

## MỤC LỤC

### KINH TẾ VÀ QUẢN LÝ

---

1. **Phạm Đức Hiếu** - Điều chỉnh lợi nhuận của doanh nghiệp niêm yết trên thị trường chứng khoán Việt Nam: phân tích thực nghiệm và nhận diện các nhân tố ảnh hưởng. **Mã số: 113.1BAcc.11** 2  
*Profit Adjustment of Listed Companies on the Vietnamese Stock Market: Empirical Analysis and Identification of Influencing Factors*
2. **Đinh Thị Phương Anh** - Ngân hàng thương mại Việt Nam trước làn sóng Fintech. **Mã số: 113.1FiBa.12** 12  
*Vietnam Commercial Bank in the Fintech Wave*
3. **Nguyễn Mạnh Hùng** - Thực trạng và định hướng phát triển du lịch các tỉnh Trung Du, miền núi Bắc Bộ. **Mã số: 113.1TRMg.11** 20  
*Situation and Orientation for Tourism Development in Northern Midland and Mountainous Provinces*

### QUẢN TRI KINH DOANH

---

4. **Trịnh Thùy Anh** - Mối quan hệ giữa thông minh cảm xúc và kết quả làm việc (nghiên cứu trường hợp nhân viên kinh doanh của các công ty du lịch trên địa bàn TP. Hồ Chí Minh). **Mã số: 113.2BAdm.22** 34  
*The Relationship between Emotional Intelligence and Work Performance (the Case Study of Sales Staff of Tourism Companies in Ho Chi Minh City)*
5. **Vũ Xuân Thủy** - Các yếu tố tác động đến thu nhập ban điều hành: bằng chứng từ các công ty niêm yết trên sàn HOSE. **Mã số: 113.2FiBa.21** 43  
*Factors Affecting Management Income: Evidence from Companies Listed on the HOSE*
6. **Vũ Thị Sen** - Các nhân tố tác động đến hiệu suất bệnh viện công vùng Tây Bắc. **Mã số: 113.2GEMg.22** 53  
*Factors Affecting the Performance of Public Hospitals in the North West*

### Ý KIẾN TRAO ĐỔI

---

7. **Trần Thu Hương** - Kinh nghiệm về tổ chức hệ thống logistics ngược qua nghiên cứu điển hình và bài học đối với Việt Nam. **Mã số: 113.3BMkt.32** 61  
*Experience in Organizing Reverse Logistics Systems through Particular Case Study and Lessons for Vietnam*

# CÁC NHÂN TỐ TÁC ĐỘNG ĐẾN HIỆU SUẤT BỆNH VIỆN CÔNG VÙNG TÂY BẮC

Vũ Thị Sen  
Trường Đại học Tây Bắc  
Email: sendhtb@gmail.com

**Ngày nhận:** 03/07/2017      **Ngày nhận lại:** 19/07/2017      **Ngày duyệt đăng:** 01/08/2017

*Biên núi vùng Tây Bắc dựa trên các khía cạnh của phương pháp thể điểm cân bằng (BSC). Kết quả nghiên cứu cho thấy các nhân tố thuộc các khía cạnh của BSC gồm: Sức mệnh, Khách hàng, Quy trình nội bộ, Đào tạo và phát triển nhân viên, Tài chính có mối quan hệ tác động đến hiệu suất của các bệnh viện công vùng Tây Bắc. Trong đó, nhân tố Tài chính phản ánh về hiệu quả thu, chi tài chính có mối quan hệ tác động lớn nhất đến hiệu suất của các bệnh viện công trong vùng.*

**Từ khóa:** thể điểm cân bằng (BSC), hiệu suất, bệnh viện công, kế hoạch chiến lược.

## 1. Giới thiệu

Theo báo cáo của Ban chỉ đạo Tây Bắc (2015), tiểu vùng Tây Bắc là vùng điều kiện kinh tế chậm phát triển nhất cả nước (năm 2015 còn tỷ lệ hộ nghèo cao gấp 2.7 lần so với bình quân cả nước). Về điều kiện tự nhiên và cơ sở hạ tầng là vùng núi có địa hình hiểm trở, giao thông chia cắt, đi lại khó khăn, cơ sở hạ tầng còn yếu. Về mặt xã hội đây là vùng có nhiều dân tộc sinh sống nhất trong cả nước với hơn 20 dân tộc khác nhau. Trình độ dân trí còn nhiều hạn chế, sự phát triển của giáo dục, y tế so với cả nước còn ở mức thấp.

Theo báo cáo tổng kết ngành y tế giai đoạn 2011-2015 của vùng cho thấy: Chất lượng dịch vụ y tế của vùng đã có những bước tiến đáng kể so với giai đoạn trước như: có sự cải thiện về chăm sóc sức khỏe sinh sản, giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em, có khả năng khám và điều trị được nhiều loại bệnh hơn nên đã giảm tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển tuyến... Tuy nhiên, báo cáo cũng chỉ ra những hạn chế chủ yếu hiện nay của các bệnh viện công trong vùng là về xây dựng và thực hiện kế hoạch, nhiệm vụ đề ra, chất lượng dịch vụ y tế cung cấp chưa đáp ứng cao sự hài lòng của người dân, hạn chế cả về số lượng và chất lượng nhân lực (đặc biệt tại tỉnh Lai Châu, số lượng bác sĩ chuyển công tác hoặc bỏ việc về xuôi những năm gần đây có xu hướng gia tăng), mức độ tự chủ tài chính còn ở mức rất thấp... Mặt khác, theo đánh giá của những người dân sống trong vùng cho

