C1. Hài lòng về giường và chăn ga gối đệm	0,87
C2. Hài lòng về nhà vệ sinh	0,88
D1. Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ, điều dưỡng	0,87
D2. Trình độ chuyên môn, tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng	0,87
E1. Hài lòng về chi phí điều trị	0,88
G1. Hài lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc	0,87
G2. Hài lòng về kết quả điều trị	0,87

Nguồn: Tính toán từ số liệu khảo sát Hài lòng người bệnh 2017

Hệ số Cronbach Alpha đối với mỗi câu hỏi đều trên 0,85 cho thấy tính ổn định trong phương án trả lời của người bệnh đối với từng câu hỏi. Điều đó cho thấy thang đo kết quả khảo sát và các câu hỏi khảo sát là phù hợp; giúp các kết quả phân tích có tính tin cậy.

5. Điều chỉnh kết quả khảo sát đối với đặc điểm nhân thân của người bệnh

Như trên đã phân tích, kết quả trả lời của bệnh nhân phụ thuộc vào nhiều yếu tố liên quan đến đặc điểm cá nhân như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp cũng như các yếu tố khác như tình trạng bệnh tật. Thời gian từ lúc người bệnh ra viện đến khi được phỏng vấn cũng ảnh hưởng đến kết quả trả lời. Do đó, để có thể tiến hành so sánh kết quả khảo sát giữa các bệnh viện, cần tiến hành loại bỏ các ảnh hưởng của các yếu tố nói trên đến phương án trả lời của bệnh nhân. Cụ thể, việc điều chỉnh được tiến hành theo hai phần. **Thứ nhất**, tính hệ số điều chỉnh của bệnh nhân để xem các đặc điểm nhân thân có ảnh hưởng như thế nào đối với các phương án trả lời tốt nhất (hoặc xấu nhất). **Thứ hai**, xác định mức chênh lệch giữa các đặc điểm nhân thân của bệnh nhân của từng bệnh viện so với mức trung bình của các bệnh viện. Kết hợp cả hệ số điều chỉnh của bệnh nhân và điều chỉnh bệnh viện sẽ cho ra kết quả hệ số điều chỉnh chung của người bệnh.

Tính hệ số điều chỉnh của bệnh nhân:

Hồi quy các đặc điểm của bệnh nhân với phương án trả lời tích cực nhất (hài lòng nhất)¹⁵. Cụ thể phương trình hồi quy xác suất tuyến tính (linear propability) có dạng sau:

$$Y_i = \alpha + \beta_1 Gender_i + \beta_2 Urban_i + \sum_{18-24}^{85+} Age_i \pi' + \sum_1^8 Employ_i \gamma' + \sum_1^7 Edu_i \delta' + \beta_3 Health_Insure_i + \sum_{1-3}^{7+} Time_hosp_i \Omega' + \varepsilon_i$$

Trong đó: Y_i nhận giá trị 1 nếu bệnh nhân trả lời ở mức (5) và nhận giá trị 0 cho các phương án khác

$Gender_i$ nhận giá trị 1 nếu là Nam và 0 nếu là Nữ

$Urban_i$ nhận giá trị 1 nếu bệnh nhân ở thành phố và 0 nếu ở nông thôn

Age_i được chia thành các khoảng 18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 54-64; 65-74; 75- 84; và trên 85 tuổi. Nếu bệnh nhân nào rơi vào từng khoảng tuổi trên sẽ nhận giá trị 1 và 0 nếu rơi vào khoảng tuổi khác

$Minority_i$ nhận giá trị 1 nếu là người Kinh và 0 nếu khác

$Employ_i$ là biến nhị phân, nhận giá trị bằng 1 nếu người bệnh tương ứng làm các công việc và bằng không nếu không làm công việc đó

Edu_i là biến nhị phân, nhận giá trị bằng 1 nếu người bệnh tương ứng có trình độ học vấn tương ứng và bằng không nếu có trình độ khác

$Health_Insure_i$ nhận giá trị 1 nếu bệnh nhân có bảo hiểm y tế và 0 nếu không có bảo hiểm

$Time_hosp_i$ được chia thành các khoảng 1-3; 3-7 và trên 7 tương ứng là thời gian nằm viện; nếu thời gian người bệnh nằm viện rơi vào từng khoảng thời gian trên sẽ nhận giá trị 1 và 0 nếu trong khoảng thời gian khác.

Xác định hệ số điều chỉnh bệnh viện:

- Xác định mức trung bình của tất cả các bệnh viện đối với từng biến: tuổi; giới tính, dân tộc, trình độ học vấn,...

¹⁵ Hoặc tiêu cực nhất (không hài lòng nhất)

- Xác định sai lệch giữa giá trị trung bình của từng bệnh viện với giá trị trung bình chung.

Xác định hệ số điều chỉnh chung (total patient-mix):

Công thức xác định hệ số điều chỉnh chung:

$$Total_{Adj} = \beta_1 * (h_1 - m_1) + \beta_2 * (h_2 - m_2) + \dots + \beta_{16} * (h_{16} - m_{16})$$

Trong đó: β là giá trị ước lượng có ý nghĩa thống kê từ phương trình hồi quy (và dưới dạng thập phân), h và m tương ứng là giá trị của từng bệnh viện và giá trị trung bình chung của tất cả các bệnh viện đối với từng biến: tuổi, giới tính, dân tộc....

6. Tính trọng số cho các tiêu chí thành phần và xây dựng chỉ số tổng hợp

Sau khi xác định điểm số của các tiêu chí thành phần, nhóm nghiên cứu tiến hành xây dựng chỉ số tổng hợp. Việc tổng hợp các chỉ số không dùng phương pháp đơn giản là lấy trung bình điểm số của các tiêu chí thành phần mà tính toán trọng số cho từng tiêu chí thành phần. Lý do sử dụng trọng số là vì trong các tiêu chí này, có những tiêu chí có vai trò quan trọng hơn những tiêu chí còn lại trong phần đóng góp về sự hài lòng của người bệnh. Để xác định trọng số của từng tiêu chí thành phần khi xây dựng chỉ số tổng hợp, tiến hành hồi quy phương án trả lời của câu hỏi cuối cùng của Bảng hỏi về Đáp ứng phần trăm mong đợi của bệnh nhân về kết quả điều trị với các chỉ số thành phần. Cụ thể, hồi quy phương trình sau:

$$Y_i = \alpha_1 + \sum_{j=1}^{11} \beta_j X_{ji} + \Gamma' \phi + \varepsilon_i \quad (1)$$

Trong đó Y_i là phần trăm đáp ứng được mong đợi. Biến i là kết quả của các câu hỏi liên quan đến khả năng tiếp cận; sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị; cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh; thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; cung cấp thuốc và thông tin về thuốc; chi phí điều trị.

Kết quả hồi quy của phương trình (1) được thể hiện ở bảng 7. Kết quả bảng 7 thể hiện tương quan thống kê giữa các chỉ số thành phần và sự hài lòng của người bệnh. Có thể nhận thấy các tiêu chí thành phần tác động mạnh nhất đến sự hài lòng chung của người bệnh là kết quả điều trị, trình độ chuyên môn, tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng; được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh; hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần. Một số tiêu chí khác liên quan đến sơ đồ biển báo, cấp phát thuốc và thông tin về thuốc có tác động song không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả phân tích ở trên không hàm ý các tiêu chí liên quan đến sơ đồ biển báo, cấp phát thuốc và thông tin về thuốc là không quan trọng. Không ai phủ nhận việc cải thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị hay cải thiện thông tin cung cấp cho người bệnh sẽ làm tăng sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Những tiêu chí này đơn giản có ít vai trò quan trọng hơn trong việc giải thích sự khác nhau về hài lòng về kết quả điều trị của người bệnh. Nguyên nhân có thể do sự đánh giá tương đối giống nhau của người bệnh đối với tiêu chí này dẫn đến việc các tiêu chí này hầu như không giúp lý giải nhiều sự khác biệt trong hài lòng về kết quả điều tra của các bệnh nhân.

Ngoài ra, cũng không loại trừ việc các tiêu chí không hoàn toàn độc lập với nhau dẫn đến khả năng giải thích của một tiêu chí đã bao hàm trong các tiêu chí khác.

Bảng 7: Đóng góp của các tiêu chí thành phần vào chỉ số hài lòng chung

Các biến giải thích	Kết quả mong đợi
A1. Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần	2.04*** (0.43)
A2. Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng	0.10 (0.42)
B1. Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh	1.61*** (0.43)
B2. Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị	0.47 (0.41)
C1. Hài lòng về giường và chăn ga gối đệm	0.71* (0.38)
C2. Hài lòng về nhà vệ sinh	1.76*** (0.31)
D1. Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ, điều dưỡng	1.69*** (0.45)
D2. Trình độ chuyên môn, tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng	2.44***

Các biến giải thích

Kết quả mong đợi

	(0.49)
E1. Hài lòng về chi phí điều trị	1.12***
	(0.39)
G1. Hài lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc	-0.49
	(0.50)
G2. Hài lòng về kết quả điều trị	6.59***
	(0.44)
Số quan sát	2,692
R2	0.40

Lưu ý: Sai số chuẩn được thể hiện trong ngoặc. *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

Nguồn: Tính toán từ khảo sát Hài lòng người bệnh 2017

Trên cơ sở kết quả hồi quy tương quan nói trên, trọng số của các tiêu chí thành phần được xác định và trình bày trong Bảng sau đây.

Bảng 8: Trọng số của các tiêu chí thành phần

Các câu hỏi thành phần

Trọng số (%)

A1. Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần	11.0
A2. Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng	0.5
B1. Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh	8.7
B2. Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị	2.5
C1. Hài lòng về giường và chăn ga gối đệm	3.8
C2. Hài lòng về nhà vệ sinh	9.5
D1. Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sĩ, điều dưỡng	9.1
D2. Trình độ chuyên môn, tay nghề của bác sĩ, điều dưỡng	13.2
E1. Hài lòng về chi phí điều trị	6.0
G1. Hài lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc	0.1
G2. Hài lòng về kết quả điều trị	35.6

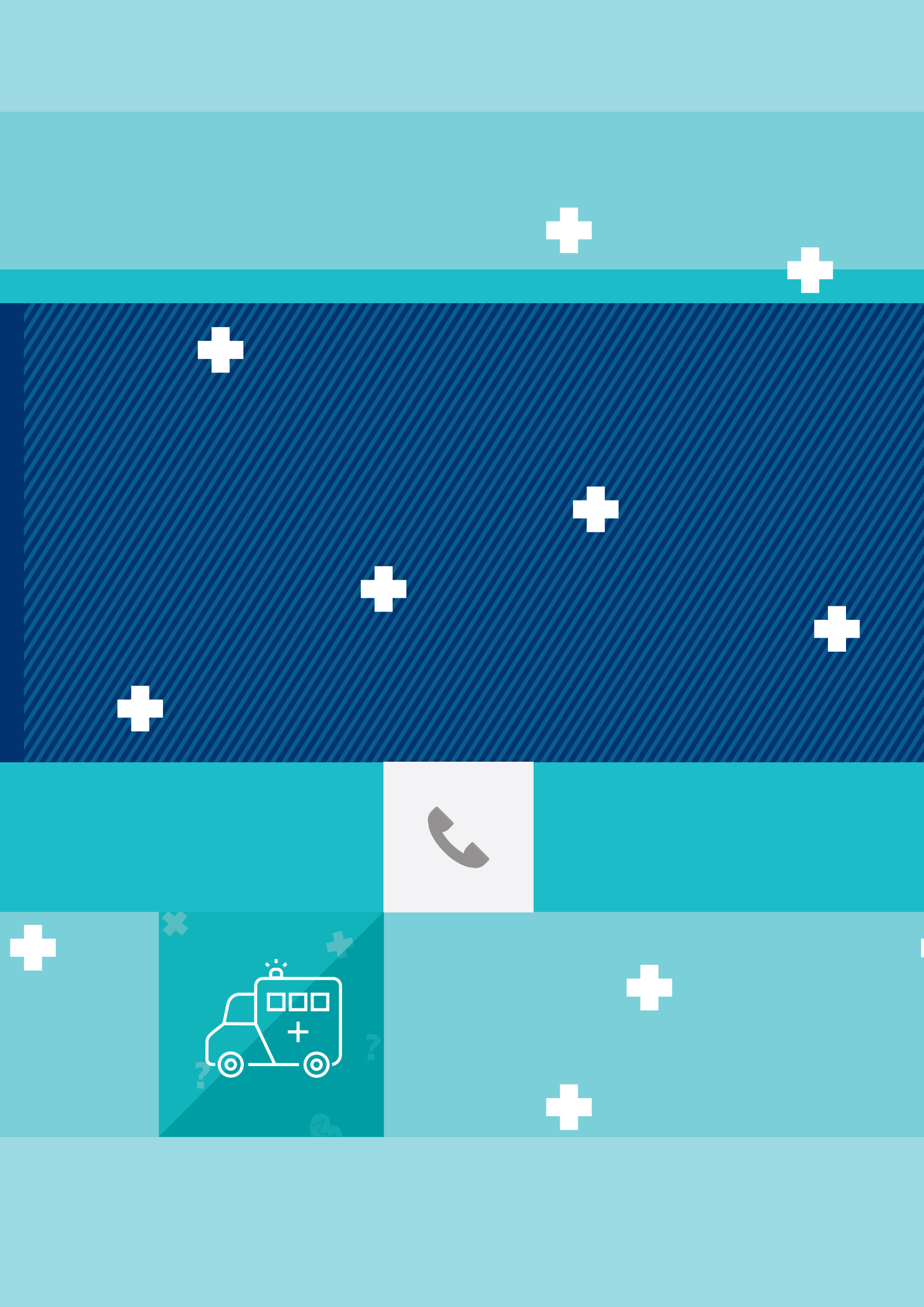
N=2692

Nguồn: Tính toán từ số liệu khảo sát Hài lòng người bệnh 2017

Chỉ số hài lòng người bệnh tổng hợp là chỉ số được xây dựng dựa trên trung bình có trọng số của các tiêu chí thành phần.

7. Phương pháp xếp hạng các bệnh viện

Để cho thấy rõ hơn bức tranh về chất lượng cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh đối với bệnh nhân, các bệnh viện được phân và xếp thành 5 nhóm khác nhau dựa vào kết quả phản hồi của người bệnh và người nhà bệnh nhân. Để so sánh tương đối trên cùng mặt bằng, Chỉ số Hài lòng người bệnh được sử dụng là chỉ số đã có hiệu chỉnh các đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh. Phương pháp tính toán xếp hạng sao cho các bệnh viện (Star Rating) được xây dựng dựa trên tham khảo phương pháp xếp hạng bệnh viện của chương trình Đánh giá của người bệnh về hệ thống và các nhà cung cấp dịch vụ y tế (HCAHPS) của Mỹ. Để phân nhóm, xếp hạng các bệnh viện, nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp phân nhóm dựa vào giá trị trung bình. Mục đích của phương pháp này là làm thế nào để phân dữ liệu thành các cụm (cluster) khác nhau sao cho dữ liệu trong cùng một cụm có tính chất giống nhau (Chi tiết về Phương pháp phân nhóm xếp hạng sao được thể hiện trong Phụ lục II). Cụ thể, việc xếp hạng không trên cơ sở so sánh với một tiêu chuẩn lý tưởng (như tiêu chuẩn khách sạn 5 sao) mà so sánh giữa các bệnh viện với nhau theo phương pháp phân nhóm: Nhóm các bệnh viện có hài lòng người bệnh cao nhất được xếp vào nhóm Rất Tốt; sau đó, số sao và xếp hạng của các bệnh viện còn lại được tính toán trên cơ sở so sánh khoảng cách với nhóm bệnh viện tốt nhất. Phương pháp này cũng cho phép so sánh hài lòng của người bệnh giữa các bệnh viện cùng hạng, cùng tuyến, cùng vùng v.v...với nhau, giúp tìm ra giải pháp trả lời câu hỏi “Tại sao trong cùng điều kiện thể chế như nhau, cùng điều kiện đầu tư cơ sở vật chất, nhân lực như nhau, mà có những bệnh viện lại chăm sóc và được người bệnh hài lòng hơn, đánh giá cao hơn các bệnh viện có điều kiện tương tự?”, từ đó thúc đẩy các sáng kiến để liên tục cải thiện chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh của các bệnh viện. Trong báo cáo này, các bệnh viện được xếp hạng và chia thành các nhóm Rất Tốt, Tốt, Khá, Trung bình, Kém.



