

Tích hợp Kano và IPA trong cải tiến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú - nghiên cứu tình huống tại bệnh viện Quân Y 175

Đoàn Kiều Anh, Huỳnh Thị Phương Lan*



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

TÓM TẮT

Chất lượng cuộc sống ngày càng nâng cao kéo theo tiêu chuẩn trong nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng cao. Các bệnh viện thuộc hệ thống y tế công lập hiện đang trên đà tự chủ tài chính phải đối mặt với nhiều thách thức trong việc sử dụng có hiệu quả các nguồn lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Vì vậy, tìm hiểu những điểm bệnh viện đang làm tốt hay cần cải thiện nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện mà vẫn đảm bảo nguồn lực được sử dụng một cách hữu hiệu là yêu cầu cấp thiết đối với bệnh viện Quân Y 175. Thông qua việc khảo sát 120 người bệnh khám ngoại trú tại bệnh viện Quân y 175, để tài thực hiện phân loại đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú theo Kano đồng thời áp dụng phân tích IPA để xác định được các đặc tính cần được ưu tiên cải tiến. Kết quả phân tích cho thấy, trong 30 đặc tính chất lượng khám chữa bệnh ngoại trú có 3 đặc tính thuộc nhóm đặc tính chất lượng hấp dẫn, 7 đặc tính thuộc nhóm đặc tính chất lượng cơ bản và 17 đặc tính thuộc nhóm đặc tính chất lượng một chiều (tuyến tính). Đồng thời, kết quả phân tích IPA cũng chỉ ra 10 đặc tính chất lượng dịch vụ mà bệnh viện Quân Y 175 cần tập trung nâng cao, 2 đặc tính chất lượng cần có chiến lược đầu tư.

Từ khóa: IPA, Kano, Chất lượng khám chữa bệnh ngoại trú, y tế công lập

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao đã kéo theo sự gia tăng trong nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân. Theo đó, chất lượng dịch vụ y tế hoàn hảo chính là điều mà các bệnh viện phải theo đuổi và đạt được. Bên cạnh hiệu quả điều trị, an toàn người bệnh, các bệnh viện ngày nay có sự chú trọng hơn đến việc đánh giá trải nghiệm người bệnh nhằm tạo mối liên hệ cảm xúc gắn kết với người bệnh, mang họ trở lại với bệnh viện trong các lần khám chữa bệnh trong tương lai. Hiện nay, các bệnh viện công lập đang thực hiện cơ chế tự chủ tài chính và phải đối mặt với những thách thức trong việc sử dụng các nguồn lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hạn chế của mình một cách hiệu quả. Vì vậy, chủ động nắm bắt kết quả trải nghiệm của người bệnh về một vấn đề nào đó theo hướng tiêu cực để tìm giải pháp cải thiện và phát huy những kết quả trải nghiệm tích cực là thật sự cần thiết. Mô hình Kano giúp xác định chi tiết các yêu cầu của người bệnh thành những danh mục có tính chất riêng biệt và vì thế, nó thể hiện một cách chính xác ý kiến của người bệnh¹. Ngoài ra, mô hình phân tích tầm quan trọng – mức độ thực hiện (IPA) giúp khám phá chất lượng dịch vụ hiện đang được cung cấp bằng cách đưa ra những điểm mạnh, điểm yếu của dịch vụ. Chính vì vậy, thực hiện tích hợp Kano và IPA chính là giải pháp cho thách thức khám phá các yếu tố quan

trọng cần được cải thiện của dịch vụ khám chữa bệnh, vạch ra lộ trình cải tiến tương ứng với nhu cầu của người bệnh.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm: 1- Phân loại các đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú theo mô hình Kano; 2- Phân tích mối quan hệ giữa tầm quan trọng - mức độ thực hiện các đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú theo mô hình IPA; 3- Xác định các đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú cần tập trung cải thiện.

CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ SERVQUAL

Chất lượng dịch vụ theo Parasuraman là khoảng cách giữa sự mong đợi và nhận thức của khách hàng khi đã sử dụng qua dịch vụ². Từ những năm 1980, các nhà nghiên cứu đã bắt đầu có những mô hình đề xuất nhằm đánh giá chất lượng dịch vụ. Mô hình SERVQUAL được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá chất lượng dịch vụ trong nhiều lĩnh vực khác nhau, với 22 biến quan sát từ 5 nhóm yếu tố: 1- Phương tiện hữu hình: cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân sự (trang phục, ngoại hình...), tài liệu truyền thông; 2- Sự tin cậy: khả năng thực hiện dịch vụ một cách tin cậy, chính xác; 3- Sự đáp ứng: sự sẵn sàng cung cấp dịch vụ của người cung cấp dịch vụ một cách nhanh chóng;

Khoa Quản lý Công Nghiệp – Trường Đại học Bách Khoa – ĐHQG-HCM, Việt Nam

Liên hệ

Huỳnh Thị Phương Lan, Email: htplan@hcmut.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 15-8-2021
- Ngày chấp nhận: 30-12-2021
- Ngày đăng: 30-4-2022

DOI: 10.32508/stdjelm.v5iS1.876



Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Trích dẫn bài báo này: Anh D K, Lan H T P. Tích hợp Kano và IPA trong cải tiến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú - nghiên cứu tình huống tại bệnh viện Quân Y 175. *Sci. Tech. Dev. J. - Eco. Law Manag.*; 5(S11):11-23.

4- Sự đảm bảo: kiến thức, trình độ chuyên môn, thái độ lịch sự, niềm nở của người cung cấp dịch vụ đối với khách hàng; 5- Sự cảm thông: sự quan tâm, chăm sóc từng khách hàng của người cung cấp dịch vụ³.

Nghiên cứu của Aaron & Roger vào năm 2012 đã kế thừa thang đo SERVQUAL nhằm xác định chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua so sánh giữa nhận thức và kỳ vọng của người bệnh, từ đó xác định khoảng trống giữa 2 chiều kích này. Kết quả nghiên cứu cho thấy, kỳ vọng của người bệnh đã không được đáp ứng trong suốt quá trình điều trị y tế và giải pháp ưu tiên hàng đầu là việc nâng cao trình độ nhân viên thông qua các chương trình đào tạo lấy khách hàng làm trung tâm⁴.

Năm 2016, Ly & Dũng cũng sử dụng mô hình SERVQUAL khi thực hiện đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại TP.HCM. Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng dịch vụ y tế ở khu vực TP. HCM chưa thực sự đáp ứng được mong đợi của người dân. Sự đáp ứng là một trong những yếu tố có tác động tích cực đến sự hài lòng nhưng lại có số điểm đánh giá trung bình thấp nhất. Theo đó, khả năng đáp ứng về thời gian là vấn đề được xác định cần cải thiện⁵.

Nhìn chung, mô hình SERVQUAL được lựa chọn vì độ tin cậy cao do được sử dụng rộng rãi nhất và được kiểm chứng ở nhiều lĩnh vực khác nhau như bán lẻ, viễn thông, nhà hàng, chăm sóc sức khỏe... Ngoài ra, trong nghiên cứu đánh giá và so sánh các mô hình đo lường chất lượng dịch vụ của mình vào năm 2013, Anh & ctg cũng chỉ ra mô hình SERVQUAL đã đáp ứng được 6/8 tiêu chí đánh giá các mô hình chất lượng dịch vụ, bao gồm: Sự xác định của các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ; Tính phù hợp khi đánh giá các loại hình dịch vụ khác nhau; Định hướng nâng cao chất lượng dịch vụ; Dự đoán nhu cầu nâng cao trình độ của các cán bộ, nhân viên; Đề xuất phương thức đo lường thích hợp nhằm cải tiến chất lượng dịch vụ trong tất cả các quá trình; Tính khả dụng của mô hình⁶. Vì vậy, với việc lấy người bệnh làm trung tâm làm kim chỉ nam cho các hoạt động cải tiến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, nâng cao sự hài lòng của người bệnh trong lĩnh vực dịch vụ y tế, mô hình SERVQUAL cũng được áp dụng rất phổ biến.