rằng: Chất lượng khám và điều trị bệnh tại các bệnh viện công trong vùng chưa đáp ứng được mong đợi của họ, nhiều trường hợp bệnh nhân không được chuyển tuyến nhưng vì muốn yên tâm và muốn hưởng chất lượng dịch vụ y tế cao hơn người bệnh đã tự chuyển tuyến dẫn đến thiệt thòi về chế độ bảo hiểm y tế. Vì vậy, làm thế nào để công cụ kế hoạch chiến lược là công cụ quản lý hiệu quả trong bệnh viện, tác động đến làm cải thiện về nhân lực y tế, cải thiện quy trình, chất lượng dịch vụ y tế cung cấp đáp ứng tốt hơn mong đợi của người bệnh, cải thiện nguồn thu, quản lý tốt các khoản chi, tăng cường đầu tư trở lại cho phát triển y tế trong vùng... Do đó, cần thiết nghiên cứu các nhân tố tác động đến hiệu suất của bệnh viện công trong vùng để xem những mặt hạn chế trên đây thuộc những nhân tố nào? Mức độ tác động đến hiệu suất của từng nhân tố đó? Từ đó có những khuyến nghị đối với nhà quản lý nhằm thúc đẩy hiệu suất, hiệu quả hoạt động của các bệnh viện công trong vùng hơn nữa.

Nghiên cứu sự tác động giữa kế hoạch chiến lược đến hiệu suất đã được thực hiện rất phong phú trong tổ chức phi lợi nhuận với các phương pháp khác nhau trên thế giới và đã khẳng định có mối quan hệ chặt chẽ giữa kế hoạch chiến lược với hiệu suất. Ngoài ra, việc nghiên cứu vận dụng BSC làm giao thức đánh giá mối quan hệ này cũng đã được một số nghiên cứu thực hiện áp dụng và cho thấy sự phù hợp đối với các tổ chức

phi lợi nhuận. Vì vậy, tác giả dựa trên tổng quan nghiên cứu để vận dụng tìm ra các nhân tố có tác động đến hiệu suất làm cơ sở khắc phục hạn chế, tăng cường hiệu quả hoạt động của các bệnh viện công trong vùng Tây Bắc.

### 2. Tổng quan và mô hình nghiên cứu

#### 2.1. Tổng quan nghiên cứu

Theo nghiên cứu của De Waal (2003) thì Hiệu suất được hiểu là: thành tựu của quá khứ, hiện tại hay tương lai của nhiệm vụ của tổ chức hoặc là chiều hướng đo lường lại bộ tiêu chuẩn đã được biết đến về tính chính xác, đầy đủ, giá trị hoặc đo lường về thời gian.

Theo Vũ Ánh Dương (2013) đã đưa ra khái niệm về Hiệu suất trong bệnh viện của Tổ chức Y tế thế giới là: “Mức độ mà dịch vụ cung cấp, bệnh viện góp phần vào việc cải thiện sức khỏe của bệnh nhân, nó phù hợp với mong đợi của bệnh nhân và đảm bảo công bằng trong việc cung cấp chăm sóc y tế, không phụ thuộc vào cách thức thanh toán và những đóng góp cho xã hội”.

Poister & Streib (2005), định nghĩa Kế hoạch chiến lược “là một quá trình quản lý tìm cách sắp xếp hành vi tổ chức với mong muốn của tổ chức và là công cụ quản lý chiến lược nhằm cung cấp hệ thống quy trình và tạo sự gắn kết với các hoạt động của tổ chức đã xác định trong tương lai”.

Theo Kaplan và Norton (2001), Lập kế hoạch chiến lược là một công cụ của quản lý chiến lược và BSC là công cụ để dịch chuyển kế hoạch chiến lược của tổ chức thành hành động bằng các giải pháp cụ thể. BSC là công cụ được phát triển bởi Kaplan và Norton (1992) như là phương tiện đánh giá hoạt động của tổ chức ngoài dựa trên biện pháp truyền thống là tài chính còn có các biện pháp phi tài chính nhằm đạt được mục tiêu sứ mệnh của mình. BSC đo hiệu suất của tổ chức phi lợi nhuận chủ yếu thông qua việc thu thập dữ liệu từ bốn khía cạnh của tổ chức: Khách hàng; Quy trình nội bộ; Đào tạo và Phát triển nhân viên; Tài chính.

*Khía cạnh Khách hàng:* Kaplan và Norton (2001) xác định khía cạnh Khách hàng là tập trung phương pháp, thực tiễn tổ chức để phát triển các giá trị đáp ứng yêu cầu của người tiêu dùng. Tổ chức phi lợi nhuận, Khách hàng là đa dạng bao gồm: các nhà tài trợ cung cấp cho tổ chức phi lợi nhuận quỹ để hoạt động, những người hưởng lợi từ dịch vụ cung cấp. Dựa trên thông tin đánh giá về khía cạnh Khách hàng là cơ sở để xác định đo hiệu suất cho các khía cạnh còn lại như Quy trình nội bộ; Đào tạo và Phát triển nhân viên; Tài chính.

Trong tổ chức phi lợi nhuận thì khía cạnh khách hàng sẽ tăng sự quan trọng hơn so với các khía cạnh khác vì sự hài lòng của khách hàng là kết quả chứng minh cho thành tựu của sứ mệnh của tổ chức đạt được (Niven, 2008).

*Khía cạnh Tài chính:* Kaplan và Norton (2001) xác định khía cạnh Tài chính như kết quả của hành vi tổ chức được thể hiện theo các chỉ tiêu tăng trưởng ngân sách mang tính bền vững. Trong tổ chức phi lợi nhuận khía cạnh Tài chính sẽ kiểm tra tính hiệu quả của sử dụng chi phí một cách tốt nhất trong điều kiện đảm bảo lợi ích đối với khách hàng. Niven (2008) cũng cho rằng khía cạnh Tài chính trong tổ chức phi lợi nhuận là không thể thiếu vì thông qua khía cạnh này sẽ thu thập thông tin về việc sử dụng nguồn lực hạn chế và các nguồn tiền từ ngân sách nhà nước và các nhà tài trợ để cung cấp dịch vụ có chất lượng.

