

ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ

HÀ TIẾN NGỌC

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN
Ý ĐỊNH TIẾP TỤC SỬ DỤNG DỊCH VỤ
KHÁM CHỮA BỆNH CỦA KHÁCH HÀNG TẠI
CÁC CƠ SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

LUẬN ÁN TIẾN SĨ QUẢN TRỊ KINH DOANH

HUẾ, NĂM 2026

ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ

HÀ TIẾN NGỌC

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN
Ý ĐỊNH TIẾP TỤC SỬ DỤNG DỊCH VỤ
KHÁM CHỮA BỆNH CỦA KHÁCH HÀNG TẠI
CÁC CƠ SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Ngành: QUẢN TRỊ KINH DOANH

Mã số: 9 34 01 01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ QUẢN TRỊ KINH DOANH

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

PGS.TS. PHAN THANH HOÀN

TS. HUỲNH THANH TÚ

HUẾ, NĂM 2026

LỜI CẢM ƠN

Để luận án này được hoàn thành bên cạnh sự cố gắng của cá nhân, còn có sự giúp đỡ hết sức quan trọng của quý Thầy Cô, quý bạn bè đồng nghiệp và gia đình. Với lòng biết ơn, tôi xin được nói lời cảm ơn chân thành đến:

Thầy PGS.TS.Phan Thanh Hoàn, người đã định hướng, chỉ dẫn, giúp đỡ cho tôi rất tận tình trong suốt quá trình thực hiện luận án này từ việc lựa chọn đề tài, tìm kiếm tài liệu, xây dựng đề cương cho đến khi luận án được hoàn thành và cả những định hướng tiếp theo cho việc học tập, nghiên cứu. Trân trọng cảm ơn Thầy.

Thầy TS.Huỳnh Thanh Tú, người đã giúp đỡ tôi vượt qua rất nhiều khó khăn trên con đường học vấn, người đã dìu dắt hướng dẫn gắn bó với tôi từ khi bắt đầu tập tành nghiên cứu khoa học.

Xin được cảm ơn quý Thầy Cô Trường Đại học Kinh tế - Đại học Huế đã nhiệt tình giảng dạy, cung cấp những kiến thức bổ ích và phương pháp nghiên cứu trong suốt khóa học.

Xin cảm ơn quý đồng nghiệp và bạn bè đã giúp đỡ tôi trong việc thu thập số liệu nghiên cứu.

Cảm ơn các tác giả đã có những công trình nghiên cứu về chất lượng dịch vụ, các nghiên cứu về hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ của khách hàng để tôi tham khảo và so sánh đối chiếu kết quả nghiên cứu.

Xin cảm ơn sự động viên và tạo mọi điều kiện thuận lợi của gia đình để cho tôi hoàn thành luận án này.

Kính chúc quý Thầy Cô, bạn bè và gia đình mạnh khỏe, may mắn và hạnh phúc. Trân trọng cảm ơn!

TP. Hồ Chí Minh, ngày 06 tháng 6 năm 2026

Tác giả

Hà Tiến Ngọc

TUYÊN BỐ VỀ TÍNH TRUNG THỰC HỌC THUẬT

Tôi xin trình trọng tuyên bố rằng luận án này là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các kết quả, số liệu và nhận định trong luận án là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nào khác. Mọi tài liệu, trích dẫn và ý tưởng tham khảo từ các nguồn khác đều đã được ghi rõ nguồn gốc trong danh mục tài liệu tham khảo.

Tôi cam đoan luận án này chưa từng được nộp để xét duyệt hay lấy bằng cấp ở bất kỳ cơ sở đào tạo hoặc tổ chức nghiên cứu nào khác.

Tôi hoàn toàn hiểu rằng nếu phát hiện có bất kỳ sự không trung thực nào trái với các tuyên bố trên, kết quả của luận án này sẽ không được công nhận và tôi phải chịu hoàn toàn trách nhiệm theo quy định của Chương trình đào tạo Tiến sĩ Quản trị kinh doanh, Trường Đại học Kinh tế - Đại học Huế.

TP. Hồ Chí Minh, ngày 06 tháng 6 năm 2026

TÁC GIẢ

Hà Tiến Ngọc

TÓM TẮT LUẬN ÁN

Luận án kiểm định mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (gồm năm thành phần: Sự tin tưởng, Sự đảm bảo, Sự đồng cảm, Sự minh bạch, Cơ sở vật chất), sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ trong bối cảnh y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh. Dựa trên khảo sát 464 khách hàng tại sáu bệnh viện đại diện và phân tích PLS-SEM, nghiên cứu rút ra bốn phát hiện chính.

Thứ nhất, cả năm thành phần chất lượng dịch vụ đều tác động dương đến sự hài lòng, với thứ tự ảnh hưởng giảm dần: Sự tin tưởng ($\beta=0,294$), Sự minh bạch ($\beta=0,254$), Sự đảm bảo ($\beta=0,250$), Sự đồng cảm ($\beta=0,227$) và Cơ sở vật chất ($\beta=0,207$). Điều này khẳng định các yếu tố “con người” quan trọng hơn yếu tố “vật chất” trong việc tạo ra sự hài lòng của khách hàng Việt Nam.

Thứ hai, sự hài lòng có tác động rất mạnh đến ý định tiếp tục sử dụng ($\beta=0,636$) và đến hình ảnh thương hiệu ($\beta=0,495$), khẳng định vai trò trung tâm của sự hài lòng như cầu nối chiến lược.

Thứ ba, hình ảnh thương hiệu tác động trực tiếp khiêm tốn đến ý định tiếp tục sử dụng ($\beta=0,132$), nhưng tác động gián tiếp qua sự hài lòng là đáng kể. Điều này chứng tỏ thương hiệu bệnh viện không thể tự thân tạo ra lòng trung thành mà phải được kiến tạo từ trải nghiệm thực tế và sự hài lòng.

Thứ tư, mô hình giải thích được 61,8% phương sai của sự hài lòng, 24,6% của hình ảnh thương hiệu và 50,3% của ý định tiếp tục sử dụng, cho thấy năng lực giải thích tốt.

Sự tin tưởng và minh bạch đóng vai trò then chốt trong bối cảnh y tế Việt Nam nơi bất đối xứng thông tin cao và khách hàng ngày càng đòi hỏi quyền được biết, được tham gia. Nghịch lý được chỉ ra: dù chất lượng chuyên môn được đánh giá cao, hình ảnh thương hiệu và lòng trung thành chưa tương xứng, phản ánh sự lãng phí nguồn lực. Kết quả nghiên cứu cung cấp cơ sở khoa học để các nhà quản lý y tế ưu tiên nâng cao sự tin tưởng và minh bạch, từ đó xây dựng thương hiệu bền vững và nuôi dưỡng lòng trung thành của người bệnh.

Từ khóa: Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, Sự hài lòng, Hình ảnh thương hiệu, Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ.

ABSTRACT

This dissertation examines the relationships between outpatient service quality (Trust, Assurance, Empathy, Transparency, Facility), patient satisfaction, brand image, and continuance intention in Ho Chi Minh City's healthcare system. Using survey data from 464 patients across six representative hospitals and PLS-SEM analysis, four main findings emerge.

First, all five quality components positively affect patient satisfaction, in descending order: Trust ($\beta=0.294$), Transparency ($\beta=0.254$), Assurance ($\beta=0.250$), Empathy ($\beta=0.227$), and Facility ($\beta=0.207$). This confirms that “human” factors outweigh “physical” factors in driving satisfaction in the Vietnamese context.

Second, patient satisfaction strongly influences continuance intention ($\beta=0.636$) and brand image ($\beta=0.495$), underscoring satisfaction's central mediating role.

Third, brand image has a modest direct effect on continuance intention ($\beta=0.132$), but its indirect effect through satisfaction is substantial. Thus, hospital brand loyalty cannot be built solely by branding; it must be grounded in real positive experiences and satisfaction.

Fourth, the model explains 61,8% of satisfaction variance, 24,6% of brand image variance, and 50,3% of continuance intention variance, demonstrating good explanatory power.

Trust and Transparency are pivotal in Vietnam's healthcare market, marked by severe information asymmetry and patients' growing demand for information and participation. A notable paradox exists: despite high perceived service quality (especially professional competence), brand image and loyalty remain suboptimal, indicating resource inefficiency. These findings provide scientific evidence for healthcare managers to prioritize trust and transparency, thereby building sustainable brand image and fostering long-term patient loyalty.

Keywords: Healthcare service quality, Customer satisfaction, Brand image, Continuance intention, Medical examination and treatment.

BẢNG CÁC KÍ HIỆU, CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Giải thích (tiếng Việt)	Giải thích (tiếng Anh)
AI	Trí tuệ nhân tạo	Artificial Intelligence
ANOVA	Phân tích phương sai	Analysis of Variance
AVE	Phương sai trích trung bình	Average Variance Extracted
BI	Ý định hành vi	Behavioral Intention
CB-SEM	Mô hình cấu trúc tuyến tính dựa trên hiệp phương sai	Covariance-Based Structural Equation Modeling
CFA	Phân tích nhân tố khẳng định	Confirmatory Factor Analysis
CMB	Độ chệch phương pháp chung	Common Method Bias
CME	Đào tạo y khoa liên tục	Continuing Medical Education
CPV	Phương sai tích lũy	Cumulative Percentage of Variance
CR	Độ tin cậy tổng hợp	Composite Reliability
CSR	Trách nhiệm xã hội của doanh nghiệp	Corporate Social Responsibility
ECM	Mô hình xác nhận kỳ vọng	Expectation Confirmation Model
ECT	Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng	Expectation Confirmation Theory
EFA	Phân tích nhân tố khám phá	Exploratory Factor Analysis
EMR	Hồ sơ bệnh án điện tử	Electronic Medical Record
fsQCA	Phân tích so sánh định tính cấu trúc mờ	fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis
HTMT	Tỷ lệ tương quan	Heterotrait-Monotrait Ratio
ISO	Tổ chức Tiêu chuẩn hóa Quốc tế	International Organization for Standardization
IVF	Thụ tinh trong ống nghiệm	In vitro fertilization
JCI	Ủy ban Liên kết Quốc tế	Joint Commission International