PHẦN II

KẾT QUẢ KHẢO SÁT THÍ ĐIỂM HÀI
LÒNG NGƯỜI BỆNH QUA ĐIỆN
THOẠI Ở VIỆT NAM NĂM 2017



1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu khảo sát

Bảng 9 mô tả đặc điểm nhân khẩu học của mẫu khảo sát hài lòng người bệnh bằng điện thoại. Độ tuổi của bệnh nhân trung bình gần 40 tuổi, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ là tương đương (50:50). Người bệnh chủ yếu đến từ khu vực nông thôn. Điều này phù hợp với cơ cấu dân số và nguy cơ mắc bệnh lớn hơn đối với người dân ở các vùng có điều kiện chăm sóc sức khỏe thấp hơn so với khu vực thành thị. Hầu hết người được tham gia khảo sát đều có bảo hiểm y tế (đạt 90% số mẫu). Trong đó, có khoảng 20% người bệnh được chính quyền xếp vào hộ nghèo và cận nghèo (đây là đối tượng được nhà nước hỗ trợ toàn bộ hoặc một phần tiền mua bảo hiểm y tế). Thời gian nằm viện trung bình khoảng 10 ngày và nhiều nhất đến khoảng 11 tháng. Phần lớn người được khảo sát nằm ở phòng thông thường.

Bảng 9: Đặc điểm nhân khẩu học

Các đặc điểm nhân khẩu	Số quan sát	Trung bình	Sai lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Tuổi	2,577	39.7	13.1	7	88
Giới tính (Nam:=1; Nữ:=0)	2,931	0.5	0.5	0	1
Nơi sống (Thành thị:=1; Nông thôn:=0)	2,931	0.4	0.5	0	1
Dưới tiểu học	2,900	0.1	0.2	0	1
Tốt nghiệp tiểu học	2,900	0.1	0.3	0	1
Tốt nghiệp trung học cơ sở	2,900	0.3	0.4	0	1
Tốt nghiệp trung học phổ thông	2,900	0.2	0.4	0	1
Tốt nghiệp trung cấp/cao đẳng	2,900	0.1	0.3	0	1
Tốt nghiệp đại học	2,900	0.2	0.4	0	1
Tốt nghiệp trên đại học	2,900	0.0	0.1	0	1
Nông dân/ngư dân/diêm dân	2,913	0.2	0.4	0	1
Làm công ăn lương khối Nhà nước	2,913	0.1	0.4	0	1
Làm công ăn lương khối DNTN/NN	2,913	0.2	0.4	0	1
Kinh doanh/buôn bán/dịch vụ/cho thuê	2,913	0.1	0.3	0	1
Nghề tự do/làm thuê theo giờ/ngày/tháng	2,913	0.1	0.4	0	1
Nghỉ hưu/đối tượng chính sách	2,913	0.1	0.3	0	1
Thất nghiệp/không có thu nhập/phụ thuộc	2,913	0.1	0.3	0	1
Khác	2,913	0.0	0.0	0	1
Người được PV (Bệnh nhân:=1; Người nhà: 0)	2,931	0.3	0.5	0	1
Có sử dụng bảo hiểm y tế (Có:=1; Không:=0)	2,931	0.9	0.3	0	1
Được xếp vào hộ nghèo (Nghèo:=1)	2,929	0.2	0.4	0	1
Thời gian nằm viện (ngày)	2,672	10.1	11.2	0	330
Loại phòng điều trị (Thường:=1; Tự nguyện:=2)	2,931	1.2	0.4	1	2

Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

2. Kết quả khảo sát

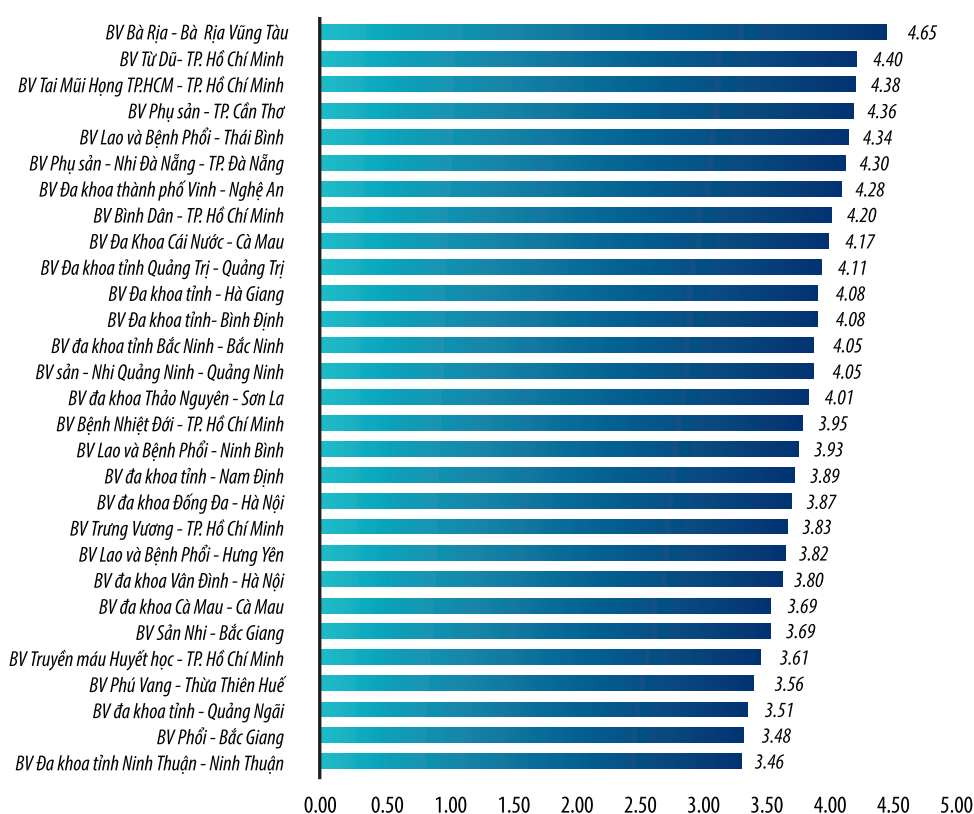
2.1. Bức tranh tổng thể

Chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh đạt gần 80% kỳ vọng của người dân.

Kết quả khảo sát gần 3000 bệnh nhân nội trú và người nhà đi theo chăm sóc ở 29 bệnh viện cho thấy, chỉ số hài lòng người bệnh trung bình đạt 3,98/5, tương ứng với mức độ hài lòng của người bệnh nội trú với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh đạt mức 79,6% so với kỳ vọng. Trong số 29 bệnh viện khảo sát thì có 05 bệnh viện nhận được phản hồi tốt nhất từ người bệnh, đó là các bệnh viện: BV Bà Rịa (tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu), BV Từ Dũ (TP Hồ Chí Minh), BV Tai Mũi Họng (TP Hồ Chí Minh), BV Phụ Sản (TP Cần Thơ), BV Lao và Bệnh Phổi (tỉnh Thái Bình), thuộc nhóm xếp hạng Rất Tốt, 16 bệnh viện được xếp hạng Tốt, và 08 bệnh viện thuộc nhóm xếp hạng Khá, 02 BV thuộc nhóm xếp hạng Trung Bình. Nhóm bệnh viện được xếp hạng cao nhất và thấp nhất theo phản hồi của người bệnh đều là các bệnh viện thuộc tuyến tỉnh.

Trong số 29 bệnh viện tham gia khảo sát, bệnh viện được xếp hạng cao nhất theo phản hồi của người bệnh và người nhà bệnh nhân về chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh là BV Bà Rịa (tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu), một bệnh viện hạng 2 thuộc tuyến tỉnh.

Hình 6: Chỉ số hài lòng người bệnh của các bệnh viện tham gia khảo sát



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Bảng 10: Xếp nhóm các bệnh viện theo Chỉ số hài lòng người bệnh - PSI

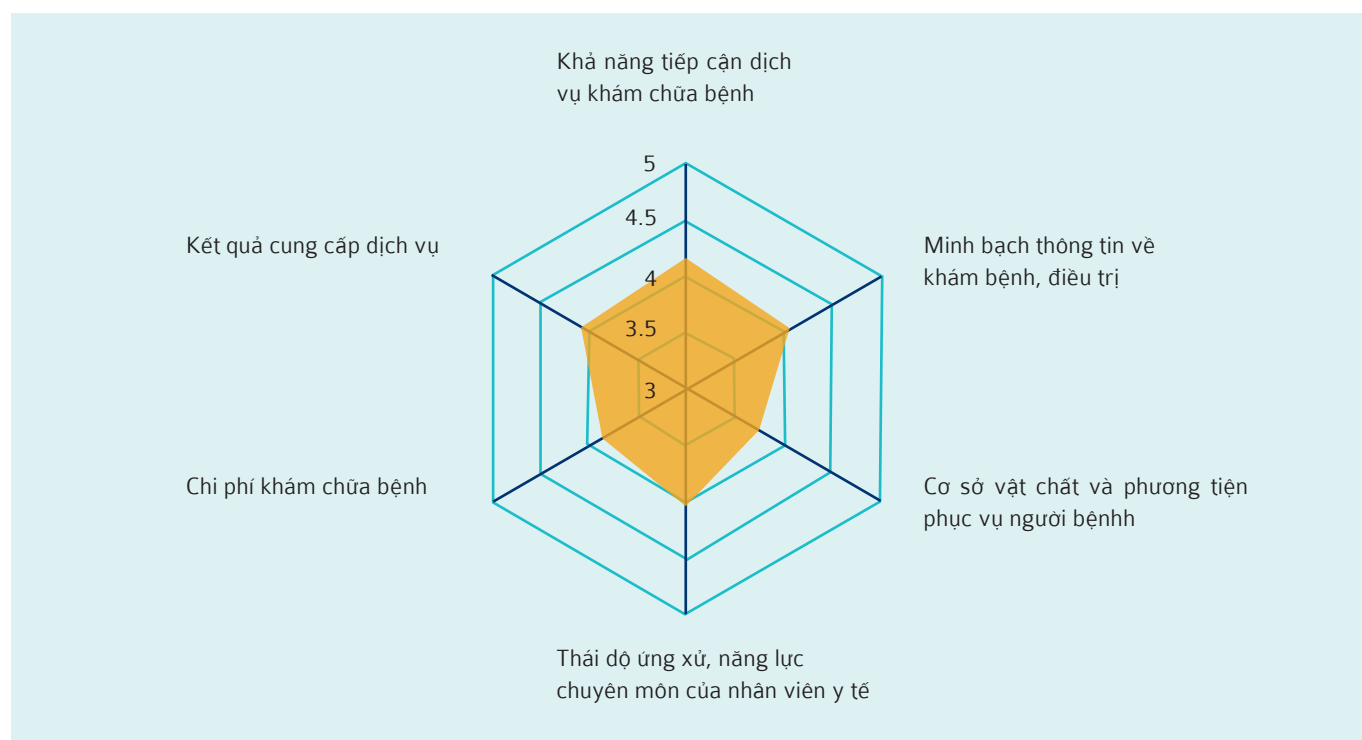
Bệnh viện	Chỉ số PSI	Xếp loại
Tuyến tỉnh		
Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh - Bắc Ninh	4.05	Tốt
Bệnh viện Sản – Nhi Quảng Ninh - Quảng Ninh	4.05	Tốt
Bệnh viện Lao và bệnh Phổi - Hưng Yên	3.82	Khá
Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi - Thái Bình	4.34	Rất tốt
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Nam Định	3.89	Tốt
Bệnh viện Lao và bệnh phổi - Ninh Bình	3.93	Tốt
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Hà Giang	4.08	Tốt
Bệnh viện Phổi - Bắc Giang	3.48	Trung bình
Bệnh viện Sản Nhi - Bắc Giang	3.69	Khá
Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh - Nghệ An	4.28	Tốt
Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị - Quảng Trị	4.11	Tốt
Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng - TP. Đà Nẵng	4.30	Tốt
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Quảng Ngãi	3.51	Khá
Bệnh viện Đa khoa tỉnh - Bình Định	4.08	Tốt
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận - Ninh Thuận	3.46	Trung bình
Bệnh viện Bà Rịa - Bà Rịa Vũng Tàu	4.65	Rất tốt
Bệnh viện Bình Dân - TP. Hồ Chí Minh	4.20	Tốt
Bệnh viện Trưng Vương - TP. Hồ Chí Minh	3.83	Tốt
Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới - TP. Hồ Chí Minh	3.95	Tốt
Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM - TP. Hồ Chí Minh	4.38	Rất tốt
Bệnh viện Truyền máu Huyết học - TP. Hồ Chí Minh	3.61	Khá
Bệnh viện Từ Dũ - TP. Hồ Chí Minh	4.40	Rất tốt
Bệnh viện Phụ sản - TP. Cần Thơ	4.36	Rất tốt
Bệnh viện đa khoa Cà Mau - Cà Mau	3.69	Khá
Tuyến huyện		
Bệnh viện đa khoa Thảo Nguyên - Sơn La	4.01	Tốt
Bệnh viện Phú Vang - Thừa Thiên Huế	3.56	Khá
Bệnh viện đa khoa Đống Đa - Hà Nội	3.87	Khá
Bệnh viện đa khoa Văn Đình - Hà Nội	3.80	Khá
Bệnh viện đa khoa Cái Nước - Cà Mau	4.17	Tốt

Nguồn: Tính toán từ số liệu khảo sát Hài lòng người bệnh 2017

Yếu tố hài lòng nhất là Khả năng tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh trong khi yếu tố kém hài lòng nhất là Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh.

Trong các yếu tố cấu thành chỉ số hài lòng người bệnh PSI thì yếu tố Khả năng tiếp cận dịch vụ (liên quan đến Hệ thống sơ đồ, biển báo, chỉ dẫn và Hôi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết) được người bệnh hài lòng nhất (4,15/5) còn yếu tố Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh có chỉ số hài lòng người bệnh thấp nhất (3,74/5). Vì việc cải thiện, bổ sung hệ thống sơ đồ, biển báo, chỉ dẫn trong bệnh viện có chi phí thấp và tương đối dễ thực hiện nên đây là những nội dung đã có nhiều cải thiện nhất ở các bệnh viện thời gian qua. Trong khi đó, cải thiện cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh đòi hỏi chi phí đầu tư cao hơn nên sự thay đổi diễn ra chậm hơn, chưa đáp ứng được nhu cầu của người bệnh.

Hình 7: Chỉ số hài lòng người bệnh theo các yếu tố của các bệnh viện khảo sát



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Tuy được người bệnh ghi nhận sự chuyển biến tích cực trong khả năng tiếp cận dịch vụ nói chung, nhưng vẫn có những phản hồi về việc tiếp cận nhân viên y tế đôi lúc còn gặp khó khăn, sự cải thiện là không đồng đều giữa các khoa trong cùng một bệnh viện.

Hộp 3: Ý kiến của người bệnh về khả năng tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh

–“Cái đấy thì nó theo khoa mỗi khoa một kiểu, cách phục vụ nó cũng khác nhau luôn ấy...Tháng 4 là mẹ em chuyển từ khoa ngoại sang khoa u bướu,...bên khoa u bướu để mà gọi được y tá thì khó nên người nhà phải tự thay dây truyền, tự tháo hết gọi chẳng gọi được ai. Ở cái khoa đấy rất y tá với lại bác sĩ, tìm gặp nhân viên y tế còn khó nữa chứ đừng nói gì đến chuyện gọi đến để mà thay truyền, hay gọi đến để mà có vấn đề gì muốn hỏi. Riêng cái khoa đấy nó thế chứ còn khoa ngoại thì lại rất dễ. Khoa ngoại thì y tá và bác sĩ rất nhiều gọi lúc nào cũng có mà người ta yêu cầu mình là phải gọi người ta để thay truyền chứ không được để cho người nhà tự ý thay truyền hay tháo kim, nhưng bên khoa u bướu thì em thấy 90% là người nhà tự làm hết những cái việc đấy”.

–“Ở bệnh viện này rất chán, ko hài lòng cách phục vụ của khoa tự nguyện. Nhân viên y tế khoa tự nguyện cáu gắt, khi trẻ ốm sốt gọi nhân viên xin thuốc hạ sốt thì nhân viên y tế không cho; 12h đêm bảo tự mở cửa sang phòng cấp cứu xin thuốc; bé chưa khỏi bệnh nhưng chán quá nên cho bé ra ngoài điều trị”.

–“Khi gặp khó khăn nhân viên y tế gây khó dễ cho người bệnh, vòi vĩnh tiền, bán dịch vụ, trẻ em đi khám thì lại đòi mua kim bướm toàn gói dịch vụ ngoài, toàn môi chài cái đấy thôi bảo tiêm mũi hàng ngày thì không tiêm”.

–“Thực ra là khi mình vào đấy, như em là phòng cuối cùng. Bệnh nhân có bị làm sao mà muốn gọi bác sĩ nhiều khi chẳng có bác sĩ nào, chỉ có lúc phát thuốc mới gặp bác sĩ”

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Đáng lưu ý, mặc dù trên 90% bệnh nhân được hỏi có bảo hiểm y tế nhưng phản hồi của người bệnh và người nhà bệnh nhân cho thấy còn chưa hài lòng về Chi phí khám, chữa bệnh, là yếu tố có mức độ hài lòng thấp thứ 2 trong số 6 nhóm yếu tố (3,88/5) kém hơn so với hài lòng về Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (NVYT) (4,04/5), Kết quả cung cấp dịch vụ (4,12/5), Minh bạch thông tin về khám bệnh, điều trị (4,07/5).

