

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC KINH TẾ QUỐC DÂN



NGUYỄN THÀNH LÂM

CÁC NHÂN TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN Ý ĐỊNH
SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH
TẠI NHÀ Ở VIỆT NAM

Ngành đào tạo: QUẢN TRỊ KINH DOANH (MARKETING)

Mã số: 9340101

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ

HÀ NỘI - 2026

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI:
ĐẠI HỌC KINH TẾ QUỐC DÂN**

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. PHẠM VĂN TUẤN

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

**Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm Luận án
cấp Đại học Kinh tế Quốc dân**

Vào hồi:..... giờ, ngày tháng năm 2026

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam**
- Thư viện Đại học Kinh tế Quốc dân**

CHƯƠNG 1: GIỚI THIỆU NGHIÊN CỨU

1.1. Lý do lựa chọn đề tài

Xuất phát từ bối cảnh thực tiễn, Việt Nam đang đối mặt với tốc độ già hoá dân số nhanh, với khoảng 16,1 triệu người cao tuổi chiếm trên 16% dân số năm 2025, kéo theo tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ngày càng gia tăng và áp lực quá tải nghiêm trọng lên hệ thống y tế công. Trong bối cảnh đó, dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (KCBTN) nổi lên như một giải pháp tiềm năng, vừa giúp giảm tải cho các bệnh viện tuyến đầu, vừa đáp ứng nhu cầu chăm sóc liên tục, tiện lợi và linh hoạt của người bệnh. Thị trường dịch vụ này tại Việt Nam được định giá 110,57 triệu USD năm 2023 và dự báo tăng trưởng với CAGR 5,6% đến năm 2029, đặc biệt với sự hỗ trợ từ Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi có hiệu lực từ tháng 7/2025. Tuy nhiên, chỉ khoảng 25% gia đình Việt Nam quen thuộc với loại hình dịch vụ này, cho thấy rào cản nhận thức vẫn là thách thức lớn cần được giải quyết.

Xét từ phương diện nghiên cứu khoa học, hiểu rõ các yếu tố tác động đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN là cần thiết trên nhiều phương diện. Thứ nhất, đây là cơ sở để các nhà cung cấp dịch vụ xây dựng chiến lược phù hợp, góp phần giảm tải hệ thống y tế công vốn đang chịu áp lực lớn. Thứ hai, kết quả nghiên cứu phù hợp với định hướng chuyển đổi số và hiện đại hoá y tế của Chính phủ, hỗ trợ thiết kế các nền tảng công nghệ thân thiện và đáng tin cậy. Thứ ba, trong bối cảnh văn hoá Việt Nam, khi người dân vẫn ưu tiên khám trực tiếp tại bệnh viện và chịu ảnh hưởng lớn từ cộng đồng xung quanh, cần có nghiên cứu bối cảnh hoá đặc thù để hiểu cơ chế hình thành niềm tin và thay đổi hành vi sử dụng dịch vụ.

Ngoài ra, với các đề tài nghiên cứu cùng chủ đề, các mô hình hiện có như HBM hay TAM/UTAUT khi đứng độc lập đều chưa đủ khả năng giải thích đầy đủ hành vi sử dụng dịch vụ KCBTN – vốn kết hợp đồng thời cả yếu tố y tế lẫn công nghệ. Bên cạnh đó, nghiên cứu quốc tế về lĩnh vực này chủ yếu được thực hiện tại các nước phát triển và tập trung vào đánh giá hiệu quả, chất lượng dịch vụ, trong khi tại Việt Nam, các công trình hầu hết chỉ dừng lại ở mức khảo sát thực trạng và nhu cầu. Khoảng trống về các yếu tố ảnh hưởng đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN trong bối cảnh thị trường đang phát triển, có tính tập thể cao như Việt Nam, vẫn chưa được lấp đầy.

Từ những lý do trên, đề tài “*Các nhân tố ảnh hưởng đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà ở Việt Nam*” được lựa chọn nhằm bổ sung cơ sở lý luận về hành vi người tiêu dùng trong lĩnh vực y tế kỹ thuật số, đồng thời cung cấp bằng chứng khoa học phục vụ hoạch định chính sách và phát triển dịch vụ KCBTN bền vững tại Việt Nam.

1.2. Mục tiêu nghiên cứu

- Mục tiêu chung: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích xác định, phân tích và đánh giá các nhân tố ảnh hưởng đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa

bệnh tại nhà của người Việt Nam. Từ đó, đề xuất các hàm ý quản trị và chính sách nhằm thúc đẩy việc áp dụng và phát triển bền vững mô hình chăm sóc sức khỏe này tại Việt Nam.

- Mục tiêu cụ thể:
 - i) Xác định các nhân tố ảnh hưởng đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN thông qua tích hợp các lý thuyết nền tảng, từ đó xây dựng mô hình nghiên cứu phù hợp với bối cảnh người tiêu dùng Việt Nam;
 - ii) Đo lường mức độ tác động của từng nhân tố, đồng thời phân tích sự khác biệt về ý định hành vi giữa các nhóm người tiêu dùng theo đặc điểm nhân khẩu học;
 - iii) Đề xuất các khuyến nghị về quản lý và chính sách cho nhà cung cấp dịch vụ và nhà hoạch định chính sách nhằm thúc đẩy sự phát triển bền vững của dịch vụ KCBTN tại Việt Nam.

1.3. Câu hỏi nghiên cứu

- Những nhân tố nào tác động tới ý định sử dụng dịch vụ KCBTN của người tiêu dùng Việt Nam? Chiều hướng và mức độ tác động của các nhân tố này tới ý định sử dụng dịch vụ KCBTN của người tiêu dùng Việt Nam như thế nào?
- Có sự khác biệt về ý định sử dụng dịch vụ KCBTN giữa các nhóm đối tượng có đặc điểm nhân khẩu học khác nhau hay không?
- Những khuyến nghị và các hàm ý quản trị nào có thể áp dụng nhằm thúc đẩy sự phát triển bền vững của mô hình KCBTN ở Việt Nam?

1.4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Các nhân tố ảnh hưởng đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà của người Việt Nam
- Khách thể nghiên cứu: Khách thể nghiên cứu hướng tới là những cá nhân hiện đang hoặc có khả năng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. Đối tượng này bao gồm người lớn từ 18 tuổi trở lên, sống tập trung ở các thành phố lớn - nơi có các đơn vị cung cấp dịch vụ KCBTN cứu sinh sẽ tập trung vào ba nhóm khách thể chính: (1) người cao tuổi; (2) bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính hay bệnh lâu năm, bệnh nền; và (3) các thành viên đóng vai trò là chủ hộ, người chi trả chính/người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe trong gia đình, vì đây là những nhóm có nhiều khả năng cân nhắc hoặc cần đến dịch vụ y tế tại nhà. Ngoài ra, nghiên cứu cũng xem xét các nhóm đối tượng trẻ tuổi, do lối sống bận rộn của họ có thể ảnh hưởng đến xu hướng lựa chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiện lợi và tiết kiệm thời gian.
- Phạm vi nghiên cứu:

i) Nội dung:

Luận án tập trung xác định, phân tích và đánh giá các yếu tố tác động đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN của người dân, bao gồm: các yếu tố tâm lý liên quan đến nhận thức bệnh tật (khả năng mắc bệnh, mức độ đe dọa); các yếu tố công nghệ (tính dễ sử dụng, tính hữu ích và độ tin cậy); và các yếu tố điều kiện hành vi (ảnh hưởng xã hội, chi phí và năng lực bản thân). Bên cạnh đó, các biến nhân khẩu học như độ tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thu nhập cũng được xem xét nhằm làm rõ sự khác biệt giữa các nhóm người tiêu dùng.

ii) Không gian: Về mặt địa lý, nghiên cứu được thực hiện tại các trung tâm đô thị lớn tại 3 miền Bắc - Trung - Nam là Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh và Đà Nẵng. Đây là những địa phương có dịch vụ chăm sóc sức khỏe và công nghệ số phát triển. Các thành phố này đảm bảo tính đại diện cho bối cảnh kinh tế, xã hội và công nghệ tương đối phát triển và khả năng chi trả cho dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà.

iii) Thời gian: Triển khai trong 36 tháng, chia thành 4 giai đoạn:

- Giai đoạn đầu tiên, nghiên cứu sinh tập trung vào việc xem xét các tài liệu liên quan, xây dựng khung lý thuyết và thiết kế mô hình nghiên cứu, công cụ khảo sát.
- Giai đoạn thứ hai, bao gồm thử nghiệm bảng hỏi, hiệu chỉnh các thang đo và tiến hành thu thập dữ liệu chính thức. Các cuộc khảo sát sẽ được phân phối đến các đối tượng khảo sát mục tiêu trên 3 thành phố lớn: Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, và Đà Nẵng - đại diện cho 3 miền Bắc - Trung - Nam để thu thập các góc nhìn đa dạng.
- Giai đoạn thứ ba tập trung vào việc xử lý dữ liệu, phân tích thống kê, diễn giải và thảo luận về các kết quả nghiên cứu.
- Giai đoạn cuối cùng, dành riêng cho việc viết, chỉnh sửa và bảo vệ luận án.