*Khía cạnh Quy trình nội bộ:* là thuật ngữ dùng trong tổ chức phi lợi nhuận dùng thay thế cho khía cạnh Quy trình kinh doanh nội bộ của tổ chức kinh doanh. Kaplan và Norton (2001) xác định khía cạnh Quy trình nội bộ là tập trung phương pháp, thực tiễn tổ chức thực hiện đầy đủ mong đợi của khách hàng và các bên liên quan. Cải thiện hiệu suất, đạt mục tiêu của tổ chức phụ thuộc vào sự cải thiện Quy trình nội bộ.

*Đào tạo và phát triển nhân viên:* là thuật ngữ dùng trong tổ chức phi lợi nhuận thay thế cho khía cạnh Học tập và phát triển trong tổ chức kinh doanh. Khía cạnh này xác định sự phát triển và quy trình đào tạo như thực tiễn tổ chức và phương pháp thúc đẩy sự đổi mới, cải tiến và phát triển tổ chức (Kaplan và Norton, 2001). Theo Niven (2008), trong tổ chức phi lợi nhuận sự thành công của tổ chức, đạt được sứ mệnh của tổ chức hay không phụ thuộc vào các kỹ năng và năng lực của nhân viên làm việc cho tổ chức đó.

Đã có nhiều phương pháp khác nhau được sử dụng trong các nghiên cứu để chứng minh mối quan hệ tích cực giữa kế hoạch chiến lược và hiệu suất của các tổ chức phi lợi nhuận. Trong nghiên cứu của Al.Shammari và Husein (2007) đã sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng khảo sát đo lường chứng minh mối quan hệ giữa kế hoạch chiến lược với hiệu suất của tổ chức. Giffords và Dina (2004) cũng khẳng định mối quan hệ trên thông qua một nghiên cứu theo phương pháp nghiên cứu trường hợp. Linda W. Smith (2008), bằng phương pháp nghiên cứu định tính, nghiên cứu các trường hợp trong các tổ chức phi lợi nhuận cũng chỉ ra mối quan hệ mạnh mẽ giữa

kế hoạch chiến lược với hiệu suất của các tổ chức thông qua việc vận dụng mô hình khái niệm về BSC là công cụ liên kết giữa kế hoạch chiến lược với thành tựu sứ mệnh, kế hoạch chiến lược như bản hướng dẫn để thực hiện sứ mệnh của các tổ chức phi lợi nhuận.

Các nghiên cứu của Blackmon (2008) và Franklin (2011) sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng theo thiết kế nghiên cứu hồi cứu cắt ngang để kiểm tra mối liên hệ giữa kế hoạch chiến lược và hiệu suất của tổ chức thông qua các khía cạnh của BSC. Kết quả nghiên cứu đã khẳng định giữa Kế hoạch chiến lược, Sứ mệnh, Khách hàng, Quy trình nội bộ, Đào tạo và phát triển nhân viên, Tài chính có ảnh hưởng đến hiệu suất đối với các tổ chức phi lợi nhuận.

Nashwa Ghoneim và Laila El Baradei (2013), đã nghiên cứu tác động của các nhân tố đến hiệu suất của các tổ chức phi lợi nhuận của Ai Cập, kết quả nghiên cứu cho thấy có các nhân tố sau: Kế hoạch chiến lược, Sứ mệnh, Quy trình nội bộ, Khách hàng, Tài chính là tác động tới hiệu suất của tổ chức phi lợi nhuận. Các nhân tố Đào tạo và phát triển nhân viên, Tình nguyện viên không có ý nghĩa thống kê về sự tác động ảnh hưởng đến Hiệu suất của các tổ chức phi lợi nhuận của Ai Cập.

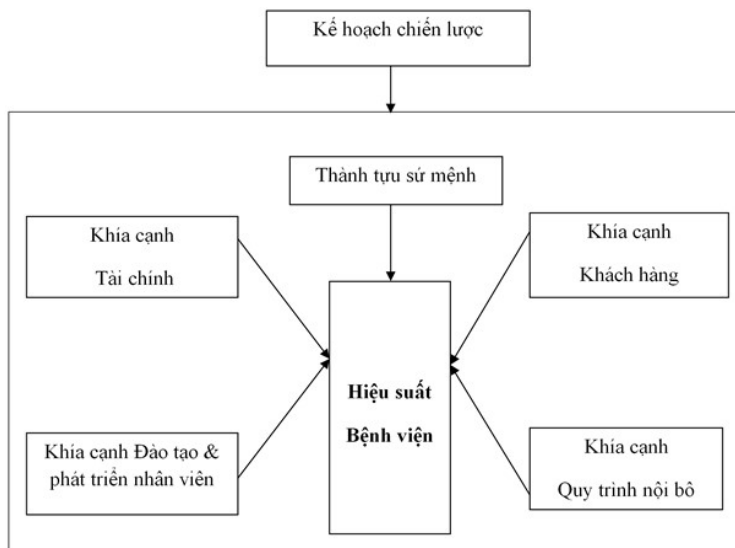
Weerasooriya và Ali Khatibi (2015), đã nghiên cứu tác động của các nhân tố đến hiệu suất của các tổ chức giáo dục và phi chính phủ tại Sri Lanka, có các nhân tố sau có ý nghĩa thống kê tác động đến hiệu suất của các tổ chức phi lợi nhuận là: Kế hoạch chiến lược, Quy trình nội bộ, Khách hàng, Đào tạo và phát triển nhân viên. Hai nhân tố không có ý nghĩa thống kê tác động đến hiệu suất là Tài chính và nhân tố Tình nguyện viên.