Người bệnh hài lòng nhất với tiêu chí Cấp phát và hướng dẫn sử dụng thuốc trong khi kém hài lòng nhất với tiêu chí Nhà vệ sinh bệnh viện.

Tuy kết quả cung cấp dịch vụ chưa phải là yếu tố người bệnh hài lòng nhất (vì tiêu chí kết quả điều trị vẫn còn cần cải thiện), nhưng nhìn chung, người bệnh thấy hài lòng nhất về tiêu chí cấp phát và hướng dẫn sử dụng thuốc (4,24/5). Các tiêu chí liên quan đến tương tác, giao tiếp giữa người bệnh và nhân viên y tế nhìn chung được người bệnh và người nhà bệnh nhân đánh giá cao khi các tiêu chí: hỏi và gọi được nhân viên y tế (NVYT); giải thích tình trạng bệnh và phương hướng điều trị; thông tin về thuốc và chi phí điều trị; thái độ giao tiếp ứng xử; trình độ chuyên môn, tay nghề của NVYT; cấp phát và hướng dẫn sử dụng thuốc đều thuộc nhóm tiêu chí có điểm số cao nhất (trên 4).

Tuy vậy, trong quá trình phỏng vấn, nhóm nghiên cứu vẫn thu được một số ý kiến không hài lòng về thái độ của những nhân viên khác trong bệnh viện.

Hộp 4: Ý kiến của người bệnh về thái độ giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế

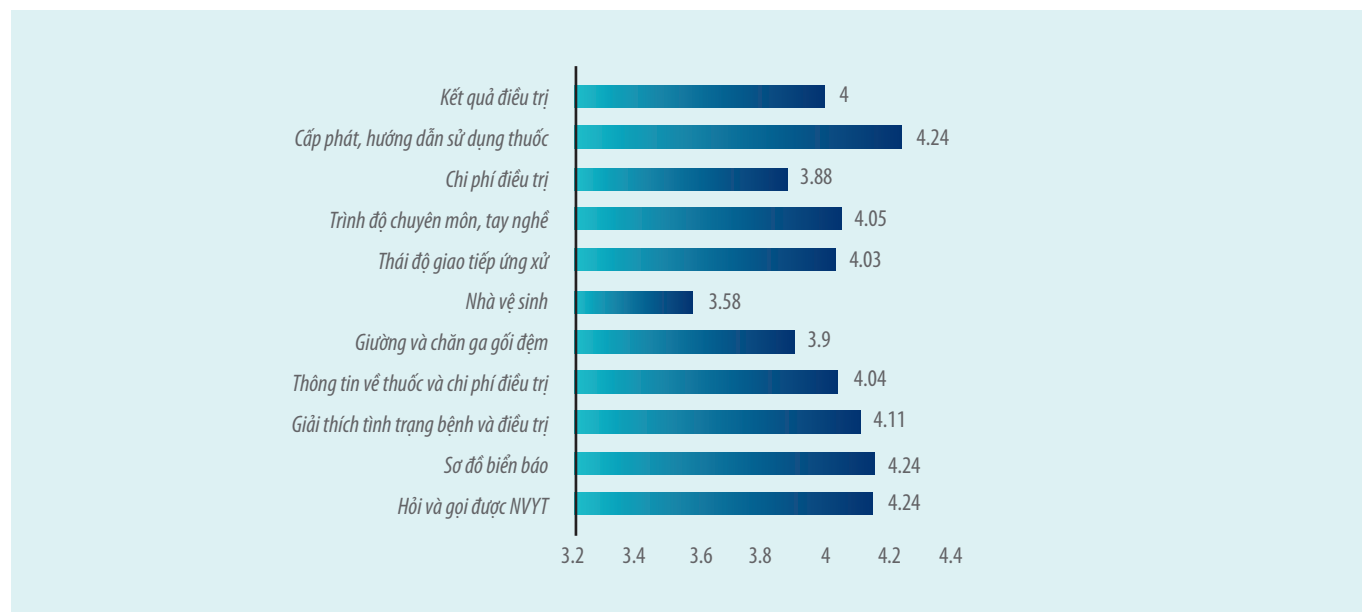
–“Bác sĩ y tá thì không có vấn đề gì, nhưng anh em giữ gìn trật tự ý....không những bệnh nhân mà người nhà bệnh nhân nữa mang theo đồ dùng quần áo phải để vào trong cái tủ, không được để ở ngoài thì anh em bảo vệ thì yêu cầu bệnh nhân thực hiện nhưng cũng không thực hiện đúng nên anh em nhắc nhở nhiều lần, cũng nói năng không được niềm nở lắm, có vẻ hách dịch cho nên làm nhiều người không hài lòng”.

–“Bác sĩ thì rất nhiệt tình chu đáo, nếu hôm nào mà thiếu giường, nóng quá bác sĩ còn tốt đến mức nhường giường cho cô. Còn khâu khám xong rồi, nộp số để lấy thuốc là rất chậm, ngồi đợi một hai tiếng, mà con biết đấy người già có bệnh mới đi mà ngồi dưới mái nhà trời nắng rất là mệt. Nhiều khi mệt nói với nhân viên thì nhân viên còn nói là “đây là bảo hiểm của các bác mà cháu làm thuê bảo hiểm, làm cho các bác”, lại còn nói sừng sững số số nữa chứ.

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Tiêu chí Nhà vệ sinh bệnh viện có chỉ số hài lòng người bệnh thấp nhất (3,58), tiếp theo là tiêu chí Chi phí khám, chữa bệnh và Chất lượng giường, chăn, ga, gối, đệm (lần lượt là 3,88 và 3,9).

Hình 8: Chỉ số PSI của bệnh viện theo các tiêu chí



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Tình trạng cơ sở vật chất vẫn còn rất thiếu thốn dẫn đến bệnh nhân nội trú nằm ở phòng thương sau khi phẫu thuật vẫn phải nằm ghép, gây bức xúc cho bệnh nhân và người nhà người bệnh.

Hộp 5: Ý kiến của người bệnh về tình trạng nằm ghép

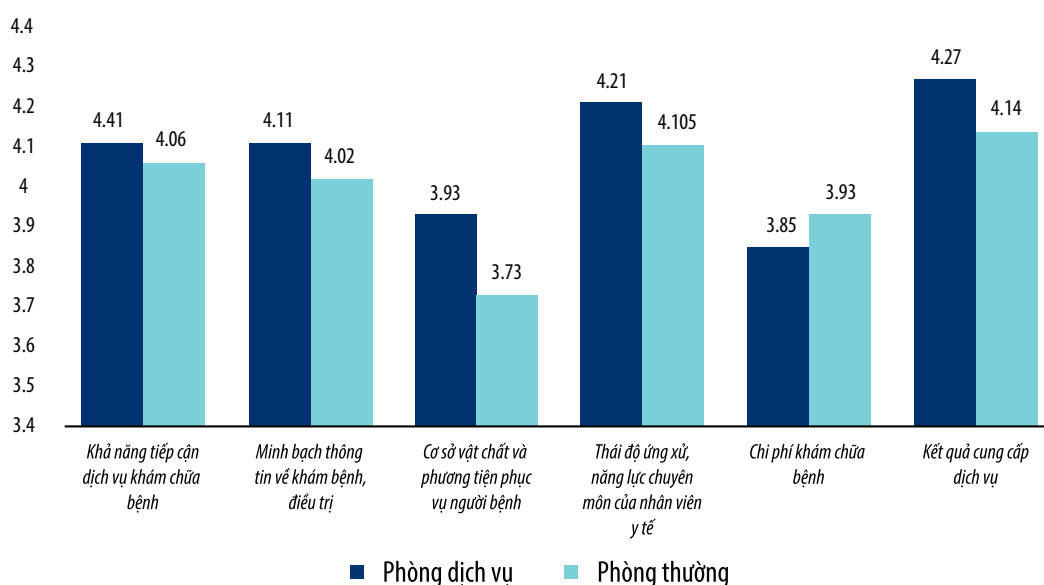
–“Khi mổ xong ra nằm giường thì cứ 3 cái giường mà 5 người nằm trên 3 cái giường đó. Trong khi không có lối đi; bệnh nhân có đi tiểu hay đi ra ngoài thì phải vòng qua người khác đi, mà bệnh nhân vừa mổ xong thì đi đứng khó khăn. Đến khi đo huyết áp mỗi buổi sáng là lại cứ trở đầu qua, trở đầu lại để đo huyết áp. Người ta nói cứ nằm đấy đi rồi người ta bố trí sau thì cũng đành chịu thôi.”

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Người bệnh sử dụng dịch vụ theo yêu cầu có mức độ hài lòng cao hơn.

Lý thuyết kinh tế cho thấy, các mặt hàng và trải nghiệm đắt tiền thường được người tiêu dùng cho là có chất lượng cao hơn hoặc cung cấp các tiện ích hoặc dịch vụ cao cấp hơn. Điều này cũng đúng trong lĩnh vực khám, chữa bệnh ở Việt Nam. Mẫu khảo sát bao gồm cả bệnh nhân nằm ở phòng thường và bệnh nhân nằm ở phòng dịch vụ theo yêu cầu. Mức độ hài lòng chung của bệnh nhân nằm phòng dịch vụ cao hơn bệnh nhân nằm phòng thường ở hầu hết các yếu tố, ngoại trừ yếu tố Chi phí khám chữa bệnh. Chênh lệch nhiều nhất là ở yếu tố Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (3,93 so với 3,73); kế đến là yếu tố Kết quả cung cấp dịch vụ (4,27 so với 4,14) và Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (4,21 so với 4,105). Người bệnh nằm phòng dịch vụ có mức hài lòng thấp hơn người bệnh nằm phòng thường ở yếu tố Chi phí khám chữa bệnh, nhưng mức chênh lệch không lớn (3,85 so với 3,93). Như vậy, nhìn chung, người bệnh trả tiền ở phòng dịch vụ có trải nghiệm điều kiện vật chất tiện nghi hơn, NVYT cư xử nhẹ nhàng, lịch thiệp hơn, được khám chữa bởi bác sĩ, y tá có chuyên môn tốt hơn và kết quả khám, chữa bệnh tốt hơn. Nhận thức này một mặt có thể tới từ việc bệnh nhân được hưởng chất lượng phục vụ thực sự tốt hơn – điều có thể chấp nhận nếu chỉ xét riêng yếu tố cơ sở vật chất, nhưng khó chấp nhận ở góc độ đạo đức ngành y của các y bác sĩ. Mặt khác, điều này cũng có thể là kết quả của hiệu ứng “trải nghiệm đỉnh điểm” về ảnh hưởng của giá cả đối với người tiêu dùng khi đánh giá giá trị của một sản phẩm hay dịch vụ; đây là nội dung không thuộc phạm vi nghiên cứu này.

Hình 9: Hài lòng người bệnh theo loại phòng điều trị

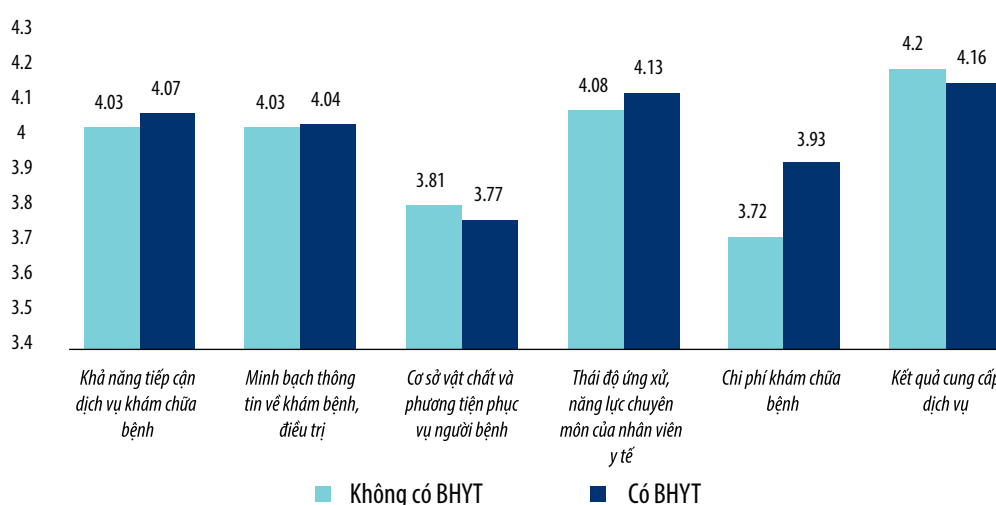


Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Người bệnh có bảo hiểm y tế có mức độ hài lòng cao hơn.

Người bệnh có BHYT hài lòng nhiều hơn người bệnh không có BHYT ở 4/6 yếu tố: Chi phí khám chữa bệnh; Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; Khả năng tiếp cận dịch vụ; và Minh bạch thông tin. Mức độ hài lòng chênh lệch lớn nhất ở yếu tố Chi phí khám chữa bệnh (3,93 so với 3,72), tuy rằng ở thời điểm mà các bệnh nhân này nằm viện thì mức giá cao chưa được áp dụng đối với người bệnh không có BHYT. Hai yếu tố mà người bệnh có BHYT ít hài lòng hơn người bệnh không có BHYT là Kết quả cung cấp dịch vụ và Cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ người bệnh. Đáng chú ý là người bệnh không có BHYT cảm thấy hài lòng hơn người bệnh có BHYT về Kết quả cung cấp dịch vụ, tuy chênh lệch không nhiều (4,2 so với 4,16). Kết quả này cho thấy những cải tiến mạnh mẽ trong thời gian qua liên quan đến công tác chi trả, thanh toán cho người bệnh có bảo hiểm y tế đã đi vào cuộc sống, người bệnh được thụ hưởng và đảm bảo quyền lợi từ đóng bảo hiểm y tế với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh tốt hơn. Kết quả phản hồi này cho thấy sự ghi nhận và đánh giá cao của người dân đối với những nỗ lực của Bộ Y tế và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam trong thực hiện các cải cách liên quan đến tài chính y tế nói chung, bảo hiểm y tế nói riêng thời gian qua.

Hình 10: Hài lòng người bệnh theo nguồn chi trả



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Tuy nhiên, người bệnh có BHYT cũng chia sẻ thông tin cho thấy sự thiếu tin tưởng vào thuốc được cấp phát của bảo hiểm nên thường phải chỉ thêm nhiều đếmua thuốc bên ngoài, vì cho rằng thuốc BHYT ít có tác dụng.

Hộp 6: Ý kiến của người bệnh về thuốc của BHYT

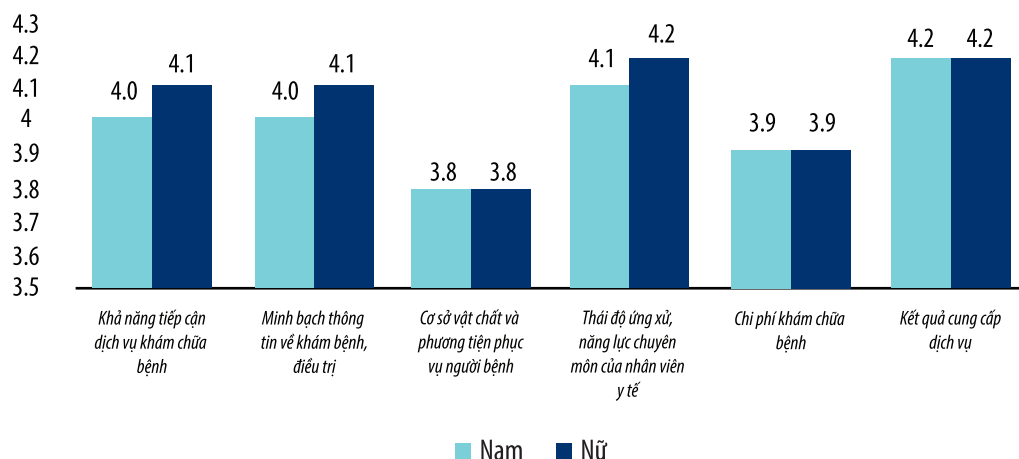
–“Tôi có BHYT nhưng thanh toán ít lắm tại vì thuốc không được cao thì tôi kêu đưa toa tôi đi ra ngoài tôi mua thuốc nớ. Nói là chữa theo bảo hiểm nhưng mà thật sự là mình toàn ra ngoài mình mua thuốc riêng của mình không. Em thấy mua ở ngoài thì nhiều nớ, nhiều hơn dữ lắm, tại vì thuốc bác sĩ cho thì nằm hoài vẫn không xuống bệnh, không hết thì mình phải trích tiền ra mình xin toa bác sĩ mình đi mua thì cái đó là trị mới xuống; em thấy khoản đó là nhiều đó, vì mình mua riêng của mình không mà, nhiều hơn ở trong.”

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Người bệnh nữ giới có mức độ hài lòng cao hơn.