1.5. Khái quát phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp thu thập dữ liệu

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên hai nguồn dữ liệu chính: dữ liệu thứ cấp và dữ liệu sơ cấp, cụ thể:

- i) *Dữ liệu thứ cấp*: Thu thập, phân tích và tổng hợp các công trình nghiên cứu và báo cáo số liệu thực tiễn liên quan đến đề tài từ trước đến nay. Đặc biệt, tập trung vào các dữ liệu, nghiên cứu trong vòng 5 năm trở lại đây (2020 - 2025) nhằm đảm bảo tính cập nhật, phù hợp với bối cảnh phát triển của lĩnh vực dịch vụ y tế tại nhà và sự thay đổi trong hành vi người tiêu dùng.
- ii) *Dữ liệu sơ cấp*: Thực hiện phỏng vấn các nhà nghiên cứu, các chuyên gia, các lãnh đạo, nhà quản lý của các doanh nghiệp cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà tại Việt Nam, và tiến hành khảo sát người tiêu dùng trong giai đoạn 2024 - 2025.

- Phương pháp nghiên cứu

Luận án được thực hiện thông qua hai phương pháp nghiên cứu chính: phương pháp nghiên cứu định tính và phương pháp nghiên cứu định lượng. Cụ thể:

- i) Nghiên cứu định tính: NCS thực hiện phỏng vấn sâu với hai đối tượng. Nhóm thứ nhất gồm 02 nhà nghiên cứu trong lĩnh vực hành vi người tiêu dùng và y tế, với mục tiêu kiểm chứng tính logic của mô hình nghiên cứu, đánh giá sự phù hợp của các yếu tố đề xuất và hiệu chỉnh thang đo. Nhóm thứ hai gồm 03 chuyên gia thực tiễn có kinh nghiệm trực tiếp tại các cơ sở cung cấp dịch vụ KCBTN, nhằm làm rõ đặc điểm thị trường dịch vụ KCBTN ở Việt Nam.
- ii) Nghiên cứu định lượng trải qua hai giai đoạn, cụ thể:
 - *Giai đoạn sơ bộ* thực hiện khảo sát trực tuyến qua Google Forms theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, với mục tiêu đánh giá độ tin cậy của thang đo và hiệu chỉnh bảng hỏi. Kết quả thu được 391 phiếu hợp lệ trên tổng số 396 phiếu phát ra.
 - *Giai đoạn chính thức* được thực hiện trên quy mô mẫu lớn hơn, thu về 802 phiếu trên tổng số 870 phiếu phát ra, trong đó có 766 phiếu khảo sát hợp lệ. Mục tiêu của giai đoạn này là kiểm định độ tin cậy thang đo, kiểm định mô hình và các giả thuyết nghiên cứu, từ đó xác định mức độ và chiều hướng tác động của từng yếu tố đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN.

CHƯƠNG 2: CƠ SỞ LÝ THUYẾT VÀ TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

2.1. Các khái niệm liên quan

2.1.1. Khái niệm dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà

Dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà bắt đầu hình thành vào giữa thế kỷ 20 và phát triển từ những năm sau 1950, các khái niệm ban đầu về dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà nhấn mạnh vào việc cung cấp các dịch vụ y tế tại nhà cho người bệnh nhằm giảm thiểu các chi phí so với điều trị nội trú và các dịch vụ này được cung cấp bởi các chuyên gia y tế đã được cấp phép. Qua thời gian, sự phát triển của công nghệ thông tin y tế cũng đã định hình lại dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà, chuyển đổi từ mô hình chăm sóc trực tiếp sang quản lý, theo dõi và tư vấn từ xa, với sự hỗ trợ của thiết bị thông minh (Pang và cộng sự, 2015; Philip và cộng sự, 2021). Các phương thức như cuộc gọi video, theo dõi từ xa, và các ứng dụng sức khỏe trên di động có vai trò hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình sử dụng dịch vụ, góp phần mang lại sự hài lòng đồng thời cải thiện khả năng kiểm soát các loại bệnh mãn tính cho người cao tuổi và bệnh nhân có nguy cơ cao (Chen và cộng sự, 2025; Groom và cộng sự, 2021; Güdük, 2025). Kế thừa các định nghĩa ban đầu và đặt trong bối cảnh phát triển của các dịch vụ y tế số, trong khuôn

khô luận án này, nghiên cứu sinh đưa ra định nghĩa **dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (KCBTN)** như sau “*Dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà bao gồm một loạt các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp bởi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đa ngành tại nhà của bệnh nhân như khám bệnh ban đầu, cung cấp các dịch vụ lâm sàng, chăm sóc cấp tính, chăm sóc sau cấp tính và điều trị các bệnh mãn tính cho người bệnh tại nhà của họ. Dịch vụ KCBTN bao gồm cả khám chữa bệnh online và qua điện thoại. Các dịch vụ này được cung cấp bởi bác sỹ, nhân viên chăm sóc sức khỏe, điều dưỡng viên, dược sỹ hoặc nhà trị liệu của các bệnh viện và cơ sở y tế được cấp phép.*”

2.1.2. Các nhân tố ảnh hưởng tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà

Do tính chất tóm tắt luận án yêu cầu ngắn gọn, khái niệm các nhân tố ảnh hưởng tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại sẽ được nghiên cứu sinh trình bày ngắn gọn thông qua bảng tổng hợp dưới đây, nội dung biện luận đầy đủ được trình bày chi tiết trong báo cáo toàn văn

Bảng 2.1. Định nghĩa các nhân tố ảnh hưởng tới ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

Nhân tố	Định nghĩa trong luận án
Cảm nhận về khả năng mắc bệnh	Đánh giá chủ quan của cá nhân về khả năng mắc các vấn đề sức khỏe hoặc rơi vào trạng thái bất lợi về sức khỏe.
Cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh và hậu quả	Đánh giá chủ quan của cá nhân về mức độ nghiêm trọng của căn bệnh và những hậu quả tiềm ẩn có thể xảy ra, bao gồm cả mất sức khỏe và những phạm vi rộng hơn
Nhận thức về tính hữu ích của dịch vụ KCBTN	Mức độ mà cá nhân tin rằng việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà sẽ góp phần nâng cao hiệu suất bằng cách tiết kiệm thời gian và chi phí, đồng thời cải thiện kết quả sức khỏe
Nhận thức về tính dễ sử dụng của dịch vụ KCBTN	Mức độ cá nhân tin rằng việc sử dụng dịch vụ KCBTN là không gặp khó khăn hoặc gần như không đòi hỏi sự nỗ lực đáng kể để thực hiện
Nhận thức về độ đáng tin cậy của dịch vụ KCBTN	Mức độ tin tưởng của người bệnh vào khả năng chuyên môn của chuyên gia y tế, khả năng cung cấp dịch vụ KCBTN một cách thống nhất, liên mạch và chính xác như đã cam kết
Ảnh hưởng xã hội	Mức độ cá nhân nhận thức những người quan trọng với họ (bao gồm gia đình, bạn bè, chuyên gia y tế, mạng xã hội) tin rằng họ nên sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà

Nhân tố	Định nghĩa trong luận án
Chi phí và khả năng chi trả	Chi phí và khả năng chi trả là mức độ chi phí của dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà phù hợp với khả năng chi trả của cá nhân mà không gây ra gánh nặng tài chính. Chi phí của dịch vụ bao gồm cả chi phí trực tiếp (chi phí cho các dịch vụ khám chữa bệnh, thuốc men) và chi phí gián tiếp (thời gian, chi phí di chuyển).
Năng lực của bản thân đối với việc sử dụng dịch vụ KCBTN	Năng lực của bản thân là khả năng về mặt tâm lý (bao gồm kiến thức, khả năng hiểu biết về dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà) và khả năng về mặt thể chất (bao gồm các kỹ năng cần thiết) cho phép cá nhân sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà.
Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe	Nhận thức về mối đe dọa là sự kết hợp của hai nhân tố cảm nhận về khả năng mắc bệnh (niềm tin của cá nhân về khả năng có thể gặp phải một vấn đề sức khỏe) và cảm nhận mức độ nghiêm trọng của bệnh (niềm tin của cá nhân về độ nghiêm trọng và những hậu quả tiềm ẩn của một vấn đề sức khỏe)
Thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ KCBTN	Thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà là mức độ đánh giá tích cực hoặc tiêu cực của cá nhân với hành vi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà
Ý định sử dụng dịch vụ KCBTN	Mức độ sẵn sàng hoặc nỗ lực mà một cá nhân sẵn sàng bỏ ra để sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà

Nguồn: Nghiên cứu sinh đề xuất

2.2. Các cơ sở lý thuyết liên quan

Luận án xây dựng khung lý thuyết trên nền tảng tích hợp ba mô hình bổ trợ nhau, bao gồm Mô hình Niềm tin sức khỏe (HBM), Mô hình Chấp nhận công nghệ (TAM) và Mô hình Năng lực – Cơ hội – Động lực – Hành vi (COM-B) nhằm luận giải toàn diện quá trình hình thành ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà.

Mô hình Niềm tin sức khỏe (Rosenstock, 1974) lý giải rằng để một cá nhân thực hiện hành vi phòng ngừa bệnh tật, họ cần tin rằng: (1) bản thân có nguy cơ mắc căn bệnh; (2) căn bệnh đó chắc chắn sẽ có ảnh hưởng mức độ nhất định tới đời sống hằng ngày của họ; (3) việc thực hiện một hành động cụ thể trên thực tế có thể mang tới lợi ích nhất định trong việc giảm thiểu khả năng mắc bệnh, hoặc, giảm mức độ nghiêm trọng trong trường hợp người đó mắc bệnh. Trong bối cảnh nghiên cứu, mô hình niềm tin sức khỏe được xem là khung lý thuyết phù hợp để phân tích khía cạnh nhận thức

của cá nhân trước các nguy cơ bệnh tật. Nghiên cứu tập trung vào hai nhân tố trọng tâm của HBM là cảm nhận về khả năng mắc bệnh và cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh. Việc đo lường hai nhân tố này cho phép đánh giá phương thức cá nhân hình thành nhận thức về rủi ro sức khỏe, từ đó ảnh hưởng tới ý định sử dụng vụ khám chữa bệnh tại nhà, đặc biệt là trong bối cảnh dịch vụ này còn khá mới mẻ tại thị trường Việt Nam.