Chữ viết tắt	Giải thích (tiếng Việt)	Giải thích (tiếng Anh)
KCB	Khám chữa bệnh	(Medical examination and treatment)
KPI	Chỉ số hiệu suất then chốt	Key Performance Indicator
MAE	Sai số tuyệt đối trung bình	Mean Absolute Error
PLS-SEM	Mô hình cấu trúc tuyến tính bình phương tối thiểu từng phần	Partial Least Squares Structural Equation Modeling
QĐ-BYT	Quyết định của Bộ Y tế	Decision of the Ministry of Health
RMSE	Căn bậc hai trung bình bình phương sai số	Root Mean Square Error
RTAC	Chứng nhận quốc tế về trị liệu phục hồi chức năng	Rehabilitation Therapy Accreditation Council
SERVPERF	Mô hình đo lường chất lượng dịch vụ dựa trên hiệu suất	Service Performance model
SERVQUAL	Mô hình đo lường chất lượng dịch vụ dựa trên khoảng cách kỳ vọng - cảm nhận	Service Quality model
SOR	Kích thích - Chủ thể - Phản ứng	Stimulus-Organism-Response
TAM	Mô hình chấp nhận công nghệ	Technology Acceptance Model
TP.HCM	Thành phố Hồ Chí Minh	Ho Chi Minh City
T-test	Kiểm định t	T-test (Independent Samples)

MỤC LỤC

Lời cảm ơn	i
Tuyên bố về tính trung thực học thuật	ii
Tóm tắt luận án.....	iii
Abstract	iv
Bảng các kí hiệu, chữ viết tắt	v
Mục lục.....	vii
Danh mục các bảng	xi
Danh mục biểu đồ, hình vẽ	xiv
MỞ ĐẦU: GIỚI THIỆU NGHIÊN CỨU	1
1. Lý do chọn đề tài nghiên cứu	1
1.1 Bối cảnh khoa học	1
1.2 Bối cảnh thực tiễn	2
2. Mục tiêu nghiên cứu.....	2
3. Câu hỏi nghiên cứu	3
4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu.....	3
5. Phương pháp nghiên cứu.....	5
6. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn.....	5
7. Kết cấu của đề tài	6
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU.....	8
1.1 Quy trình tổng quan tài liệu	8
1.2 Các nghiên cứu về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và những vấn đề đặt ra	8
1.2.1 Chất lượng dịch vụ, sự hài lòng và ý định tiếp tục sử dụng	8
1.2.2 Vai trò của hình ảnh thương hiệu trong quyết định của khách hàng	10
1.2.3 Các đánh giá có hệ thống và những yêu cầu đặt ra cho nghiên cứu	12
1.3 Tổng hợp các phát hiện và các khoảng trống nghiên cứu.....	13
1.4 Sự cần thiết của luận án	16

CHƯƠNG 2: CƠ SỞ LÝ THUYẾT	18
2.1 Các khái niệm trọng tâm	18
2.1.1 Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.....	18
2.1.2 Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh	20
2.1.3 Sự hài lòng của khách hàng	25
2.1.4 Hình ảnh thương hiệu.....	26
2.2 Lý thuyết nền tảng.....	30
2.2.1 Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (Expectation Confirmation Theory - ECT)	30
2.2.2 Lý thuyết Kích thích-Chủ thể-Phản ứng (SOR).....	34
2.2.3 Sự cần thiết và luận cứ cho việc tích hợp ECT và SOR	34
2.2.4 Chất lượng dịch vụ là kích thích duy nhất	36
2.3 Các giả thuyết và Mô hình nghiên cứu đề xuất.....	38
2.3.1 Chất lượng dịch vụ và Sự hài lòng của khách hàng.....	38
2.3.2 Sự hài lòng của khách hàng và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ	39
2.3.3 Sự hài lòng của khách hàng và hình ảnh thương hiệu	40
2.3.4 Hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ	40
2.3.5 Mô hình nghiên cứu đề xuất.....	41
TÓM TẮT CHƯƠNG 2.....	42
CHƯƠNG 3: THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU	43
3.1 Bối cảnh nghiên cứu.....	43
3.1.1 Tổng quan hệ thống y tế TP.HCM.....	43
3.1.2 Bối cảnh và tiêu chí lựa chọn bệnh viện khảo sát	46
3.1.3 Giới thiệu sơ lược bệnh viện được lựa chọn khảo sát.....	47
3.2 Quy trình nghiên cứu tổng thể	50
3.3 Phương pháp nghiên cứu.....	54
3.3.1 Nghiên cứu định tính.....	55
3.3.2 Nghiên cứu định lượng.....	55
TÓM TẮT CHƯƠNG 3	59
CHƯƠNG 4: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	60

4.1 Kết quả nghiên cứu định tính	60
4.1.1 Kết quả phỏng vấn chuyên gia	60
4.1.2 Kết quả thảo luận nhóm	66
4.2 Nghiên cứu định lượng sơ bộ	74
4.2.1 Kết quả phân tích EFA	76
4.2.2 Kết quả kiểm định độ tin cậy	78
4.3 Nghiên cứu định lượng chính thức	83
4.3.1 Phương pháp chọn mẫu và xác định cỡ mẫu	83
4.3.2 Thông tin chung về mẫu khảo sát	85
4.3.3 Thống kê mô tả cho các thang đo	87
4.3.4 Kiểm định Độ chệch phương pháp chung (Common Method Bias)	96
4.3.5 Phân tích đánh giá mô hình đo lường	98
4.3.6 Phân tích đánh giá mô hình cấu trúc	108
4.3.7 Kiểm định giả thuyết	114
4.3.8 Kiểm định sự khác biệt về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ (Biến YD)	118
TÓM TẮT CHƯƠNG 4	123
CHƯƠNG 5 : THẢO LUẬN VÀ HÀM Ý QUẢN TRỊ	124
5.1 Tổng hợp và thảo luận kết quả với các nghiên cứu trước	124
5.1.1 Tác động của các thành phần chất lượng dịch vụ đến Sự hài lòng	124
5.1.2 Mối quan hệ giữa Sự hài lòng, Hình ảnh thương hiệu và Ý định tiếp tục sử dụng	125
5.1.3 Giá trị của mô hình tích hợp ECT-SOR	128
5.2 Hàm ý quản trị	130
5.2.1 Chiến lược cải thiện chất lượng dịch vụ ưu tiên theo mức độ ảnh hưởng	130
5.2.2 Chiến lược xây dựng và củng cố hình ảnh thương hiệu	134
5.2.3 Thiết kế quy trình quản lý kỳ vọng và tạo sự xác nhận liên tục	136
5.2.4 Hàm ý phân tầng theo loại hình bệnh viện	137
5.3 Hàm ý đối với cơ quan quản lý nhà nước trong hoạch định chính sách	139
5.3.1 Đẩy mạnh chuyển đổi số y tế	140

5.3.2 Bổ sung tiêu chí đánh giá bệnh viện	141
5.3.3 Tái cấu trúc bệnh viện công	141
5.3.4 Điều chỉnh chính sách đầu tư công trong y tế.....	142
5.3.5 Giảm tải bệnh viện tuyến cuối	142
TÓM TẮT CHƯƠNG 5.....	143
KẾT LUẬN	144
1. Các phát hiện chính của nghiên cứu	144
2. Đóng góp của nghiên cứu	145
3. Hạn chế của nghiên cứu	150
4. Hướng nghiên cứu tiếp theo	151
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ.....	153
TÀI LIỆU THAM KHẢO	154
PHỤ LỤC.....	171
Phụ lục 1. Bảng tổng hợp kết quả nghiên cứu về ý định hành vi khách hàng chất lượng dịch vụ và hình ảnh bệnh viện.....	171
Phụ lục 2: Dàn bài thảo luận chuyên gia.....	178
Phụ lục 3: Biên bản tổng hợp và phân tích chuyên sâu ý kiến chuyên gia	181
Phụ lục 4: Kịch bản thảo luận nhóm	190
Phụ lục 5: Biên bản tổng hợp thảo luận nhóm	193
Phụ lục 6: Bảng câu hỏi khảo sát sơ bộ	199
Phụ lục 7: Dữ liệu định lượng sơ bộ	202
Phụ lục 8: Bảng câu hỏi khảo sát chính thức	222
Phụ lục 9: Dữ liệu định lượng chính thức	225

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1.	Mật độ giường bệnh so với các nước	43
Bảng 3.2	Phân bổ dịch vụ y tế theo khu vực	45
Bảng 3.3.	Danh sách và đặc điểm các bệnh viện trong mẫu khảo sát	47
Bảng 4.1.	Đặc điểm các chuyên gia tham gia phỏng vấn	61
Bảng 4.2.	Tổng hợp kết quả phỏng vấn chuyên gia và các hiệu chỉnh	62
Bảng 4.3.	Biến quan sát Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (31 biến)	64
Bảng 4.4.	Biến quan sát Sự hài lòng của khách hàng (sau phỏng vấn)	65
Bảng 4.5.	Biến quan sát Hình ảnh thương hiệu (sau phỏng vấn)	65
Bảng 4.6.	Biến quan sát Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh (sau phỏng vấn)	66
Bảng 4.7.	Đặc điểm thành viên tham gia thảo luận nhóm	67
Bảng 4.8.	Tổng hợp kết quả thảo luận nhóm và hiệu chỉnh thang đo	69
Bảng 4.9.	Biến quan sát Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (sau thảo luận nhóm - 27 biến)	72
Bảng 4.10.	Biến quan sát Sự hài lòng của khách hàng (sau thảo luận)	73
Bảng 4.11.	Biến quan sát Hình ảnh thương hiệu (sau thảo luận)	74
Bảng 4.12.	Biến quan sát Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh	74
Bảng 4.13:	Kết quả phân tích EFA	76
Bảng 4.14.	Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự tin tưởng	78
Bảng 4.15.	Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự đảm bảo	78
Bảng 4.16.	Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự đồng cảm	79
Bảng 4.17.	Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự minh bạch	79
Bảng 4.18.	Kiểm định độ tin cậy của thành phần cơ sở vật chất	79
Bảng 4.19.	Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự hài lòng	80
Bảng 4.20.	Kiểm định độ tin cậy của thành phần hình ảnh thương hiệu	80
Bảng 4.21.	Kiểm định độ tin cậy của thành phần ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh	80
Bảng 4.22.	Biến quan sát Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh chính thức	81
Bảng 4.23.	Biến quan sát Sự hài lòng của khách hàng chính thức	82