Ở tất cả 6 yếu tố của bảng hỏi, mức độ hài lòng của bệnh nhân nam đều thấp hơn bệnh nhân nữ, rõ nhất là yếu tố Minh bạch thông tin và yếu tố Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế.

Hình 11: Hài lòng người bệnh theo giới tính

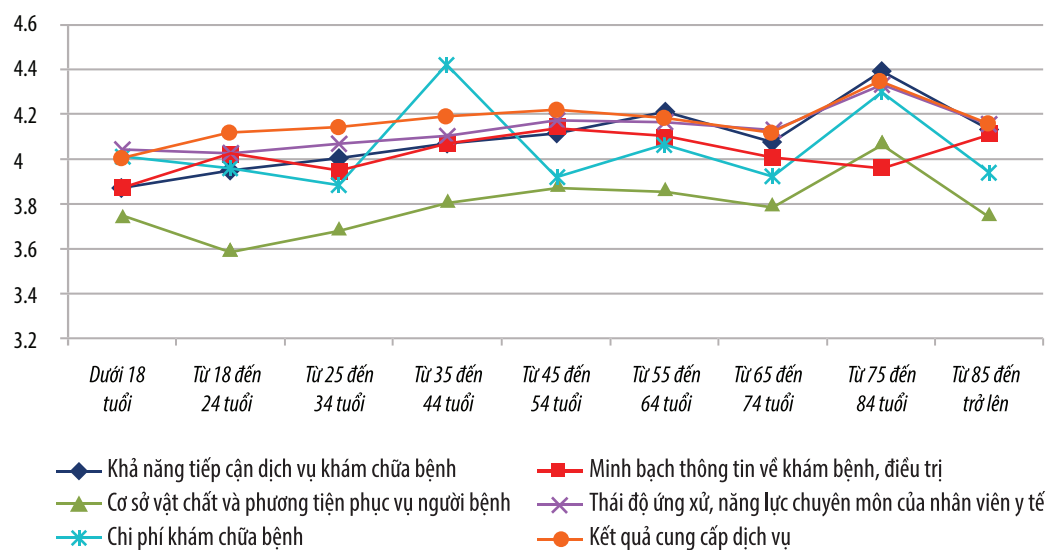


Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Người bệnh có độ tuổi càng cao càng có xu hướng hài lòng cao hơn.

Đồ thị trong hình 12 cho thấy, nhìn chung mức độ hài lòng ở cả 6 yếu tố trong bảng hỏi đều tăng lên theo độ tuổi của bệnh nhân được hỏi, chứng tỏ bệnh nhân cao tuổi hơn đánh giá ít khắt khe hơn các bệnh nhân trẻ. Đáng chú ý là ở độ tuổi 18-24 và độ tuổi 75-84 sự đánh giá hài lòng của bệnh nhân có những đột biến. Ở độ tuổi 18-24, mức độ hài lòng của người bệnh cao hơn hẳn ở yếu tố Minh bạch thông tin và yếu tố Kết quả cung cấp dịch vụ, và thấp hơn hẳn ở yếu tố Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh. Trong khi đó, ở độ tuổi 75-84 có 5 yếu tố nhận được sự hài lòng cao hơn, còn yếu tố về Minh bạch thông tin thì sự hài lòng lại giảm đi.

Hình 12: Hài lòng người bệnh theo độ tuổi

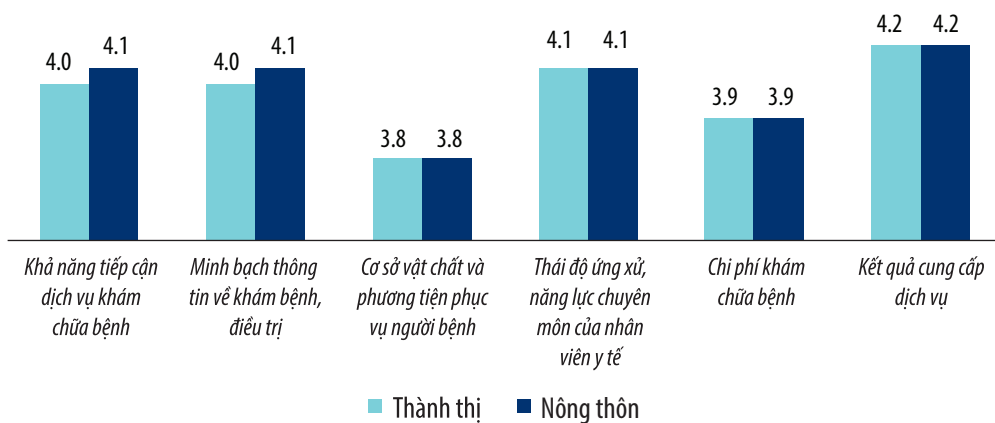


Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Người bệnh sống ở nông thôn có mức độ hài lòng cao hơn.

Bệnh nhân sống ở nông thôn có mức độ hài lòng cao hơn bệnh nhân thành thị ở 4 yếu tố, trong đó rõ rệt nhất là yếu tố Khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh. Hai yếu tố còn lại thì bệnh nhân sống ở nông thôn có mức độ hài lòng thấp hơn, nhưng chênh lệch không nhiều, như ở yếu tố Kết quả cung cấp dịch vụ mức độ hài lòng của hai nhóm bệnh nhân hầu như không có sự khác biệt.

Hình 13: Hài lòng người bệnh theo khu vực sinh sống

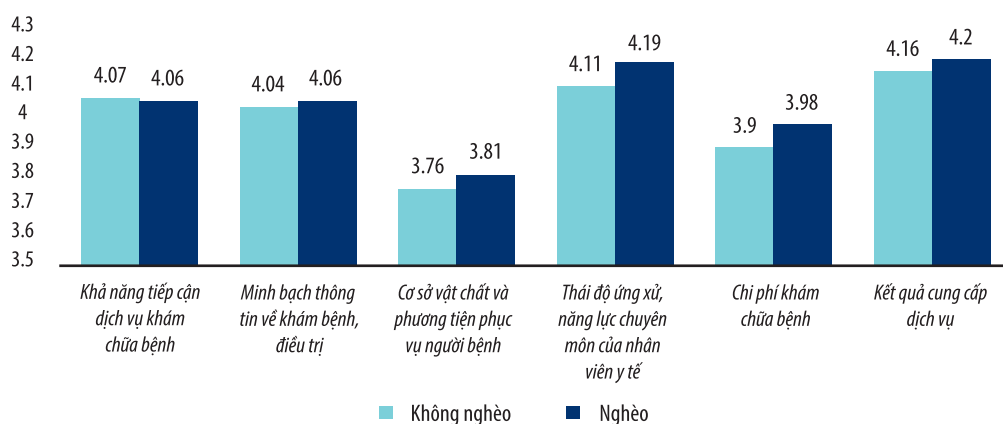


Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Bệnh nhân nghèo có mức độ hài lòng cao hơn.

Kết quả khảo sát cho thấy, bệnh nhân là người nghèo có đánh giá tích cực hơn so với bệnh nhân không nghèo đối với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh. Mức độ hài lòng của bệnh nhân nghèo cao hơn trong hầu hết các yếu tố, nhất là các yếu tố liên quan đến Chi phí khám chữa bệnh và Thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế. Kết quả này cũng thể hiện hiệu quả của chính sách hỗ trợ 100% mức đóng BHYT cho hộ nghèo mua thẻ BHYT của Nhà nước nên chi phí khám, chữa bệnh của hộ nghèo đã được giảm xuống mức thấp nhất.

Hình 14: Hài lòng người bệnh theo điều kiện kinh tế



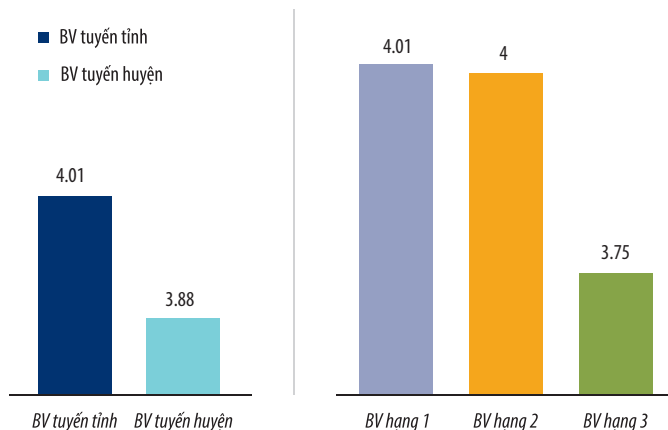
Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

2.2. Hài lòng người bệnh theo tuyến và hạng bệnh viện

Người bệnh của các bệnh viện ở tuyến trên và hạng trên có mức độ hài lòng cao hơn.

Nhìn chung, người bệnh khám, chữa bệnh ở bệnh viện tuyến tỉnh phản hồi hài lòng cao hơn so với người bệnh khám, chữa bệnh ở các bệnh viện tuyến huyện (PSI lần lượt là 4,01 và 3,88). Các bệnh viện tuyến tỉnh tham gia khảo sát đáp ứng được khoảng 80,2% mong đợi của người bệnh, cao hơn so với các bệnh viện tuyến huyện (đáp ứng được 77,6%). Người bệnh cũng phản hồi mức độ hài lòng cao hơn khi khám chữa bệnh ở các bệnh viện hạng 1 và 2 so với bệnh viện hạng 3. Mức độ chênh lệch về sự hài lòng giữa bệnh viện hạng 1 và hạng 2 không đáng kể, trong khi đó, chênh lệch với nhóm bệnh viện hạng 3 là khá lớn. Kết quả này cho thấy còn cần rất nhiều nỗ lực để cải thiện chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh của cơ sở y tế hạng thấp.

Hình 15: Chỉ số PSI của các bệnh viện theo tuyến và hạng bệnh viện



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Ở tuyến tỉnh và tuyến huyện, yếu tố mà người bệnh kém hài lòng nhất là Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh.

Chỉ số thành phần PSI thấp nhất thuộc về Cơ sở vật chất của bệnh viện, lần lượt là 3,66 và 3,77 cho tuyến huyện và tỉnh, tương ứng với mức độ hài lòng 73-75% so với kỳ vọng của người bệnh. Người bệnh ghi nhận sự tiến bộ về tình trạng buồng bệnh, giường bệnh, chăn ga gối đệm, nhà vệ sinh, nhưng cũng có rất nhiều ý kiến cho rằng cần phải chú trọng đầu tư cải thiện nhiều hơn nữa.

Hộp 7: Ý kiến của người bệnh về giường và chăn ga gối đệm ở bệnh viện

- “Nằm giường thường nhưng mà cũng rất là ưng ý, hôm đó bác sĩ có nói là mình bị đau hơn nên nhường cho mình giường có đệm cho đỡ đau nên là thấy rất hài lòng. Quần áo bệnh nhân với chăn ga gối đệm thì rất là ưng ý, được thay thường xuyên hàng ngày, tùy mình, mình thay hay không là tùy mình, lúc nào mình bị bẩn muốn thay thì nói và cũng được thay cho luôn hoặc còn mang tới tận phòng cho mình”.
- “Ngày nào cũng được đổi ga, bẩn cái đổi ngay. Các cô hộ lý thì vui vẻ, đêm cũng được đổi, nếu mà ông có chó, vớ mồ hôi ướt áo thì bảo các cô đổi hết, vui vẻ, nhiệt tình.”
- “Chưa hài lòng lắm về chăn ga gối đệm và việc thay quần áo bệnh nhân, nằm một tuần mà chỉ có 1 tấm ga thôi mà không có được thay, bệnh nhân bị làm bẩn ga rồi có yêu cầu xin thêm một tấm ga mà nhiều lúc mấy bà nhân viên phục vụ chỗ đó không thay cho mà còn cần nhằn với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Giường thì không có được ngon cho lắm mà còn bị thùng trùng ở giữa mà bệnh nhân nằm bị đau người”
- “Mình nghĩ rằng là cái chăn ga ấy là có những cái quá cũ, mình nghĩ là theo thời gian thì độ khoảng 2,3 năm là nên thay một lần. Thực ra thì họ cũng giặt giữ sạch sẽ thôi nhưng có thể thay được bởi vì cái đấy nó cũng không phải đắt. Còn quần áo của bệnh viện thì mình thấy nhiều cái nó sờn rách cả ra rồi mà một bộ quần áo nó cũng không đáng là bao nhiêu tiền. Thì mình nghĩ là những đồ rẻ tiền mau hỏng thì nó phải được loại bỏ theo thời gian, tức là khoảng độ 2 năm phải được loại bỏ một lần dù là nó còn lành hay nó không lành...cái này nó còn đem lại cái sự sạch sẽ nữa, nhiều khi những cái bộ quần áo rõ ràng giặt rồi phát cho mình mà mình vẫn cảm thấy nó hôi”
- “Chăn ga gối đệm cũ, rách và bẩn; 1-2 tuần không thấy thay cho bệnh nhân”.

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Hộp 8: Ý kiến của người bệnh về nhà vệ sinh bệnh viện

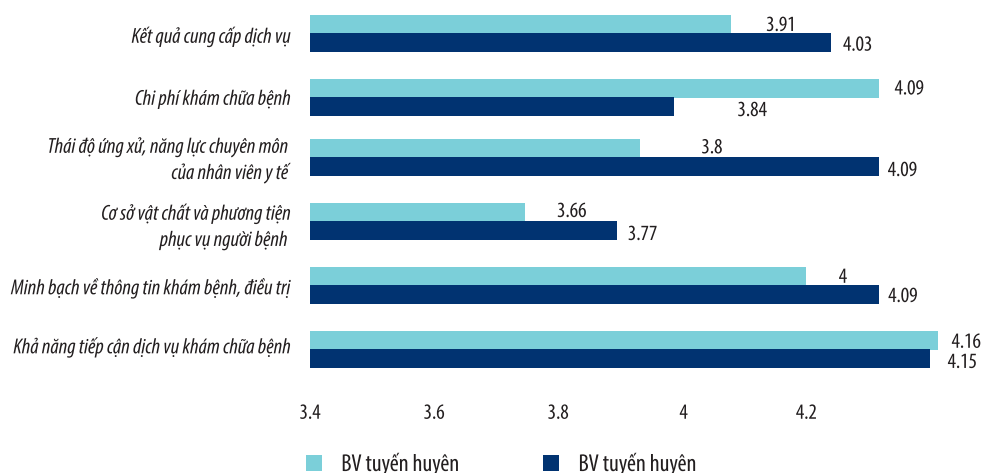
- “Nhà vệ sinh rất sạch sẽ, rất tốt. Chỉ có bình nóng lạnh nước chảy hơi kém, thế thôi.”
- “Nhà vệ sinh đúng là sạch sẽ, không phải chờ lâu. Chỉ có điều là vào thứ 7, chủ nhật các chị ấy dọn muợn nên cũng không được sạch như bình thường. Nhưng nhìn chung như thế là tốt, dùng chung như thế là sạch rồi.”
- “Phòng vệ sinh thì quá sạch sẽ, bây giờ thì có thêm bình nóng lạnh. Ngày trước không có thì tôi phải về nhà tắm nếu không thì phải ra nhà nghỉ hoặc khách sạn để tắm. Còn bây giờ thì tốt rồi, có nóng lạnh đầy đủ, ngày tắm 2 lần cũng được.”
- “Không được sạch sẽ lắm, rác để trong nhà vệ sinh nên rất là khó chịu.”
- “Nhà vệ sinh (NVS) kém, quả kém, cả khoa Sản có 2 phòng vệ sinh, tắm chung đấy luôn. Hơi bất tiện và phải đi xa.”

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Với bệnh viện tuyến huyện, người bệnh kém hài lòng nhất về các tiêu chí Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT và Kết quả điều trị khám, chữa bệnh.