Mô hình phân loại đặc tính chất lượng – Kano

Năm 1984, Kano & ctg đề xuất mô hình Kano (Hình 1) nhằm phát triển sản phẩm, dịch vụ và đánh giá sự hài lòng của khách hàng thông qua phân loại các đặc tính chất lượng của sản phẩm, dịch vụ thành 5 nhóm dựa vào sự tác động khác nhau của chúng đến sự hài lòng và không hài lòng⁷.

Đặc tính chất lượng Phải có (M) – Must be: các đặc tính cơ bản mà khách hàng mặc định nó tồn tại trên sản phẩm, dịch vụ. Nếu không thỏa mãn những đặc tính thuộc nhóm này, khách hàng cực kỳ không hài lòng. Tuy nhiên, sự hiện diện của chúng trên sản phẩm cũng không làm tăng sự hài lòng của khách hàng vì đây là điều hiển nhiên cần phải đáp ứng.

Đặc tính chất lượng Một chiều (O) – One dimensional: sự hài lòng của khách hàng tỷ lệ thuận với mức độ đáp ứng về đặc tính nhóm này của sản phẩm, dịch vụ. Nhóm đặc tính này còn được gọi là nhóm đặc tính chất lượng tuyến tính.

Đặc tính chất lượng Thích thú (A) – Attractive: Các đặc tính thuộc nhóm này càng được đáp ứng tốt, khách hàng càng thấy hài lòng. Tuy nhiên, sự không hài lòng không bị ảnh hưởng nếu chúng không được đáp ứng.

Đặc tính chất lượng Trung lập (I) – Indifferent: Các đặc tính thuộc nhóm này dù có tồn tại hay không cũng không ảnh hưởng đến 2 trạng thái hài lòng và không hài lòng. Nghĩa là, sự hài lòng của khách hàng không thay đổi cho dù họ có được đáp ứng các đặc tính này hay không.

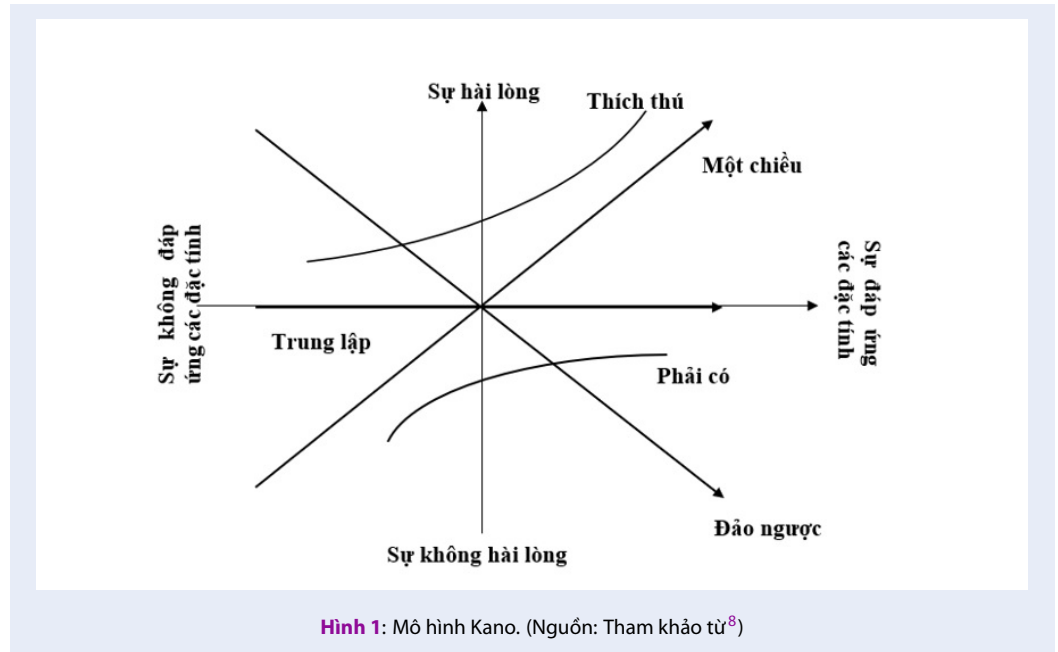
Đặc tính chất lượng Đảo ngược (R) – Reverse: Trái ngược với nhóm “Phải có”, khi tồn tại những đặc tính này trên sản phẩm, dịch vụ, khách hàng sẽ không hài lòng và ngược lại.

Ngoài ra, một nhóm đặc tính khác cũng xuất hiện trong mô hình Kano với tên gọi là *Nghi vấn (Q – Questionable)* bởi sự thiếu logic trong câu trả lời của người được hỏi về việc có hay không tồn tại các đặc tính trên sản phẩm, dịch vụ.

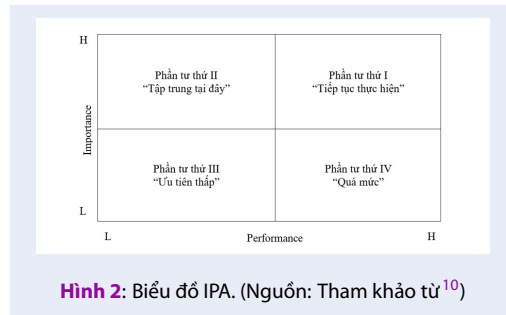
Năm 2019, Quyên & Tuấn đã tiến hành phân loại các đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại một bệnh viện thuộc khu vực TP.HCM theo Kano. Kết quả cho thấy, trong 33 đặc tính chất lượng được khảo sát, có 10 đặc tính loại M, 16 đặc tính loại O, 5 đặc tính loại A, 1 đặc tính loại I và 1 đặc tính loại R. Các tác giả cũng chỉ ra được, “Thời gian chờ đợi ngắn” là đặc tính có chỉ số “Mức độ hài lòng” cao nhất⁹.

Mô hình tầm quan trọng và mức độ thực hiện – Importance Performace Analysis (IPA)

Năm 1977, Martilla & James đề xuất mô hình IPA (Hình 2) đo lường chất lượng dịch vụ dựa vào sự khác biệt giữa ý kiến của khách hàng về tầm quan trọng và mức độ thực hiện các đặc tính của nhà cung cấp dịch vụ. Mô hình IPA phân chia các đặc tính chất lượng vào các góc phần tư cụ thể, từ đó cung cấp thông tin bổ ích cho nhà cung cấp dịch vụ về điểm mạnh, điểm yếu của doanh nghiệp, các cơ hội ưu tiên cải tiến dịch vụ thông qua những chiến lược phù hợp. Biểu đồ IPA



có dạng đồ thị với trục x biểu diễn mức độ thực hiện (Performance), trục y biểu diễn tầm quan trọng (Importance). Đồ thị chia thành 4 góc phần tư với góc tọa độ là giá trị trung bình của mức độ thực hiện và tầm quan trọng của các đặc tính¹⁰.