Mô hình Chấp nhận công nghệ TAM được Davis đề xuất lần đầu tiên vào năm 1985 và hoàn thiện vào năm 1989. TAM được xây dựng dựa trên nền tảng lý thuyết rằng khi giới thiệu các công nghệ mới tới người dùng, có ba yếu tố chủ chốt ảnh hưởng tới quyết định sử dụng khi nào và sử dụng như thế nào của họ, bao gồm: (1) Nhận thức tính hữu ích; (2) Nhận thức tính dễ sử dụng và (3) Thái độ đối với hành vi sử dụng (Ajzen, 2011; Crunenbergh và cộng sự, 2024). Trong khuôn khổ luận án, khái niệm KCBTN nghiên cứu sinh đề xuất không chỉ giới hạn ở các hoạt động chăm sóc và điều trị trực tiếp tại nhà, mà còn bao hàm cả hình thức khám chữa bệnh, chẩn đoán và theo dõi từ xa dưới sự hỗ trợ của công nghệ. Trên cơ sở đó, mô hình Chấp nhận công nghệ (TAM) được đưa vào sử dụng nhằm phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới sự chấp nhận công nghệ của người dùng, qua đó bổ sung và bù đắp khoảng trống khía cạnh công nghệ từ các cơ sở lý thuyết còn lại.

Mô hình Năng lực – Cơ hội – Động lực – Hành vi (COM-B) là một khung lý thuyết toàn diện nhằm lý giải và thay đổi hành vi của con người, được phát triển bởi Michie và cộng sự (2011). Theo mô hình này, để một hành vi (*behavior*) xảy ra, cá nhân cần có năng lực (*capability*) để thực hiện hành vi, có cơ hội (*opportunity*) để hành vi được diễn ra trong bối cảnh thực tế, và có động lực (*motivation*) thúc đẩy họ thực hiện hành vi. Trong bối cảnh nghiên cứu về dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà, mô hình COM-B có thể góp phần giải thích quá trình thay đổi hành vi người tiêu dùng. Cụ thể, người bệnh và người chăm sóc cần có năng lực (kiến thức, kỹ năng, khả năng hiểu và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà), cơ hội (nguồn lực vật chất, sự hỗ trợ xã hội và môi trường thuận lợi), cùng với động lực (niềm tin, thái độ, và mong muốn cải thiện sức khỏe) để đưa ra quyết định sử dụng dịch vụ. Nhờ vậy, việc áp dụng mô hình COM-B trong nghiên cứu này không chỉ cho phép khám phá các yếu tố thúc đẩy hành vi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà, mà còn giúp nhận diện rõ ràng các rào cản tiềm ẩn, là cơ sở cho các giải pháp đề xuất về sau.

2.3. Khoảng trống nghiên cứu

Trên cơ sở tổng quan nghiên cứu các công trình đi trước về các nhân tố ảnh hưởng tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà, nghiên cứu sinh xác định bốn khoảng trống nghiên cứu chính mà luận án hướng tới giải quyết.

Thứ nhất, luận án bổ sung nhân tố Chi phí và khả năng chi trả vào mô hình, định vị trong khung mô hình COM-B – một nhân tố có tiềm năng tác động lớn trong bối cảnh Việt Nam. Mặc dù chi phí được ghi nhận là nhân tố có tác động rõ rệt đến hành vi sử dụng dịch vụ y tế tại cả các quốc gia phát triển (Qi và cộng sự, 2023) lẫn đang phát triển (Gordon và cộng sự, 2020), nhân tố này gần như bị bỏ qua trong các nghiên cứu cùng chủ đề. Tại Việt Nam, bằng chứng sơ bộ cho thấy tiềm năng tác động rõ rệt của nhân tố này, chẳng hạn Vũ và cộng sự (2024) ghi nhận 45,1% người cao tuổi có nhu cầu sử dụng dịch vụ nhưng không có khả năng chi trả. Do đó, luận án bổ sung nhân tố Chi phí và khả năng chi trả nhằm nghiên cứu một cách cụ thể và sâu sắc tác động của yếu tố tài chính/kinh tế tới ý định của người tiêu dùng

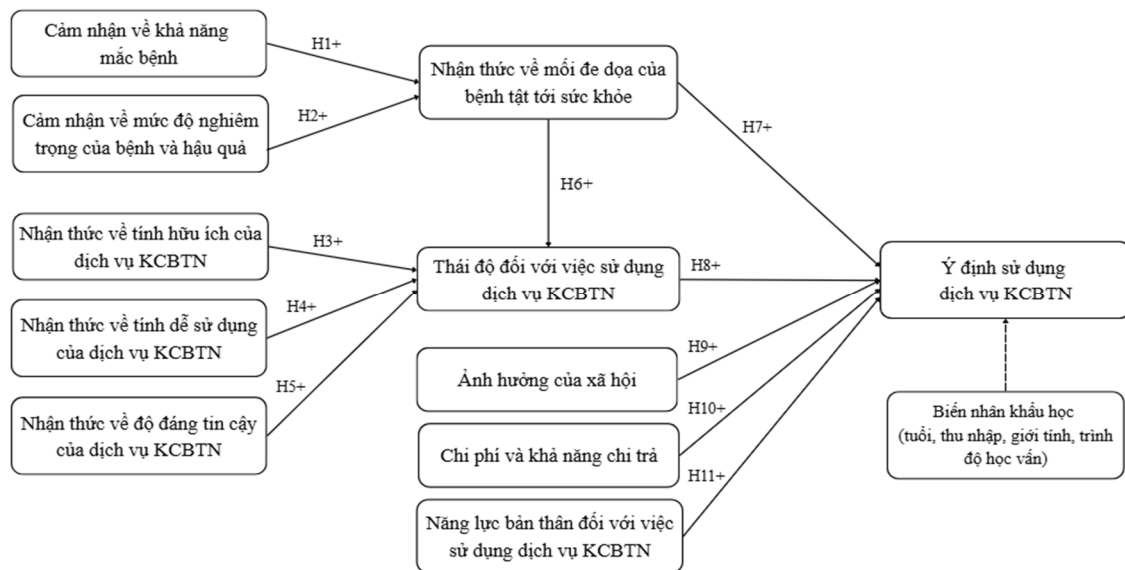
Thứ hai, luận án hướng tới mở rộng khái niệm KCBTN. Phần lớn các nghiên cứu về dịch vụ KCBTN chỉ xem xét hình thức khám trực tiếp truyền thống mà chưa mở rộng sang các mô hình có hỗ trợ công trong khi xu hướng chuyển đổi số trong ngành y tế đang được thúc đẩy mạnh mẽ. Tại Việt Nam, mặc dù các nghiên cứu sơ bộ ghi nhận thái độ tích cực của người dân với mô hình khám từ xa (Lan Anh và cộng sự, 2021; Đình Trung và cộng sự, 2022), vẫn còn rất ít công trình phân tích có hệ thống các nhân tố ảnh hưởng đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN trong bối cảnh số này. Luận án khai thác khoảng trống này thông qua nền tảng lý thuyết TAM nhằm đánh giá mức độ chấp nhận công nghệ và niềm tin của người dùng đối với dịch vụ KCBTN có hỗ trợ công nghệ.

Thứ ba, các nghiên cứu hiện có phần lớn chỉ áp dụng một khung lý thuyết đơn lẻ, dẫn đến mô hình nghiên cứu thiếu tính toàn diện, chưa phản ánh được đồng thời các nhóm nhân tố nhận thức, tâm lý, công nghệ và xã hội vốn cùng tác động đến hành vi sử dụng dịch vụ. Luận án giải quyết khoảng trống này bằng cách tiếp cận đa khung lý thuyết tích hợp HBM, TAM và COM-B, trong đó HBM lý giải nhận thức cá nhân về sức khỏe, TAM giải thích mức độ chấp nhận công nghệ, và COM-B xác định các yếu tố thúc đẩy và cản trở hành vi sử dụng ở cả cấp độ cá nhân lẫn hệ thống.

Thứ tư, hầu hết các công trình thực nghiệm về dịch vụ KCBTN được thực hiện tại các quốc gia phát triển hoặc các nền kinh tế số tiên tiến tại châu Á như Hàn Quốc, Singapore, Đài Loan (Lwin và cộng sự, 2023), trong khi Việt Nam gần như vắng mặt. Sự khác biệt về cấu trúc kinh tế – xã hội, văn hóa tập thể, thói quen ưu tiên cơ sở y tế công lập và khoảng cách thu nhập giữa các nhóm dân cư tạo ra một bối cảnh hành vi mà các mô hình được xây dựng tại phương Tây hay các nền kinh tế phát triển khó có thể khái quát hóa trực tiếp. Việc kiểm định mô hình trong bối cảnh đặc thù của Việt Nam không chỉ lấp đầy khoảng trống địa lý mà còn có tiềm năng tạo ra những phát hiện có giá trị lý thuyết và thực tiễn chính sách khác biệt so với các công trình hiện có.