Như vậy, các nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra những nhân tố ảnh hưởng đến hiệu suất theo phương pháp BSC. Kế thừa kết quả của các nghiên cứu trên đây, tác giả sẽ xây dựng mô hình nghiên cứu làm cơ sở xác định các nhân tố tác động đến hiệu suất của các bệnh viện công trong vùng Tây Bắc.

**2.2. Mô hình nghiên cứu**

Trên cơ sở nghiên cứu tổng quan về các nhân tố tác động đến hiệu suất theo phương pháp BSC đã chỉ ra trên đây, tác giả vận dụng các nghiên

cứu của Kaplan và Norton (2001), Niven (2008), Blackmon (2008) đề xuất mô hình nghiên cứu theo Hình 1.



*Nguồn: Mô hình nghiên cứu được vận dụng từ nghiên cứu Kaplan và Norton (2001), Niven (2008), Blackmon (2008)*

**Hình 1:** Mô hình nghiên cứu

**3. Phương pháp nghiên cứu**

**3.1. Phương pháp thu thập dữ liệu**

Quá trình nghiên cứu tác giả sử dụng đồng thời cả phương pháp nghiên cứu định tính và phương pháp nghiên cứu định lượng như sau:

Trước hết, dựa trên tổng quan nghiên cứu tác giả tổng hợp hệ thống chỉ tiêu đo lường về Kế hoạch chiến lược và các khía cạnh của BSC. Tác giả thực hiện phỏng vấn sâu các đối tượng gồm: Ban giám đốc bệnh viện và Sở Y tế, các y bác sĩ là trưởng, phó khoa, phòng, các kế toán tổng hợp và kế toán trưởng, các bệnh nhân trong các bệnh viện công của vùng Tây Bắc để sơ bộ loại bỏ những chỉ tiêu không phù hợp và bổ sung thêm các chỉ tiêu thích hợp. Kết quả từ nghiên cứu định tính này giúp tác giả xây dựng bảng hỏi khảo sát sử dụng trong nghiên cứu định lượng ở bước tiếp theo.

Đối tượng trả lời bảng hỏi khảo sát là các nhà quản lý cấp trưởng phòng, trưởng khoa, phó khoa, phó phòng và ban giám đốc các bệnh viện công trên địa bàn 3 tỉnh Sơn La, Điện Biên, Lai Châu thuộc vùng Tây Bắc. Bảng hỏi gồm: Phần 1: Thông tin chung về đối tượng trả lời phỏng vấn như: Tuổi, giới tính, số năm công tác, trình độ, chức vụ, số năm chức vụ, hạng bệnh viện, quy mô bệnh viện, tỉnh; Phần 2 câu hỏi về Kế hoạch chiến

lược dưới dạng câu trả lời “có” hoặc “không”; Từ phần 3 đến phần 7 bảng hỏi sử dụng thang đo Likert 5 điểm với 1 là rất không đồng ý, 2 là không đồng ý, 3 là trung lập, 4 là đồng ý và 5 là rất đồng ý; Phần 3 câu hỏi về Sứ mệnh; Phần 4 câu hỏi về Quy trình nội bộ; Phần 5 câu hỏi về khía cạnh Khách hàng; Phần 6 câu hỏi về khía cạnh Đào tạo và Phát triển nhân viên; Phần 7 câu hỏi về khía cạnh Tài chính; Phần 8 câu hỏi về Hiệu suất chung của bệnh viện thông qua đánh giá sự thay đổi trong bệnh viện với thang đo 5 điểm: 1 là thay đổi rất bất lợi; 2 là thay đổi bất lợi; 3 là trung lập; 4 là thay đổi thuận lợi; 5 là thay đổi rất thuận lợi.

Trong nghiên cứu định lượng, có hai giai đoạn nghiên cứu là nghiên cứu sơ bộ và nghiên cứu rộng rãi chính thức. Giai đoạn nghiên cứu sơ bộ tác giả khảo sát 100 phiếu các đối tượng trên của các bệnh viện công trên bản tỉnh Sơn La nhằm tiếp tục loại bỏ những chỉ tiêu không đảm bảo độ tin cậy về thang đo để làm cơ sở sửa lại Bảng hỏi khảo sát sử dụng cho điều tra rộng rãi các bệnh viện công trên địa bàn vùng Tây Bắc. Số lượng phiếu bảng hỏi lệ thu được từ khảo sát rộng rãi được dùng trong nghiên cứu định lượng ở giai đoạn chính thức là 428 phiếu.

### 3.2. Thang đo

Dựa trên bước nghiên cứu định tính và khảo sát sơ bộ đã loại bỏ bớt những thang đo không phù hợp và không có ý nghĩa thống kê, kết quả thu được 83 biến quan sát đưa vào bảng hỏi chính thức trên đây như sau:

*Về Kế hoạch chiến lược:* gồm 7 biến quan sát (các thang đo này đã được Blackmon, 2008 tổng hợp từ nghiên cứu của Lee, 2006).

*Về Thành tựu Sứ mệnh:* gồm 15 biến quan sát (những quan sát này đã được Blackmon, 2008 tổng hợp từ nghiên cứu của Lee, 2006).

*Về Khách hàng:* gồm 11 biến quan sát, trong đó có 01 biến quan sát phát triển từ nghiên cứu định tính, 10 quan sát dựa trên nghiên cứu của Blackmon (2008), những biến quan sát này Blackmon đã tổng hợp từ nghiên cứu của Urrutia and Eriksen (2005), Yang và cộng sự (2005).