Phần tư thứ I – Tiếp tục thực hiện: Những đặc tính thuộc góc phần tư này có tầm quan trọng cao và cũng đang thực hiện tốt bởi doanh nghiệp. Nhà quản trị dịch vụ nên tiếp tục duy trì và phát huy thế mạnh này để gia tăng lợi thế cạnh tranh trên thị trường.

Phần tư thứ II – Tập trung tại đây: Những đặc tính thuộc góc phần tư này có tầm quan trọng cao nhưng mức độ thực hiện của doanh nghiệp chưa được như kỳ vọng của khách hàng. Nhà quản trị dịch vụ cần tập trung vào những đặc tính này để cải thiện chất lượng dịch vụ, nâng cao sự hài lòng của khách hàng.

Phần tư thứ III – Ưu tiên thấp: Những đặc tính thuộc góc phần tư này có tầm quan trọng và mức độ thực hiện của doanh nghiệp đều thấp. Nhà quản trị dịch

vụ có thể hạn chế nguồn lực để phát triển những đặc tính này.

Phần tư thứ IV – Quí mức: Những đặc tính thuộc góc phần tư này không quan trọng nhưng doanh nghiệp lại thực hiện tốt. Việc đầu tư vào các đặc tính này được xem là vô ích, gây lãng phí nguồn lực. Nhà quản trị dịch vụ nên sử dụng nguồn lực cho việc thực hiện những đặc tính này để phát triển những đặc tính khác.

Phương pháp tích hợp Kano và IPA

Việc tích hợp 2 mô hình Kano và IPA nhằm xác định đồng thời điểm mạnh, điểm yếu, sự hài lòng của khách hàng đối với một đặc tính chất lượng cụ thể và xác định yếu tố quan trọng của chất lượng dịch vụ đã được nhiều tác giả khác nhau thực hiện¹¹⁻¹³.

Hơn nữa, việc kết hợp này giúp tránh được hạn chế của từng loại mô hình, cụ thể: hạn chế của mô hình Kano là bỏ qua tầm quan trọng - mức độ thực hiện của đặc tính, trong khi mô hình IPA chỉ xem xét đến chất lượng một chiều. Do đó, bằng cách tiếp cận tích hợp, nhà quản trị có thể tìm ra chiến lược phù hợp nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ một cách đúng đắn và hiệu quả.

Kết quả phân tích từng mô hình được biểu diễn trên cùng một biểu đồ. Với mỗi góc phần tư, một chiến lược được vạch ra rằng nên tập trung, loại bỏ hay bớt quan tâm đến một đặc tính dựa trên cảm nhận rằng nó có thật sự quan trọng đối với khách hàng^{14,15}.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện thông qua 4 bước chính.

Bước 1. Nghiên cứu lý thuyết. Các đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện Quân y 175 được kế thừa chủ yếu từ nghiên cứu trước^{4,5} trong cùng lĩnh vực, với 22 đặc tính chất lượng được tổng hợp thuộc về 5 nhóm yếu tố của mô hình SERVQUAL: Phương tiện hữu hình (TA), Sự tin cậy (RE), Sự đáp ứng (RES), Sự đảm bảo (AS), Sự cảm thông (EM).

Bước 2. Thiết kế bảng khảo sát tích hợp Kano và IPA. Nghiên cứu định tính được thực hiện thông qua phỏng vấn chuyên gia và khảo sát thí điểm người bệnh tại bệnh viện Quân y 175. Cuối cùng, 30 đặc tính chất lượng được đưa vào bảng khảo sát Kano và IPA. Bảng khảo sát gồm 3 câu hỏi cho một đặc tính: 1- “Ông/Bà cảm thấy thế nào nếu bệnh viện đáp ứng đặc tính này?”, 2- “Ông/Bà cảm thấy thế nào nếu bệnh viện không đáp ứng đặc tính này?”, 3- “Bệnh viện đang thực hiện điều này ở mức độ nào?”. Câu hỏi [1], [2] phục vụ cho phân tích mô hình Kano, câu hỏi [3] phục vụ cho phân tích mô hình IPA. Việc đánh giá tầm quan trọng của các đặc tính trong mô hình IPA sẽ sử dụng lại kết quả từ câu hỏi khẳng định trong mô hình Kano. Thang đo Likert được sử dụng cho việc trả lời các câu hỏi.

Trong việc phân loại các đặc tính chất lượng theo Kano, do câu trả lời đến từ một nhóm người, phân loại của đặc tính chất lượng được xác định theo Gitlow như sau¹⁶:

Loại của đặc tính chất lượng = max (A, O, M) nếu $A + O + M > I + Q + R$ hoặc

Loại của đặc tính chất lượng = max (I, Q, R) nếu $A + O + M \leq I + Q + R$

Ngoài ra, chỉ số “Mức tác động hài lòng” và “Mức tác động không hài lòng” được tính toán để đánh giá được mức độ hài lòng của từng đặc tính:

$$\text{Mức tác động hài lòng (CS)} = \frac{A+O}{A+O+M}$$

$$\text{Mức tác động không hài lòng (DS)} = -\frac{O+M}{A+O+M+I}$$

Bước 3. Khảo sát đại trà. Thông qua phát phiếu trực tiếp và gửi khảo sát online đến người bệnh khám ngoại trú tại bệnh viện Quân y 175, 132 phiếu trả lời được thu về, 120 phiếu hợp lệ được giữ lại cho việc phân tích.

Bước 4. Phân tích dữ liệu, kết luận, kiến nghị.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thống kê mô tả

Thông tin về mẫu khảo sát được thể hiện tại Bảng 1. Ngoài ra, khi xét về kinh nghiệm sử dụng dịch vụ và loại hình dịch vụ sử dụng của nhóm đối tượng được khảo sát, thông tin thu được cho thấy có 43.3% người

Bảng 1: Thống kê mô tả mẫu (Nguồn: từ kết quả thu thập và phân tích của tác giả)

Theo lứa tuổi	
<35 tuổi	42.5%
36-65 tuổi	37.5%
>65 tuổi	20%
Hình thức thanh toán	
Có BHYT	65.8%
Không có BHYT	34.2
Kinh nghiệm sử dụng dịch vụ	
Lần đầu	34.2%
Tái khám	65.8
Nơi sinh sống	
TPHCM	90%
Nơi khác	10%

bệnh đến bệnh viện để tái khám, chủ yếu thuộc hai nhóm tuổi 35 – 65, trên 65, khám theo hình thức BHYT; 34.2% người bệnh đến khám lần đầu chủ yếu khám không BHYT, thuộc nhóm tuổi dưới 35; 22.5% người bệnh đã từng khám tại bệnh viện trước đây.

Kết quả phân tích theo mô hình Kano

Trong 30 đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú, có 3 đặc tính loại A, 17 đặc tính loại O, 7 đặc tính loại M và 3 đặc tính loại I (Bảng 2).