2.4. Các giả thuyết và mô hình nghiên cứu

Dựa trên cơ sở tổng quan nghiên cứu các khái niệm và lý thuyết liên quan, kết hợp với các khoảng trống nghiên cứu luận án hướng tới giải quyết và đặt trong bối cảnh dịch vụ Khám chữa bệnh tại nhà ở Việt Nam, nghiên cứu đề xuất mô hình lý thuyết như sau:



Hình 2.1. Mô hình nghiên cứu đề xuất

Nguồn: Nghiên cứu sinh đề xuất

Dựa trên mô hình nghiên cứu đã đề xuất, nghiên cứu sinh tổng hợp các thuyết nghiên cứu được đề xuất như sau:

H1: Cảm nhận về khả năng mắc bệnh có tác động thuận chiều đến nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe

H2: Cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh và hậu quả có tác động thuận chiều đến nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe

H3: Nhận thức về tính hữu ích của dịch vụ KCBTN có tác động thuận chiều đến thái độ với việc sử dụng dịch vụ KCBTN

H4: Nhận thức về tính dễ sử dụng của dịch vụ KCBTN có tác động thuận chiều đến thái độ với việc sử dụng dịch vụ KCBTN

H5: Nhận thức về độ đáng tin của dịch vụ KCBTN có tác động thuận chiều đến thái độ với việc sử dụng dịch vụ KCBTN

H6: Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe có tác động thuận chiều đến thái độ với việc sử dụng dịch vụ KCBTN

H7: Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

H8: Thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

H9: Ảnh hưởng của xã hội có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

H10: Chi phí và khả năng chi trả có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

H11: Năng lực của bản thân đối với việc sử dụng dịch vụ có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

CHƯƠNG 3: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Công trình nghiên cứu đi theo quy trình sáu bước cơ bản, bao gồm: (1) Xác định vấn đề nghiên cứu, (2) Tổng quan nghiên cứu, (3) Thiết kế thang đo nghiên cứu, (4) nghiên cứu định tính, (5) nghiên cứu định lượng sơ bộ, (6) nghiên cứu định lượng chính thức và (7) báo cáo kết quả nghiên cứu.

3.1. Thiết kế thang đo nghiên cứu

Sau quá trình tổng hợp các nghiên cứu trong cùng lĩnh vực, NCS lựa chọn kế thừa các thang đo từ các nghiên cứu trước đó do có sự phù hợp về bối cảnh nghiên cứu, đối tượng khảo sát và các yếu tố được đo lường. Việc kế thừa này đảm bảo tính nhất quán và khả năng so sánh với các công trình đã được kiểm chứng, đồng thời giúp nâng cao độ tin cậy và giá trị của thang đo trong bối cảnh nghiên cứu tại Việt Nam. Các thang đo đều có sự hiệu chỉnh để phù hợp với bối cảnh nghiên cứu hiện tại ở Việt Nam. Cụ thể các thang đo được trình bày như bảng 3.1 dưới đây:

Bảng 3.1. Tổng hợp thang đo của nghiên cứu

STT	Thang đo	Mã hoá	Số lượng	Nguồn gốc thang đo
1	Cảm nhận về khả năng mắc bệnh	PSU	5	Champion (1993)
2	Cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh và hậu quả của nó	PSE	4	Champion (1993)
3	Nhận thức về tính hữu ích của dịch vụ KCBTN	PU	7	Venkatesh & Davis (2000); Kang và cộng sự (2022)
4	Nhận thức về tính dễ sử dụng của dịch vụ KCBTN	PEOU	6	Venkatesh & Davis (2000); Kang và cộng sự (2022)
5	Nhận thức về độ tin cậy của dịch vụ KCBTN	PR	6	Iott và cộng sự (2019); Alam và cộng sự (2020)
6	Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe	PTH	6	Rosenstock (1974); Champion (1984)
7	Thái độ với việc sử dụng dịch vụ KCBTN	AT	6	Davis và cộng sự (1989); Park & Kim (2012)

8	Ảnh hưởng xã hội	SI	6	Venkatesh và cộng sự (2003); Holden và Karsh (2010)
9	Chi phí và khả năng chi trả	FC	7	Venkatesh và cộng sự (2012)
10	Năng lực của bản thân với việc sử dụng dịch vụ KCBTN	CA	6	Schwarzer và Jerusalem (1995); Liu và cộng sự (2022)
11	Ý định sử dụng dịch vụ KCBTN	BI	6	Ajzen (1991); Kang và cộng sự (2022)

Nguồn: Nghiên cứu sinh đề xuất

3.2. Các phương pháp nghiên cứu chính

- Phương pháp nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định tính được tiến hành thông qua phương pháp phỏng vấn bán cấu trúc, nhằm đảm bảo tính phù hợp về nội dung, ngữ cảnh và khả năng đo lường của các khái niệm trong mô hình, từ đó làm cơ sở quan trọng cho việc kiểm định mô hình và thang đo ở các giai đoạn nghiên cứu định lượng tiếp theo. Tiêu chí lựa chọn đối tượng phỏng vấn và mục tiêu phỏng vấn được trình bày như bảng 3.2 dưới đây:

Bảng 3.2. Đối tượng và mục tiêu phỏng vấn

STT	Đối tượng phỏng vấn	Mục tiêu phỏng vấn	Hình thức triển khai
1	Các nhà nghiên cứu trong lĩnh vực y tế, chăm sóc sức khỏe. <i>Tiêu chí lựa chọn:</i> • Trình độ Tiến sĩ trở lên, định hướng nghiên cứu liên quan đến hành vi của bệnh nhân với các dịch vụ y tế • Có tối thiểu 5 năm kinh nghiệm nghiên cứu hoặc giảng dạy trong lĩnh vực y tế, chăm sóc sức khỏe. • Số lượng: 02 nhà khoa học	• Kiểm chứng và hoàn thiện mô hình nghiên cứu. Đánh giá sự phù hợp của các yếu tố ảnh hưởng đến ý định sử dụng dịch vụ KCBTN trong bối cảnh Việt Nam. • Gợi ý bổ sung hoặc điều chỉnh biến số, thang đo quan sát trong mô hình nghiên cứu • Đánh giá nội dung bảng khảo sát	Phỏng vấn trực tiếp qua Google Meet/ Zoom
2	Các chuyên gia thực tiễn trong lĩnh vực y tế <i>Tiêu chí lựa chọn:</i> • Các chuyên gia trong lĩnh	• Hiểu rõ hơn về thị trường dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà ở Việt Nam (tốc độ phát triển, khách hàng tiềm năng,...)	Phỏng vấn trực tiếp qua Google

STT	Đối tượng phỏng vấn	Mục tiêu phỏng vấn	Hình thức triển khai
	vực y tế (có tối thiểu 5 năm kinh nghiệm trong việc tư vấn doanh nghiệp về dịch vụ chăm sóc sức khỏe) - Các lãnh đạo, nhà quản lý của các doanh nghiệp cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà tại Việt Nam - Số lượng: 03 chuyên gia	Xác định những động lực, thách thức và rủi ro của các doanh nghiệp cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà phải đối mặt khi triển khai tại thị trường Việt Nam	Meet/ Zoom
3	Nhóm người có nhu cầu sử dụng dịch vụ KCBTN, đã và đang khám chữa bệnh tại một số cơ sở y tế tư nhân tại Hà Nội Tiêu chí lựa chọn: - Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) - Người có bệnh mãn tính (huyết áp, tim mạch, tiểu đường) - Người ra quyết định sử dụng/chi trả chính các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong gia đình	Hiệu chỉnh bảng hỏi phù hợp và dễ hiểu với đối tượng tham gia khảo sát	Phỏng vấn trực tiếp tại cơ sở y tế

Nguồn: Nghiên cứu sinh đề xuất

Kết quả phỏng vấn các nhà khoa học và các chuyên gia thực tiễn đã giúp ích rất nhiều trong việc nhận định về tính cấp thiết và sự đúng đắn của đề tài nghiên cứu.

- Các nhà nghiên cứu nhận định mô hình nghiên cứu có tính logic cao, phản ánh đầy đủ hành vi và tâm lý của người dân Việt Nam trong bối cảnh dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Hệ thống thang đo được đánh giá phù hợp, rõ ràng và có tính ứng dụng thực tiễn, đảm bảo cân bằng giữa giá trị học thuật và khả năng triển khai khảo sát thực tế tại thị trường Việt Nam.
- Từ các ý kiến phỏng vấn các chuyên gia thực tiễn, có thể thấy rằng, dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà ở Việt Nam đang có mức độ phát triển nhanh chóng,

vừa có nhiều cơ hội mở rộng thị trường, nhưng cũng phải đối mặt với các rào cản về chi phí, niềm tin hay năng lực sử dụng công nghệ của người bệnh. Nghiên cứu định lượng sơ bộ

NCS thực hiện trình bày phiếu khảo sát trên nền tảng Google Form và tiến hành thu thập câu trả lời. Đầu tiên, NCS thực hiện khảo sát thử bằng cách gửi cho 20 người tham gia khảo sát để kiểm tra các vấn đề về ngữ nghĩa, nội dung nhằm hiệu chỉnh trước khi triển khai các nghiên cứu định lượng. Sau đó, NCS tiến hành thu thập với các đối tượng các cá nhân từ 18 tuổi trở lên, đang sinh sống và làm việc tại khu vực thành thị (chủ yếu Hà Nội và một phần TP. Hồ Chí Minh), đã từng hoặc có khả năng sử dụng dịch vụ KCBTN. Người tham gia phải qua câu hỏi sàng lọc về mức độ hiểu biết đối với dịch vụ trước khi tiến hành khảo sát.