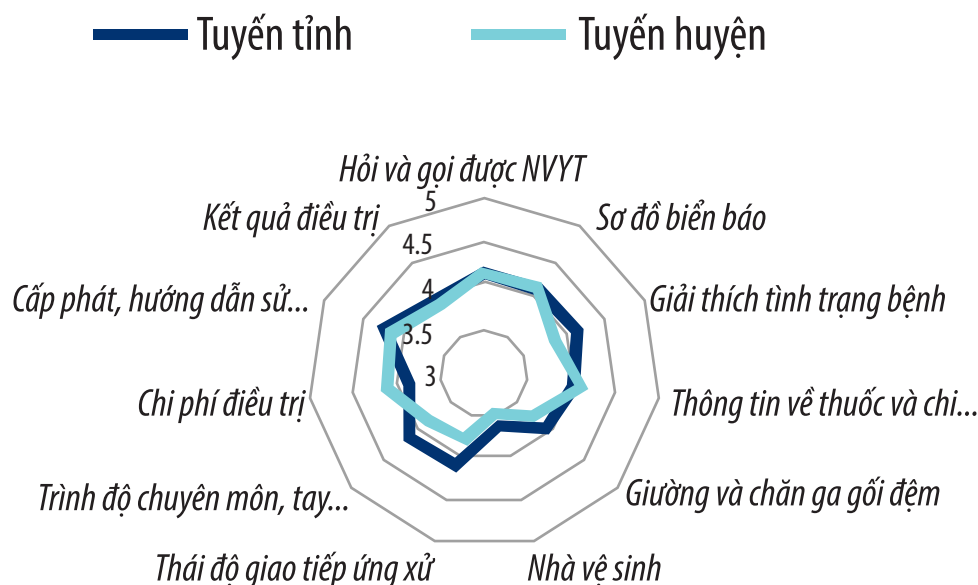
Ba yếu tố Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế và Kết quả cung cấp dịch vụ và Minh bạch thông tin về khám bệnh, điều trị có sự chênh lệch rất lớn về chỉ số PSI giữa các BV tuyến tỉnh so với BV tuyến huyện (Hình 13 và 14). Kết quả này cho thấy, để giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên, các bệnh viện tuyến huyện cần tập trung đầu tư vào con người: cải thiện năng lực chuyên môn, thái độ ứng xử; giải thích tận tình cho người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị, đồng thời cung cấp đầy đủ thông tin về thuốc và chi phí điều trị cho người bệnh. Ưu điểm lớn nhất của các bệnh viện tuyến dưới hiện nay theo đánh giá của người bệnh là Chi phí khám, chữa bệnh có mức hài lòng cao hơn nhiều so với tuyến trên. (4,09 so với 3,84). Tuy nhiên, trong lĩnh vực y tế, dựa trên tham vấn và kết quả khảo sát, yếu tố chi phí chỉ có tầm quan trọng vừa phải khi người bệnh xem xét đánh giá chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh và ra quyết định lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh cho bản thân và người nhà.

Hình 16: Chỉ số PSI theo các yếu tố của các bệnh viện cùng tuyến



Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Hình 17: Chỉ số PSI theo các tiêu chí của các bệnh viện cùng tuyến



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Hộp 9: Ý kiến của người bệnh về minh bạch thông tin khám bệnh và điều trị

–“Thực ra mình là người bị động em ạ. Vì thực ra họ bảo uống thuốc gì thì mình uống thuốc đấy. Thế còn giá thì khi thanh toán họ ghi tổng thể là mình hết từng này thôi chứ mình không biết là tổng thể mình hết bao nhiêu và bảo hiểm mình được hưởng bao nhiêu, đấy nó chưa rõ ràng cái chỗ đấy...Nhân viên y tế giải thích về thuốc thì rõ ràng nếu mình hỏi, còn nếu mình không hỏi thì thôi, nhưng trong đấy không có giá thuốc, chỉ có tên thuốc và công dụng thôi. Còn cái thuốc đấy trong bảo hiểm hay ngoài bảo hiểm như thế nào thì họ không nói, cũng có thể là họ không biết hay thế nào đấy, và đơn giá họ cũng không nói. Tôi có cảm giác là phòng hành chính với tài vụ họ hoạt động độc lập với sự điều trị của các nhân viên y tế”

–“Người ta không cung cấp thông tin đâu em ơi, chỉ có đến phát thuốc lấy thuốc thôi...;chỉ có phát thuốc hàng ngày rồi tiêm rồi truyền thế thôi chứ mình hỏi nó là cái gì mà họ còn chẳng thèm trả lời chứ làm gì có chuyện họ đi giải thích cho mình những cái đấy đúng không?”

–“Các bác sĩ ít nói rõ cho anh về bệnh tật, bệnh gì, bệnh gì và thuốc gì, chỉ bảo nên sử dụng kháng sinh cho đủ liều để sau không tái phát. Còn thuốc không nói rõ về vấn đề thuốc nội thuốc ngoại. Anh đánh giá ở mức trung bình khá thôi, bởi bác sĩ cho điều trị cho mình nên mình không dám đòi hỏi thuốc tốt hay thuốc xấu, miễn là mình khỏi bệnh.”

–“Bác sĩ và y tá người ta chỉ đến tiêm thôi chứ không nói rõ, hỏi thì mới nói chứ không chủ động nói. Nhưng nhìn chung là tốt. Thông tin về thuốc, lịch, thuốc men của bệnh nhân thì hài lòng thôi”

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Trong các tiêu chí đánh giá sự hài lòng người bệnh thì tiêu chí Trình độ chuyên môn, tay nghề của nhân viên y tế được xem là rất quan trọng; người bệnh được hỏi không chỉ đánh giá theo thang điểm mà còn nói cụ thể thêm về các trường hợp của mình.

Hộp 10: Ý kiến về trình độ chuyên môn và tay nghề của bác sĩ, điều dưỡng

–“Ông nhà chị cũng mổ mắt ở đây vì bị tai biến mà, bị hỏng một mắt, bác sĩ nhiệt tình lắm. Chị xin gặp nhưng bác sĩ không gặp chỉ cần viết đầy đủ tên tuổi, đồng ý mổ thì ký vào đây. Mổ xong thì bác sĩ mới đồng ý cho gặp một chút. Dịch vụ tốt, chị thì ko đi nằm mấy đâu nhưng bố mẹ chị nằm đây nhưng chị thấy tốt lắm, mổ an toàn, khỏe mạnh đi ra viện. Có gặp thì cũng chỉ gặp một lúc, nói chuyện một lúc thôi ngay ngoài sảnh. Ăn nói thì lịch sự, lễ phép.”

–“Rất hài lòng về bác sĩ, tay nghề quá tốt, chuẩn đoán rất là chính xác”.

–“Nhân viên y tế cũng ở mức khá đấy, nhưng còn nhiều nhân viên thực tập quá. Nhìn chung thì trình độ chuyên môn thì ở đây tôi thấy cũng không phải quá cao”.

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Đối với người bệnh và người nhà người bệnh thì kết quả cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện là quan trọng nhất; họ mong đợi ở bệnh viện và bác sĩ điều trị sự quyết định đúng đắn, kịp thời vì mục đích chữa trị và cứu sống người bệnh.

Hộp 11: Ý kiến của người bệnh về kết quả cung cấp dịch vụ

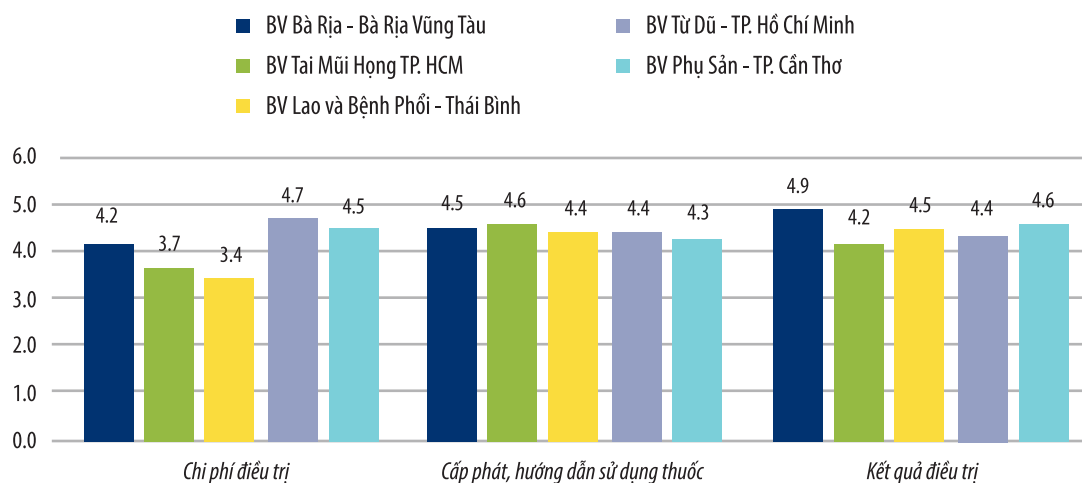
–“Chị không hài lòng một tí nào về kết quả điều trị. Thì đây chị nói với em là bố chị vào cấp cứu thì mới là suy thận ở độ hai thôi, thế nhưng sau một đợt điều trị thì ông ý phải chạy thận, lọc máu, thế tức là không ổn đúng không? Nếu mà ổn thì bệnh phải nhẹ hơn đúng không? Cái bức xúc nhất là lẽ ra bác sĩ không nên cố tình giữ bệnh nhân khi thấy không khả quan, mà nên cho bệnh nhân chuyển lên tuyến trên khi cần thiết. Tức là khi thấy mà không chữa được bệnh, bệnh của bệnh nhân mà không khả quan thì nên cho bệnh nhân chuyển đi, chứ không nên cố giữ bệnh nhân làm gì cả, đừng để đến lúc không kịp nữa mới cho chuyển thì rất là buồn. Tức là đừng để cái rào cản về bảo hiểm y tế nó dẫn đến chỗ là có thể vì những cái thủ tục hoặc là những cái quy định y tế này mà ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh”.

Nguồn: Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Giữa các bệnh viện đồng tuyến, đồng hạng, người bệnh có phản hồi rất khác nhau về chất lượng phục vụ và chi phí khám, chữa bệnh

Ở tuyến tỉnh, phân tích nhóm 5 bệnh viện có chỉ số hài lòng người bệnh cao nhất cho thấy các tiêu chí cấu thành nhìn chung có sự khác biệt khá lớn giữa các bệnh viện. Ví dụ, chỉ số PSI về tiêu chí Chi phí điều trị của bệnh viện Phụ sản TP Cần thơ đạt 4,68 thì PSI về tiêu chí này của bệnh viện Từ Dũ chỉ là 3,66, bệnh viện Tai Mũi Họng TP. HCM là 3,42.

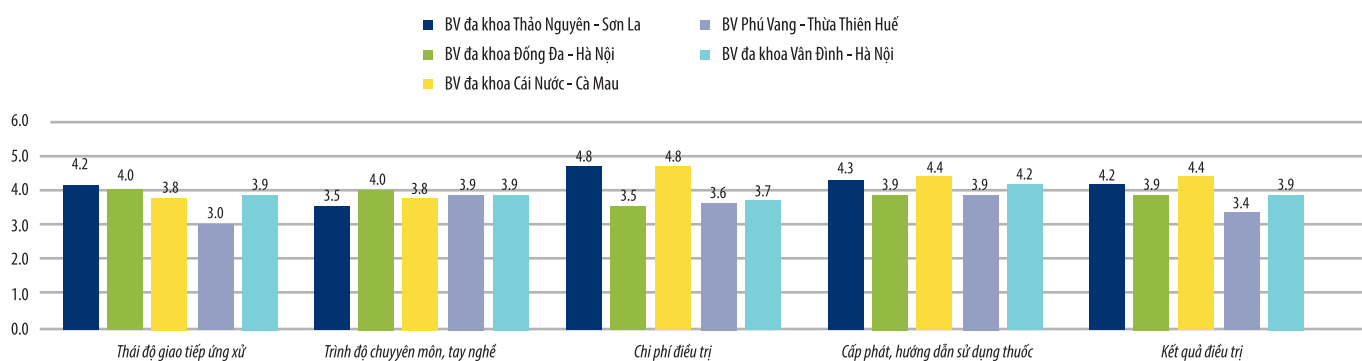
Hình 18: Các tiêu chí của nhóm 5 bệnh viện có Chỉ số hài lòng người bệnh cao nhất



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Ở tuyến huyện cũng diễn ra tình trạng tương tự. Chỉ số hài lòng người bệnh tổng hợp và các chỉ số thành phần của các bệnh viện tuyến huyện trong mẫu khảo sát chênh lệch nhau khá rõ. Ví dụ, người bệnh phản hồi hài lòng cao với thái độ giao tiếp ứng xử của NVYT ở BV đa khoa Thảo Nguyên-Sơn La (PSI=4,2) trong khi chưa hài lòng với thái độ giao tiếp ứng xử của NVYT ở BV Phú Vang – Thừa Thiên Huế (PSI=3). Tình hình cũng diễn ra tương tự đối với các tiêu chí về chi phí và kết quả điều trị. (Hình 16)

Hình 19: Chỉ số PSI của các bệnh viện tuyến huyện



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

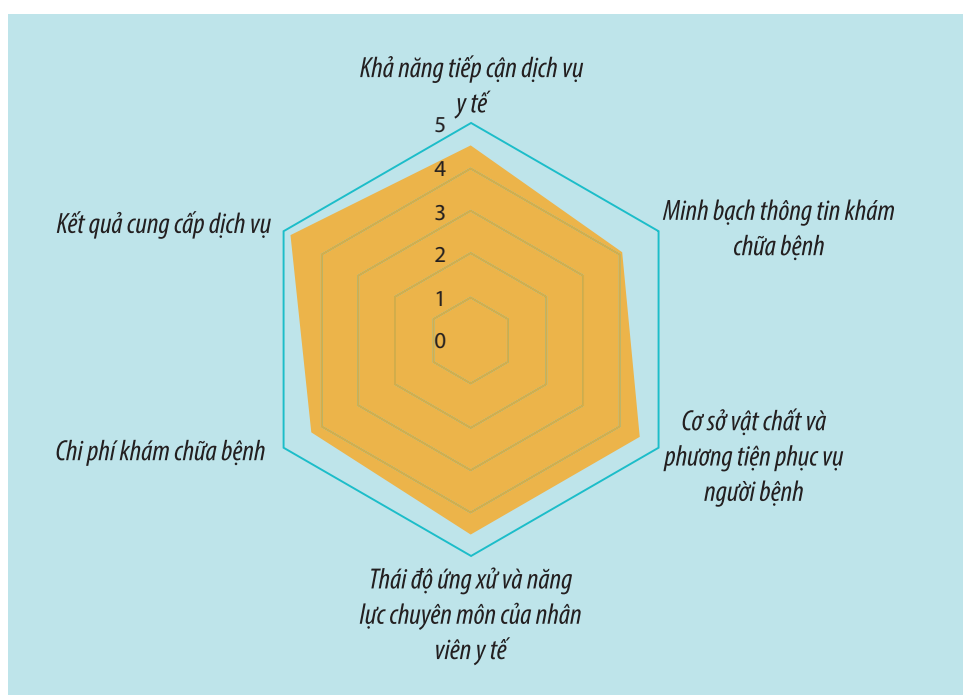
2.3. Hài lòng người bệnh của từng bệnh viện - Ví dụ trường hợp Bệnh viện Bà Rịa – tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu

Bệnh viện Bà Rịa là bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, hạng II, được xây dựng theo tiêu chuẩn quốc tế, mới khánh thành đưa vào sử dụng từ ngày 26/2/2015. Tổng mức đầu tư của bệnh viện là 1.900 tỉ đồng, từ nguồn vốn ngân sách nhà nước. Bệnh viện có 11 khối nhà, gồm 20 khoa lâm sàng, 9 khoa cận lâm sàng, 8 phòng chức năng, trong đó khối nhà chính cao 17 tầng. Kết quả khảo sát hài lòng người bệnh qua điện thoại cho thấy, bệnh viện Bà Rịa có chỉ số hài lòng người bệnh PSI cao nhất trong số 29 bệnh viện tham gia chương trình, đạt 4,65/5, tương đương với mức hài lòng của người bệnh đạt 93%.

Chỉ số hài lòng người bệnh của Bệnh viện Bà Rịa theo các yếu tố:

Trong 6 nhóm yếu tố cấu thành Chỉ số Hài lòng người bệnh, yếu tố Kết quả cung cấp dịch vụ của bệnh viện Bà Rịa được người bệnh đánh giá cao nhất - đạt 4,8, tiếp theo là yếu tố Cơ sở vật chất (4,54), Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT (4,53). Đối với BV Bà Rịa, người bệnh đánh giá thấp nhất là Sự minh bạch thông tin khám chữa bệnh (4,07).

Hình 20: Chỉ số PSI của bệnh viện Bà Rịa theo các yếu tố

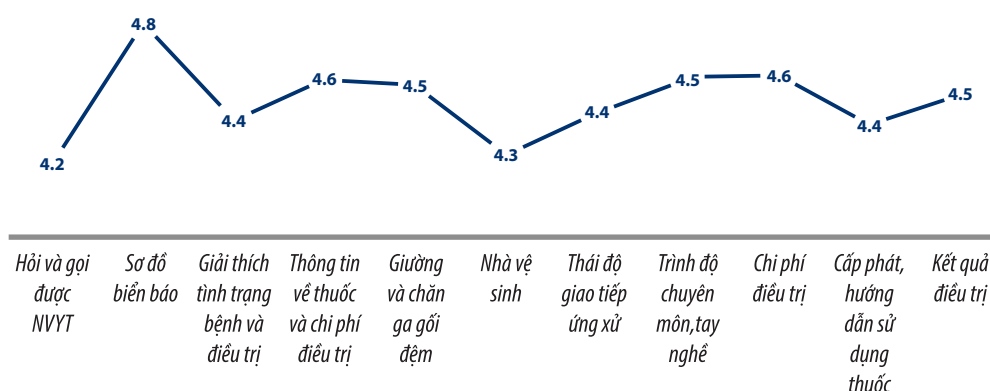


Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Chỉ số hài lòng người bệnh của bệnh viện Bà Rịa theo các tiêu chí:

Theo chỉ số PSI, 11 tiêu chí hình thành 2 nhóm khá rõ rệt: Nhóm có PSI cao từ 4,6 trở lên gồm tiêu chí Sơ đồ biển báo, Thông tin về thuốc và chi phí điều trị, Trình độ chuyên môn tay nghề và Chi phí điều trị; nhóm có PSI ở mức trung bình khoảng 4,2-4,5 bao gồm các tiêu chí còn lại.