Kết quả phân tích theo mô hình IPA

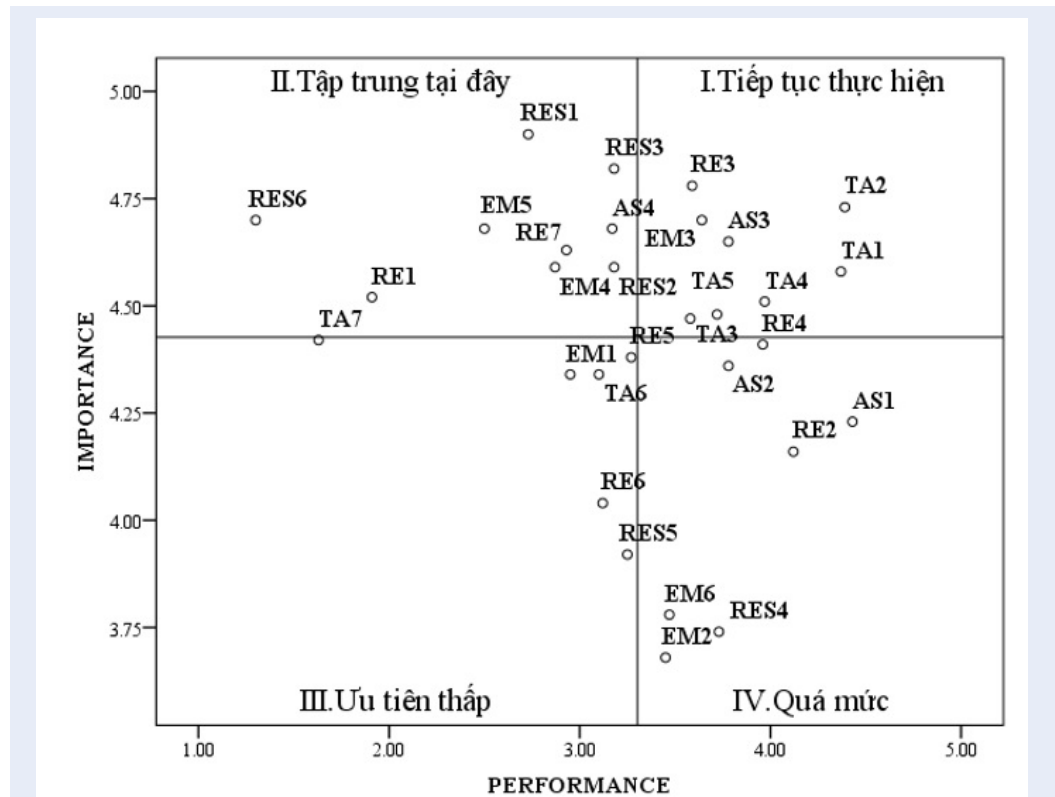
Trên biểu đồ IPA (Hình 3), các đặc tính phân bố tại khắp các góc phần tư. Ngoại trừ đặc tính AS1, tất cả các đặc tính còn lại đều không đáp ứng được kỳ vọng của người bệnh về tầm quan trọng.

Kết quả phân tích kết hợp Kano và IPA

Kết quả phân tích kết hợp 2 mô hình tại Hình 4 cho thấy, hầu hết các đặc tính loại O đều thuộc góc phần tư thứ I và thứ II, điều này có nghĩa là các đặc tính càng mang đến sự hài lòng cho người bệnh khi càng được đáp ứng tốt cũng đồng thời đang cần tiếp tục phát huy và tập trung cải thiện. 2/3 đặc tính loại A thuộc góc phần tư thứ II cho thấy, bệnh viện cần nhấn mạnh đầu tư vào các yếu tố góp phần tạo nên sự thích thú cho người bệnh. Không tồn tại đặc tính loại M trong góc phần tư thứ II, và với những yêu cầu mà theo người bệnh là bắt buộc đáp ứng thì bệnh viện cũng đang thể hiện tốt trên những phương diện này.

Bảng 2: Kết quả phân tích mô hình Kano và IPA của 30 đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện Quân y 175 (Nguồn: từ kết quả thu thập và phân tích của tác giả)

STT	Kí hiệu	Đặc tính	Loại	CS	DS	I	P
1	TA1	Cơ sở vật chất khang trang	O	0.83	-0.63	4.58	4.37
2	TA2	Trang thiết bị y tế hiện đại	O	0.72	-0.91	4.73	4.39
3	TA3	Các dịch vụ tiện ích luôn ở trong trạng thái hoạt động tốt	O	0.78	-0.66	4.48	3.72
4	TA4	Trang phục của NVYT gọn gàng, lịch sự	O	0.68	-0.70	4.51	3.97
5	TA5	Nhà vệ sinh sạch sẽ với giấy vệ sinh và dung dịch rửa tay được trang bị đầy đủ	M	0.43	-0.93	4.47	3.58
6	TA6	Khu vực ngồi chờ thoải mái	O	0.69	-0.64	4.34	3.10
7	TA7	Phòng nghỉ riêng rộng rãi, sạch sẽ dành cho người bệnh	A	0.75	-0.18	4.42	1.63
8	RE1	Bảng giá dịch vụ khám chữa bệnh được công khai	O	0.72	-0.55	4.52	1.91
9	RE2	Bệnh viện bắt đầu khám bệnh rất đúng giờ	M	0.26	-0.91	4.16	4.12
10	RE3	NVYT thông báo chính xác về thời gian mà các dịch vụ được thực hiện	O	0.90	-0.82	4.78	3.59
11	RE4	NVYT cố gắng tránh xảy ra sai sót trong quá trình khám chữa bệnh cho người bệnh	M	0.39	-0.95	4.41	3.96
12	RE5	Thời gian khám bệnh của bác sĩ kéo dài	O	0.61	-0.57	4.38	3.27
13	RE6	Người bệnh được NVYT tư vấn trước khi đăng ký khám chữa bệnh	I	0.40	-0.42	4.04	3.12
14	RE7	Người bệnh được NVYT giải thích rõ ràng quá trình sử dụng thuốc	O	0.74	-0.74	4.63	2.93
15	RES1	Thời gian chờ đợi ngắn	O	0.95	-0.86	4.90	2.73
16	RES2	Quy trình khám chữa bệnh đơn giản	O	0.71	-0.70	4.59	3.18
17	RES3	NVYT luôn sẵn lòng giúp đỡ người bệnh	O	0.84	-0.82	4.82	3.18
18	RES4	Bệnh viện có cung cấp phương tiện để người bệnh gửi thông tin phản nàn, khiếu nại	M	0.15	-0.64	3.74	3.73
19	RES5	Bệnh viện phản hồi một cách nhanh chóng phản nàn, khiếu nại của người bệnh	M	0.28	-0.68	3.92	3.25
20	RES6	Bệnh viện có dịch vụ đặt lịch khám qua tổng đài hoặc website	A	0.83	-0.24	4.70	1.30
21	AS1	Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người bệnh	M	0.27	-0.89	4.23	4.43
22	AS2	NVYT có đủ hiểu biết để trả lời câu hỏi của người bệnh	M	0.38	-0.96	4.36	3.78
23	AS3	NVYT giải thích đầy đủ cho người bệnh về tình trạng bệnh, kết quả xét nghiệm và quá trình điều trị bệnh...	O	0.68	-0.98	4.65	3.78
24	AS4	NVYT luôn lịch sự với người bệnh	O	0.69	-0.97	4.68	3.17
25	EM1	NVYT luôn dành sự quan tâm đặc biệt đến người bệnh	O	0.67	-0.53	4.34	2.95
26	EM2	NVYT cân nhắc đầy đủ đến những lo lắng của người bệnh khi quyết định một thủ tục y tế nào đó	I	0.40	-0.24	3.68	3.45
27	EM3	NVYT cho phép người bệnh hỏi nhiều câu hỏi để làm rõ những điều còn thắc mắc	O	0.86	-0.78	4.70	3.64
28	EM4	Bảng hướng dẫn quy trình khám bệnh, sơ đồ vị trí các khoa phòng rõ ràng, chính xác.	O	0.59	-0.92	4.59	2.87
29	EM5	Bệnh viện có bộ phận tiếp đón, hướng dẫn, chỉ đường cho người bệnh	A	0.81	-0.21	4.68	2.50
30	EM6	Bệnh viện có thời gian khám ngoài giờ thuận tiện	I	0.46	-0.39	3.78	3.47