Bảng 4.24.	Biến quan sát Hình ảnh thương hiệu chính thức	82
Bảng 4.25.	Biến quan sát Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh chính thức	82
Bảng 4.26.	Tổng hợp các tiêu chuẩn cỡ mẫu	84
Bảng 4.27.	Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu (n = 464)	86
Bảng 4.28 :	Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Sự tin tưởng	89
Bảng 4.29 :	Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Sự đảm bảo	90
Bảng 4.30:	Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Sự đồng cảm ...	91
Bảng 4.31:	Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Sự minh bạch ..	91
Bảng 4.32:	Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Cơ sở vật chất .	92
Bảng 4.33:	Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thang đo Sự hài lòng	93
Bảng 4.34:	Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thang đo Hình ảnh thương hiệu	94
Bảng 4.35:	Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thang đo Ý định tiếp tục sử dụng	95
Bảng 4.36	Kết quả kiểm định CMB (Harman's Single-Factor Test)	97
Bảng 4.37.	Hệ số tải ngoài (Outer Loadings)	100
Bảng 4.38.	Kết quả đánh giá Độ tin cậy và Giá trị hội tụ của các thang đo	104
Bảng 4.39.	Ma trận Giá trị phân biệt theo tiêu chí Fornell-Larcker	107
Bảng 4.40.	Ma trận Giá trị phân biệt theo chỉ số HTMT	107
Bảng 4.41:	Kết quả kiểm định đa cộng tuyến (Inner VIF)	109
Bảng 4.42	Kết quả kiểm định các giả thuyết nghiên cứu	109
Bảng 4.43:	Giá trị R bình phương và R bình phương hiệu chỉnh	111
Bảng 4.44.	Giá trị f bình phương (f^2)	112
Bảng 4.45.	Giá trị Q^2 (Khả năng dự báo)	113
Bảng 4.46:	Kết quả kiểm định giả thuyết tác động của chất lượng dịch vụ đến sự hài lòng	115
Bảng 4.47.	Kiểm định giả thuyết giữa sự hài lòng của khách hàng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh	116
Bảng 4.48.	Kiểm định sự khác biệt theo giới tính	119
Bảng 4.49.	Kiểm định sự khác biệt về YD theo Nhóm tuổi	120

Bảng 4.50.	Kiểm định sự khác biệt về YD theo Học vấn	120
Bảng 4.51.	Giá trị trung bình YD theo Trình độ học vấn	120
Bảng 4.52.	Kiểm định sự khác biệt về YD theo Thu nhập	121
Bảng 4.53.	Giá trị trung bình YD theo Thu nhập	121

DANH MỤC BIỂU ĐỒ, HÌNH VẼ

Hình 2.1: Quy trình đánh giá kỳ vọng và xác nhận của bệnh nhân theo ECT	33
Hình 2.2 : Mô hình tích hợp ECT và SOR	36
Hình 2.3. Mô hình nghiên cứu đề xuất	41
Hình 3.1. Quy trình nghiên cứu của Churchill (1979)	50
Hình 3.2. Quy trình nghiên cứu của Hinkin (1998)	51
Hình 3.3. Quy trình nghiên cứu của Nguyễn (2007)	51
Hình 3.4. Quy trình nghiên cứu đề xuất.....	52
Hình 4.1. Hệ số tải giữa các biến quan sát và biến tiềm ẩn	102
Hình 4.2. Hệ số đường dẫn giữa các biến	110

MỞ ĐẦU: GIỚI THIỆU NGHIÊN CỨU

1. Lý do chọn đề tài nghiên cứu

1.1 Bối cảnh khoa học

Trong dòng chảy nghiên cứu hành vi người tiêu dùng, ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ (continuance intention) đã được khẳng định là một cấu trúc trung tâm, đặc biệt trong các ngành dịch vụ như bán lẻ (Khan và cộng sự, 2022), tài chính - ngân hàng (Ascarza và cộng sự, 2018) và giáo dục (Juanamasta và cộng sự, 2019). Tuy nhiên, khi chuyển sang lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, bức tranh nghiên cứu trở nên thưa thớt và thiếu hệ thống. Sự khan hiếm này tạo thành một khoảng trống học thuật đáng kể, bởi dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) mang những đặc tính cực kỳ khác biệt: tính vô hình nhưng gắn liền với rủi ro sinh mạng, tính không đồng nhất cao do mỗi bệnh nhân có mỗi thể trạng khác nhau, sự bất đối xứng thông tin nghiêm trọng giữa bác sĩ và người bệnh. Chính vì vậy, việc áp dụng máy móc các mô hình từ lĩnh vực bán lẻ hay tài chính vào nghiên cứu ý định quay lại của bệnh nhân là thiếu phù hợp và có thể dẫn đến những kết luận lệch lạc.

Về mặt lý thuyết, mặc dù Lý thuyết xác nhận kỳ vọng (ECT) (Oliver, 1980) và Lý thuyết kích thích - chủ thể - phản ứng (SOR) (Mehrabian và Russell, 1974) đã được kiểm định trong bối cảnh y tế, nhưng chủ yếu diễn ra một cách riêng lẻ. Chưa có nghiên cứu nào tích hợp hai khung lý thuyết này để giải thích cơ chế tác động đồng thời, đặc biệt là việc đặt Hình ảnh thương hiệu như một trạng thái bên trong (Organism) của khách hàng trong mô hình SOR, thay vì chỉ là một tác nhân kích thích (Stimulus). Bên cạnh đó, việc ứng dụng ECT trong lĩnh vực y tế công tại Việt Nam vẫn còn lúng túng khi chưa luận giải được vai trò của yếu tố "tính bắt buộc" (ví dụ: bảo hiểm y tế, phân tuyến) vốn có thể làm nhiễu loạn quá trình xác nhận kỳ vọng truyền thống. Xuất phát từ khoảng trống lý thuyết nêu trên, luận án này hướng đến mục tiêu xây dựng và kiểm định một mô hình tích hợp ECT - SOR để giải thích cơ chế hình thành ý định tiếp tục sử dụng của khách hàng (bệnh nhân), qua đó lấp đầy khe hổng về mặt lý luận trong bối cảnh đặc thù của thị trường y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh.

1.2 Bối cảnh thực tiễn

Về mặt thực tiễn, Thành phố Hồ Chí Minh là địa phương có hệ thống y tế sôi động và cạnh tranh nhất cả nước. Với dân số hơn 9 triệu người cùng lượng bệnh nhân từ các tỉnh lân cận đổ về, thành phố hiện có 8.334 cơ sở y tế, bao gồm 159 bệnh viện công lập và tư nhân, chiếm khoảng 25% tổng số lượt khám ngoại trú toàn quốc. Quy mô này tạo ra một thị trường dịch vụ y tế vô cùng sôi động nhưng cũng đặt ra áp lực cạnh tranh khốc liệt, không chỉ giữa các bệnh viện trong nước mà còn trước xu hướng “chảy máu” bệnh nhân ra nước ngoài.

Trong bối cảnh đó, các nhà quản lý cơ sở y tế đang đứng trước bài toán chiến lược: chi phí giữ chân một khách hàng hiện tại chỉ bằng 1/5 đến 1/25 so với chi phí thu hút một khách hàng mới (Ascarza và cộng sự, 2018). Một bệnh nhân quay lại (continuance) có xu hướng chi tiêu nhiều hơn và trở thành kênh truyền miệng tích cực (Abbas và cộng sự, 2021). Tuy nhiên, thực tế tại Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, phần lớn các cơ sở vẫn tập trung nâng cao năng lực chuyên môn mà chưa thực sự thấu hiểu cơ chế hình thành lòng trung thành, đặc biệt là vai trò của hình ảnh thương hiệu và sự hài lòng trong việc thúc đẩy ý định quay lại. Tình trạng khách hàng đến khám một lần rồi không trở lại dù hài lòng về chuyên môn vẫn diễn ra phổ biến. Xuất phát từ những lý do trên, tác giả quyết định lựa chọn đề tài: **“Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của khách hàng tại các cơ sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh”** làm luận án tiến sĩ.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu này nhằm xác định, đo lường và phân tích mức độ tác động của chất lượng dịch vụ và hình ảnh thương hiệu đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của khách hàng tại các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu được thực hiện dựa trên nền tảng tích hợp lý thuyết Xác nhận kỳ vọng (ECT) và lý thuyết Kích thích - chủ thể - phản ứng (SOR). Từ đó, nghiên cứu kỳ vọng xây dựng một mô hình lý thuyết có giá trị giải thích cao, đồng thời cung cấp các hàm ý quản trị chiến lược nhằm thúc đẩy sự quay trở lại của khách hàng trong bối cảnh cạnh tranh gay gắt của thị trường dịch vụ y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Để đạt được mục tiêu tổng quát, nghiên cứu được triển khai thông qua ba mục tiêu cụ thể sau:

Mục tiêu 1: Hệ thống hóa, phân tích các lý thuyết nền tảng (ECT, SOR) và các công trình thực nghiệm trong và ngoài nước về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ, đặc biệt trong lĩnh vực khám chữa bệnh. Qua đó, xác định khoảng trống nghiên cứu và luận giải cơ chế tác động của chất lượng dịch vụ và hình ảnh thương hiệu đến sự hình thành ý định trung thành của bệnh nhân.

Mục tiêu 2: Xây dựng và kiểm định mô hình nghiên cứu tích hợp từ ECT và SOR, đồng thời đánh giá mức độ tác động của chất lượng dịch vụ và hình ảnh thương hiệu đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của khách hàng tại các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh.

Mục tiêu 3: Dựa trên kết quả định lượng, đề xuất hệ thống các hàm ý quản trị và giải pháp chiến lược nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ, củng cố hình ảnh thương hiệu một cách đồng bộ, từ đó tối ưu hóa trải nghiệm của khách hàng, kích thích ý định quay lại và tạo dựng lợi thế cạnh tranh bền vững cho các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh.

3. Câu hỏi nghiên cứu

Các mục tiêu trên sẽ được giải quyết thông qua việc trả lời ba câu hỏi nghiên cứu chính sau đây:

Câu hỏi 1: Cơ sở lý luận từ lý thuyết Xác nhận kỳ vọng (ECT) và lý thuyết Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR) giải thích như thế nào về cơ chế tác động của chất lượng dịch vụ và hình ảnh thương hiệu đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của khách hàng? Đây là khoảng trống nghiên cứu cần được lấp đầy trong bối cảnh các cơ sở y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh?

Câu hỏi 2: Trong mô hình tích hợp dựa trên ECT và SOR, chất lượng dịch vụ và hình ảnh thương hiệu tác động đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của khách hàng tại Thành phố Hồ Chí Minh với mức độ như thế nào?