Hình 21: Chỉ số PSI của bệnh viện Bà Rịa theo các tiêu chí

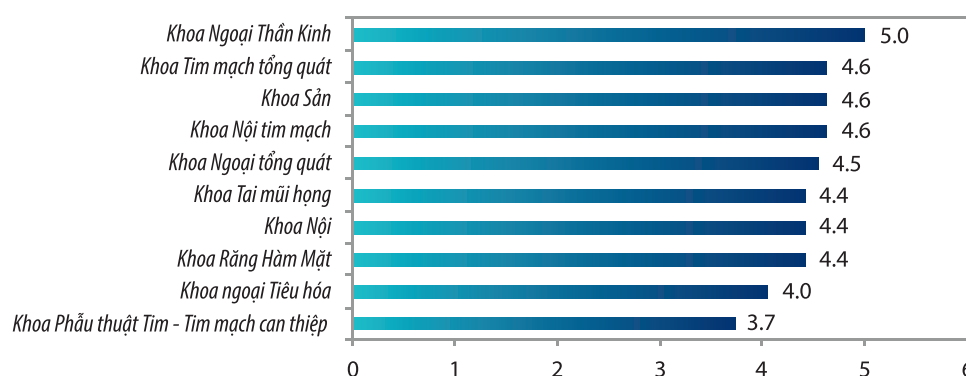


Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

Hài lòng người bệnh giữa các khoa trong bệnh viện Bà Rịa:

Đã có 10 khoa của BV Bà Rịa nằm trong mẫu khảo sát hài lòng người bệnh. Vì quy mô mẫu khảo sát người bệnh theo khoa chưa đủ lớn nên các phân tích ở đây chỉ nhằm mục đích minh họa về khả năng sử dụng công cụ này trong nội bộ bệnh viện giúp liên tục có các dòng thông tin phản hồi từ người bệnh để thúc đẩy các cải tiến từ bên trong. Kết quả khảo sát cho thấy, khoa Ngoại thần kinh có chỉ số PSI cao nhất, trong khi khoa Phẫu thuật Tim-Tim mạch can thiệp có chỉ số PSI thấp nhất (Hình 22).

Hình 22: Chỉ số PSI của các khoa trong bệnh viện Bà Rịa

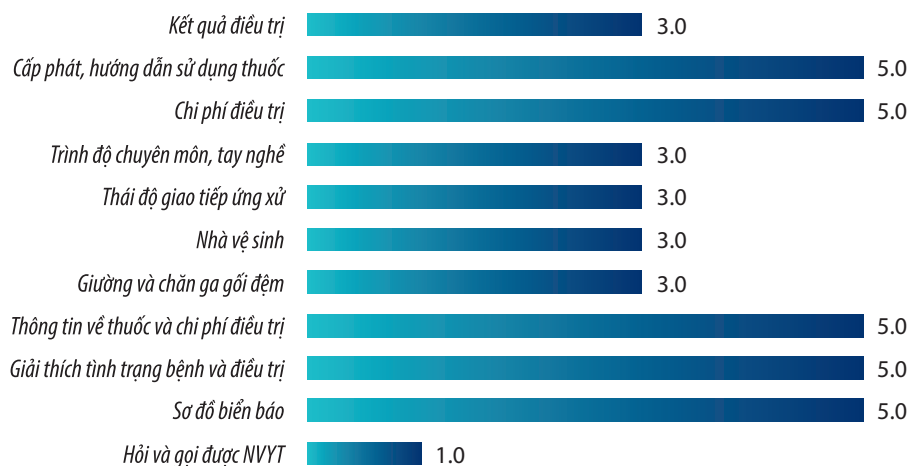


Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017

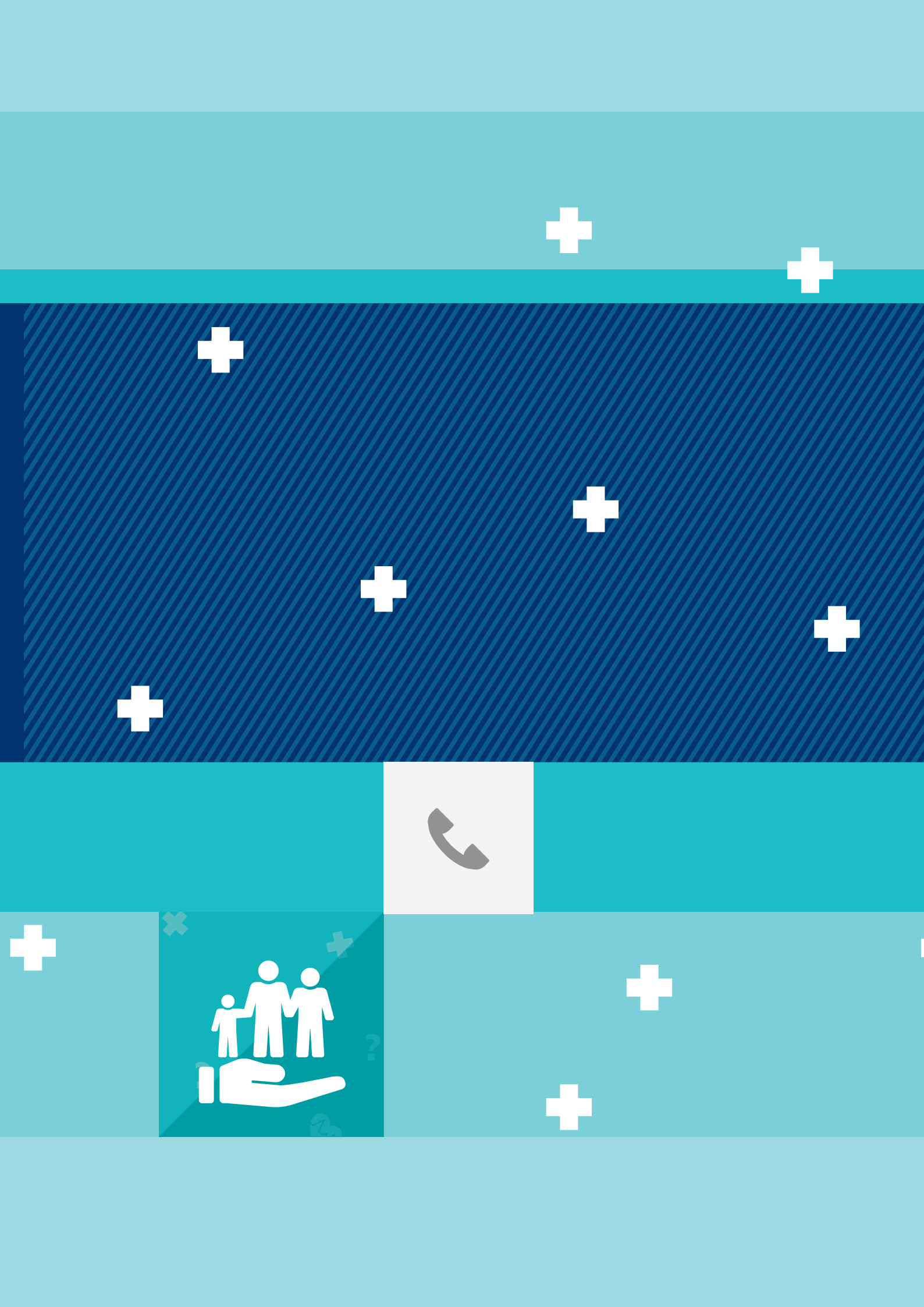
Phản hồi của người bệnh tại Khoa Phẫu thuật Tim – Tim mạch can thiệp:

Khoa phẫu thuật Tim – Tim mạch can thiệp là khoa có chỉ số hài lòng người bệnh thấp nhất (PSI=3,7). Để có giải pháp khắc phục kịp thời, cần xem xét phản hồi của người bệnh ở các tiêu chí cụ thể. Hình 22 cho thấy, Hỏi và gọi được NVYT là tiêu chí mà người bệnh rất không hài lòng đối với khoa này (PSI =1). Do vậy, đây là lĩnh vực cần tập trung có các giải pháp để cải thiện ngay. Các lĩnh vực tiếp theo cần cải tiến là thái độ giao tiếp ứng xử; nhà vệ sinh; giường và chăn ga gối đệm; trình độ chuyên môn và kết quả điều trị.

Hình 23: Phản hồi của người bệnh trong các lĩnh vực cụ thể



Nguồn: Tính toán từ Khảo sát hài lòng người bệnh 2017



PHẦN III

KẾT LUẬN, KIẾN NGHỊ VÀ HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO



Báo cáo này giới thiệu bộ công cụ khảo sát hài lòng của người bệnh thông qua gọi điện thoại và kết quả thử nghiệm áp dụng phương pháp này trong khảo sát hài lòng người bệnh nội trú tại một số bệnh viện tuyến tỉnh và huyện năm 2017.

Kết quả điều tra, phỏng vấn người bệnh nội trú đã xuất viện qua điện thoại cho thấy chất lượng cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh đã đáp ứng được gần 80% kỳ vọng của người dân và ngành y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Kết quả khảo sát cho thấy người bệnh đánh giá dịch vụ cung cấp ở các bệnh viện thuộc tuyến tỉnh và tuyến huyện đều đạt mức trung bình khá trở lên, đặc biệt các bệnh viện tuyến tỉnh đã cho thấy sự đổi mới mạnh mẽ trong công tác khám, chữa bệnh, nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, mặc dù chịu nhiều sức ép về số lượng bệnh nhân và tình trạng các ca bệnh nghiêm trọng, phức tạp. Các bệnh viện tuyến huyện nhìn chung còn một số mặt hạn chế; cần được quan tâm cải thiện nhiều hơn nữa.

Kết quả cũng cho thấy, điều kiện về cơ sở vật chất như giường nằm và nhà vệ sinh bệnh viện tuy được cải thiện nhưng vẫn bị đánh giá là điểm yếu nhất trong các dịch vụ được cung cấp. Chi phí chữa bệnh đang tăng lên cũng là mối quan ngại của người dân, mặc dù phần lớn người được điều tra đều được bảo hiểm y tế chi trả phần lớn hay toàn bộ chi phí. Tuy các ý kiến đều cho rằng cơ sở vật chất như giường bệnh và nhà vệ sinh còn nhiều yếu kém, nhưng từ góc độ người sử dụng dịch vụ, đây không phải là những tiêu chí quan trọng nhất phản ánh chất lượng khám, chữa bệnh. Kết quả khảo sát cho thấy những lĩnh vực đóng góp nhiều nhất vào sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng khám, chữa bệnh là: kết quả điều trị; trình độ chuyên môn, tay nghề của bác sĩ, điều dưỡng; hỏi và gọi được bác sĩ khi cần; thái độ giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế. Kết quả phản hồi tích cực của người bệnh đã thể hiện sự ghi nhận của người dân trước những nỗ lực đột phá của ngành y tế trong việc cải thiện hình ảnh của người thầy thuốc trong khám, chữa bệnh điều trị cho nhân dân.

3.1 Một số khuyến nghị

Về công tác quản lý nhà nước đối với dịch vụ khám chữa bệnh của Bộ Y tế và các Sở y tế

- ✧ Điều chỉnh cách thức thực hiện khảo sát hài lòng người bệnh theo hướng khảo sát người bệnh sau khi đã xuất viện thay vì khảo sát khi đang trong quá trình điều trị như hiện nay để tăng tính khách quan, tăng độ tin cậy trong phản hồi của người bệnh.
- ✧ Rút gọn bảng hỏi 34 câu đang sử dụng hiện nay, đồng thời sử dụng chỉ số tổng hợp để đo mức độ hài lòng của người bệnh nhằm tăng tính chính xác của phản hồi, tăng hiệu quả khảo sát, đơn giản trong tổ chức thực hiện và tiết kiệm chi phí;
- ✧ Ứng dụng công nghệ hiện đại trên nền tảng di động, điện toán đám mây trong quản lý khám, chữa bệnh và thực hiện đánh giá, xếp hạng các bệnh viện dựa trên khảo sát hài lòng người bệnh;
- ✧ Công bố kết quả khảo sát hài lòng người bệnh để người dân theo dõi, giám sát và tham khảo khi ra quyết định lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh cho bản thân và người nhà. Chỉ số Hài lòng người bệnh và kết quả xếp hạng được công bố công khai cũng sẽ tạo động lực cho các bệnh viện công quan tâm và có các sáng kiến cải thiện chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh dựa trên phản hồi của người dân sử dụng dịch vụ. Việc công khai sẽ giúp tăng cường trách nhiệm giải trình của các bệnh viện công thông qua tăng cường minh bạch về chất lượng khám, chữa bệnh của các bệnh viện, tăng cường công tác giám sát của người dân và cơ quan quản lý nhà nước đối với dịch vụ y tế, đặc biệt trong bối cảnh Chính phủ đang chủ trương đẩy mạnh xã hội hóa dịch vụ công, gia tăng quyền tự chủ cho các bệnh viện, tăng giá các dịch vụ y tế theo lộ trình hướng đến “tính đúng, tính đủ” chi phí khám chữa bệnh.
- ✧ Từng bước chuyển đổi cơ chế tài chính y tế theo hướng lấy người bệnh là trung tâm như xu thế chung của thế giới. Theo đó, xem xét áp dụng cơ chế thanh toán chi phí khám chữa bệnh từ bảo hiểm y tế có tính đến chất lượng cung cấp dịch vụ và sự hài lòng của người bệnh.
- ✧ Tăng cường đầu tư và tạo cơ chế chính sách thu hút đầu tư xã hội nhằm cải thiện cơ sở vật chất và nguồn nhân lực cho các bệnh viện, đặc biệt là bệnh viện tuyến dưới.
- ✧ Tiếp tục thúc đẩy các cải cách trong lĩnh vực bảo hiểm y tế theo hướng giảm thủ tục hành chính về bảo hiểm, lấy người bệnh làm trung tâm, vì quyền lợi của người dân lên trên hết. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, người dân sẵn sàng chi trả cao hơn để được hưởng dịch vụ tốt hơn trong lĩnh vực khám, chữa bệnh vì thế cần nghiên cứu sửa đổi chính sách bảo hiểm y tế theo nguyên tắc người hưởng lợi như áp dụng phổ biến trên thế giới.

Đối với các bệnh viện

- ✧ Cần có sự thay đổi mạnh mẽ về tư duy, cách làm trong khảo sát hài lòng người bệnh theo hướng thực chất, hiệu quả, không chỉ vì phải tuân thủ các quy định của cơ quan quản lý nhà nước, mà còn vì chính quyền lợi của bệnh viện. Nỗ lực cải thiện chất lượng khám, chữa bệnh từ góc nhìn của người bệnh là yêu cầu cấp thiết đối với các bệnh viện từ cả khía cạnh đạo đức, chuyên môn và kinh doanh.

- ✧ Tăng cường vị thế, năng lực và đầu tư cho bộ phận quản lý chất lượng bệnh viện. Đây cần là bộ phận cầu nối giữa bệnh viện và khách hàng, đảm nhận chức năng chăm sóc khách hàng, xử lý sự cố với khách hàng cũng như thu thập thông tin nhanh chóng, liên tục, chính xác để lãnh đạo bệnh viện có thể ra quyết định kịp thời phục vụ công tác quản lý và phát triển bệnh viện.
- ✧ Ứng dụng công nghệ di động, điện toán đám mây trong quản lý dữ liệu người bệnh, trong khảo sát hài lòng người bệnh. Thực hiện khảo sát hài lòng người bệnh sau khi ra viện bằng phương pháp khoa học, tin cậy để làm cơ sở liên tục thúc đẩy các cải tiến nhằm nâng cao chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh của các khoa, phòng, đội ngũ nhân viên y tế trong bệnh viện;¹⁶
- ✧ Sử dụng kết quả khảo sát hài lòng người bệnh và các sáng kiến cải tiến kỹ thuật dựa trên phản hồi người bệnh là một trong những tiêu chí xét lương, thưởng, phân bổ kinh phí điều trị giữa các khoa, phòng trong bệnh viện, từ đó tạo ra động lực cho đội ngũ NVYT thực sự “lấy người bệnh làm trung tâm”. Như nhà quản lý bệnh viện nổi tiếng Joe Jansante (VP, HR, Ellis Medicine) đã chia sẻ “Cách duy nhất để đảm bảo người bệnh hài lòng là đảm bảo nhân viên y tế hài lòng” hay “Không thể có hài lòng người bệnh nếu không có hài lòng nhân viên y tế”.
- ✧ Tiếp tục nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ của điều dưỡng và các nhân viên y tế khác; đặc biệt là thái độ của bộ phận thanh toán, nhân viên bảo vệ, nhân viên trông giữ xe. Thực hiện đánh giá sự hài lòng của người bệnh đối với các dịch vụ này để làm cơ sở ký hợp đồng cung cấp dịch vụ.
- ✧ Chú trọng đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất cơ bản, thiết yếu như giường, chăn, ga, gối, đệm, nhà vệ sinh bên cạnh những trang thiết bị phục vụ khám, chữa bệnh tiên tiến.
- ✧ Đẩy mạnh công tác thông tin về quyền lợi của người bệnh trong việc khám chữa bệnh, chi phí điều trị và thông tin về thuốc, đặc biệt đối với người có BHYT.