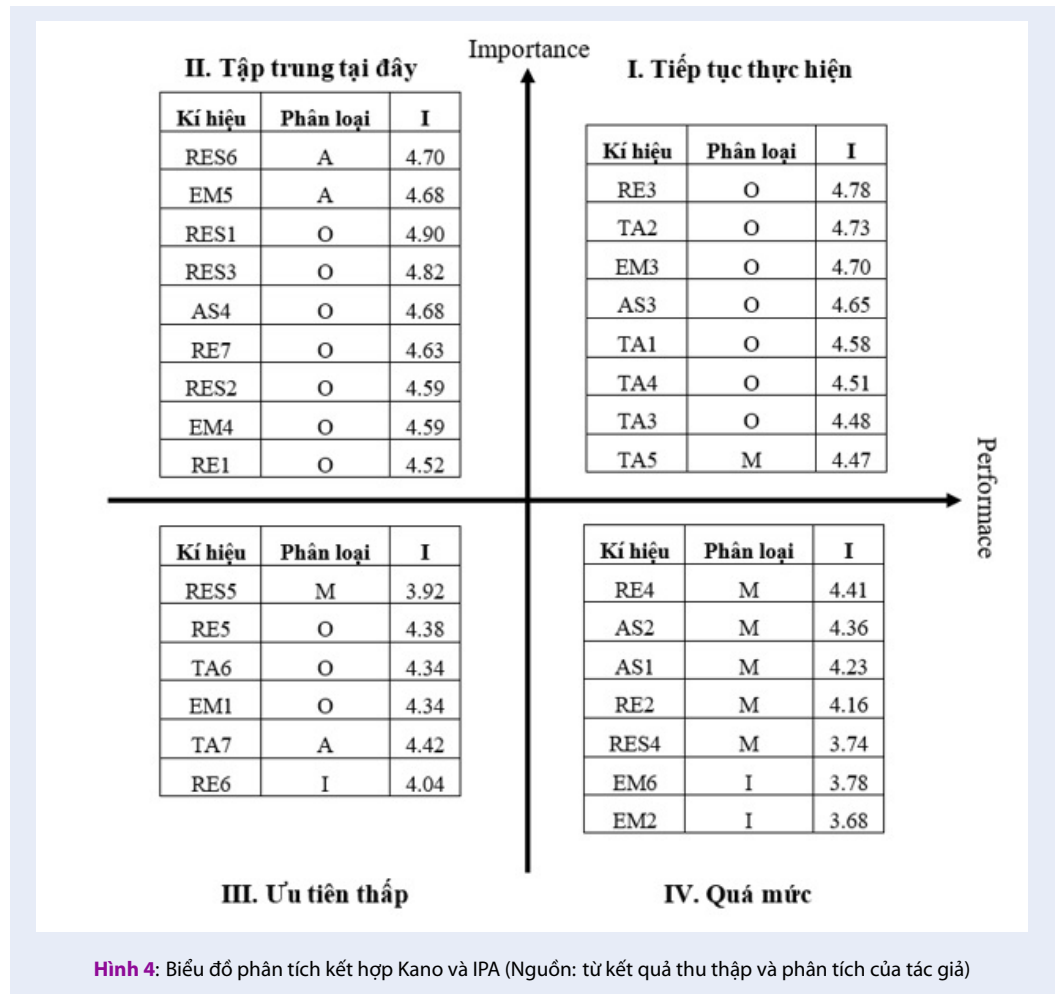
Hình 3: Biểu đồ IPA của 30 đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện Quân y 175. (Nguồn: từ kết quả thu thập và phân tích của tác giả)

THẢO LUẬN KẾT QUẢ

Kết quả từ mô hình Kano

Có 7/30 đặc tính chất lượng thuộc loại M. Hai đặc tính có chỉ số DS lần lượt cao nhất là AS2 (-0.96), RE4 (-0.95) đều liên quan trực tiếp đến kiến thức chuyên môn, kỹ năng, kinh nghiệm của NVYT nhằm đảm bảo về vấn đề an toàn người bệnh và độ tin cậy của kết quả chẩn đoán. Tuy nhiên, việc đáp ứng tốt 2 đặc tính này cũng không mang lại kết quả hài lòng cao khi chỉ số CS của 2 đặc tính ở mức dưới trung bình. Hai đặc tính RES4, RES5 có sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu của tác giả đã thực hiện các nghiên cứu trước^{9,17}. Điều này có thể lý giải là hơn 11 năm trước, người bệnh khám bệnh với mong muốn lớn nhất là khỏi bệnh mà không quan tâm nhiều đến việc bảo vệ quyền lợi cá nhân. Ngày nay, vốn hiểu biết càng được nâng cao và người bệnh dần trở nên khó tính, nhu cầu dễ dàng tiếp cận nhà cung cấp dịch vụ, nhận được phản hồi thỏa đáng, nhanh chóng cho những khiếu nại dần trở thành một yêu cầu bắt buộc phải được đáp ứng. Kết quả này tương tự như trong lý thuyết về mô hình Kano khi mô hình này đề cập đến sự thay đổi

tính chất các nhu cầu theo thời gian từ xu hướng thích thú (A) thành nhu cầu buộc phải được thỏa mãn (M). Có 17/30 đặc tính chất lượng thuộc loại O (một chiều). Trong số đó, RES1 là đặc tính có tác động mạnh mẽ nhất đến sự hài lòng. Đặc tính RE5 có phân loại I với nhóm Tái khám vì đối tượng này thường đã nắm được tình trạng của bản thân, nhiều người chỉ cần đến để lấy thuốc và họ phần nào có thể đánh giá được năng lực của bác sĩ nên cho rằng nếu bác sĩ có năng lực tốt thì không cần thiết phải kéo dài thời gian khám bệnh. Kết quả phân tích cho thấy sự chênh lệch rõ ràng giữa chỉ số CS và DS của 2 đặc tính AS3 (0.68; -0.98), AS4 (0.69; -0.97), kết quả phân loại cuối cùng là O nhưng có đến 30.8% người bệnh đánh giá AS3 và 30.9% người bệnh đánh giá AS4 thuộc loại M. Sự chênh lệch tỷ lệ phân loại giữa các nhóm đã kéo theo sự gia tăng trong chỉ số DS. Trong tương lai, NVYT giải thích đầy đủ cho người bệnh về tình trạng bệnh, kết quả xét nghiệm, quá trình điều trị bệnh và NVYT luôn lịch sự với người bệnh có thể sẽ chuyển thành đặc tính bắt buộc phải được đáp ứng. Một vai sự khác biệt trong kết quả đánh giá giữa các nghiên cứu được tóm tắt trong Bảng 3. Đáng chú ý, đặc tính AS3 có sự



tương đồng về cảm nhận của người bệnh trong nghiên cứu của tác giả và nghiên cứu của Quyên & Tuấn thực hiện năm 2019⁹. Ngược lại, người bệnh trong nghiên cứu của Yeh¹⁷ cho rằng việc bệnh viện đáp ứng tốt đặc tính này sẽ mang đến cho họ sự thích thú. Có thể thấy, sau gần một thập kỷ, khi người bệnh càng nhận thức rõ ràng quyền lợi của bản thân, nhu cầu được làm sáng tỏ tình trạng bệnh và được tham gia vào quá trình tìm hiểu, điều trị bệnh cũng được nâng lên rõ rệt. Một lần nữa, lý thuyết mô hình Kano về sự thay đổi tính chất các đặc tính theo thời gian được củng cố. Ngoài ra, trong khi người bệnh tại bệnh viện Quân y 175 đánh giá đặc tính EM4 thuộc loại O, thậm chí có xu hướng chuyển thành loại M (35% người được khảo sát đánh giá đặc tính này thuộc loại M) thì trong các nghiên cứu trước^{9,17}, đặc tính này có phân loại A. Sự khác biệt trong kết quả đánh giá này có thể đến từ việc đầu năm 2020, bệnh viện Quân y 175 chuyển đổi hoạt động khám chữa bệnh sang cơ sở mới với không gian rộng lớn và vị trí các khoa phòng cũng có sự xáo

trộn, tình trạng người bệnh “bị lạc đường” ngay trong khuôn viên bệnh viện và trong không gian khoa khám là điều thường xảy ra. Vì vậy, người bệnh tại bệnh viện Quân y 175 có đòi hỏi cao hơn trong việc đáp ứng đặc tính này.