Về kích thước mẫu, theo công thức của Hair (2009) với tối thiểu 5 quan sát cho mỗi biến, mẫu tối thiểu cần thiết là $65 \times 5 = 325$ phần tử. Thực tế, nghiên cứu thu được 391 phiếu hợp lệ, đáp ứng yêu cầu để tiến hành kiểm định sơ bộ thang đo. Sau đó, kết quả nghiên cứu được thực hiện qua các kiểm định Cronbach's Alpha, EFA để đánh giá độ tin cậy của thang đo trước khi đưa vào nghiên cứu định lượng chính thức.

Kết quả nghiên cứu định lượng sơ bộ cho thấy: Trong 65 biến quan sát, NCS loại bỏ 7 biến quan sát không thỏa mãn yêu cầu của kiểm định (PR6, PTH5, PSU4, BI2, PU2, CA5, FC1) sau 2 kiểm định, và giữ lại 58 biến quan sát thỏa mãn để sử dụng cho nghiên cứu định lượng chính thức.

- Nghiên cứu định lượng chính thức

Tiêu chí chọn mẫu: Trong lần nghiên cứu chính thức này, nghiên cứu sinh vẫn giữ nguyên các tiêu chí lựa chọn mẫu là những cá nhân trên 18 tuổi, đang sinh sống hoặc làm việc tại các thành phố lớn vì đây là nhóm đối tượng đã hoàn thiện về mặt nhận thức và có khả năng tự đưa ra các quyết định cá nhân. Bên cạnh đó, người tham gia nghiên cứu cần thuộc ít nhất 1 trong 3 nhóm đối tượng sau:

- (i) Là người cao tuổi
- (ii) Là người có bệnh nền hoặc mắc bệnh mạn tính
- (iii) Là thành viên chịu trách nhiệm/tìm hiểu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho gia đình

Nghiên cứu sinh lựa chọn mẫu nghiên cứu này vì đây là nhóm người đã có khả năng nhận thức và có khả năng đưa ra quyết định cân nhắc sử dụng hoặc cần đến dịch vụ y tế tại nhà.

- Quy mô mẫu: NCS lựa chọn phân tích mô hình cấu trúc tuyến tính (SEM) để kiểm định mô hình và các giả thuyết nghiên cứu. Do SEM yêu cầu kích thước mẫu lớn để đảm bảo độ tin cậy của ước lượng, nghiên cứu áp dụng quy tắc của Raykov và Marcoulides (2006) xác định kích thước mẫu tối thiểu cần thiết là 580 phần tử (58×10). Thực tế, nghiên cứu thu được 766 phiếu hợp lệ, vượt

- ngưỡng tối thiểu và đảm bảo đủ điều kiện để thực hiện các kiểm định tiếp theo.
- Phương pháp chọn mẫu: nghiên cứu sinh lựa chọn phương pháp chọn mẫu phi xác suất do điều kiện nghiên cứu hạn chế và để đảm bảo tính đại diện của mẫu, luận án tập trung thu thập dữ liệu tại 3 thành phố lớn của 3 miền gồm Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh và Đà Nẵng. Bên cạnh đó, vì tiêu chí chọn mẫu là những cá nhân có độ tuổi từ 18 trở lên, nên nghiên cứu sinh đã phân thành nhiều nhóm tuổi khác nhau để lựa chọn địa điểm thu thập dữ liệu phù hợp.
 - (i) Nhóm đối tượng 18-30 tuổi: Nghiên cứu sinh tập trung thu thập dữ liệu tại các trường đại học, quán cà phê làm việc, quán cà phê dành cho giới trẻ, đồng thời phát phiếu trực tuyến trên các nền tảng mạng xã.
 - (ii) Đối với nhóm từ 30-45 tuổi: Nghiên cứu sinh tập trung vào phát và gửi phiếu thông qua mạng lưới bạn bè, đồng nghiệp tại các cơ quan và khu dân cư.
 - (iii) Đối với nhóm tuổi 45-60 tuổi và trên 60 tuổi: Nghiên cứu sinh phát và gửi phiếu thông qua mạng lưới bạn bè, đồng nghiệp, người thân, tại khu dân cư,...

3.3. Thống kê mô tả mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu được trình bày như trong bảng 3.3 dưới đây. Kết quả thống kê mô tả mẫu có thể được coi là phù hợp với tiêu chí chọn mẫu của nghiên cứu. Những dữ liệu này không chỉ phản ánh đặc điểm nhân khẩu học của nhóm người sử dụng dịch vụ Khám chữa bệnh tại nhà mà còn đảm bảo tính phù hợp của mẫu khảo sát với mục tiêu nghiên cứu

Bảng 3.3. Thống kê mô tả mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Tần suất/ Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
Giới tính	Nam	328	42,8
	Nữ	438	57,2
Độ tuổi	Dưới 30 tuổi	137	17,9
	Từ 30 - dưới 45 tuổi	159	20,8
	Từ 45 - dưới 60 tuổi	250	32,6
	Từ 60 tuổi trở lên	220	28,7
Học vấn	THPT	58	7,6
	Cao đẳng/Đại học	505	65,9
	Trên Đại học	203	26,5

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Tần suất/ Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
Thu nhập	Dưới 5 triệu	111	14,5
	Từ 5 - dưới 10 triệu	163	21,3
	Từ 10 - dưới 20 triệu	194	25,3
	Từ 20 triệu trở lên	298	38,9
Nơi ở	Hà Nội	317	41,4
	Hồ Chí Minh	233	30,4
	Đà Nẵng	173	22,6
	Khác	43	5,6
Sử dụng	Đã từng sử dụng	214	27,9
	Chưa từng sử dụng	552	72,1

Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu SPSS 26.0

CHƯƠNG 4: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Phân tích nhân tố khám phá EFA.

NCS thực hiện kiểm định nhân tố EFA 2 lần, các kết quả như sau:

- EFA lần 1: Hệ số KMO thỏa mãn $0.972 > 0.5$; kết quả kiểm định Bartlett có hệ số sig = $0.000 < 0.05$ (thỏa mãn), kết quả kiểm định trị số Eigenvalue của 11 nhân tố bằng 1.187 (> 1) và tổng phương sai trích của các biến quan sát là 51.336% ($> 50\%$) chỉ ra mô hình EFA phù hợp với nghiên cứu của luận án Tuy nhiên, xem xét các hệ số tải đạt mức 0.5 trở lên là tối ưu (Hair và cộng sự, 2014), nên NCS loại bỏ 2 biến quan sát là AT3 và PEOU4 do hệ số tải nhỏ hơn 0.5 (lần lượt là 0.461 và 0.476), và kiểm định lần 2.
- EFA lần 2: Các hệ số kiểm định thỏa mãn, và hệ số tải đạt mức từ 0.5 trở lên, do đó các thang đo đảm bảo cả giá trị hội tụ và giá trị phân biệt.

4.2. Phân tích nhân tố khẳng định CFA.

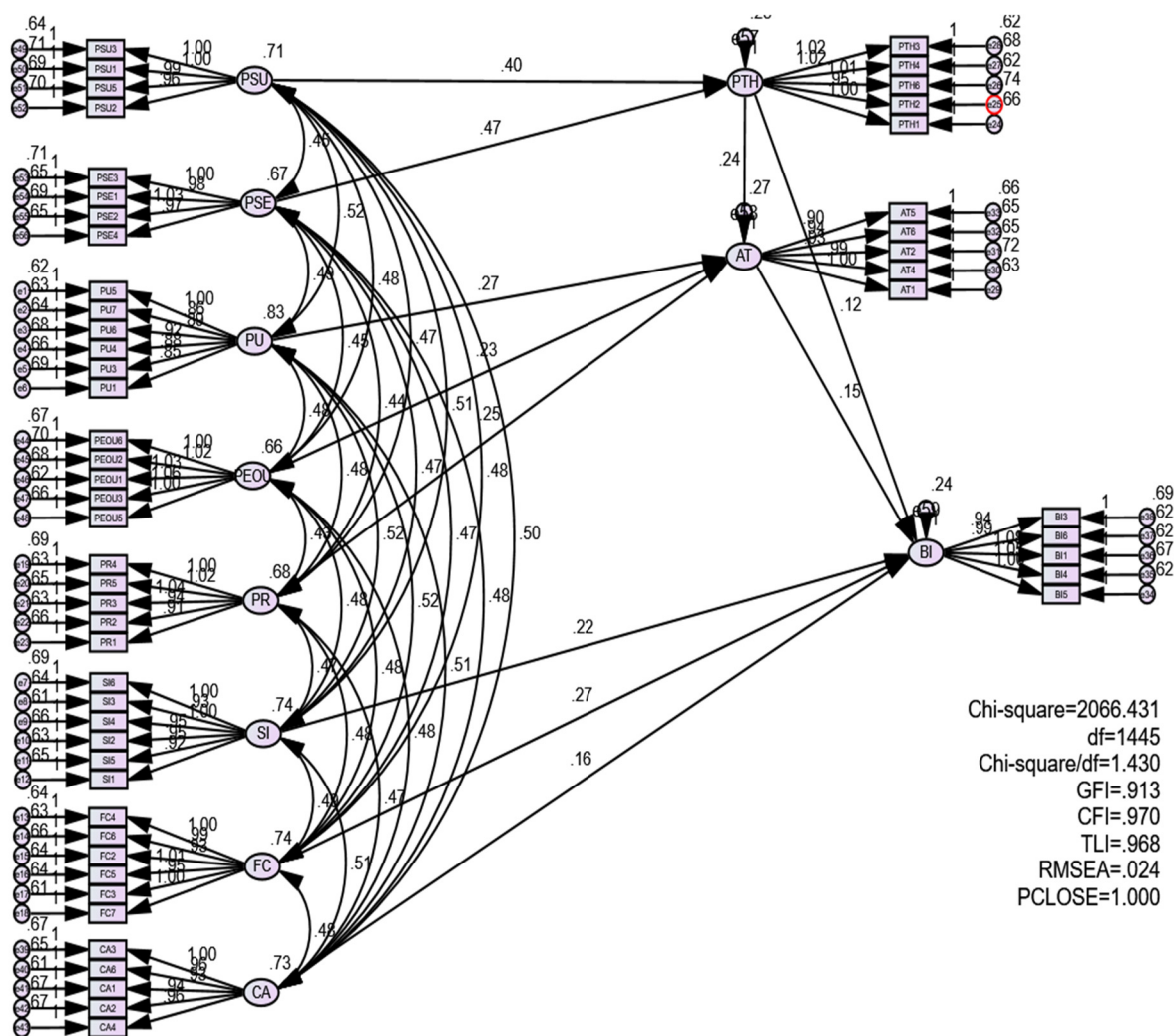
Kết quả phân tích CFA cho thấy các chỉ số đánh giá mức độ phù hợp mô hình đều nằm trong ngưỡng chấp nhận được tới tốt, cụ thể như sau: CMIN/df = 1,374 (thấp hơn ngưỡng 3), GFI = 0,917 (vượt qua ngưỡng 0,9), CFI = 0,974 (lớn hơn ngưỡng 0,9), RMSEA = 0,022 (thấp hơn hoặc bằng ngưỡng 0,06), và PCLOSE = 1,000 (lớn hơn 0,05). Dựa vào kết quả phân tích trên, có thể thấy mô hình đạt được mức độ phù hợp