*Về Quy trình nội bộ:* gồm 17 biến quan sát, trong đó có 4 biến quan sát dựa trên nghiên cứu của Livaglio (2010); 2 biến quan sát dựa trên nghiên cứu của Xiao Yun Chen (2006); 2 biến quan sát dựa trên nghiên cứu của Perters và các cộng sự (2007); 8 biến quan sát dựa trên nghiên cứu của Blackmon (2008) tổng hợp từ nghiên cứu của Owen và các cộng sự (2005), Urrutia and Eriksen (2005), Yang và cộng sự (2005).

*Về Đào tạo và Phát triển nhân viên:* gồm 7 biến quan sát dựa trên nghiên cứu của Blackmon (2008) tổng hợp từ nghiên cứu của Owen và các cộng sự (2005).

*Về Tài chính:* gồm 12 biến quan sát, trong đó 1 biến quan sát dựa trên nghiên cứu của Perters và các cộng sự (2007), 2 biến quan sát dựa trên nghiên cứu của Walker, Kenton B và Dunn Laura M (2006), 4 biến quan sát được phát triển từ nghiên cứu định tính, 5 biến quan sát dựa trên nghiên cứu của Blackmon (2008) tổng hợp từ nghiên cứu của Urrutia and Eriksen (2005), Yang và cộng sự (2005).

*Về Hiệu suất:* gồm 14 biến quan sát, trong đó có 13 biến dựa trên nghiên cứu của Blackmon (2008) tổng hợp từ nghiên cứu của Urrutia and Eriksen (2005), Yang và cộng sự (2005), 1 biến quan sát được phát triển từ kết quả nghiên cứu định tính.

Thời gian thực hiện phỏng vấn sâu và khảo sát bảng hỏi trên được thực hiện từ tháng 11/2016 - tháng 6/2017.

### 3.3. Phương pháp xử lý dữ liệu trong bước nghiên cứu chính thức

Từ 428 phiếu bảng hỏi hợp lệ được cập nhật, mã hóa trên phần mềm SPSS 22 và được xử lý theo từng bước sau: trước hết tác giả thực hiện kiểm định sự tin cậy của thang đo. Chấp nhận những biến quan sát có hệ số tin cậy của Cronbachs Alpha > 0.6, đồng thời loại bỏ những biến quan sát có hệ số tương quan biến tổng nhỏ hơn 0.3. Những biến quan sát đảm bảo độ tin cậy được chuyển sang bước Phân tích nhân tố khám phá EFA (Exploratory Factor Analysis) để rút trích ra những biến quan sát có ý nghĩa hội tụ và tách biệt với điều kiện hệ số tải > 0.5 và  $KOM < 1$ , với kiểm định Bartlett có Sig < 0.05 và Phương sai trích > 50%. Bước tiếp theo tác giả thực hiện phân tích hồi quy đánh giá mức độ tác động của các nhân tố lên biến phụ thuộc Hiệu suất. Những nhân tố có hệ số  $\beta$  lớn sẽ có ảnh hưởng cao đến biến phụ thuộc, đồng thời hệ số  $\beta$  có dấu dương thì ảnh hưởng thuận chiều với biến phụ thuộc,  $\beta$  có dấu âm thì ảnh hưởng ngược lại.

### 4. Kết quả nghiên cứu

Kết quả kiểm định hệ số Cronbachs Alpha có độ tin cậy cao của thang đo các biến quan sát có hệ số đạt từ 0.774 - 0.940. Dựa trên sự tin cậy của các thang đo như trên tác giả tiến hành phân tích nhân tố khám phá EFA để loại bỏ những biến quan sát có hệ số tải < 0.5, kết quả thu được 13 nhân tố hội tụ và tách biệt với hệ số tải Loading từ 0.558 -

0.868, hệ số KMO = 0.876 nên phân tích nhân tố là phù hợp. Với kiểm định Bartlett có Sig < 0.000 và Phương sai trích Total Variance Explained là 71% > 50%, điều này chứng tỏ 71% sự biến thiên của dữ liệu được giải thích bởi 13 nhân tố trên.

Sau đó tác giả kiểm tra lại Cronbachs Alpha của các biến quan sát trong 13 nhóm nhân tố theo kết quả hội tụ EFA trên có kết quả đều đạt yêu cầu, trong đó có 1 nhóm nhân tố Cronbachs Alpha = 0.606, còn các nhân tố còn lại Cronbachs Alpha khá cao, trong khoảng 0.734 - 0.918.

Kết quả chạy mô hình hồi quy có R2 = 0.485, tức là 48,5% sự thay đổi của biến phụ thuộc Hiệu suất được giải thích bởi 13 biến độc lập gồm:

+ Về Kế hoạch chiến lược, có 2 nhân tố: Hoạt động lập Kế hoạch chiến lược (KHCL01); Nhân tố Biện pháp Kế hoạch chiến lược (KHCL02).

+ Về Sức mệnh, có 2 nhân tố: Nhân tố Vai trò Sức mệnh bệnh viện (SM01) gồm 6 biến; Nhân tố Khả năng đạt Sức mệnh bệnh viện công (SM02) gồm 3 biến quan sát.

+ Về khía cạnh Khách hàng, có 3 nhân tố hội tụ: Nhân tố Sự hài lòng của khách hàng (KH01) gồm 4 biến quan sát; Nhân tố Số lượng và chất lượng dịch vụ (KH02) gồm 4 biến quan sát; Nhân tố Hành động tìm hiểu cung ứng dịch vụ đáp ứng yêu cầu khách hàng (KH03) gồm 2 biến quan sát.

+ Về khía cạnh Quy trình nội bộ, có 3 nhân tố hội tụ: Nhân tố Chất lượng dịch vụ cung cấp (QTNB01) gồm 4 biến quan sát; Nhân tố Cơ cấu bác sĩ điều trị (QTNB02) gồm 2 biến quan sát; Nhân tố Tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ cung cấp (QTNB03) gồm 2 biến quan sát.