Có 3/30 đặc tính thuộc loại A. Đặc tính TA7 có tác động đến sự không hài lòng thấp nhất trong 30 đặc tính. Người bệnh đa phần cho rằng đặc tính này cần thiết hơn với người khám ngoại trú đến từ tỉnh, thành phố khác. Tuy nhiên, hơn 90% người bệnh được khảo sát sinh sống và làm việc tại TP.HCM nên họ không đòi hỏi cao về việc được nghỉ ngơi trong phòng nghỉ riêng dành cho người bệnh khám ngoại trú.

Có 3/30 đặc tính thuộc loại I, đó là: RE6, EM2, EM6. Người bệnh đến khám chủ yếu theo hình thức “Tái khám” và một phần nhóm “Đã từng khám trước đây” thường nắm được tình trạng cơ bản của mình nên nhu cầu được tư vấn trước khi đăng ký khám là không thật sự cần thiết. Tuy nhiên, đối tượng khám “Lần đầu” đánh giá đặc tính RE6 thuộc loại O bởi họ có ít kinh

những khả năng đáp ứng của bệnh viện chỉ hơn 50% so với kỳ vọng của người bệnh. Trong quy trình khám lâm sàng đơn thuần, hai thành phần thời gian chờ đăng ký khám và chờ khám bệnh rơi vào vùng nhỏ trọng yếu gây nên thời gian chờ đợi không tạo ra giá trị cho người bệnh (Hình 5).

Trong khi số lượng người bệnh đến khám có BHYT lên đến 65.8% và nhóm khám không BHYT là một trong ít ỏi các nguồn thu quan trọng đối với một hệ thống y tế công lập đang trên đà tự chủ tài chính như bệnh viện Quân y 175. Thông qua giảm tải thời gian chờ đợi, bệnh viện đồng thời có thể làm hài lòng hơn và thu hút nhiều hơn đối tượng người bệnh tiềm năng, góp phần nào đẩy mạnh nguồn tài chính cho bệnh viện.

Ngoài ra, RES2 nằm trong góc phần tư thứ II cho thấy, người bệnh nhìn chung còn gặp khó khăn với quy trình khám chữa bệnh của bệnh viện khi họ không biết phải thực hiện và bỏ qua nhiều nhất ở các khâu liên quan đến việc thanh toán tạm phí. Như vậy, bệnh viện cần tập trung thực hiện để nâng cao hơn chất lượng dịch vụ và cải thiện sự hài lòng của người bệnh. Có 6/30 đặc tính thuộc góc phần tư thứ III. Trong đó, TA7 có tầm quan trọng cao nhất nhưng mức độ thực hiện lại thấp nhất bởi bệnh viện hiện tại không có riêng phòng nghỉ cho người bệnh khám ngoại trú. Hiện tại, bệnh viện không cần dồn nhiều nguồn lực thực hiện các đặc tính này mà nên tập trung vào các đặc tính có mức độ quan trọng cao hơn. Tuy nhiên, bỏ qua không đáp ứng là điều không được khuyến khích vì các đặc tính nằm trong góc này vẫn ít nhiều tác động đến sự hài lòng của người bệnh.

KẾT QUẢ TỪ MÔ HÌNH IPA

Trong nghiên cứu của Ly & Dũng, chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế ở TP.HCM được đánh giá bằng khoảng cách giữa cảm nhận về dịch vụ y tế người dân nhận được so với kỳ vọng của họ (5). Có thể thấy, sau gần 5 năm, khoảng cách chênh lệch cao nhất vẫn thuộc về yếu tố Sự đáp ứng trong cả hai nghiên cứu. Sự sẵn sàng cung cấp dịch vụ và đặc biệt là khả năng cung cấp một cách nhanh chóng vẫn là một điểm yếu cần cải tiến nhiều hơn đối với ngành y tế TP.HCM nói chung và tại bệnh viện Quân y 175 nói riêng (Bảng 4).

Có 8/30 đặc tính thuộc góc phần tư thứ I với 5 đặc tính thuộc nhóm yếu tố “Sự hữu hình”. Đáng chú ý, đặc tính TA5 có mức độ đáp ứng thấp nhất trong nhóm này do không có sự ổn định trong kết quả đánh giá bởi trải nghiệm không nhất quán giữa 120 người bệnh về nhà vệ sinh bệnh viện. Tỷ lệ đánh giá “Rất không tốt” và “Không tốt” chiếm 13.33% và “Bình thường” là 25.83% với đa phần phản ánh về việc thiếu giấy vệ sinh, thiếu nước rửa tay và sàn trơn trượt. Với các đặc tính này, bệnh viện nên tiếp tục duy trì và phát huy để rút ngắn khoảng cách chênh lệch, gia tăng thể mạnh. Có 9/30 đặc tính thuộc góc phần tư thứ II. Đặc tính RES1 có tầm quan trọng cao nhất trong nhóm này

nhưng khả năng đáp ứng của bệnh viện chỉ hơn 50% so với kỳ vọng của người bệnh. Trong quy trình khám lâm sàng đơn thuần, hai thành phần thời gian chờ đăng ký khám và chờ khám bệnh rơi vào vùng nhỏ trọng yếu gây nên thời gian chờ đợi không tạo ra giá trị cho người bệnh (Hình 5).

Trong khi số lượng người bệnh đến khám có BHYT lên đến 65.8% và nhóm khám không BHYT là một trong ít ỏi các nguồn thu quan trọng đối với một hệ thống y tế công lập đang trên đà tự chủ tài chính như bệnh viện Quân y 175. Thông qua giảm tải thời gian chờ đợi, bệnh viện đồng thời có thể làm hài lòng hơn và thu hút nhiều hơn đối tượng người bệnh tiềm năng, góp phần nào đẩy mạnh nguồn tài chính cho bệnh viện.

Ngoài ra, RES2 nằm trong góc phần tư thứ II cho thấy, người bệnh nhìn chung còn gặp khó khăn với quy trình khám chữa bệnh của bệnh viện khi họ không biết phải thực hiện và bỏ qua nhiều nhất ở các khâu liên quan đến việc thanh toán tạm phí. Như vậy, bệnh viện cần tập trung thực hiện để nâng cao hơn chất lượng dịch vụ và cải thiện sự hài lòng của người bệnh. Có 6/30 đặc tính thuộc góc phần tư thứ III. Trong đó, TA7 có tầm quan trọng cao nhất nhưng mức độ thực hiện lại thấp nhất bởi bệnh viện hiện tại không có riêng phòng nghỉ cho người bệnh khám ngoại trú. Hiện tại, bệnh viện không cần dồn nhiều nguồn lực thực hiện các đặc tính này mà nên tập trung vào các đặc tính có mức độ quan trọng cao hơn. Tuy nhiên, bỏ qua không đáp ứng là điều không được khuyến khích vì các đặc tính nằm trong góc này vẫn ít nhiều tác động đến sự hài lòng của người bệnh.