Câu hỏi 3: Dựa trên kết quả đo lường mức độ tác động của chất lượng dịch vụ và hình ảnh thương hiệu, các nhà quản lý cơ sở y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh cần triển khai những giải pháp và hàm ý quản trị cụ thể nào để nâng cao ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ của khách hàng ?

4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Luận án tập trung vào ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh (continuance intention) như một hiện tượng hành vi cần được giải

thích. Trong đó, các yếu tố ảnh hưởng trọng tâm bao gồm chất lượng dịch vụ (chất lượng kỹ thuật và chất lượng chức năng) và hình ảnh thương hiệu, với cơ chế tác động được luận giải thông qua nền tảng lý thuyết Xác nhận kỳ vọng (ECT) và lý thuyết Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR). Quan điểm xuyên suốt của luận án: Trong toàn bộ luận án, bệnh nhân được xác định chính là khách hàng của dịch vụ khám chữa bệnh. Do đó, các khái niệm và phân tích được xây dựng dựa trên góc nhìn hành vi khách hàng trong thị trường dịch vụ y tế.

Đối tượng khảo sát: Cá nhân từ 18 tuổi trở lên, đã từng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú ít nhất một lần trong vòng 12 tháng qua, tại một cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Đối tượng được lựa chọn dựa trên các tiêu chí: (1) có đầy đủ năng lực nhận thức và tự nguyện tham gia nghiên cứu; (2) đã trải nghiệm dịch vụ khám chữa bệnh theo hình thức dịch vụ yêu cầu (không sử dụng bảo hiểm y tế). Tiêu chí thứ hai nhằm đảm bảo sự đánh giá tập trung vào chất lượng dịch vụ cảm nhận và hình ảnh thương hiệu, hạn chế sự chi phối của các yếu tố chính sách tài chính.

Phạm vi nghiên cứu

Phạm vi về không gian: Nghiên cứu được thực hiện tại Thành phố Hồ Chí Minh. Luận án lựa chọn 06 bệnh viện theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích, bao gồm: Bệnh viện Nhân dân 115, Bệnh viện Gia Định (công lập đa khoa tuyến cuối); Bệnh viện Từ Dũ (chuyên khoa sản) và Bệnh viện Nhi đồng 1 (chuyên khoa nhi); Bệnh viện Đại học Y Dược (mô hình bệnh viện trường); và Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn (tư nhân). Sáu cơ sở này bao phủ đầy đủ loại hình, chuyên khoa và quy mô.

Phạm vi về thời gian: Dữ liệu thứ cấp được tổng hợp từ các công trình nghiên cứu giai đoạn 2015-2025. Dữ liệu sơ cấp được thu thập thông qua khảo sát trực tiếp khách hàng từ tháng 4 năm 2025 đến tháng 6 năm 2025. Quá trình phân tích, xử lý dữ liệu và hoàn thiện bản thảo được thực hiện từ tháng 7/2025 đến tháng 4/2026, đảm bảo tính thời sự của số liệu khi luận án được bảo vệ.

Phạm vi về nội dung: Nghiên cứu tập trung vào đánh giá của khách hàng đối với dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú theo hình thức dịch vụ (không dùng bảo hiểm y tế), xem xét các yếu tố chất lượng dịch vụ (Sự tin tưởng, Minh bạch, Đảm bảo, Đồng cảm, Cơ sở vật chất), sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng. Về mặt lý thuyết, luận án tích hợp Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (ECT) và Mô hình Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR) để giải thích cơ chế tác động.

5. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp hỗn hợp (mixed methods) tuần tự, kết hợp định tính và định lượng nhằm đảm bảo tính toàn diện trong việc xây dựng và kiểm định mô hình lý thuyết tích hợp.

Bước 1 - Tổng quan tài liệu có hệ thống: Được thực hiện trên các cơ sở dữ liệu PubMed, Scopus, Web of Science và Google Scholar với bộ từ khóa liên quan đến hành vi tiếp tục sử dụng, chất lượng dịch vụ y tế, hình ảnh thương hiệu, ECT và SOR (giai đoạn 2015-2025). Kết quả làm cơ sở đề xuất mô hình nghiên cứu ban đầu.

Bước 2 - Nghiên cứu định tính:

Phỏng vấn chuyên gia (n=5) trong lĩnh vực hành vi khách hàng và quản trị dịch vụ y tế.

Thảo luận nhóm (n=10) bao gồm nhân viên y tế và bệnh nhân đã từng sử dụng dịch vụ tại các cơ sở khảo sát.

Mục tiêu: Đánh giá tính phù hợp của mô hình đề xuất và hiệu chỉnh thang đo.

Bước 3 - Nghiên cứu định lượng sơ bộ: Thực hiện với cỡ mẫu 150 khách hàng. Sử dụng SPSS 22.0 để đánh giá độ tin cậy thang đo (Cronbach's Alpha > 0,7) và phân tích nhân tố khám phá (EFA) để kiểm tra giá trị hội tụ/phân biệt trước khi khảo sát chính thức.

Bước 4 - Nghiên cứu định lượng chính thức: Tiến hành với cỡ mẫu n=550. Phần mềm SmartPLS được sử dụng để kiểm định mô hình đo lường (độ tin cậy tổng hợp, giá trị hội tụ AVE, giá trị phân biệt HTMT) và mô hình cấu trúc (kiểm định giả thuyết, phân tích tác động trung gian).

Bước 5 - Xử lý và đề xuất hàm ý: Từ kết quả định lượng, tác giả thảo luận, đối chiếu với cơ sở lý thuyết và đề xuất các hàm ý quản trị cho các cơ sở y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh.

6. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn

Ý nghĩa khoa học

Luận án đóng góp ba điểm mới về mặt học thuật:

Thứ nhất, nghiên cứu xây dựng và kiểm định thành công một mô hình tích hợp giữa ECT và SOR trong bối cảnh y tế, trong đó Hình ảnh thương hiệu được đặt ở vị trí trung gian (Organism) thay vì chỉ là một kích thích (Stimulus) như các nghiên cứu

marketing truyền thống. Điều này giúp làm rõ cơ chế tác động kép: chất lượng dịch vụ tác động đến sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu, từ đó dẫn đến ý định tiếp tục sử dụng.

Thứ hai, luận án giải quyết được mâu thuẫn trong ứng dụng ECT vào y tế công bằng cách luận giải vai trò điều tiết của "sự phụ thuộc/ rào cản chuyển đổi" đối với tác động của sự hài lòng lên ý định tiếp tục, thay vì áp dụng máy móc mô hình kỳ vọng - xác nhận truyền thống.

Thứ ba, thang đo chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh được bối cảnh hóa dựa trên tích hợp mô hình SERVPERF (Cronin & Taylor, 1992), khung Donabedian và Quyết định số 56/QĐ-BYT của Bộ Y tế, đảm bảo giá trị học thuật lẫn tính pháp lý thực tiễn.

Ý nghĩa thực tiễn

Về mặt lý thuyết: Luận án hệ thống hóa và làm sâu sắc hơn các định nghĩa, khái niệm về chất lượng dịch vụ y tế, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng. Kết quả kiểm định vai trò trung gian đồng thời của sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu cung cấp bằng chứng thực nghiệm có giá trị so sánh giữa con đường tác động cảm xúc và con đường tác động nhận thức.

Về mặt thực tiễn: Kết quả nghiên cứu cung cấp hệ thống hàm ý quản trị đồng bộ cho các nhà quản lý cơ sở y tế. Cụ thể: (i) Xác định được khía cạnh chất lượng cần ưu tiên để tác động nhanh đến sự hài lòng; (ii) Định hướng chiến lược xây dựng hình ảnh thương hiệu dài hạn để tạo ra sự gắn kết bền vững; (iii) Cung cấp bộ công cụ đo lường định kỳ để các bệnh viện, phòng khám có thể tự đánh giá và dự báo ý định quay lại của khách hàng, hỗ trợ Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh trong việc hoạch định chính sách nâng cao chất lượng theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm.

Về độ tin cậy: Kết quả có độ tin cậy cao nhờ quy trình thiết kế bài bản (hỗn hợp tuần tự) với dữ liệu xử lý bằng PLS-SEM, các kiểm định thang đo (Cronbach's Alpha, EFA/CFA) đều đạt tiêu chuẩn khắt khe.

7. Kết cấu của đề tài

Ngoài phần Mở đầu và Kết luận, luận án gồm 05 chương chính:

Mở đầu: Trình bày tính cấp thiết, khoảng trống nghiên cứu, mục tiêu, câu hỏi, đối tượng, phạm vi và ý nghĩa của luận án.

Chương 1: Tổng quan nghiên cứu: Hệ thống các công trình trong và ngoài nước về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ nói chung và trong lĩnh vực khám chữa bệnh nói riêng, từ đó xác định các khoảng trống nghiên cứu về lý thuyết, bối cảnh và phương pháp, khẳng định vị trí của luận án.

Chương 2: Cơ sở lý thuyết: Làm rõ các khái niệm trọng tâm (chất lượng dịch vụ, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu, ý định tiếp tục sử dụng); trình bày hai lý thuyết nền ECT và SOR; đề xuất mô hình nghiên cứu tích hợp và hệ thống giả thuyết.

Chương 3: Thiết kế nghiên cứu: Phân tích bối cảnh hệ thống y tế TP.HCM và lựa chọn 06 bệnh viện khảo sát. Trình bày quy trình nghiên cứu hỗn hợp tuần tự (định tính, định lượng sơ bộ, định lượng chính thức) với phương pháp chọn mẫu, công cụ thu thập và phân tích dữ liệu (SPSS, SmartPLS).

Chương 4: Kết quả nghiên cứu: Báo cáo kết quả định tính (hiệu chỉnh thang đo từ 42 xuống 38 biến) và định lượng (từ 38 xuống 36 biến). Đánh giá mô hình đo lường (độ tin cậy, giá trị hội tụ, phân biệt) và mô hình cấu trúc (kiểm định giả thuyết, R^2 , f^2 , Q^2).

Chương 5: Thảo luận và hàm ý quản trị: Thảo luận, so sánh với các nghiên cứu trước. Đề xuất hàm ý quản trị.

Kết luận: Tóm tắt phát hiện chính, nêu đóng góp lý thuyết, chỉ ra hạn chế và hướng nghiên cứu tiếp theo.