+ Khía cạnh Đào tạo và phát triển nhân viên, có 1 nhân tố là Hiệu quả công việc của nhân viên (HQN) gồm 4 biến quan sát.

+ Khía cạnh Tài chính, có 2 nhân tố: Hiệu quả thực hiện các khoản thu, chi tài chính (TC01) gồm 8 biến quan sát; Nhân tố Hiệu quả quản lý tài chính chung bệnh viện công (TC02) gồm 3 biến quan sát.

Kết quả hồi quy có F= 27.989, Sig = 0.000<0.05, do đó bác bỏ giả thiết toàn bộ hệ số hồi quy bằng 0, chấp nhận giả thuyết tồn tại mối quan hệ tuyến tính giữa biến phụ thuộc Hiệu suất với các biến độc lập trên đây.

Kết quả mô hình hồi quy thu được trong Bảng 1 như sau:

**Bảng 1: Kết quả hồi quy**

Mô hình	Hệ số chưa chuẩn hóa (Unstandardized Coefficients)		Hệ số chuẩn hóa (Standardized Coefficients)	Giá trị (T)	Mức ý nghĩa (Sig.)	Thống kê cộng tuyến (Collinearity Statistics)	
	B	Std. Error	Beta			Dung sai (Tolerance)	VIF
1 (Constant)	0,469	0,199		2,350	0,019		
TC 01	0,226	0,051	0,235	4,414	0,000	0,470	2,127
TC 02	0,038	0,032	0,053	1,167	0,244	0,635	1,575
SM 01	0,124	0,042	0,134	2,991	0,003	0,665	1,504
SM 02	0,038	0,034	0,050	1,115	0,266	0,656	1,525
QTNB 01	0,065	0,032	0,087	1,999	0,046	0,705	1,418
QTNB 02	-0,056	0,027	-0,084	-2,063	0,040	0,810	1,234
QTNB 03	0,086	0,036	0,108	2,354	0,019	0,627	1,594
KH 01	0,034	0,039	0,040	0,868	0,386	0,629	1,590
KH 02	0,123	0,052	0,123	2,360	0,019	0,488	2,049
KH 03	0,072	0,036	0,091	2,032	0,043	0,658	1,520
HQN	0,123	0,043	0,128	2,865	0,004	0,667	1,498
KHCL 01	-0,145	0,091	-0,065	-1,585	0,114	0,798	1,253
KH CL 02	0,142	0,084	0,067	1,702	0,090	0,864	1,157

*Biến phụ thuộc (Dependent Variable): Hiệu suất  
Nguồn: Tác giả nghiên cứu*

$Hiệu\ suất = 0,469 + 0,235*TC\ 01 + 0,053*TC\ 02 + 0,134*SM\ 01 + 0,050*SM\ 02 + 0,087*QTNB01 - 0,084*QTNB02 + 0,108*QTNB03 + 0,040*KH01 + 0,123*KH02 + 0,091*KH\ 03 + 0,128*HQNV - 0,065*KHCL01 + 0,067*KHCL02$

Hệ số VIP < 3, do đó không có hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập, mô hình hồi quy có chất lượng tốt.

Trong bảng 1, những biến có Sig < 0.05, do đó có ý nghĩa thống kê gồm 8 nhân tố sau: TC01, SM01, QTNB 01, QTNB 02, QTNB03, KH02, KH03 và HQNV. Đa số các nhân tố có tác động tích cực đến Hiệu suất của bệnh viện trừ nhân tố QTNB02 có  $\beta = -0.084 < 0$ , do đó nhân tố này có tác động ngược chiều với Hiệu suất. Các nhân tố còn lại gồm: TC02, SM02, KH01, KHCL01 và KHCL02 có Sig > 0.05, do đó không có ý nghĩa thống kê trong đánh giá tác động đến hiệu suất của các bệnh viện công trong vùng.

Ngoài ra, kết quả hồi quy nhân tố nào có hệ số  $\beta$  lớn nhất sẽ có tác động lớn nhất đến Hiệu suất. Phương trình hồi quy trên cho thấy nhân tố Hiệu quả thực hiện thu, chi tài chính (TC01) có hệ số  $\beta = 0.235$  là lớn nhất, do đó là nhân tố có ảnh hưởng lớn nhất đến biến phụ thuộc Hiệu suất của bệnh viện công trong vùng.

### 5. Thảo luận và một số hàm ý nghiên cứu

Theo kết quả phân tích hồi quy trong bảng 1 trên cho thấy, có 8 nhân tố: TC01, SM01, QTNB01, QTNB02, QTNB03, KH02, KH03 và nhân tố HQNV là có ý nghĩa thống kê và có tác động đến Hiệu suất của các bệnh viện vùng Tây Bắc. Trong đó có 7 nhân tố tác động tích cực đến hiệu suất, nhân tố QTNB 02 có hệ số  $\beta < 0$  nên có tác động ngược chiều đến hiệu suất của bệnh viện công. Mô hình nghiên cứu trên đã giải thích được tương đương 49% sự thay đổi của hiệu suất bởi các biến độc lập trong phương trình hồi quy.