tốt với dữ liệu thực tế. Kết quả trình bày như hình 4.1 dưới đây:

Ngoài ra, nghiên cứu sinh còn kiểm tra độ tin cậy và tính hội tụ của các thang đo thông qua hệ số độ tin cậy tổng hợp (CR) và tổng phương sai trích (AVE) của các nhân tố. Theo Hair và cộng sự (2022), giá trị CR lớn hơn hoặc bằng 0,7 là thang đo có độ tin cậy tổng hợp tốt; theo Fornell và Larcker (1981), để nhân tố đạt giá trị hội tụ thì giá trị AVE cần lớn hơn 0,5. So sánh với dữ liệu, tất cả giá trị AVE đều lớn hơn 0,5 và giá trị CR đều lớn hơn 0,7, như vậy các thang đo đều đảm bảo tính hội tụ. Giá trị căn bậc hai AVE lớn hơn tương quan giữa các biến tiềm ẩn với nhau (hệ số tương quan nằm dưới đường chéo in đậm); đồng thời giá trị MSV nhỏ hơn AVE, do vậy tính phân biệt cũng được đảm bảo (Fornell và Larcker, 1981).

4.3. Kiểm định mô hình và giả thuyết

Nghiên cứu sinh đã sử dụng phương pháp phân tích mô hình cấu trúc tuyến tính (SEM) bằng phần mềm AMOS 24.0 để kiểm định mô hình nghiên cứu. Kết quả phân tích cho thấy các chỉ số đánh giá mức độ phù hợp của mô hình đều nằm trong ngưỡng được chấp nhận: $CMIN/df = 1,430 < 3$; $GFI = 0,913 > 0,9$; $CFI = 0,970 > 0,9$; $TLI = 0,968 > 0,9$; $RMSEA = 0,024 < 0,08$; $PCLOSE = 1,000 > 0,05$. Dựa trên đánh giá của Hu và Bentler (1999), các chỉ số trên khẳng định mô hình phù hợp với dữ liệu nghiên cứu.



Hình 4.1. Kết quả phân tích mô hình cấu trúc tuyến tính SEM

Nguồn: Nghiên cứu sinh phân tích sử dụng phần mềm AMOS 24

Từ đây, các giả thuyết được kiểm định và có kết luận như sau:

- H1: Cảm nhận về khả năng mắc bệnh có tác động thuận chiều đến nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe. Với $\beta = 0,412$, P-value < 0,05, giả thuyết H1 được chấp nhận.

- H2: Cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh và hậu quả có tác động thuận chiều đến nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe. Với $\beta = 0,476$, P-value < 0,05, giả thuyết H2 được chấp nhận.

- H3: Nhận thức về tính hữu ích của dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà có tác động thuận chiều đến thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,280$, P-value < 0,05, giả thuyết H3 được chấp nhận.

- H4: Nhận thức về tính dễ sử dụng của dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà có tác động thuận chiều đến thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,212$, P-value < 0,05, giả thuyết H4 được chấp nhận.

- H5: Nhận thức về độ đáng tin cậy của dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà có tác động thuận chiều đến thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,234$, P-value < 0,05, giả thuyết H5 được chấp nhận.

- H6: Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe có tác động thuận chiều đến thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,221$, P-value < 0,05, giả thuyết H6 được chấp nhận.

- H7: Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,122$, P-value < 0,05, giả thuyết H7 được chấp nhận.

- H8: Thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,155$, P-value < 0,05, giả thuyết H8 được chấp nhận.

- H9: Ảnh hưởng của xã hội có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,224$, P-value < 0,05, giả thuyết H9 được chấp nhận.

- H10: Chi phí và khả năng chi trả có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,281$, P-value < 0,05, giả thuyết H10 được chấp nhận.

- H11: Năng lực của bản thân đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà có tác động thuận chiều đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà. Với $\beta = 0,164$, P-value < 0,05, giả thuyết H11 được chấp nhận.

Bảng 4.1. Kết quả kiểm định các giả thuyết nghiên cứu

Giả thuyết	Mối quan hệ giữa các nhân tố			Hệ số chưa chuẩn hóa	S.E	C.R	P-value	Hệ số chuẩn hóa	Kết luận
H1	PTH	<---	PSU	.399	.051	7.755	***	.412	Chấp nhận
H2	PTH	<---	PSE	.475	.055	8.630	***	.476	Chấp nhận
H3	AT	<---	PU	.267	.048	5.571	***	.280	Chấp nhận
H4	AT	<---	PEOU	.226	.055	4.093	***	.212	Chấp nhận
H5	AT	<---	PR	.246	.053	4.596	***	.234	Chấp nhận
H6	AT	<---	PTH	.236	.050	4.712	***	.221	Chấp nhận

Giả thuyết	Mối quan hệ giữa các nhân tố			Hệ số chưa chuẩn hóa	S.E	C.R	P-value	Hệ số chuẩn hóa	Kết luận
H7	BI	<---	PTH	.124	.050	2.493	.013	.122	Chấp nhận
H8	BI	<---	AT	.147	.048	3.074	.002	.155	Chấp nhận
H9	BI	<---	SI	.215	.051	4.202	***	.224	Chấp nhận
H10	BI	<---	FC	.270	.049	5.524	***	.281	Chấp nhận
H11	BI	<---	CA	.158	.052	3.052	.002	.164	Chấp nhận
Ghi chú: *** biểu thị $p < 0,001$									

Nguồn: Nghiên cứu sinh phân tích sử dụng phần mềm AMOS 24

Về vai trò của các biến trung gian trong mô hình, từ kết quả có thể thấy hầu hết cả các quan hệ gián tiếp đều có ý nghĩa trong mô hình do P-value lớn hơn 0,05, từ đó, nghiên cứu sinh đi tới kết luận:

- Cảm nhận về khả năng mắc bệnh (PSU) có tác động gián tiếp tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (thông qua nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật và thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà).
- Cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh và hậu quả (PSE) có tác động gián tiếp tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (thông qua nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật và thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà).
- Nhận thức về tính hữu ích của dịch vụ (PU) có tác động gián tiếp tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (thông qua thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà).
- Nhận thức về tính dễ sử dụng của dịch vụ (PEOU) có tác động gián tiếp tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (thông qua thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà).
- Nhận thức về độ tin cậy của dịch vụ (PR) có tác động gián tiếp tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (thông qua thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà).
- Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật (PTH) có tác động gián tiếp tới ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (thông qua thái độ đối với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà).

4.4. Kiểm định sự khác biệt theo các nhóm nhân khẩu học bằng ANOVA

- Không có sự khác biệt trong ý định sử dụng dịch vụ KCBTN ở những nhóm người có đặc điểm nhân khẩu học khác nhau về giới tính và độ tuổi
- Có sự khác biệt tổng ý định sử dụng dịch vụ KCBTN ở những nhóm người có đặc điểm nhân khẩu học khác nhau về trình độ học vấn và thu nhập, cụ thể:
 - Nhóm người dùng có thu nhập trên 20 triệu sẽ có ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà cao nhất, tiếp tới là nhóm người dùng có thu nhập từ 10-20 triệu.
 - Nhóm người dùng có trình độ học vấn trên đại học có ý định sử dụng loại hình dịch vụ y tế này cao nhất, xếp thứ hai là nhóm người tốt nghiệp cao đẳng/Đại học.

CHƯƠNG 5: THẢO LUẬN VÀ HÀM Ý QUẢN TRỊ

5.1. Thảo luận kết quả nghiên cứu

Từ kết quả nghiên cứu 11 giả thuyết, NCS đưa ra các thảo luận cho các giả thuyết nghiên cứu, cụ thể:

Giả thuyết H1: Nhận thức về khả năng mắc bệnh → Nhận thức về mối đe dọa ($\beta = 0,412$, chấp nhận): Khi cá nhân tin rằng khả năng mắc bệnh của bản thân cao hơn, nhận thức về mối đe dọa sức khỏe cũng tăng theo, phù hợp với logic HBM (Rosenstock, 1974) và các nghiên cứu thực nghiệm trước đây (Champion & Skinner, 2008; Becker và cộng sự, 1977). Tại Việt Nam, Bang và cộng sự (2024) cũng phát hiện nhận thức về mối đe dọa sức khỏe thúc đẩy ý định sử dụng ứng dụng sức khỏe di động tại TP. Hồ Chí Minh. Hệ số thấp hơn một số nghiên cứu HBM về y tế dự phòng (thường trong khoảng 0,50–0,70) có thể do dịch vụ KCBTN còn khá mới với người tiêu dùng Việt Nam.