Cấu trúc 05 chương đảm bảo tính logic, mạch lạc, phân định rõ giữa tổng quan, lý thuyết, thiết kế, kết quả và kết luận.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU

1.1 Quy trình tổng quan tài liệu

Chương này hệ thống hóa, phân tích và đánh giá có phê phán các công trình nghiên cứu thực nghiệm trong và ngoài nước liên quan đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ, đặc biệt trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Toàn bộ luận án thống nhất quan điểm xác nhận bệnh nhân là khách hàng của dịch vụ khám chữa bệnh, do đó các nghiên cứu được tổng quan cũng được xem xét dưới góc nhìn hành vi khách hàng trong thị trường y tế. Quá trình tổng quan không dừng lại ở việc liệt kê đơn thuần mà hướng đến ba mục tiêu: (1) xác định các mô hình lý thuyết nền tảng; (2) chỉ ra các phát hiện nhất quán và mâu thuẫn; (3) khẳng định khoảng trống nghiên cứu mà luận án này nhằm lấp đầy, đặc biệt là sự thiếu vắng các mô hình tích hợp lý thuyết Xác nhận kỳ vọng (ECT) và lý thuyết Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR) dưới góc nhìn khách hàng. Để đạt được mục tiêu đó, luận án được xây dựng dựa trên quy trình tổng quan tài liệu có hệ thống và phê phán. Nguồn dữ liệu bao gồm các cơ sở dữ liệu học thuật quốc tế (Scopus, Web of Science, Google Scholar, ScienceDirect, PubMed) và trong nước (Thư viện Quốc gia Việt Nam, các tạp chí chuyên ngành). Từ khóa được sử dụng kết hợp theo cú pháp Boolean: (“service quality” OR “healthcare quality”) AND satisfaction AND (“continuance intention” OR “revisit intention” OR “loyalty”) AND (“hospital” OR “healthcare”), cùng các từ khóa tương đương bằng tiếng Việt. Tiêu chí lọc bao gồm Thống nhất khoảng thời gian lọc là 2015-2025 để phù hợp với bối cảnh thực tiễn (Quyết định 56/QĐ-BYT 2024) và các tài liệu tham khảo. Tiêu chí loại trừ: bài báo không có toàn văn; nghiên cứu lý thuyết thuần túy; không liên quan trực tiếp đến các biến số chính. Từ hơn 250 bài báo ban đầu, 85 bài được lựa chọn để đánh giá toàn văn, và cuối cùng 18 nghiên cứu tiêu biểu được tổng hợp và phân tích sâu (phụ lục 1).

1.2 Các nghiên cứu về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và những vấn đề đặt ra

1.2.1 *Chất lượng dịch vụ, sự hài lòng và ý định tiếp tục sử dụng*

Phần lớn các nghiên cứu thực nghiệm trong và ngoài nước đều nhất quán khẳng định mối quan hệ nhân quả then chốt: chất lượng dịch vụ dẫn đến sự hài lòng và tác

động đến ý định tiếp tục sử dụng (Aliman và Mohamad, 2016; Nguyen và cộng sự, 2021; Phan Thanh Hải, 2021; Park và cộng sự, 2021). Các khía cạnh của mô hình SERVQUAL (Độ tin cậy, Sự đáp ứng, Sự đảm bảo, Sự đồng cảm và Phương tiện hữu hình) liên tục được chứng minh là những yếu tố dự báo quan trọng đối với sự hài lòng. Al-Neyadi và cộng sự (2018) ứng dụng SERVQUAL tại các bệnh viện công của UAE và chỉ ra sự tồn tại của “khoảng cách chất lượng dịch vụ” giữa kỳ vọng và nhận thức, đồng thời xác định độ tin cậy và sự đảm bảo là những kích thích cần cải thiện nhất. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn và cộng sự (2021) không chỉ tái khẳng định mối quan hệ này mà còn phát triển một thang đo chất lượng dịch vụ đặc thù cho bối cảnh địa phương, chứng minh rằng chất lượng dịch vụ tác động đến lòng trung thành không chỉ trực tiếp mà còn gián tiếp thông qua sự hài lòng và giá trị cảm nhận.

Tuy nhiên, bên cạnh những nhất quán, các nghiên cứu cũng bộc lộ những hạn chế đáng kể về phương pháp luận. Cách thức vận hành hóa các khái niệm thành thang đo và biến quan sát có sự khác biệt đáng kể giữa các bối cảnh văn hóa, dẫn đến những kết quả không đồng nhất. Chẳng hạn, khái niệm “Sự đồng cảm” ở các nước châu Á thường được đo lường qua sự ân cần, chu đáo và chăm sóc tận tình; trong khi tại các nước phương Tây, nó lại thiên về tôn trọng quyền tự chủ và quyền riêng tư của khách hàng. Sự khác biệt văn hóa này lý giải tại sao nghiên cứu của Shie và cộng sự (2022) trên bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh mãn tính lại phát hiện các yếu tố “con người” (đồng cảm, đáp ứng) có tác động mạnh mẽ hơn các yếu tố “cứng” (độ tin cậy, tính hữu hình). Thậm chí, nghiên cứu của Pighin (2022) tại Argentina còn cho thấy chất lượng dịch vụ (được đo lường theo một cách có thể thiên về yếu tố kỹ thuật) không có ý nghĩa thống kê, trong khi yếu tố “sự tự tin” (niềm tin vào năng lực chuyên môn) lại nổi lên. Điều này nhấn mạnh rằng trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe ban đầu tại quốc gia Nam Mỹ này, niềm tin quan trọng hơn nhiều so với các cơ sở vật chất. Những phát hiện trái ngược không phủ nhận mối quan hệ cốt lõi, mà thay vào đó khẳng định sự cần thiết phải bối cảnh hóa các mô hình đo lường cho phù hợp với đặc thù văn hóa, thể chế và trình độ phát triển của từng quốc gia.

Đối với bối cảnh Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu hiệu chỉnh thang đo nước ngoài, nhưng chưa có công trình nào xây dựng một bộ thang đo chất lượng

dịch vụ y tế dựa trên các tiêu chuẩn chính thống của hệ thống y tế Việt Nam, đặc biệt là Quyết định 56/QĐ-BYT (ban hành ngày 08 tháng 01 năm 2024) - văn bản pháp quy mới nhất thay thế Quyết định 4448/2013/QĐ-BYT, quy định chi tiết các tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ y tế và sự hài lòng của người bệnh cho giai đoạn 2024-2030. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu học thuật nào vận dụng một cách có hệ thống khung tiêu chí này để xây dựng thang đo chất lượng dịch vụ. Điều này tạo ra khoảng trống về công cụ đo lường phù hợp với bối cảnh địa phương, làm giảm giá trị hội tụ và phân biệt của các kết quả nghiên cứu, đồng thời hạn chế khả năng so sánh giữa các công trình.

Hơn nữa, hầu hết các nghiên cứu kể trên đều dựa trên các mô hình đơn lẻ như SERVQUAL, SERVPERF hoặc ECT thuần túy, mà chưa tích hợp được các nền tảng lý thuyết khác nhau để giải thích một cách toàn diện cơ chế hình thành ý định tiếp tục sử dụng. Trong khi Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (ECT) giải thích quá trình so sánh giữa kỳ vọng và hiệu suất dẫn đến sự hài lòng, thì Lý thuyết Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR) lại làm rõ cách môi trường dịch vụ (kích thích) tác động đến trạng thái bên trong của khách hàng và từ đó dẫn đến phản ứng hành vi. Sự kết hợp hai lý thuyết này có thể cung cấp một bức tranh đầy đủ hơn, nhưng cho đến nay, tác giả chưa phát hiện nghiên cứu nào tại Việt Nam áp dụng tích hợp ECT và SOR để nghiên cứu ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ y tế. Đây là một khoảng trống lý thuyết đáng chú ý, đặc biệt trong bối cảnh thị trường dịch vụ y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh - một đô thị với mật độ cơ sở y tế cao, áp lực cạnh tranh khốc liệt và nhu cầu dịch vụ chất lượng ngày càng gia tăng - nơi việc hiểu rõ cơ chế tác động của chất lượng dịch vụ và các yếu tố liên quan trở nên đặc biệt cấp thiết.

1.2.2 Vai trò của hình ảnh thương hiệu trong quyết định của khách hàng

Bên cạnh chất lượng dịch vụ, hình ảnh thương hiệu nổi lên như một yếu tố chiến lược có sức ảnh hưởng mạnh mẽ, cả trực tiếp và gián tiếp, đến quyết định lựa chọn và ý định tiếp tục sử dụng của bệnh nhân. Các nghiên cứu tại Indonesia, Malaysia, Iran và các nước đang phát triển khác đều khẳng định điều này. Ali và cộng sự (2018) tại Bệnh viện Eka (Indonesia) và Chairunnisa và cộng sự (2022) tại bệnh viện công Makassar đều chứng minh hình ảnh thương hiệu có ảnh hưởng tích cực, có ý nghĩa thống kê đến quyết định sử dụng dịch vụ ngoại trú. Rusmin và cộng sự (2016) còn

chỉ ra rằng các thành tố cấu thành hình ảnh thương hiệu (thái độ nhân viên, chất lượng dịch vụ, môi trường vật chất) có tầm quan trọng khác nhau tùy vào từng bệnh viện cụ thể, gợi ý rằng chiến lược xây dựng thương hiệu cần được cá nhân hóa. Setyowati và cộng sự (2020) cung cấp một cái nhìn toàn diện khi chỉ ra rằng hình ảnh thương hiệu đóng vai trò cầu nối trung gian giữa các yếu tố Marketing Mix (7P) và quyết định lựa chọn bệnh viện. Nghĩa là, các nỗ lực về sản phẩm, giá cả, con người, quy trình, cơ sở vật chất... trước hết phải góp phần xây dựng một hình ảnh thương hiệu tích cực trong tâm trí khách hàng, và chính hình ảnh này mới là yếu tố trực tiếp thúc đẩy quyết định cuối cùng. Điều này hàm ý rằng các bệnh viện không thể chỉ đầu tư rời rạc vào từng yếu tố mà phải có chiến lược tổng thể nhằm định hình nhận thức thương hiệu.

Trong bối cảnh du lịch y tế, nghiên cứu của Cham và cộng sự (2020) phát hiện hình ảnh thương hiệu là “lợi thế cạnh tranh” hàng đầu, có khả năng nâng cao chất lượng dịch vụ được cảm nhận và dẫn đến ý định tiếp tục sử dụng. Đặc biệt, hình ảnh thương hiệu còn tạo ra hiệu ứng hào quang (halo effect) - một hiện tượng tâm lý mà ấn tượng tích cực về một khía cạnh lan tỏa sang các đánh giá về khía cạnh khác (chất lượng chuyên môn, cơ sở vật chất). Hiệu ứng này giải thích tại sao khách hàng sẵn sàng trả chi phí cao hơn cho các bệnh viện có thương hiệu mạnh.