3.2. Hướng triển khai tiếp theo

Báo cáo này phản ánh kết quả thí điểm ứng dụng công cụ khảo sát bằng điện thoại đối với sự hài lòng của người bệnh nội trú sau khi xuất viện. Mặc dù đã đạt được những kết quả tích cực bước đầu song trong quá trình thí điểm cũng có những hạn chế nhất định ảnh hưởng đến kết quả khảo sát.

Thứ nhất, số lượng bệnh viện tham gia khảo sát còn tương đối ít (29 bệnh viện) so với số lượng trên 1400 bệnh viện và cơ sở khám chữa bệnh công lập trên toàn quốc. Các bệnh viện tuyến trung ương mặc dù có trong danh sách mời tham gia chương trình thí điểm nhưng chưa chia sẻ cơ sở dữ liệu người bệnh có số điện thoại di động với Bộ Y tế vì thế trong mẫu khảo sát lần này chưa có các bệnh viện tuyến trung ương. Do đó, kết quả khảo sát thí điểm năm 2017 chưa thể phản ánh toàn diện, đầy đủ thực trạng chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh ở Việt Nam từ góc nhìn của người dân.

Thứ hai, với các bệnh viện đã tiên phong tham gia chương trình khảo sát thí điểm, cơ sở dữ liệu người bệnh có số điện thoại còn rất hạn chế, khiến mẫu khảo sát của từng bệnh viện chưa hoàn toàn đảm bảo tính khoa học về quy mô mẫu cũng như thời gian xuất viện ở mức tiêu chuẩn để đảm bảo độ tin cậy của kết quả khảo sát. Cả lý thuyết và thực tiễn trên thế giới cho thấy, liên quan đến yếu tố thời gian phỏng vấn kể từ khi xuất viện, các nghiên cứu về tác động của thời gian khảo sát đến sự hài lòng của người bệnh còn cho thấy nhiều kết quả mâu thuẫn. Nhiều nghiên cứu cho thấy thời gian từ lúc xuất viện đến khi được phỏng vấn càng dài thì mức độ hài lòng của người bệnh càng giảm. Trong lĩnh vực này, cũng có hai mô hình lý thuyết khác nhau: mô hình khảo sát hài lòng ngay lập tức sau khi xuất viện tìm hiểu những thông tin về nhân khẩu học, kỳ vọng của người bệnh, tình trạng của người bệnh và tương tác giữa người bệnh – bác sĩ (ví dụ, từ 48 giờ đến 42 ngày ở Mỹ); và mô hình khảo sát hài lòng người bệnh trong vòng từ 2 tuần đến 3 tháng kể từ khi xuất viện tìm hiểu thông tin về nhân khẩu học, kỳ vọng của người bệnh, tình trạng người bệnh và sự cải thiện của các triệu chứng bệnh tật.¹⁷ Trong khuôn khổ khảo sát thí điểm lần này, thời gian kể từ khi xuất viện đến khi được khảo sát trong khoảng 2 đến 5 tháng là tương đối dài, có thể ảnh hưởng đến độ chính xác trong phản hồi của người bệnh.

Thứ ba, khảo sát thí điểm chủ yếu tập trung vào đối tượng người bệnh nội trú đã xuất viện nhưng chưa bóc tách, phân tích đối với trường hợp người bệnh chuyển viện.

Tất cả các yếu tố trên sẽ ảnh hưởng đến kết quả khảo sát hài lòng của người bệnh về chất lượng khám, chữa bệnh. Trong thời gian tới, nhóm nghiên cứu sẽ tiếp tục phối hợp với Bộ Y tế và các Sở Y tế để tiến hành khảo sát độc lập sự hài lòng của người bệnh ở quy mô lớn hơn với số lượng bệnh viện nhiều hơn, bao trùm hơn cũng như công khai kết quả khảo sát và xếp hạng các bệnh viện dựa trên phản hồi của người bệnh. Bên cạnh đó, Oxfam, Sáng kiến Việt Nam sẽ phối hợp với Bộ Y tế tổ chức đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho các phòng quản lý chất lượng của các bệnh viện để giúp các bệnh viện hoàn thiện công cụ tự khảo sát của mình, góp phần cải thiện chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh, hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

¹⁶ Intersection of Excellence: API Healthcare and Ellis Medicine, How real time information is advancing Ellis Medicine's Workforce and Integration

¹⁷ Bjertnaes, O. A. (2012). The association between survey timing and patient-reported experiences with hospitals: results of a national postal survey. BMC Medical Research Methodology, 12, 13. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-12-13>

KẾT LUẬN

Lắng nghe phản hồi của người sử dụng dịch vụ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe để cải thiện chất lượng dịch vụ y tế là cách tiếp cận phù hợp với xu thế của thời đại và chủ trương xây dựng Chính phủ kiến tạo, hành động, phục vụ, liêm chính ở Việt Nam. Bộ Y tế đã là một trong những Bộ tiên phong xây dựng và thể chế hóa hệ thống đánh giá chất lượng bệnh viện nói chung, thu nhận phản hồi từ người dân sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh nói riêng trong những năm gần đây theo triết lý của quản trị hiện đại “Cái gì không đo được, thì không thể quản lý được” (Peter Drucker).

Trong khuôn khổ hoạt động hợp tác với Bộ Y tế, mạng lưới chuyên gia của Sáng kiến Việt Nam, Đại học Indiana, với sự tài trợ của Oxfam Việt Nam đã tiến hành khảo sát độc lập sự hài lòng của gần 3000 người bệnh nội trú sau khi xuất viện thông qua phỏng vấn trên điện thoại từ danh sách gần 140.000 bệnh nhân nội trú đã xuất viện từ tháng 4 đến tháng 7 năm 2017 do 29 bệnh viện tuyển tỉnh và huyện thuộc 21 tỉnh, thành trên cả nước cung cấp.

Kết quả khảo sát cho thấy chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh ở các bệnh viện đạt gần 80% kỳ vọng của người dân. Người bệnh hài lòng nhất về khả năng tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh trong khi kém hài lòng nhất về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh. Mặc dù trên 90% bệnh nhân được hỏi có bảo hiểm y tế, nhưng người dân nhìn chung chưa hài lòng về chi phí khám, chữa bệnh, là yếu tố có mức độ hài lòng thấp thứ 2 sau cơ sở vật chất, thấp hơn so với hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế.

Bệnh nhân nghèo, người bệnh sống ở nông thôn và người bệnh khám chữa bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế có mức độ hài lòng cao hơn bệnh nhân trung lưu và giàu, bệnh nhân sống ở thành thị, bệnh nhân không có bảo hiểm y tế. Kết quả này thể hiện hiệu quả của chính sách hỗ trợ 100% mức đóng BHYT cho hộ nghèo, vốn tập trung ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa, mua thẻ BHYT của Nhà nước nên chi phí khám, chữa bệnh của hộ nghèo đã được giảm xuống mức thấp nhất. Đồng thời, những cải tiến mạnh mẽ trong thời gian qua liên quan đến công tác chi trả, thanh toán cho người bệnh có bảo hiểm y tế đã đi vào cuộc sống, người bệnh được thụ hưởng và đảm bảo quyền lợi từ đóng bảo hiểm y tế với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh tốt hơn. Kết quả phản hồi này cho thấy sự ghi nhận và đánh giá cao của người dân đối với nỗ lực của Bộ Y tế và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam trong thực hiện các cải cách liên quan đến tài chính y tế nói chung, bảo hiểm y tế nói riêng thời gian qua.

Người bệnh của các bệnh viện ở tuyến trên và hạng trên có mức độ hài lòng cao hơn cho thấy còn cần rất nhiều nỗ lực để cải thiện chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh của cơ sở y tế tuyến dưới để có thể thu hút được bệnh nhân. Người bệnh kém hài lòng nhất ở cả bệnh viện tuyển tỉnh và tuyển huyện về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh. Ở các bệnh viện, người bệnh ghi nhận sự tiến bộ về tình trạng buồng, giường bệnh, chăn ga gối đệm, nhà vệ sinh nhưng cũng có rất nhiều ý kiến cho rằng cần phải chú trọng đầu tư cải thiện nhiều hơn nữa.

Trong khi cả hai tuyến, các bệnh viện đều cần tăng cường đầu tư cải thiện cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ người bệnh thì với bệnh viện tuyển dưới, các yếu tố như thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn, kết quả cung cấp dịch vụ và minh bạch thông tin về khám bệnh, điều trị là điều người bệnh kém hài lòng nhất. Kết quả này cho thấy, để giảm tải cho các bệnh viện tuyển trên, các bệnh viện tuyển huyện cần tập trung đầu tư vào con người: nâng cao năng lực chuyên môn, thái độ ứng xử; giải thích cho người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị; đồng thời cung cấp đầy đủ thông tin về thuốc và chi phí điều trị cho người bệnh là những yếu tố quyết định nhất thể hiện chất lượng khám, chữa bệnh từ góc nhìn của người bệnh. Ưu điểm lớn nhất của các bệnh viện tuyển dưới hiện nay theo đánh giá của người bệnh là chi phí khám, chữa bệnh có mức độ hài lòng cao hơn nhiều so với tuyến trên. Tuy nhiên, trong lĩnh vực y tế, dựa trên tham vấn và kết quả khảo sát, yếu tố chi phí cũng như cơ sở vật chất chỉ có tầm quan trọng vừa phải khi người bệnh xem xét đánh giá chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh.

Mặc dù có cùng môi trường thể chế, chính sách, giữa các bệnh viện đồng tuyến, đồng hạng, và ngay giữa các khoa trong cùng một bệnh viện, người bệnh có phản hồi rất khác nhau về chất lượng phục vụ và chi phí khám, chữa bệnh. Điều này cho thấy sự năng động, sáng tạo của các bệnh viện, trước tiên là đội ngũ lãnh đạo các bệnh viện, là rất khác nhau, đồng thời giữa các bệnh viện và ngay trong một bệnh viện đều có thể chia sẻ, học tập lẫn nhau những sáng kiến hay, những cách làm mới để liên tục cải thiện, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, vì lợi ích của người dân và cũng là lợi ích của chính bệnh viện, nhất là khi nguồn thu từ bảo hiểm y tế do người dân đóng và thu viện phí là hai nguồn thu chính của bệnh viện hiện nay cũng như trong tương lai. Bộ Y tế và các Sở Y tế cần tạo ra môi trường khuyến khích sự năng động, tự chủ của các bệnh viện, nhưng bên cạnh đó, cần tiếp tục hoàn thiện các công cụ giám sát, đánh giá và công khai kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện, trong đó phản hồi của người dân sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh cần là một trong những kênh thông tin quan trọng hàng đầu. Việc công khai sẽ giúp tăng cường trách nhiệm giải trình của các bệnh viện công thông qua tăng cường minh bạch về chất lượng khám, chữa bệnh của các bệnh viện, tăng cường công tác giám sát của người dân và cơ quan quản lý nhà nước đối với dịch vụ y tế công, đặc biệt khi Chính phủ đang chủ trương đẩy mạnh xã hội hóa dịch vụ công, gia tăng quyền tự chủ cho các bệnh viện, tăng giá các dịch vụ y tế theo lộ trình hướng đến “tính đúng, tính đủ” chi phí khám chữa bệnh vào năm 2020.

Tài liệu tham khảo chủ yếu

Tiếng Việt

- Bệnh viện Đa khoa Cà Mau, 2017. Báo cáo Khảo sát sự hài lòng người bệnh và nhân viên y tế - Những khó khăn, thách thức, rào cản ngày 12/9/2017.
- Diệu Thủy. 2016. Việt Nam là quốc gia đứng đầu về điện thoại di động.
- Hoàng Vũ. 2017. Việt Nam có tỷ lệ thuê bao trả trước thuộc nhóm cao nhất thế giới.
- Quyết định 4448/2013/QĐ-BYT ngày 6 tháng 11 năm 2013 về triển khai thực hiện đo lường sự hài lòng đối với dịch vụ y tế công.
- Quyết định 4858/2013/QĐ-BYT ngày 3 tháng 12 năm 2013 về việc ban hành thí điểm bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện.
- Quyết định 4939/2016/QĐ-BYT ngày 15 tháng 9 năm 2016 về phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện đề án đo lường hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công, giai đoạn 2016 - 2020
- Quyết định 6859/2016/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam.
- Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ y tế về việc Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.
- Trung tâm Y tế Tam Đảo, Vĩnh Phúc, 2017. Báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh dựa trên kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế tháng 9/2017.
- Trung tâm Y tế huyện Chợ Lách, Bến Tre, 2017. Báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh dựa trên kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế tháng 9/2017.
- Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh, Vĩnh Long. 2017. Báo cáo hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh dựa trên kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh tháng 9/2017.

Tiếng Anh

- API Healthcare and Ellis Medicine (2015). How real time information is advancing Ellis Medicine's Workforce and Integration.
- Barry MJ, Edgman-Levitan S (2012). Shared decision making -- the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 366(9): 780-1.
- Bjertnaes, O. A. (2012). The association between survey timing and patient-reported experiences with hospitals: results of a national postal survey, *BMC Medical Research Methodology*, 12: 13.
- Crispin, J., Angela, C. & Stephen, B. (2002). The Picker Experience Questionnaire development and validation using data from in-patient surveys in five countries, *International Journal of Quality in Health Care*, 14(5): 353-358.
- Iftikhar, A., Allah N., Shadiullah, K., Habibullah, K., Muhammad, A., R., Muhammad, H., K. (2011). Predictors of Patient Satisfaction, *Gomal Journal of Medical Sciences*, 9(2): 183-188.
- Jagdip Singh (1989). The Patient Satisfaction Concept: a Review and Reconceptualization", in *NA - Advances in Consumer Research* Volume 16, eds. Thomas K. Srull, Provo, UT : Association for Consumer Research, 176-179.
- James I. Merlino, Carmen Kestranekb, Daniel Bokarb, Zhiyuan Sun, Steven E. Nissen, David L. Longworth (2014). HCAHPS survey results: Impact of severity of illness on hospitals' performance on HCAHPS survey results, *Journal of Patient Experience*, 1(2): 16-21.
- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. (2002). Patients' experience and satisfaction with Health Care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care, *Quality and Safety in Health Care*, 11(4): 335-339.
- Lauent, B., Patrice, F., Elisabeth D., Georges, W. & Jose, L. (2006). Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in French teaching hospitals, *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5): 359-364.
- Oyvind A. B., Ingeborg, S., S., & Hilde, H., I. (2011). Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfillment of expectations, *British Medical Journal Quality Safety*, [online], available at: <http://qualitysafety.bmj.com>.
- Richard Kravitz (1998). Patient Satisfaction with Health Care Critical Outcome or Trivial Pursuit?, *Journal of General Internal Medicine*, 13(4): 280-2.
- Salisbury C, Wallace M, Montgomery A. (2010). Patient experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling, *BMJ*, 341: c5004.