Với kết quả phân tích của mô hình trên thì để tăng cường Hiệu suất của các bệnh viện công vùng Tây Bắc hiện nay thì cần tập trung vào 8 nhóm nhân tố trên đây, cụ thể:

*Thứ nhất*, về nhân tố Hiệu quả thực hiện thu, chi tài chính bệnh viện công (TC01): cần tăng cường sử dụng kinh phí trong phạm vi dự toán, sử dụng tiết kiệm các khoản chi, trong đó lưu ý đến

sử dụng tiết kiệm các khoản chi phí hành chính, phân bổ chi phí đối với cán bộ, y bác sĩ hợp lý, góp phần để cán bộ yên tâm chăm sóc người bệnh, phân bổ chi phí thuốc, vật tư y tế phù hợp để đẩy mạnh chất lượng khám và điều trị bệnh. Bệnh viện cần gia tăng sự hài lòng của người bệnh từ đó sẽ đẩy mạnh thu hút bệnh nhân làm tăng nguồn thu từ viện phí và bảo hiểm y tế. Nguồn thu từ viện phí tăng sẽ giúp các bệnh viện trong vùng tăng khả năng tự chủ tài chính, trong đó tăng tỷ lệ đảm bảo kinh phí hoạt động thường xuyên. Tính hiệu quả chi phí còn thể hiện ở sự phân bổ và sử dụng kinh phí cho các bộ phận liên quan trong bệnh viện hợp lý. Đây là nhân tố có hệ số  $\beta$  lớn nhất trong các nhân tố, do đó cần ưu tiên tập trung vào nhân tố này nhằm tăng cường thúc đẩy cải thiện hiệu suất của các bệnh viện công trong vùng.

*Thứ hai*, về nhân tố Vai trò Sứ mệnh bệnh viện (SM01), để tập trung tăng hiệu suất thông qua nhân tố này các bệnh viện công trong vùng cần: Nâng cao hiệu quả hoạt động mà lại bị giới hạn về nguồn lực tài chính, bệnh viện cần sắp đặt những thứ tự ưu tiên để đạt được mục tiêu sứ mệnh của mình. Cần tập trung vào xây dựng chiến lược đối với bệnh viện, theo kết quả phỏng vấn đối với các lãnh đạo của bệnh viện cho thấy đây là một khâu yếu đối với các bệnh viện vùng Tây Bắc, do đó để cải thiện hiệu suất đây là một trong những khâu cần quan tâm thúc đẩy thực hiện. Để đạt được Sứ mệnh mà bệnh viện cần đạt được thì nhận thức về vai trò nhiệm vụ và thực hiện công việc của mỗi cán bộ nhân viên trong bệnh viện là rất quan trọng cho việc nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh, đạt được mục tiêu sứ mệnh bệnh viện đề ra.

*Thứ ba*, nhân tố Chất lượng dịch vụ cung cấp (QTNB01) có thể coi là nhân tố rất quan trọng ảnh hưởng đến hiệu suất của các bệnh viện công trong vùng nói riêng và các bệnh viện công của Việt Nam nói chung vì bệnh viện là đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có nhiệm vụ chủ yếu là khám và điều trị bệnh nên kết quả nghiên cứu chỉ ra nhân tố này có ảnh hưởng lớn đến hiệu suất là phù hợp với thực tiễn. Chất lượng dịch vụ cần thể hiện trong các chỉ tiêu: Giảm tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển tuyến, tức là khả năng điều trị bệnh

của bệnh viện công tuyến miền núi được nâng lên giúp hạn chế những trường hợp vượt quá khả năng điều trị phải chuyển tuyến; Chất lượng dịch vụ còn được thể hiện rõ trong các trường hợp phải phẫu thuật thông qua thời gian điều trị được cải thiện thời gian nằm viện. Muốn đạt được chỉ tiêu này thì trình độ tay nghề và máy móc thiết bị hỗ trợ điều trị đã nâng lên. Ngoài ra, cần giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, giảm tỷ lệ sau phẫu thuật phải chuyển tuyến của các bệnh viện trong vùng.

*Thứ tư*, nhân tố Cơ cấu bác sĩ điều trị (QTNB02) có tác động ngược chiều nhưng ở mức yếu với Hiệu suất là phù hợp với thực tế hiện nay trong vùng vì theo số liệu thống kê năm 2016 tỷ lệ bác sĩ/vạn dân của vùng là  $7.4 <$  mức bình quân của cả nước là 8.0. Đồng thời, số lượng bác sĩ trong vùng chủ yếu thuộc diện chuyên tu và cử tuyến nên chất lượng không đồng đều. Do đó, đây là một trong những nhân tố tác động ngược chiều điển hình của các bệnh viện trong vùng hiện nay. Vì vậy, để cải thiện hiệu suất thì không chỉ cải thiện về mặt số lượng bác sĩ/vạn dân trong vùng mà cần đầu tư nâng cao trình độ chuyên môn đồng đều và phát triển chuyên môn sâu của đội ngũ y bác sĩ trong vùng.

*Thứ năm*, nhân tố Tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ cung cấp (QTNB03) cho thấy quá trình cung cấp dịch vụ càng thực hiện tuân thủ theo tiêu chuẩn về chất lượng và quy trình cung cấp do Bộ Y tế ban hành thì càng có tác động cải thiện hiệu suất bệnh viện công của vùng.

*Thứ sáu*, nhân tố Số lượng và chất lượng dịch vụ (KH02) có tác động tích cực đến hiệu suất. Do đó, bệnh viện càng tăng cường cải thiện về số lượng và chất lượng khám và điều trị bệnh, đáp ứng nhu cầu về dịch vụ cung cấp sẽ làm gia tăng sự hài lòng và sự mong đợi của người bệnh thì càng cải thiện, nâng cao hiệu suất của bệnh viện.

*Thứ bảy*, nhân tố Tổ Hành động tìm hiểu cung ứng dịch vụ đáp ứng yêu cầu khách hàng (KH03) có tác động tích cực đến hiệu suất. Do đó, bệnh viện cần tăng cường chủ động tìm hiểu mong muốn, nhu cầu của người sử dụng dịch vụ nhằm đáp ứng và đem lại sự hài lòng càng cao thì càng tác động đến cải thiện và nâng cao hiệu suất bệnh viện.