Tuy nhiên, một câu hỏi quan trọng chưa được giải đáp thỏa đáng từ các nghiên cứu này là liệu hình ảnh thương hiệu chỉ đơn thuần là kết quả của chất lượng dịch vụ tốt, hay nó còn có tác động độc lập, thậm chí khuếch đại lên ý định tiếp tục sử dụng. Mặc dù Setyowati và cộng sự (2020) đã gợi ý vai trò trung gian của hình ảnh thương hiệu trong mối quan hệ giữa các yếu tố marketing và quyết định lựa chọn, nhưng chưa có nghiên cứu nào kiểm định một cách trực tiếp và có hệ thống vai trò trung gian của hình ảnh thương hiệu trong mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ và ý định tiếp tục sử dụng, đặc biệt là tại thị trường Việt Nam. Nếu hình ảnh thương hiệu thực sự đóng vai trò trung gian (một phần hoặc toàn phần), điều này sẽ có ý nghĩa quản trị quan trọng: các nhà quản lý bệnh viện cần đầu tư không chỉ vào nâng cao chất lượng dịch vụ mà còn vào các hoạt động truyền thông, định vị thương hiệu một cách chiến lược để củng cố hình ảnh trong tâm trí khách hàng. Đây là một khoảng trống học thuật chưa được giải quyết.

Bên cạnh đó, nghiên cứu của Abedi và Abedini (2016) tại Iran cho thấy thứ tự

ưu tiên các yếu tố ảnh hưởng đến bệnh nhân có sự khác biệt rõ rệt giữa bệnh viện công và bệnh viện tư. Ở bệnh viện tư, các yếu tố như “con người” và “quy trình” được đánh giá cao hơn; trong khi ở bệnh viện công, “giá cả” và “cơ sở vật chất” lại nổi bật hơn. Tương tự, Kwateng và cộng sự (2019) tại Ghana kết luận bệnh nhân tại bệnh viện tư có mức độ hài lòng cao hơn đáng kể so với bệnh viện công, và sự khác biệt này chủ yếu đến từ các yếu tố dịch vụ con người. Những phát hiện này nhấn mạnh rằng không thể áp dụng một chiến lược thương hiệu chung cho mọi loại hình cơ sở y tế. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu so sánh tác động của hình ảnh thương hiệu theo loại hình bệnh viện còn hiếm hoi, và chưa có công trình nào phân tích vai trò trung gian của hình ảnh thương hiệu trong bối cảnh đa dạng này. Đây là một gợi mở quan trọng cho luận án khi tiến hành khảo sát tại cả bệnh viện công và tư trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh.

1.2.3 Các đánh giá có hệ thống và những yêu cầu đặt ra cho nghiên cứu

Các đánh giá có hệ thống (systematic review) cung cấp một bức tranh tổng hợp, đồng thời làm rõ những điểm mâu thuẫn và khoảng trống trong lĩnh vực nghiên cứu này. Naidu (2009) và Batbaatar và cộng sự (2017) đã thiết lập một khung lý thuyết đa chiều, phân loại các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng thành hai nhóm chính: (i) kỹ thuật (năng lực chuyên môn, hiệu quả điều trị, kết quả lâm sàng); (ii) phi kỹ thuật (thái độ phục vụ, sự đồng cảm, giao tiếp, thời gian chờ, cơ sở vật chất). Almeida và cộng sự (2015) bổ sung thêm vai trò của quy trình quản lý và môi trường vật lý, trong khi Ferreira và cộng sự (2023) chỉ ra sự đa dạng ngày càng tăng của các yếu tố, bao gồm cả trải nghiệm tích lũy và đặc điểm cá nhân. Một điểm mâu thuẫn nổi bật được các đánh giá có hệ thống chỉ ra là vai trò của yếu tố nhân khẩu học (tuổi, giới tính, thu nhập, trình độ học vấn). Trong khi nhiều nghiên cứu liệt kê các yếu tố này, kết quả về mối liên hệ của chúng với sự hài lòng là rất không thống nhất, thậm chí mâu thuẫn. Almeida và cộng sự (2015) thậm chí loại bỏ yếu tố nhân khẩu học ra khỏi mô hình đánh giá. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ sự đa dạng về văn hóa, đối tượng nghiên cứu, và đặc thù của từng hệ thống y tế.

Sự hài lòng của khách hàng là một cấu trúc đa chiều và phức tạp, không có một yếu tố đơn lẻ nào giải thích được toàn bộ, và tầm quan trọng của từng yếu tố thay đổi tùy theo ngữ cảnh cụ thể. Do đó, các nghiên cứu trong tương lai cần áp dụng cách

tiếp cận phân tích theo nhóm (segment-specific analysis) và sử dụng các phương pháp định tính để khám phá sâu hơn bản chất của các mối quan hệ này, thay vì áp dụng một mô hình chung cho mọi đối tượng. Tuy nhiên, điều đáng lưu ý là các đánh giá có hệ thống này chủ yếu dựa trên các nghiên cứu từ phương Tây và một số nước đang phát triển, nhưng rất ít công trình đến từ Việt Nam. Điều này càng khẳng định sự cần thiết của một nghiên cứu thực nghiệm toàn diện, được thiết kế phù hợp với bối cảnh văn hóa - xã hội và thể chế y tế tại Việt Nam, đặc biệt là tại Thành phố Hồ Chí Minh - nơi có sự đa dạng về loại hình bệnh viện và đặc điểm khách hàng.

Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (ECT) giải thích quá trình nhận thức: khách hàng hình thành kỳ vọng trước khi sử dụng, so sánh với trải nghiệm thực tế để tạo ra sự xác nhận hoặc không xác nhận, từ đó dẫn đến sự hài lòng và ý định tiếp tục. Trong khi đó, Lý thuyết Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR) giải thích tác động của môi trường: các yếu tố từ môi trường bên ngoài (chất lượng dịch vụ) tác động đến trạng thái bên trong của khách hàng (sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu) và từ đó dẫn đến phản ứng hành vi (ý định tiếp tục). Hai quá trình này bổ sung cho nhau: ECT tập trung vào động lực nội tại của sự so sánh, trong khi SOR tập trung vào tác động của bối cảnh và môi trường. Việc tích hợp chúng sẽ cho phép giải thích đầy đủ hơn cơ chế hình thành ý định tiếp tục sử dụng, nhưng các đánh giá có hệ thống hiện nay đều cho thấy đây là một khoảng trống lý thuyết.

1.3 Tổng hợp các phát hiện và các khoảng trống nghiên cứu

Từ việc phân tích các nhóm nghiên cứu nêu trên, có thể rút ra một số kết luận tổng hợp, đồng thời xác định những khoảng trống mà luận án này sẽ hướng tới giải quyết.

Về những phát hiện nhất quán: Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ y tế là hệ quả của một quá trình đa tầng, được thúc đẩy bởi sự tương tác động lực giữa chất lượng dịch vụ cảm nhận, sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu. Mối quan hệ “chất lượng dẫn đến sự hài lòng, sau đó tác động đến ý định” được khẳng định rộng rãi. Hình ảnh thương hiệu không chỉ là kết quả của chất lượng dịch vụ tốt mà còn là một yếu tố độc lập, có tác động trực tiếp và gián tiếp (qua trung gian là sự hài lòng) đến ý định tiếp tục sử dụng. Đặc biệt, hiệu ứng hào quang của thương hiệu mạnh có thể làm gia tăng cảm nhận về chất lượng dịch vụ ngay cả khi trải nghiệm thực tế chưa thực sự vượt trội.

Về những khác biệt và mâu thuẫn: Mức độ ảnh hưởng của từng thành phần chất lượng dịch vụ thay đổi theo bối cảnh văn hóa, thể chế và loại hình bệnh viện. Ở các nước phát triển với hệ thống y tế công vững mạnh, các yếu tố “mềm” (giao tiếp, đồng cảm) nổi trội; ở các nước đang phát triển, các yếu tố “cứng” (cơ sở vật chất, tính hữu hình) và niềm tin vào năng lực chuyên môn có trọng số cao hơn. Sự khác biệt giữa bệnh viện công và bệnh viện tư cũng rất rõ rệt. Những khác biệt này một lần nữa khẳng định việc xây dựng thang đo và mô hình nghiên cứu cần phải được bối cảnh hóa, không thể áp dụng máy móc từ các nghiên cứu nước ngoài.

Trên cơ sở những phát hiện đó, ba khoảng trống học thuật then chốt được xác định trong luận án này.

Khoảng trống thứ nhất thuộc về mô hình lý thuyết. Mặc dù trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ y tế, các nghiên cứu tại Việt Nam vẫn còn khan hiếm, đặc biệt là một nghiên cứu toàn diện trong bối cảnh cụ thể của hệ thống bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh. Hơn nữa, các nghiên cứu hiện có chủ yếu dựa trên các mô hình đơn lẻ như SERVQUAL, SERVPERF hoặc ECT thuần túy. Tác giả chưa phát hiện có nghiên cứu nào tích hợp Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (ECT) và Lý thuyết Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR) để giải thích cơ chế hình thành ý định tiếp tục sử dụng trong bối cảnh y tế Việt Nam. Sự tích hợp này không chỉ đáp ứng lời kêu gọi từ các đánh giá có hệ thống (Naidu, 2009; Batbaatar và cộng sự, 2017) về việc cần có các mô hình đa lý thuyết, mà còn giúp giải thích một cách toàn diện hơn cả quá trình nhận thức (so sánh kỳ vọng - hiệu suất) lẫn quá trình cảm xúc (tác động của môi trường dịch vụ đến trạng thái bên trong khách hàng) - hai yếu tố vốn được coi là then chốt trong hành vi khách hàng nhưng thường bị tách rời trong các nghiên cứu riêng lẻ.