Giả thuyết H2: Nhận thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh → Nhận thức về mối đe dọa ($\beta = 0,476$, chấp nhận): Hệ số cao hơn H1, cho thấy mức độ nghiêm trọng đóng vai trò lớn hơn khả năng mắc bệnh trong việc hình thành nhận thức về mối đe dọa, phù hợp với HBM (Janz & Becker, 1984) và các nghiên cứu thực nghiệm về hành vi phòng ngừa sức khỏe (Floyd và cộng sự, 2000; Jia và cộng sự, 2009). Điều này đặc biệt hợp lý trong bối cảnh Việt Nam, nơi các hậu quả kinh tế và gánh nặng gia đình do bệnh tật là mối quan tâm nổi bật.

Giả thuyết H3: Nhận thức về tính hữu ích → Thái độ ($\beta = 0,280$, chấp nhận): Xác nhận luận điểm cốt lõi của TAM (Davis, 1989), kết quả nhất quán với các nghiên cứu trước của Kim (2011), Hsieh (2016), Tsai và cộng sự (2019), Palos-Sanchez và cộng sự (2021), cũng như Bang (2024) trong bối cảnh ứng dụng y tế tại Việt Nam. Khi người tiêu dùng nhận thấy dịch vụ KCBTN giúp tiết kiệm thời gian, giảm chi phí đi lại

và cải thiện chất lượng chăm sóc, thái độ tích cực tăng lên tương ứng. Đây là yếu tố có tác động mạnh nhất đến thái độ trong nhóm các biến TAM.

Giả thuyết H4: Nhận thức về tính dễ sử dụng $\rightarrow$ Thái độ ($\beta = 0,212$, chấp nhận): Tác động có ý nghĩa nhưng nhỏ hơn tính hữu ích, phù hợp với xu hướng chung trong các nghiên cứu TAM (Venkatesh & Davis, 2000) và kết quả của Kung và cộng sự (2024) ($\beta = 0,209$), Palos-Sanchez và cộng sự (2021) ($\beta = 0,179$), Tan và cộng sự (2025) ($\beta = 0,32$). Đối với nhóm người trung niên và cao tuổi — nhóm khách hàng chủ yếu của dịch vụ KCBTN — việc đơn giản hóa quy trình đặt lịch và giao diện sử dụng là cần thiết để nâng cao thái độ tích cực.

Giả thuyết H5: Nhận thức về độ tin cậy $\rightarrow$ Thái độ ($\beta = 0,234$, chấp nhận): Kết quả nhất quán với các nghiên cứu của Veenarat và cộng sự (2021), Chang và cộng sự (2022), Xiang và cộng sự (2023), Phạm Văn Tuấn và cộng sự (2021) tại Hà Nội. Trong bối cảnh dịch vụ KCBTN liên quan đến dữ liệu y tế cá nhân và giảm bớt tiếp xúc trực tiếp, niềm tin vào chất lượng chuyên môn và bảo mật thông tin đóng vai trò bù đắp tâm lý quan trọng, xác nhận kết quả của Rajak & Shaw (2021) về vai trò của sự tin tưởng trong việc áp dụng công nghệ chăm sóc sức khỏe ở người cao tuổi.

Giả thuyết H6: Nhận thức về mối đe dọa $\rightarrow$ Thái độ ($\beta = 0,221$, chấp nhận): Phù hợp với các cấu trúc từ HBM và TAM (Champion & Skinner, 2008; Firth và cộng sự, 2017), cũng như nghiên cứu của Bang (2024) tại Việt Nam. Tuy nhiên hệ số thấp hơn các yếu tố TAM cho thấy người tiêu dùng ưu tiên đánh giá lợi ích và độ tin cậy của dịch vụ hơn là phản ứng trực tiếp từ cảm giác lo sợ bệnh tật, đặc biệt trong bối cảnh dân số già hóa với tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ngày càng tăng tại Việt Nam.

Giả thuyết H7: Nhận thức về mối đe dọa $\rightarrow$ Ý định sử dụng ($\beta = 0,122$, chấp nhận): Mối đe dọa có tác động trực tiếp đến ý định nhưng ở mức khiêm tốn, thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu y tế dự phòng thông thường (Floyd và cộng sự, 2000; Alagarsamy và cộng sự, 2023; Mortada & Elhessewi, 2022). Điều này phản ánh thực tế môi trường y tế ở trạng thái ổn định (không có dịch bệnh cấp bách) và dịch vụ KCBTN đòi hỏi cam kết tài chính, hậu cần phức tạp hơn các hành vi phòng bệnh đơn giản.

Giả thuyết H8: Thái độ $\rightarrow$ Ý định sử dụng ($\beta = 0,155$, chấp nhận): Thái độ tích cực thúc đẩy ý định sử dụng, phù hợp với TPB (Ajzen, 1991) và TAM (Davis, 1989). Tuy nhiên hệ số thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu tiền nhiệm — phân tích tổng hợp TAM của King & He (2006) cho thấy hệ số trung bình khoảng 0,40; Li và cộng sự (2020) ghi nhận $\beta = 0,394$ trong bối cảnh dịch vụ y tế trực tuyến tại Trung Quốc; Shen và cộng sự (2025) ghi nhận $\beta = 0,257$ — phản ánh hiện tượng khoảng cách thái độ – ý định khi người tiêu dùng dù có thái độ tích cực vẫn bị cản trở bởi chi phí, chuẩn mực

xã hội hoặc thiếu điều kiện hỗ trợ thực tế, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi (Moudud-Ul-Huq và cộng sự, 2021).

Giả thuyết H9: Ảnh hưởng xã hội $\rightarrow$ Ý định sử dụng ($\beta = 0,224$, chấp nhận): Ảnh hưởng xã hội có tác động mạnh hơn thái độ đến ý định, nhất quán với UTAUT (Venkatesh và cộng sự, 2003), TPB (Ajzen, 1991), nghiên cứu của Pai & Huang (2011) về dịch vụ y tế từ xa tại Đài Loan, Ling và cộng sự (2019), và Thao & Mien (2019) trong lĩnh vực ngân hàng di động tại Việt Nam. Kết quả phản ánh đặc trưng văn hóa tập thể Việt Nam (Lê Thị Nương, 2023), nơi ý kiến của gia đình, bạn bè và chuyên gia y tế đóng vai trò quan trọng trong quyết định sử dụng dịch vụ.

Giả thuyết H10: Chi phí và khả năng chi trả $\rightarrow$ Ý định sử dụng ($\beta = 0,281$, chấp nhận): Đây là yếu tố có tác động mạnh nhất đến ý định trong toàn bộ mô hình, phù hợp với các nghiên cứu về hành vi người tiêu dùng dịch vụ y tế (Andersen & Newman, 2005; Zeithaml, 1988; Cronin & Bourke, 2017) và nghiên cứu của Phạm Văn Tuấn và cộng sự (2021) tại Hà Nội. Tại Việt Nam, nơi phần lớn dịch vụ KCBTN vẫn dựa vào chi trả trực tiếp từ người dùng, nhận thức về sự hợp lý của chi phí là điều kiện tiên quyết để người tiêu dùng hình thành ý định sử dụng, nhất quán với nhận định của Mai và cộng sự (2009) về vai trò của chi phí nhận thức tại các thị trường mới nổi.

Giả thuyết H11: Tự tin vào năng lực bản thân $\rightarrow$ Ý định sử dụng ($\beta = 0,164$, chấp nhận): Kết quả nhất quán với lý thuyết nhận thức xã hội (Bandura, 1977) và các nghiên cứu của Balapour và cộng sự (2019), Zhang và cộng sự (2016), Fox & Connolly (2018) về ứng dụng công nghệ y tế. Hệ số thấp hơn mức trung bình trong TPB (0,30–0,50 theo Ajzen, 1991) cho thấy rào cản năng lực không phải là trở ngại chính, song các nhà cung cấp vẫn cần chú trọng đào tạo người dùng và thiết kế giao diện thân thiện, đặc biệt cho nhóm người cao tuổi.

Nhìn chung, kết quả kiểm định 11 giả thuyết cho thấy ý định sử dụng dịch vụ KCBTN của người tiêu dùng Việt Nam chịu tác động từ cả hai nhóm yếu tố: nhận thức về mối đe dọa sức khỏe (HBM) và niềm tin vào dịch vụ/công nghệ (TAM/TPB). Trong đó, chi phí và khả năng chi trả ($\beta = 0,281$), ảnh hưởng xã hội ($\beta = 0,224$) và tính hữu ích ($\beta = 0,280$ tác động đến thái độ) là những yếu tố nổi bật nhất, trong khi các yếu tố liên quan đến mối đe dọa sức khỏe có tác động khiêm tốn hơn — phản ánh đặc thù của một dịch vụ còn mới, đòi hỏi cam kết phức tạp trong bối cảnh thị trường đang ở giai đoạn đầu phát triển tại Việt Nam.