Có 7/30 đặc tính thuộc góc phần tư thứ IV. Hai đặc tính RE4, AS2 không được người bệnh đánh giá tuyệt đối về sự quan trọng nhưng với NVYT, đây là những kỹ năng, nghiệp vụ bắt buộc phải thực hiện, phải trang bị để đảm bảo an toàn người bệnh, duy trì mức độ đáp ứng hiện tại với hai đặc tính này là điều cần thiết.

Kết quả từ phân tích kết hợp Kano và IPA

Có 7/8 đặc tính thuộc góc phần tư thứ I có loại O. Vì có nhiều đặc tính loại O, thứ tự ưu tiên thực hiện sẽ dựa trên độ giảm dần của tầm quan trọng. Đặc tính loại M duy nhất là TA5, đây không phải là yếu tố tạo nên tính cạnh tranh cao cho bệnh viện nhưng là điều mà bệnh viện buộc phải đáp ứng nên cần tiếp tục thực hiện tốt hơn nữa để không ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự hài lòng của người bệnh. Không xuất hiện đặc tính loại A thuộc góc phần tư này cho thấy bệnh viện chưa thật sự tạo ra một khía cạnh nổi trội để mang đến sự thích thú cho người bệnh cũng như chưa tạo ra được lợi thế riêng cho cạnh tranh. Ngoài ra, bệnh

Bảng 3: So sánh kết quả nghiên cứu với các nghiên cứu trước. (Nguồn: phân tích của tác giả)

Kí hiệu	Các đặc tính chất lượng	Kết quả nghiên cứu của tác giả (2021)	Kết quả nghiên cứu của Quyển (2018)	Kết quả nghiên cứu của Tsu – Ming – Yeh (2010)
RES4	Bệnh viện có cung cấp phương tiện để người bệnh gửi thông tin phản nàn, khiếu nại	M	(X)	A
RES5	Bệnh viện phản hồi một cách nhanh chóng phản nàn, khiếu nại của người bệnh	M	O	I
TA2	Trang thiết bị y tế hiện đại	O	(X)	M
TA4	Trang phục của NVYT gọn gàng, lịch sự	O	M	(X)
RE5	Thời gian khám bệnh của bác sĩ kéo dài	O	R	(X)
AS3	NVYT giải thích đầy đủ cho người bệnh về tình trạng bệnh, kết quả xét nghiệm và quá trình điều trị bệnh...	O	O	A
EM4	Bảng hướng dẫn quy trình khám bệnh, sơ đồ vị trí các khoa phòng rõ ràng, chính xác	O	A	A

Ghi chú: (X): không được tìm thấy trong nghiên cứu

Bảng 4: So sánh kết quả nghiên cứu với nghiên cứu trước - khoảng cách chênh lệch của từng nhóm yếu tố trong mô hình SERVQUAL. (Nguồn: từ kết quả thu thập và phân tích của tác giả)

STT	Nhóm	GAP (P – I) Nghiên cứu của tác giả (2021)	GAP (P – E) Nghiên cứu của Ly & Dũng (2016)
1	Sự hữu hình	-0.96	-0.5
2	Sự tin cậy	-1.15	-0.59
3	Sự đáp ứng	-1.55	-0.612
4	Sự đảm bảo	-0.69	-0.54
5	Sự cảm thông	-1.14	-0.58

viện đang có sự đầu tư hợp lý vào các đặc tính được xem là có thể mang đến khả năng cạnh tranh và cũng được đánh giá cao bởi người bệnh, bởi kết quả khảo sát cho thấy không có đặc tính loại I nào xuất hiện trong góc phần tư này.

Góc phần tư thứ II bao gồm các đặc tính loại O là chủ yếu. Do sự xuất hiện của 2 đặc tính loại A nên RES6 và EM5 lần lượt có mức độ ưu tiên tập trung thực hiện thứ nhất và thứ hai của góc phần tư này. Bệnh viện hiện tại chưa hỗ trợ dịch vụ đặt lịch khám qua tổng đài, website và cũng chưa có riêng bộ phận trực tiếp làm nhiệm vụ hướng dẫn, chỉ đường cho người bệnh. Tuy nhiên, do sự thích thú có thể mang đến hiệu quả hài lòng rất cao, giúp gia tăng khả năng cạnh tranh nên việc đầu tư thực hiện hai đặc tính này là điều đáng nên làm.

Tại góc phần tư thứ III, thứ tự ưu tiên thực hiện các đặc tính lần lượt là RES5 bởi đây là đặc tính bắt buộc

phải đáp ứng như phân loại trong Kano. Tiếp theo với 3 đặc tính loại O, đặc tính loại A. Đặc tính loại I là RE6 có mức độ ưu tiên thực hiện cuối cùng, phần lớn người bệnh không có nhiều nhu cầu được tư vấn trước khám thì NVYT cũng không cần dành nhiều thời gian cho vấn đề này để tránh gia tăng thời gian chờ đợi của người bệnh khác.

Tại góc phần tư thứ IV, 5/7 đặc tính thuộc loại M. Việc kết hợp kết quả Kano và IPA trên cùng một biểu đồ cho thấy được lợi ích của phương pháp này khi người ta thường có xu hướng bỏ qua các đặc tính được xem là thực hiện quá mức so với mong đợi của người bệnh, nhưng đây lại là các đặc tính bắt buộc phải có của dịch vụ khám chữa bệnh. Kết quả là, duy trì thực hiện các đặc tính ở mức độ hiện tại là việc làm đúng đắn.



Hình 5: Phân tích Pareto về các khoảng thời gian chờ trong quy trình khám lâm sàng đơn thuần. (Nguồn: từ kết quả thu thập và phân tích của tác giả)

KẾT LUẬN VÀ HÀM Ý QUẢN TRỊ

Thông qua khảo sát 120 người bệnh khám ngoại trú tại bệnh viện Quân y 175 về 30 đặc tính chất lượng khám chữa bệnh ngoại trú, kết quả phân tích mô hình Kano cho thấy có 7 đặc tính thuộc loại M, 17 đặc tính thuộc loại O, 3 đặc tính thuộc loại A và 3 đặc tính thuộc loại I. Kết quả phân tích kết hợp hai mô hình Kano và IPA cũng đã mang đến hàm ý về các chiến lược cho việc thực hiện các đặc tính chất lượng, hướng đến cải thiện chất lượng. Bảng 5 trình bày danh sách các đặc tính cần “Đầu tư” và “Nâng cao” kèm theo thứ tự ưu tiên thực hiện của các đặc tính.

Ngoài ra, nghiên cứu này cũng chỉ ra được những khác biệt trong kết quả đánh giá của người bệnh về các đặc tính so với các nghiên cứu trước trong cùng lĩnh vực. Bên cạnh những khác biệt đến từ tính chất người bệnh tại mỗi cơ sở y tế khác nhau, những khác biệt còn lại đã giúp củng cố và làm vững chắc hơn cho lý thuyết được đề cập trong mô hình Kano – sự dịch chuyển tính chất của đặc tính theo thời gian từ thích thú thành bắt buộc được đáp ứng (Bảng 3).