Khoảng trống thứ hai liên quan đến mối quan hệ tích hợp giữa ba cấu thành then chốt. Các nghiên cứu trong nước phần lớn mới chỉ tập trung vào mối quan hệ đôi (chất lượng dịch vụ - sự hài lòng, hoặc chất lượng dịch vụ - ý định, hoặc hình ảnh thương hiệu - ý định). Tác giả chưa phát hiện có nghiên cứu nào cùng lúc kiểm định một cách có hệ thống mối quan hệ giữa ba cấu thành then chốt: chất lượng dịch vụ, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng, có xét đến vai trò trung gian của sự hài lòng và sự xác nhận kỳ vọng. Đặc biệt, vai trò trung gian của hình ảnh thương

hiệu trong mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ và ý định tiếp tục sử dụng hầu như chưa được kiểm định thực nghiệm tại Việt Nam. Việc làm sáng tỏ cơ chế trung gian này sẽ giúp trả lời câu hỏi: liệu hình ảnh thương hiệu chỉ đơn thuần là kết quả của chất lượng dịch vụ tốt, hay nó còn có tác động độc lập, thậm chí khuếch đại lên ý định tiếp tục sử dụng? Đây là một đóng góp quan trọng về mặt lý luận, bởi nếu hình ảnh thương hiệu đóng vai trò trung gian một phần hoặc toàn phần, các nhà quản lý cần đầu tư không chỉ vào nâng cao chất lượng dịch vụ mà còn vào các hoạt động truyền thông, định vị thương hiệu một cách chiến lược. Ngược lại, nếu hình ảnh thương hiệu chỉ là hệ quả của chất lượng dịch vụ, thì nguồn lực nên tập trung vào cải thiện chất lượng dịch vụ trước tiên. Việc thiếu bằng chứng thực nghiệm tại bối cảnh Việt Nam khiến các nhà quản lý chưa có cơ sở để đưa ra quyết định đầu tư đúng đắn.

Khoảng trống thứ ba thuộc về phương pháp luận và thang đo. Hầu hết các nghiên cứu tại Việt Nam hiện nay đều hiệu chỉnh các thang đo nước ngoài (chủ yếu là SERVQUAL hoặc SERVPERF) mà chưa có một công cụ đo lường chất lượng dịch vụ y tế nào được xây dựng bài bản, tích hợp được cả lý thuyết quốc tế và các tiêu chuẩn, quy định chính thống của hệ thống y tế Việt Nam. Đặc biệt, Quyết định 56/QĐ-BYT (ban hành ngày 08 tháng 01 năm 2024) của Bộ Y tế là văn bản pháp quy mới nhất, thay thế Quyết định 4448/2013/QĐ-BYT, quy định chi tiết các tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ y tế và sự hài lòng của người bệnh cho giai đoạn 2024-2030. Cho đến nay chưa có nghiên cứu học thuật nào vận dụng một cách có hệ thống khung tiêu chí này để xây dựng thang đo chất lượng dịch vụ. Ngoài ra, các thang đo về hình ảnh thương hiệu cơ sở y tế trong bối cảnh Việt Nam cũng chưa được phát triển và kiểm định một cách chặt chẽ. Việc thiếu một bộ thang đo chuẩn hóa, phù hợp với văn hóa và thể chế địa phương không chỉ làm giảm giá trị hội tụ và giá trị phân biệt của các kết quả nghiên cứu, mà còn hạn chế khả năng so sánh giữa các công trình và ứng dụng thực tiễn cho các nhà quản lý bệnh viện.

Tóm lại, ba khoảng trống nêu trên không chỉ là những thiếu sót về mặt học thuật mà còn phản ánh nhu cầu cấp bách từ thực tiễn quản trị bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh. Việc lấp đầy các khoảng trống này sẽ giúp các cơ sở y tế hiểu rõ hơn cơ chế hình thành ý định tiếp tục sử dụng của bệnh nhân, từ đó tối ưu hóa nguồn lực, thiết kế chiến lược giữ chân khách hàng hiệu quả, và nâng cao năng lực cạnh tranh trong bối cảnh thị trường dịch vụ y tế ngày càng phát triển và hội nhập.

1.4 Sự cần thiết của luận án

Từ các khoảng trống nghiên cứu đã được phân tích, luận án này được thực hiện với ba mục tiêu cụ thể.

Về vị trí của luận án trong bản đồ nghiên cứu: Luận án đứng ở vị trí giao thoa giữa nghiên cứu hành vi khách hàng và quản trị dịch vụ y tế, với điểm nhấn là sự tích hợp hai lý thuyết nền tảng (ECT và SOR) và bối cảnh hóa thang đo dựa trên các quy định pháp lý của Việt Nam. Đây là nỗ lực đầu tiên tại Việt Nam xây dựng một mô hình lý thuyết và công cụ đo lường đồng thời đáp ứng ba tiêu chí: (i) nền tảng lý thuyết vững chắc từ các học giả quốc tế; (ii) sự phù hợp với bối cảnh văn hóa - xã hội Việt Nam; (iii) tuân thủ các quy chuẩn, tiêu chí đánh giá chất lượng của hệ thống y tế công.

Về đối tượng và phạm vi cụ thể: Luận án tập trung khảo sát 06 bệnh viện (công và tư) tại Thành phố Hồ Chí Minh, bao phủ các loại hình đa khoa tuyến cuối, chuyên khoa đầu ngành và bệnh viện tư nhân. Đây là địa bàn có mật độ cơ sở y tế cao nhất cả nước, áp lực cạnh tranh khốc liệt và nhu cầu dịch vụ chất lượng ngày càng gia tăng. Kết quả nghiên cứu không chỉ có giá trị nội tại cho khu vực này mà còn có khả năng ngoại suy cho các đô thị lớn tương tự.

Về tính cấp thiết: Năm 2024, Bộ Y tế ban hành Quyết định 56/QĐ-BYT - một bước chuyển đổi quan trọng trong quản lý chất lượng bệnh viện, đòi hỏi các cơ sở y tế phải thay đổi cách tiếp cận đánh giá theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm. Tuy nhiên, các nhà quản lý bệnh viện hiện đang thiếu một khung phân tích khoa học để xác định đâu là yếu tố ưu tiên cần cải thiện, và đâu là con đường tối ưu để tác động đến ý định quay lại của khách hàng. Việc chậm trễ trong chuyển đổi có thể dẫn đến tụt hậu so với các bệnh viện tư nhân và xu hướng bệnh nhân ra nước ngoài. Vì vậy, luận án cung cấp các bằng chứng thực nghiệm và hàm ý quản trị kịp thời, giúp các cơ sở y tế thích ứng với khung tiêu chí mới và nâng cao năng lực cạnh tranh trong bối cảnh hội nhập.

Tóm tắt Chương 1: Chương này đã trình bày quy trình tổng quan tài liệu có hệ thống, phân tích sâu các nghiên cứu thực nghiệm trong và ngoài nước về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh. Kết quả tổng quan cho thấy mối quan hệ chất lượng dịch vụ - sự hài lòng - ý định tiếp tục sử dụng được khẳng định rộng rãi, nhưng mức độ ảnh hưởng của từng thành phần thay đổi theo bối cảnh văn hóa và thể chế.

Hình ảnh thương hiệu nổi lên như một yếu tố chiến lược quan trọng, có tác động trực tiếp và gián tiếp. Trên cơ sở đó, chương đã xác định ba khoảng trống nghiên cứu chính: (i) thiếu vắng các nghiên cứu tích hợp ECT và SOR trong bối cảnh y tế Việt Nam; (ii) chưa có nghiên cứu nào kiểm định đồng thời mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng với vai trò trung gian của sự hài lòng; (iii) thiếu một thang đo chuẩn hóa, bối cảnh hóa dựa trên các quy định hiện hành của Bộ Y tế. Từ các khoảng trống này, luận án đặt ra ba mục tiêu nghiên cứu cụ thể và khẳng định tính cấp thiết của việc thực hiện đề tài, nhằm đóng góp cả về mặt học thuật và ứng dụng thực tiễn cho hệ thống y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh.

CHƯƠNG 2: CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1 Các khái niệm trọng tâm

2.1.1 Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

2.1.1.1 Hành vi và ý định hành vi trong nghiên cứu người tiêu dùng

Trong các nghiên cứu khoa học về con người, từ tâm lý học, xã hội học đến marketing, việc giải mã và dự đoán hành vi luôn là mục tiêu trung tâm. Hành vi không đơn thuần là những hành vi có thể quan sát được; nó là một hệ thống phản ứng toàn diện của cá thể nhằm đáp lại các kích thích từ môi trường, tạo thành một chuỗi các hoạt động có mục đích. Theo góc nhìn toàn diện, hành vi bao gồm cả những biểu hiện bên trong (tư duy, cảm xúc, nhận thức) lẫn bên ngoài (lời nói, cử chỉ, hành động cụ thể). Hành vi được đặc trưng bởi năm đặc điểm cơ bản: (i) tính phản ứng - luôn là hệ quả của kích thích nội sinh hoặc ngoại sinh; (ii) tính mục đích - hướng tới thỏa mãn nhu cầu; (iii) tính đa định hình - chịu tác động của yếu tố di truyền, tâm lý, văn hóa và môi trường; (iv) tính có thể quan sát và đo lường; (v) tính biểu hiện - phản chiếu thế giới nội tâm của cá nhân.

Hành vi người tiêu dùng là một phân ngành ứng dụng của nghiên cứu hành vi, tập trung vào cách thức các cá nhân, nhóm và tổ chức lựa chọn, mua sắm, sử dụng và xử lý sau sử dụng các sản phẩm, dịch vụ, ý tưởng hoặc trải nghiệm để thỏa mãn nhu cầu và mong muốn của họ (Dowhan, 2013; Szwacka Mokrzycka, 2015). Quy trình này không đơn giản là hành động “mua”, mà là một chuỗi các giai đoạn phức tạp: nhận diện vấn đề, tìm kiếm thông tin, đánh giá các lựa chọn, quyết định mua hàng và hành vi sau mua. Hành vi người tiêu dùng chịu sự chi phối của các yếu tố bên trong (động cơ, nhận thức, thái độ, nhân cách, lối sống) và yếu tố bên ngoài (văn hóa, xã hội, cá nhân, marketing mix).

Ý định hành vi (behavioral intention - BI) là cấu trúc trung tâm trong nhiều mô hình dự báo hành vi. Ajzen và Fishbein (1980) định nghĩa ý định hành vi là “kế hoạch chủ quan” hay “xác suất chủ quan” mà một cá nhân sẽ thực hiện một hành vi cụ thể trong tương lai. Trong bối cảnh kinh doanh, BI được xem là thước đo thay thế (proxy) đáng tin cậy nhất cho hành vi thực tế (Ibrahim và Najjar, 2008), bởi vì: (i) ý định có mối tương quan mạnh mẽ với hành vi thực tế; (ii) ý định thường ổn định hơn so với

cảm xúc nhất thời; (iii) việc đo lường ý định nhanh chóng và khả thi hơn so với việc chờ đợi quan sát hành vi thực tế.