5.2. Hàm ý quản trị cho ngành y tế, các cơ sở khám chữa bệnh cung cấp dịch vụ KCBTN và người sử dụng dịch vụ

- Từ kết quả nghiên cứu, NCS đưa ra một số đề xuất cho các doanh nghiệp kinh doanh dịch vụ KCBTN, cụ thể như sau:

Thứ nhất, chiến lược giá và khả năng chi trả - yếu tố có tác động trực tiếp mạnh nhất đến ý định sử dụng. Nhà cung cấp nên xây dựng các gói dịch vụ phân cấp (cơ bản/tiêu chuẩn/cao cấp) phù hợp với từng nhóm thu nhập, đồng thời triển khai các gói thăm khám định kỳ với chiết khấu để tăng tỷ lệ giữ chân khách hàng. Với nhóm ưu tiên như người cao tuổi và bệnh nhân mạn tính, có thể triển khai các chương trình trải nghiệm miễn phí, ưu đãi theo độ tuổi, gói phúc lợi doanh nghiệp hoặc thanh toán trả góp qua ngân hàng.

Thứ hai, tận dụng ảnh hưởng xã hội thông qua các kênh truyền miệng và cộng đồng. Cụ thể, doanh nghiệp có thể triển khai Referral Marketing (tặng lượt khám miễn phí khi giới thiệu thành công) và chương trình "Đại sứ sức khỏe" với hoa hồng theo đơn hàng. Về Influencer Marketing, ưu tiên hợp tác với bác sĩ có chuyên môn cao và hiện diện trên mạng xã hội, kết hợp KOL lifestyle trong lĩnh vực sức khỏe, đảm bảo tuân thủ quy định pháp luật về quảng cáo y tế. Bên cạnh đó, xây dựng cộng đồng người dùng trung thành thông qua các nhóm mạng xã hội theo chủ đề sức khỏe có sự đồng hành của chuyên gia, khuyến khích chia sẻ đánh giá công khai để tạo niềm tin cho khách hàng tiềm năng.

Thứ ba, truyền thông về tính hữu ích cần được cá nhân hóa theo từng nhóm khách hàng. Doanh nghiệp xác định "nỗi đau" của từng phân khúc để xây dựng thông điệp phù hợp – ví dụ với bệnh nhân mạn tính: "Theo dõi liên tục – phát hiện bất thường sớm nhất ngay tại nhà". Bằng chứng về tính hữu ích cần được củng cố thông qua các báo cáo kết quả lâm sàng định kỳ gửi đến khách hàng trung thành.

- Với những người làm chính sách nên tập trung vào hai khía cạnh: chính sách về bảo hiểm y tế và chính sách quản lý nhà cung cấp dịch vụ
 - Chính sách bảo hiểm y tế: (i) xây dựng danh mục quốc gia cho dịch vụ y tế tại nhà và một nhánh báo cáo riêng trong dữ liệu khám chữa bệnh/BHYT; (ii) ưu tiên thí điểm tại tuyến y tế cơ sở các gói BHYT cho quản lý bệnh mạn tính tại nhà và theo dõi sau xuất viện ở nhóm nguy cơ cao; (iii) quy định cấp phép, thanh toán và xếp hạng chất lượng nên gắn với hồ sơ bệnh án điện tử, kê đơn điện tử, lưu vết can thiệp tại nhà và khả năng liên thông dữ liệu.
 - Chính sách quản lý các nhà cung cấp dịch vụ KCBTN: (i) tăng cường thực thi các điều kiện hành nghề đã được quy định; (ii) xây dựng hệ thống tra cứu công khai hành nghề của các nhân viên y tế thực hiện dịch vụ KCBTN

và (iii) quy định rõ danh mục kỹ thuật không được phép thực hiện. ngoài cơ sở y tế.

- Với những người sử dụng hoặc có nhu cầu sử dụng dịch vụ KCBTN ở Việt Nam, cần lưu ý đưa ra những lựa chọn sử dụng dịch vụ một cách sáng suốt, an toàn và hiệu quả.

Thứ nhất, chủ động theo dõi và quản lý sức khỏe định kỳ, đặc biệt với các nhóm có nguy cơ cao như người cao tuổi, người mắc bệnh mạn tính hoặc có tiền sử gia đình. Việc có dữ liệu sức khỏe liên tục giúp cả người dùng lẫn bác sĩ đưa ra đánh giá chính xác và kịp thời hơn, thay vì chờ xuất hiện triệu chứng mới tìm đến dịch vụ y tế — điều có thể làm giảm hiệu quả điều trị.

Tiếp theo, thận trọng và tỉnh táo trong lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ KCBTN. Trước tiên, người dùng cần xác định rõ nhu cầu y tế của bản thân có phù hợp với phạm vi và giới hạn chuyên môn của dịch vụ KCBTN hay không; nếu tình trạng bệnh vượt quá khả năng của dịch vụ, cần ưu tiên đến các bệnh viện chuyên môn. Khi lựa chọn nhà cung cấp, cần đánh giá toàn diện độ tin cậy dựa trên thông tin pháp lý (giấy phép hành nghề, chứng chỉ chuyên môn), đánh giá từ người dùng trước, và ưu tiên các nhà cung cấp có liên kết với cơ sở y tế uy tín.

Cuối cùng, tối ưu hóa chi phí một cách thông minh bằng cách tham khảo và so sánh giá từ hai đến ba nhà cung cấp khác nhau, đồng thời chủ động tìm hiểu xem dịch vụ có được BHYT hoặc bảo hiểm tư nhân chi trả hay không. Tuy nhiên, giá cả không phải tiêu chí duy nhất — người tiêu dùng cần đánh giá chi phí trong tương quan với chất lượng dịch vụ, tránh lựa chọn các gói dịch vụ giá rẻ bất hợp lý tiềm ẩn rủi ro về chất lượng.

5.3. Hạn chế và đề xuất cho nghiên cứu trong tương lai

Mặc dù luận án đã thành công trong việc cung cấp những bằng chứng thực nghiệm trong bối cảnh Việt Nam, nhưng nghiên cứu vẫn không thể tránh khỏi một số hạn chế cần được ghi nhận và đưa ra đề xuất cho nghiên cứu trong tương lai.

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang: Giống như nhiều nghiên cứu về ý định áp dụng công nghệ, dữ liệu của NCS mang tính cắt ngang, chỉ mô tả được hành vi của người tiêu dùng trong một khoảng thời gian ngắn. Do đó, các suy luận nhân quả phải được diễn giải thận trọng. Cần có thêm các nghiên cứu theo chiều dọc trong tương lai có thể theo dõi hành vi sử dụng thực tế sau ý định.
- Bối cảnh dịch vụ mới: Do loại hình dịch vụ KCBTN mới nổi ở Việt Nam, nhận thức và trải nghiệm của người tiêu dùng có thể còn thấp. Các nghiên cứu trong tương lai có thể lặp lại khi dịch vụ này phát triển và so sánh quy mô hiệu ứng theo thời gian.

- Khả năng khái quát hóa: Do mẫu khảo sát của nghiên cứu sinh chỉ giới hạn ở một số thành phố hoặc khu vực (tập trung tại TP.HCM, Hà Nội và Đà Nẵng), các phát hiện có thể không khái quát hóa được cho các vùng nông thôn hoặc vùng sâu vùng xa. Các nghiên cứu trong tương lai nên bao gồm các phân khúc địa lý đa dạng hơn.
- Cần nghiên cứu tiếp tác động của ý định hành vi tới hành vi sử dụng dịch vụ KCBTN thực sự. Mặc dù ý định là một yếu tố dự báo mạnh mẽ về hành vi (Ajzen, 1991), nhưng việc tiếp nhận thực tế có thể bị điều chỉnh bởi các ràng buộc bên ngoài (tính khả dụng, năng lực dịch vụ). Nghiên cứu trong tương lai nên xem xét việc áp dụng và duy trì sử dụng thực tế.
- Có thể mở rộng mô hình nghiên cứu với một số yếu tố tác động mới, bổ sung. Mô hình có thể được mở rộng để bao gồm lòng tin, rủi ro nhận thức (quyền riêng tư, bảo mật dữ liệu), hình ảnh thương hiệu dịch vụ và phạm vi bảo hiểm,...

DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC

ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ

1. Nguyen Thanh Lam, Pham Van Tuan, Khai Huynh Van (2026), 'Factors influencing intention to use home healthcare service in Vietnam: A study using the TAM approach', *Edelweiss Applied Science and Technology*, Vol. 10, No. 2, 228-241.
2. Nguyễn Thành Lâm, Phạm Văn Tuấn (2026), 'Nhân tố ảnh hưởng tới ý định sử dụng khám chữa bệnh tại nhà ở Việt Nam: Tiếp cận nghiên cứu mô hình niềm tin sức khỏe' *Tạp chí Nghiên cứu Tài chính Kế toán*, Kỳ 1 tháng 3 (số 307), trang 27-31.
3. Nguyễn Thành Lâm, Phạm Văn Tuấn (2026), 'Đánh giá ảnh hưởng của các nhân tố đến ý định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà', *Tạp chí Khoa học Thương mại*, Số 213/2026, Đại học Thương mại, Kỳ 4/2026 (số 212), trang 89-104.
4. Nguyen Thanh Lam, Tran Hong Nhung, Hoang Ngoc Vinh Hanh, Du Hoang Tien Dat, Do Van Dung, Hoang Khanh Linh, Nguyen Minh Ha (2023), 'Factors Promoting the Intention of Using Home Healthcare Services of the People of Northern Vietnam', *17th NEU-KKU International Conference Socio-Economic and Environmental Issues in Development 2023 Proceedings*, Finance Publishing House, pp. 1977-1992.