Cuối cùng, bên cạnh những kết quả đạt được, nghiên cứu cũng tồn tại một số hạn chế, đặc biệt là việc kích thước mẫu thu được chưa mang tính đại diện cho tổng thể khi lựa chọn phương pháp chọn mẫu phi xác suất theo hình thức lấy mẫu thuận tiện bởi giới hạn về thời gian và tình hình dịch bệnh Covid – 19 phức tạp. Vì thế trong tương lai, với điều kiện bình thường mới, sử

dụng phương pháp chọn mẫu xác suất như hình thức phân tầng theo nhóm tuổi có thể giúp kết quả nghiên cứu đạt độ tin cậy cao hơn.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn Ban giám đốc và Ban quản lý chất lượng bệnh viện Quân y 175 đã tạo mọi điều kiện thuận lợi để nghiên cứu này được hoàn thành.

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BHYT: Bảo hiểm y tế

CLS: cận lâm sàng

CS: Mức tác động hài lòng

DS: Mức tác động không hài lòng

IPA: Importance – Performance Analysis (Mô hình phân tích tầm quan trọng và mức độ thực hiện)

NVYT: nhân viên y tế

SERVQUAL: Mô hình đo lường chất lượng dịch vụ của Parasuraman

TP.HCM: Thành phố Hồ Chí Minh

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả tuyên bố rằng họ không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Hai tác giả đóng góp như nhau cho nghiên cứu này. Các tác giả đã đọc và thông qua bản thảo cuối cùng.

Bảng 5: Bảng đề xuất chiến lược thực hiện cho các đặc tính chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện Quân y 175. (Nguồn: từ kết quả thu thập và phân tích của tác giả)

Kí hiệu	Các đặc tính chất lượng	Loại	Đề xuất
RES6	Bệnh viện có dịch vụ đặt lịch khám qua tổng đài hoặc website.	A	Đầu tư
EM5	Bệnh viện có bộ phận tiếp đón, hướng dẫn, chỉ đường cho người bệnh.	A	Đầu tư
RES1	Thời gian chờ đợi ngắn.	O	Nâng cao
RES3	NVYT luôn sẵn lòng giúp đỡ người bệnh.	O	Nâng cao
AS4	NVYT luôn lịch sự với người bệnh.	O	Nâng cao
RE7	Người bệnh được NVYT giải thích rõ ràng quá trình sử dụng thuốc.	O	Nâng cao
RES2	Quy trình khám chữa bệnh đơn giản.	O	Nâng cao
EM4	Bảng hướng dẫn quy trình khám bệnh, sơ đồ vị trí các khoa phòng rõ ràng, chính xác.	O	Nâng cao
RE1	Bảng giá dịch vụ khám chữa bệnh được công khai.	O	Nâng cao
RE3	NVYT thông báo chính xác về thời gian mà các dịch vụ được thực hiện.	O	Nâng cao
TA5	Nhà vệ sinh sạch sẽ với giấy vệ sinh và dung dịch rửa tay được trang bị đầy đủ.	O	Nâng cao
RE5	Thời gian khám bệnh của bác sĩ kéo dài.	O	Nâng cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sireli Y, Kauffmann P, Ozan E. Integration of Kano's Model Into QFD for Multiple Product Design. *IEEE Transactions on Engineering Management*. 2007;54(2):380-390; Available from: <https://doi.org/10.1109/TEM.2007.893990>.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* [Internet]. 1985 [cited 2020 Oct 28];49(4):41+; Available from: <https://doi.org/10.2307/1251430>; <https://www.researchgate.net/publication/225083670>.
- Parasuraman A, Zeithaml, VA, Berry LL. Servqual: A Multi - Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. *Journal of Retailing* [Internet]. 1988 [cited 2020 Oct 28];64(1):12+; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/225083802>.
- Aaron AA, Roger AA. Service quality in healthcare institutions: Establishing the gaps for policy action. *International Journal of Health Care Quality Assurance* [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 27];26(5):481+; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/254262568>.
- Ly PNKD, Dũng LT. Mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ khám chữa bệnh: Nghiên cứu trường hợp Thành phố HCM. *Journal of Science of Lac Hong University*. 2016;5:47-52;.
- Anh PC, Hà NT, Minh NH. Nghiên cứu các mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ. *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, Kinh tế và Kinh doanh*. 2013;29(1):11-22;.
- Sauerwein E, Bailom F, Matzler K, Hinterhuber HH. The Kano model: How to delight your customers. In: *International Working Seminar on Production Economics - University of Innsbruck*; 1996 Feb 19-23; Igls, Austria. 1996 [cited 2020 Oct 29]. p. 313-327; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/240462191>.
- Shahin A, Pourhamidi M, Antony J, Park, SH. Typology of Kano models: A critical review of literature and proposition of a revised model. *International Journal of Quality & Reliability Management* [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 25];30(3):341+; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/236115637>.
- Quyển NTK, Tuấn HB. Sử dụng mô hình Kano phân loại đặc tính chất lượng dịch vụ và cải tiến chất lượng dịch vụ tại khoa khám bệnh bệnh viện Trung Vương: Hội nghị KH&CN lần thứ 16 - Trường ĐHBK; 2019 Oct; TP.HCM, Việt Nam;.
- Martilla JA, James JC. Importance-Performance Analysis. *Journal of Marketing* [Internet]. 1977 [cited 2020 Oct 20];41(1):77+; Available from: <https://www.jstor.org/stable/1250495>.
- Wu HH, Tang YT, Shyu JW. An integrated approach of Kano's model and Importance-Performance Analysis in identifying key success factors. *Journal of Business Management* [Internet]. 2010 [cited 2020 Oct 20];4(15):3238+; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/228866352>.
- Kuo YF, Chen JY, Deng WJ. IPA - Kano model: A new tool for categorising and diagnosing service quality attributes. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2012;23(7,8):731-748; Available from: 10.1080/14783363.2011.637811.
- Tseng CC. An IPA-Kano model for classifying and diagnosing airport service attributes. *Research in Transportation Business & Management* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 1];37:100499; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rtbm.2020.100499>.
- Wu H, Tang Y, Shyu J. An intergrated approach of Kano's model and Inportance Performance Analysis identifying key success factors. *African Journal of Business Management* [Internet]. 2010 [cited 2020 Oct 20];4(15):3238+; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/228866352>.
- Vĩ NT, Lan HTP. Kết hợp mô hình Kano và IPA để cải tiến chất lượng dịch vụ cung cấp internet - một nghiên cứu tình huống tại FPT Telecom: Hội nghị KH&CN lần thứ 16 - Trường ĐHBK; 2019 Oct; TP.HCM, Việt Nam;.
- Gitlow HS. Innovation on demand. *Quality Engineering* [Internet]. 1998 [cited 2020 Oct 20];11(1):79+; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/228866352>.

[//doi.org/10.1080/08982119808919214](https://doi.org/10.1080/08982119808919214).

17. Yeh T. Determining medical service improvement priority by integrating the refined Kano model, Quality function deployment and Fuzzy integrals. *Journal of Business Management [Internet]*. 2010 [cited 2020 Oct];4(12):2534+; Available from: <http://www.academicjournals.org/AJBM>.
18. Madzik P, Budaj P, Mikulas D, Zimon D. Application of the Kano Model for a Better Understanding of Customer Requirements in Higher Education - A Pilot Study. *Administrative Sciences*. 2019;9(1):11+; Available from: <https://doi.org/10.3390/admsci9010011>.