Phụ lục 1: Bảng hỏi hài lòng người bệnh

1: Rất không hài lòng 2: Không hài lòng 3: Bình thường 4: Hài lòng 5: Rất hài lòng

MS	Câu hỏi	Mức đánh giá					Ý kiến khác
		1	2	3	4	5	
A Khả năng tiếp cận							
A1	Ông/bà có hài lòng về việc hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết không? (Các ý giải thích hiện ra nếu di con trỏ vào câu hỏi) (Giải thích của điều tra viên nếu người được phỏng vấn tỏ ra gặp khó khăn trong việc hiểu câu hỏi: Khi người bệnh/gia đình có thắc mắc hoặc muốn cung cấp thêm thông tin thì có được NVYT cung cấp hay không? Khi người nhà có vấn đề gì bất thường thì có gọi được NVYT hay không?)						
A2	Ông/bà có hài lòng về sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đến các phòng khoa cần tìm không? (Nhìn theo sơ đồ biển báo thì ông bà có đến được địa chỉ mình cần không?)						
B Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị							
B1	Ông/bà có hài lòng khi được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị không? (Khi mới nhập viện hay trong lúc nằm viện thì bác sĩ có giải thích cho bác xem ông/bà bị bệnh gì, chữa trong bao lâu, như thế nào không ạ?)						
B2	Ông/bà có hài lòng về thông tin do bệnh viện cung cấp về thuốc và chi phí điều trị không? (Việc sử dụng thuốc gì, loại và số lượng thuốc có được hướng dẫn rõ ràng không? Có nói rõ là thuốc nội/ thuốc ngoại; có giải thích thuốc nào là thuốc chữa bệnh, thuốc nào là thuốc bổ không? Chi phí điều trị và giá thuốc có được thông báo trước và được cập nhật kịp thời không?)						
C Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh							
C1	Ông/bà có hài lòng về giường và chăn ga gối đệm khi nằm ở viện không? (Giường có chắc chắn, tiện lợi không? Chăn ga gối đệm có được cung cấp không, có sạch sẽ không)						
C1a	Có phải nằm ghép không?	0. Không			1. Có		
C1b	Có phải nằm chiếu không? (Giường không có đệm)	0. Không			1. Có		
C2	Ông/bà có hài lòng về nhà vệ sinh bệnh viện không? (Nhà vệ sinh có gần vị trí giường nằm hay không? Có phải chờ lâu không? Phòng vệ sinh có sạch sẽ không, có sử dụng tốt hay không? Có đủ trang thiết bị bên trong không? (Giấy vệ sinh, xà phòng rửa tay, có móc treo đồ hay không v.v. ...); Có kín đáo, riêng tư, an toàn hay không?)						
D Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế							
D1	Ông/bà có hài lòng về thái độ giao tiếp ứng xử của bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên khác không? (Có hài lòng về lời nói, thái độ, hành động của bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên khác không? Có thái độ tôn trọng hay không, có nói trống không, cục lõc không, có quát mắng không?)						

MS	Câu hỏi	Mức đánh giá					Ý kiến khác
		1	2	3	4	5	
D1a	Ông/bà không hài lòng về thái độ của đối tượng nào nhất? (bác sỹ, điều dưỡng, bảo vệ, trông xe, kế toán...) (hiện D1a nếu trả lời D1 là 1 hoặc 2)	1. Bác sỹ 2. Điều dưỡng 3. Kế toán, nhân viên hành chính 4. Bảo vệ, trông xe 5. Khác, ghi rõ					
D2	Ông/bà có hài lòng về trình độ chuyên môn và tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng không? (Trình độ chuyên môn như phương pháp điều trị, thủ thuật, kỹ thuật như tiêm, truyền có làm tốt không?)						
D2a	Ông/bà không hài lòng về trình độ của đối tượng nào nhất? (bác sỹ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên...) (hiện D2a nếu trả lời D2 là 1 hoặc 2)	1. Bác sỹ 2. Điều dưỡng 3. Kỹ thuật viên 4. Khác, ghi rõ					
E	Chi phí khám chữa bệnh						
E1	Ông/Bà có hài lòng về giá cả dịch vụ y tế không? (Ông/Bà thấy giá cả dịch vụ y tế có cao không, có phù hợp với khả năng chi trả của mình không?)						
G	Kết quả cung cấp dịch vụ						
G1	Ông/bà có hài lòng về việc cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc trong khi điều trị không? (Thuốc có được cấp đầy đủ không? Bác sĩ phát thuốc có hướng dẫn bằng lời nói hay ghi ra giấy là dùng như thế nào không?)						
G2	Ông/Bà có hài lòng về kết quả điều trị không?						
H	Sự hài lòng của người bệnh						
H1	Đánh giá chung bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi trước khi nằm viện? (điền số từ 0% đến 100% hoặc có thể điền trên 100% nếu bệnh viện điều trị tốt, vượt quá mong đợi)	%					
H2	Ngoài các nội dung trên, Ông/Bà không hài lòng vấn đề gì khác? Điều gì làm ông bà bức xúc nhất?	(cho điền text định tính)					
I	Tài chính y tế (Phần hỏi thêm)						
I1	Ông/Bà có thẻ bảo hiểm y tế không?	0. Không 1. Có					

MS	Câu hỏi	Mức đánh giá					Ý kiến khác		
		1	2	3	4	5			
I2	Ngoài ra, Ông/Bà có bảo hiểm nhân thọ tư nhân nào khác không?	0.Không		1.Có					
I3	Ông/Bà có được bảo hiểm y tế thanh toán trong lần chữa trị vừa rồi không?	0.Không		1.Có					
I4	Ông/Bà có phải chi trả thêm tiền túi cho các dịch vụ y tế không?	1.Phải trả rất nhiều	2.Phải trả khá nhiều	3.Phải trả ít	4.Không phải trả	5.Không biết vì không trực tiếp trả			
I4a	Tổng số tiền trả (ước tính nếu còn nhớ, nếu không phải trả, ghi 0):	 Nghìn đồng							
I4b	Nguồn tiền chi trả thêm Ông/bà lấy từ đâu? (Có thể chọn nhiều phương án trả lời) (Hiện câu I4b nếu câu I4a trả lời lớn hơn 0)	1.Từ nguồn tiền sẵn có, tiền tiết kiệm gia đình	2.Bố mẹ, họ hàng, bạn bè cho	3.Vay bạn bè, hàng xóm	4.Vay ngân hàng	5.Vay nóng, tín dụng đen	6.Bán thóc, trâu bò, lợn gà . . .	7.Bán tài sản, xe cộ, bán đất đai, nhà cửa	8.Khác, ghi rõ
I5	Ông/Bà có được chính quyền xếp vào diện hộ nghèo hay cận nghèo không?	0. Không							
I5a	Nếu không thì Ông/bà tự đánh giá kinh tế gia đình thuộc mức nào? (Hiện câu I5a nếu câu I5 trả lời là Không)	1.Trung bình	2.Khá, trung lưu	3.Giàu					

CÂU HỎI VỀ NHÂN THÂN

MS	Câu hỏi	Trả lời		
K1	Trình độ học vấn cao nhất?	1. Tiểu học, biết đọc biết viết	2. THCS	3. THPT
		4. Trung cấp/CĐ	5. Đại học	6. Trên Đại học
K2	Dân tộc?	1. Kinh	2. Khác (nếu cụ thể).....	
K3	Nơi sinh sống hiện tại? (Điều tra viên hỏi nơi ở và tự xác định xem thuộc loại nào trong số các lựa chọn sau)	1. Thành phố trực thuộc TƯ 2. TP thuộc tỉnh 3. Thị xã, thị trấn huyện 4. Nông thôn đồng bằng, trung du 5. Miền núi, vùng sâu, vùng xa		
K4	Nghề nghiệp chính? (Chỉ chọn một phương án trả lời)	1. Nông dân/ngư dân/diêm dân		
		2. Làm công ăn lương khối Nhà nước		
		3. Làm công ăn lương khối doanh nghiệp tư nhân/nước ngoài		
		4. Kinh doanh/buôn bán/dịch vụ/cho thuê		
		5. Nghề tự do/làm thuê theo giờ/ngày/tháng		
		6. Nghỉ hưu/đối tượng chính sách có thu nhập hàng tháng		
		7. Thất nghiệp/không có thu nhập/phụ thuộc (HS, SV)		
		8. Khác (nếu cụ thể).....		
K5	Người trả lời phỏng vấn	1. Người bệnh	2. Người thân	
K6	Tuổi			
K7	Giới tính	1. Nam	2. Nữ	
K8	Thời gian nằm viện	ngày		

Phụ lục 2: Hệ số điều chỉnh chung của 29 bệnh viện theo từng tiêu chí

Bệnh viện	a1	a2	b1	b2	c1	c2	d1	d2	e1	g1	g2
Bệnh viện đa khoa Đống Đa - Hà Nội	0.29	0.01	-0.05	0.01	0.00	0.00	0.00	0.13	-0.02	0.00	-0.01
Bệnh viện đa khoa Văn Đình - Hà Nội	0.02	0.27	-0.06	0.00	0.06	0.43	0.00	0.06	0.00	0.00	0.03
Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh - Bắc Ninh	0.17	0.30	0.22	0.00	0.50	0.07	0.00	0.46	0.00	0.00	0.02
Bệnh viện Sản - Nhi Quảng Ninh - Quảng Ninh	0.00	-0.12	-0.12	0.00	0.00	0.00	-0.64	-0.93	0.00	0.00	-0.43
Bệnh viện Lao và bệnh Phổi - Hưng Yên	0.32	-0.03	0.03	-0.29	0.03	0.04	-0.11	-0.01	0.13	0.00	-0.19
Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi - Thái Bình	0.02	-0.79	-0.03	0.07	0.00	-0.07	-0.24	0.04	0.36	0.00	0.61
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Nam Định	0.18	0.44	0.25	0.13	0.32	0.25	0.31	-0.04	-0.34	0.00	-0.05
Bệnh viện Lao và bệnh phổi - Ninh Bình	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.66	-0.46	-0.53	0.00	-0.73	0.00	-0.70
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Hà Giang	0.00	0.46	0.00	-0.01	0.00	0.00	0.00	0.24	-0.47	0.00	0.19
Bệnh viện Phổi - Bắc Giang	-0.29	-1.25	-0.56	-0.76	-0.89	-0.88	-0.29	-0.98	-0.33	0.00	-0.52
Bệnh viện Sản Nhi - Bắc Giang	-0.04	0.00	-0.28	-0.02	-0.53	-0.40	-0.23	-0.02	-0.60	0.00	0.11
Bệnh viện đa khoa Tháo Nguyên - Sơn La	0.00	0.00	-0.06	0.36	-0.10	0.38	0.00	-0.62	0.88	0.00	0.07
Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh - Nghệ An	0.06	0.25	0.49	-0.37	0.13	-0.17	0.14	0.48	0.00	0.00	0.17
Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị - Quảng Trị	0.00	0.00	0.00	0.14	0.20	0.00	-0.40	0.00	-0.30	0.00	0.09
Bệnh viện Phú Vang - Thừa Thiên Huế	0.01	0.18	-0.30	0.03	-0.03	0.00	-0.93	0.05	0.00	0.00	-0.45
Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng - TP. Đà Nẵng	0.27	0.00	1.23	0.00	0.00	0.00	-0.38	-0.45	0.59	0.00	0.19
Bệnh viện đa khoa tỉnh - Quảng Ngãi	0.07	-0.01	0.00	-0.05	0.09	0.00	0.06	0.00	0.16	0.00	0.00
Bệnh viện Đa khoa tỉnh - Bình Định	0.70	1.32	0.48	0.59	0.47	0.53	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.35
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận - Ninh Thuận	-0.15	0.11	-0.13	-0.15	-0.19	-0.36	-0.18	-0.34	-0.05	0.00	-0.09
Bệnh viện Bà Rịa - Bà Rịa Vũng Tàu	0.03	-0.06	0.13	-0.72	0.44	-0.03	0.00	-0.02	-0.23	0.00	0.66
Bệnh viện Bình Dân - TP. Hồ Chí Minh	0.18	0.38	0.00	-0.01	0.41	0.17	0.41	0.00	0.00	0.00	0.06
Bệnh viện Trung Vương - TP. Hồ Chí Minh	0.00	0.16	0.00	0.00	0.03	0.12	0.43	0.04	0.11	0.00	-0.57
Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới - TP. Hồ Chí Minh	-0.26	0.15	-0.23	-0.60	-0.02	-0.97	0.30	0.00	-0.09	0.00	-0.14
Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM - TP. Hồ Chí Minh	0.73	-0.58	0.00	-0.67	0.24	0.03	0.39	0.23	-0.38	0.00	0.25
Bệnh viện Truyền máu Huyết học - TP. Hồ Chí Minh	-0.59	-0.20	-0.01	0.00	-0.23	-0.11	-0.14	-0.16	-0.39	0.00	-1.11
Bệnh viện Từ Dũ - TP. Hồ Chí Minh	0.00	-0.42	0.00	1.76	0.00	0.00	0.29	0.92	-0.49	0.00	-0.40
Bệnh viện Phụ sản - TP. Cần Thơ	0.68	0.17	-0.31	0.71	0.00	0.69	0.00	-0.30	0.83	0.00	0.00
Bệnh viện đa khoa Cà Mau - Cà Mau	0.15	0.17	0.15	-0.02	0.00	-0.63	-0.88	0.00	-0.22	0.00	-0.34
Bệnh viện đa khoa Cái Nước - Cà Mau	0.80	0.30	0.00	0.87	-0.25	-0.32	-0.41	-0.45	0.58	0.00	0.12

Phụ lục 3: Phương pháp phân nhóm xếp hạng sao các bệnh viện

Để phân nhóm xếp hạng các bệnh viện, nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp phân nhóm dựa vào giá trị trung bình. Mục đích của phương pháp này là làm thế nào để phân dữ liệu thành các cụm (cluster) khác nhau sao cho dữ liệu trong cùng một cụm có tính chất giống nhau. Điểm số các câu hỏi của bệnh viện sau khi đã được điều chỉnh thành 5 nhóm (tương ứng với 5 mức xếp hạng sao).

Ví dụ đối với câu hỏi 6, điểm số hài lòng của người bệnh trung bình của 7 bệnh viện (sau khi đã được điều chỉnh) đối với câu hỏi này như sau:

Bệnh viện	Điểm số
1	1.0
2	1.5
3	3.0
4	5.0
5	3.5
6	4.5
7	3.5

Giả sử cần xếp các bệnh viện này thành 2 nhóm, các bước tiến hành xếp nhóm bệnh viện được thực hiện như sau:

Bước 1: Tìm 2 bệnh viện bất kỳ để xếp vào hai nhóm, có thể là hai bệnh viện với điểm số nhỏ nhất và lớn nhất. Điểm số của 2 bệnh viện này cũng là giá trị trung bình ban đầu của mỗi nhóm

	Bệnh viện	Giá trị trung bình
Nhóm 1	1	1.0
Nhóm 2	4	5.0

	Nhóm 1			Nhóm 2	
Bước	Bệnh viện	Giá trị trung bình	Bệnh viện	Giá trị trung bình	
1	1	1.0	4	5.0	
2	1, 2	1.25	4	5.0	
3	1, 2, 3	1.83	4	5.0	
4	1, 2, 3	1.83	4, 5	4.2	
5	1, 2, 3	1.83	4, 5, 6	4.3	
6	1, 2, 3	1.83	4, 5, 6, 7	4.1	

Những bệnh viện khác sẽ được phân bố vào Nhóm mà điểm số của nó gần với giá trị trung bình của nhóm đó nhất. Giá trị trung bình của mỗi nhóm được tính lại khi có một bệnh viện mới được thêm vào, cụ thể:

	Bệnh viện	Giá trị trung bình
Nhóm 1	1, 2, 3	1.83
Nhóm 2	4, 5, 6, 7	4.1

Bước 2: Kiểm tra lại khoảng cách giữa điểm số của các bệnh viện với giá trị trung bình của nhóm để xác định tính chính xác của việc xếp nhóm

Bệnh viện	Điểm số	Khoảng cách tới giá trị trung bình của Nhóm 1	Khoảng cách tới giá trị trung bình của Nhóm 2
1	1.0	0.83	3.1
2	1.5	0.33	2.6
3	3.0	1.17	1.1
4	5.0	3.17	0.9
5	3.5	1.67	0.6
6	4.5	2.67	0.4
7	3.5	1.67	0.6

Điểm của Bệnh viện 3 gần giá trị trung bình của Nhóm 2 hơn Nhóm 1. Do đó, Bệnh viện 3 sẽ được phân bổ lại vào Nhóm 2 và kết quả sau khi sắp xếp lại như sau:

	Bệnh viện	Giá trị trung bình
Nhóm 1	1, 2	1.25
Nhóm 2	3, 4, 5, 6, 7	3.9

Bước 6: Tính toán chỉ số sao tổng hợp

Ví dụ, 11 câu hỏi thành phần của Bệnh viện A đã được xếp thành các sao trong bước 5. Chỉ số sao tổng hợp sẽ được tính toán như sau (hoặc tính theo phương pháp trung bình có trọng số):

	11 chỉ số sao thành phần	6 chỉ số sao sử dụng trong tính SR tổng hợp	SR tổng hợp (chưa làm tròn)	SR tổng hợp (làm tròn)		
A. Khả năng tiếp cận						
Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần	4	$(4+4)/2 = 4$	$(4+4.5+2.5+3.5+4+4)/6=3.75$	4 (****)		
Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng	4					
B. Minh bạch thông tin về khám bệnh, điều trị						
Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh	4	$(4+5)/2 = 4.5$				
Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị	5					
C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh						
Hài lòng về giường và chăn ga gối đệm	3	$(3+2)/2 = 2.5$				
Hài lòng về nhà vệ sinh	2					
D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế						
Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ, điều dưỡng	3	$(3+4)/2 = 3.5$				
Trình độ chuyên môn, tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng	4					
E. Chi phí khám chữa bệnh						
Hài lòng về chi phí điều trị	4	4				
G. Kết quả cung cấp dịch vụ						
	4	4				

Lưu ý: Quy tắc làm tròn số đối với xếp hạng sao:

≥ 1.00 và < 1.50	*
≥ 1.50 và < 2.50	**
≥ 2.50 và < 3.50	***
≥ 3.50 và < 4.50	****
≥ 4.50 và ≤ 5.00	*****