*Thứ tám*, nhân tố Hiệu quả công việc của nhân viên (HQNVI) có ảnh hưởng thuận chiều đối với hiệu suất. Đối với dịch vụ y tế đây là nhân tố có vai trò rất quan trọng. Hiệu quả cung cấp dịch vụ sẽ phụ thuộc vào chất lượng, hiệu quả của người cung cấp dịch vụ là các cán bộ, y bác sĩ và người phục vụ trong bệnh viện. Do đó, cần thúc đẩy nâng cao hiệu quả chất lượng làm việc của nhân viên, nhân viên y tế có đủ thông tin để giải quyết và ra quyết định tốt nhất trong công việc. Để nâng cao hiệu quả công việc của nhân viên thì cần tăng cường nâng cao trình độ chuyên môn sâu, quản lý chuyên môn theo kết quả công việc. Ngoài ra, để có hiệu quả công việc cao, nhân viên cần có kế hoạch làm việc, mục tiêu công việc rõ ràng cần đạt được.

Về hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu đã chỉ ra một số nhân tố có tác động đến hiệu suất của các bệnh viện công vùng Tây Bắc, từ đó giúp các bệnh viện nên có những giải pháp phù hợp tập trung vào các nhân tố có tác động lớn, tác động mạnh lên hiệu suất. Tuy vậy, nghiên cứu này vẫn còn những hạn chế nhất định như có thể mở rộng mẫu nghiên cứu không chỉ tại các bệnh viện công vùng Tây Bắc của các tỉnh Sơn La, Điện Biên, Lai Châu mà có thể mở rộng ra các tỉnh vùng núi của Việt Nam, những vùng mà điều kiện chăm sóc y tế còn khó khăn để kiểm định chính xác hơn những nhân tố làm thay đổi hiệu suất bệnh viện công vùng núi. Nghiên cứu mới tìm ra các nhân tố giải thích được chưa đến 50% sự thay đổi của Hiệu suất bệnh viện công trong vùng, vì vậy còn những nhân tố còn lại có tác động đến hiệu suất là gì, cần tiếp tục đối với các nghiên cứu tiếp theo để nghiên cứu về lĩnh vực này được ý nghĩa hơn.

Như vậy, với những nhân tố tác động đến Hiệu suất của bệnh viện công mà nghiên cứu đã chỉ ra trên đây sẽ giúp các nhà quản lý bệnh viện nên tập trung giải pháp vào những nhân tố nào nhằm cải thiện hơn hiệu suất và chất lượng hoạt động của các bệnh viện công của vùng Tây Bắc. Nghiên cứu đã chỉ ra những nhân tố tác động đến hiệu suất bệnh viện công trong vùng không chỉ là nhân tố tài chính mà cả những nhân tố phi tài chính. Do đó, muốn cải thiện hiệu suất bệnh viện công trong vùng thì ngoài những giải pháp



tập trung vào vấn đề tài chính thì cần những giải pháp tập trung vào những nhân tố phi tài chính như: Sức mạnh, Khách hàng, Quy trình nội bộ, Đào tạo và phát triển nhân viên. ♦

### Tài liệu tham khảo:

1. Al-Shammari, H. A. and Hussein, R. T. (2007), *Strategic planning-firm performance linkage: Empirical investigation from an emergent market perspective*, Advances in Competitiveness Research.

2. Blackmon, V. Y. (2008), *Strategic planning and organizational performance: an investigation using the balanced scorecard in nonprofit organizations*. Ph.D.dissertation, Capella University, United States, Retrieved August.

3. Franklin, P. W. (2011), *Relationship between Strategic Planning and Nonprofit Organizational Performance*, Ph.D. Dissertation, Capella University, United States.

4. Giffords, E. D., and Dina, R. P. (2004), *Strategic planning in nonprofit organizations: Continuous quality performance improvement - a case study*, International Journal of Organization Theory and Behavior.

5. Kaplan, R., and Norton, D. (2001), *Transforming the Balanced scorecard from Performance Measurement to Strategic Management*, Part II. Accounting Horizons.

6. Nashwa Ghoneim và Laila El Baradei (2013), *The Impact of Strategic Planning on Egyptian Non-profits Performance: An Assessment Using the Balanced Scorecard*, Journal of US-China Public Administration.

7. Niven, P. R. (2008), *Balanced scorecard step-by-step for government and nonprofit agencies* (2nd ed).

8. Peters and et (2007), *A balanced scorecard for health services in Afghanistan*, World Health Organization.

9. Poister, T. H. & Streib, G. (2005), *Elements of strategic planning and management in municipal government: status after two decades*, Public Administration Review.

10. Urrutia I, Eriksen SD (2005), *Application of the balanced scorecard in Spanish private health-care management*, Measure Bus Excell.

11. Voelker KE, Rakich JS, French GR (2001), *The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology*, Hosp Top.

12. Vũ Ánh Dương. (2013), *Đo lường chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh*.

13. Walker KB & Dunn LM (2006), *Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard*, Acad Health Care Manag.J.

14. Weerasooriya và Ali Khatibi (2014), *The impact of strategic planning for training anhd educational non government organizations Srilanka: An evaluation using the Balanced Scorecard*, International Journal of Management Sciences and Business Research.

15. Yang, Ching., Cheng, L., Yang, Chih. (2005), *A study of implementing Balanced Scorecard (BSC) in nonprofit organizations: A case study of private hospital*, Human Systems.

### Summary

The research has indicated the factors that affect the performance of public hospitals in the North West mountainous region, basing on aspects of the Balanced Score Card (BSC) method. The results of the study have shown that factors in the BSC such as Mission, Customers, Internal Process, Staff Training and Development, Finance influenced the efficiency of public hospitals in that region. In particular, financial factor, which reflects the effectiveness of financial revenues and expenditures, has the greatest impact on the performance of public hospitals in the North West region.