Ý định hành vi của khách hàng không phải là một khái niệm đơn nhất mà tồn tại trên một phổ, với hai thái cực đối lập (Zeithaml và Bitner, 1996; Ladhari, 2009): (1) Ý định thuận lợi - dấu hiệu của lòng trung thành, bao gồm ý định mua lại/tái sử dụng, sẵn sàng trả giá cao hơn, truyền miệng tích cực, cung cấp phản hồi xây dựng; (2) Ý định không thuận lợi - dấu hiệu của sự không hài lòng, bao gồm ý định chuyển đổi nhà cung cấp, phản ứng tiêu cực (khiếu nại, tố cáo), truyền miệng tiêu cực, sẵn sàng trả giá thấp hơn hoặc ngừng chi tiêu. Sự thành công lâu dài của một doanh nghiệp phụ thuộc trực tiếp vào việc chuyển hóa và mở rộng nhóm khách hàng có ý định thuận lợi (Dabholkar và cộng sự, 2000).

2.1.1.2 Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ

Trong lĩnh vực dịch vụ, đặc biệt là các dịch vụ có tính trải nghiệm cao như y tế, giáo dục, khách sạn, ý định tái sử dụng (reuse intention) hay ý định tiếp tục sử dụng (continuance intention) thường được sử dụng như thước đo thay thế cho lòng trung thành hành vi. Lý do là vì dịch vụ mang tính vô hình và không được tiêu dùng thường xuyên như hàng hóa, do đó việc đo lường “hành vi mua lại” thực tế gặp nhiều khó khăn; ý định trở thành chỉ báo quan trọng nhất.

Có nhiều định nghĩa về ý định tiếp tục sử dụng, nhưng đều xoay quanh khả năng chủ quan của khách hàng trong tương lai. Fornell (1992) định nghĩa là “xác suất mà khách hàng sẽ quay lại”. Hellier và cộng sự (2003) định nghĩa là “quyết định của cá nhân về việc mua lại dịch vụ dựa trên tình trạng hiện tại”. Trong số đó, định nghĩa của Maxham và Netemeyer (2002) được chấp nhận rộng rãi nhất: “Ý định tiếp tục sử dụng là mức độ mà khách hàng có ý định mua lại sản phẩm hoặc dịch vụ của công ty trong tương lai.”

2.1.1.3 Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

Trong lĩnh vực khám chữa bệnh, với quan điểm xuyên suốt của luận án là xác nhận bệnh nhân chính là khách hàng, ý định tiếp tục sử dụng được hiểu là mức độ mà khách hàng có ý định quay lại cơ sở y tế đó cho những lần khám chữa bệnh tiếp theo hoặc sẵn sàng giới thiệu cho người thân, bạn bè. Điểm đặc biệt của ý định tiếp tục sử dụng trong y tế là nó không chỉ phản ánh sự hài lòng với một lần trải nghiệm đơn lẻ,

mà còn là thước đo tổng hợp của lòng tin, sự gắn kết cảm xúc và sự đánh giá về giá trị lâu dài của cơ sở y tế.

Đối với dịch vụ khám chữa bệnh, một dịch vụ đặc thù với tính chất tin cậy cao, rủi ro cảm nhận lớn, bất đối xứng thông tin nghiêm trọng và dựa nhiều vào niềm tin - thì việc đo lường ý định tiếp tục sử dụng càng trở nên quan trọng. Một khách hàng có ý định tiếp tục sử dụng cao sẽ không chỉ quay lại khi ốm đau mà còn trở thành “đại sứ thương hiệu” thông qua truyền miệng tích cực - một hình thức tiếp thị có chi phí thấp nhưng hiệu quả cao trong lĩnh vực y tế. Ngược lại, ý định tiếp tục sử dụng thấp có thể dẫn đến sự chuyển đổi cơ sở y tế, gây tổn thất về uy tín và doanh thu.

Từ những phân tích trên, nghiên cứu này kế thừa định nghĩa của Maxham và Netemeyer (2002) và điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh khám chữa bệnh. Cụ thể, ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh được định nghĩa là “mức độ mà bệnh nhân (khách hàng) có ý định quay lại cơ sở y tế để sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh trong tương lai, cũng như sẵn sàng giới thiệu cơ sở y tế đó cho người thân và bạn bè.”

Định nghĩa này bao hàm hai khía cạnh cốt lõi của ý định thuận lợi: (1) ý định tái sử dụng - sẽ quay lại cơ sở y tế khi có nhu cầu khám chữa bệnh; (2) truyền miệng tích cực - giới thiệu, khuyến nghị cơ sở y tế cho những người xung quanh. Việc bổ sung khía cạnh truyền miệng tích cực là đặc biệt quan trọng trong lĩnh vực y tế, bởi vì quyết định lựa chọn cơ sở y tế của bệnh nhân thường chịu ảnh hưởng mạnh mẽ từ kinh nghiệm và lời khuyên của người thân, bạn bè, đặc biệt trong bối cảnh thông tin bất cân xứng.

Để đo lường ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh, nghiên cứu này sử dụng thang đo đã được kiểm định và sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu về hành vi người tiêu dùng và dịch vụ y tế. Các biến quan sát được kế thừa từ các nghiên cứu thực nghiệm trước đây (Zeithaml và Bitner, 1996; Maxham và Netemeyer, 2002; Ladhari, 2009) và được điều chỉnh ngữ nghĩa cho phù hợp với bối cảnh khám chữa bệnh tại Việt Nam.

2.1.2 Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh

2.1.2.1 Khái niệm dịch vụ và chất lượng dịch vụ

Trong nền kinh tế hiện đại, dịch vụ không còn là lĩnh vực phụ trợ mà đã trở thành động lực chính, chiếm tỷ trọng ngày càng lớn trong GDP của hầu hết các quốc

gia. Theo McConnell và cộng sự (2018), dịch vụ có thể được định nghĩa là một hành động, hoạt động hoặc quá trình vô hình mà một bên sẵn sàng trả tiền cho bên kia để được thụ hưởng. Đặc tính cốt lõi của dịch vụ là tính vô hình (intangibility) - nghĩa là nó không thể được cảm nhận trước khi được mua. Bằng cách sử dụng các nguồn lực, kỹ năng và kinh nghiệm, nhà cung cấp dịch vụ tạo ra giá trị và mang lại lợi ích cho khách hàng.

Chất lượng là một khái niệm phức tạp và đa chiều, đặc biệt trong lĩnh vực dịch vụ. Như Azam (2012) và Piligrimiene (2011) đã chỉ ra, sự thiếu đồng thuận trong cách định nghĩa chất lượng là một chủ đề được thảo luận rộng rãi. Các quan điểm khác nhau tồn tại song song: (i) quan điểm hướng nội - chất lượng là “sự phù hợp với các yêu cầu kỹ thuật” (Crosby, 1979); (ii) quan điểm hướng ngoại - chất lượng là “sự thỏa mãn nhu cầu và mong muốn của khách hàng” (Deming, 1988; Ishikawa, 1985); và (iii) quan điểm tích hợp - chất lượng vừa phải “phù hợp với mục đích sử dụng” vừa “có sự thỏa mãn” (Juran, 1988).

Vượt lên trên sự đa dạng này, Parasuraman, Zeithaml và Berry (1988) đã đưa ra một định nghĩa mang tính bước ngoặt: “Chất lượng dịch vụ là mức độ chênh lệch giữa kỳ vọng của khách hàng về một dịch vụ và nhận thức của họ về kết quả dịch vụ thực tế nhận được.” Từ đó, công thức chất lượng cảm nhận được xác định: $Q = P - E$ (P: nhận thức thực tế, E: kỳ vọng). Nếu $P > E$, chất lượng vượt trội; $P = E$, chất lượng đạt yêu cầu; $P < E$, chất lượng kém. Định nghĩa này đã trở thành nền tảng cho hầu hết các nghiên cứu về chất lượng dịch vụ sau này.

2.1.2.2 Các mô hình đo lường chất lượng dịch vụ

Dựa trên định nghĩa trên, Parasuraman và cộng sự (1985, 1988) đã phát triển mô hình SERVQUAL - một công cụ đo lường chất lượng dịch vụ thông qua việc so sánh kỳ vọng và nhận thức của khách hàng trên năm thành phần chính (RATER): (1) Độ tin cậy (Reliability) - khả năng thực hiện dịch vụ đã hứa một cách chính xác và đáng tin cậy; (2) Sự đáp ứng (Responsiveness) - sự sẵn sàng giúp đỡ khách hàng và cung cấp dịch vụ kịp thời; (3) Sự đảm bảo (Assurance) - kiến thức, sự lịch sự của nhân viên và khả năng truyền tải sự tin tưởng; (4) Sự đồng cảm (Empathy) - sự quan tâm, chăm sóc cá nhân hóa mà doanh nghiệp dành cho khách hàng; (5) Phương tiện hữu hình (Tangibles) - cơ sở vật chất, trang thiết bị, con người và công cụ truyền thông.

Mặc dù SERVQUAL được sử dụng rộng rãi, mô hình này cũng vấp phải nhiều tranh luận học thuật, đặc biệt xoay quanh việc đo lường kỳ vọng vốn có tính trừu tượng, thay đổi theo bối cảnh và trạng thái tâm lý của khách hàng (Teas, 1994; Newman, 2001). Để khắc phục hạn chế này, Cronin và Taylor (1992) đề xuất mô hình SERVPERF, chỉ tập trung đo lường nhận thức về hiệu suất thực tế, bỏ qua việc đo lường kỳ vọng. Các nghiên cứu thực nghiệm đã chứng minh SERVPERF có độ tin cậy và giá trị dự báo cao hơn SERVQUAL trong nhiều bối cảnh dịch vụ.

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, công trình của Avedis Donabedian (1988) được công nhận là nền tảng lý thuyết quan trọng nhất. Ông đề xuất đánh giá chất lượng thông qua ba trụ cột liên kết: (1) Cấu trúc (Structure) - năng lực và nguồn lực của hệ thống (cơ sở vật chất, trang thiết bị, trình độ nhân sự); (2) Quy trình (Process) - các hoạt động chăm sóc sức khỏe (chẩn đoán, điều trị, giao tiếp); (3) Kết quả (Outcome) - tác động cuối cùng lên tình trạng sức khỏe và sự hài lòng của bệnh nhân. Donabedian cũng phân biệt rõ giữa chất lượng kỹ thuật (kỹ năng, tính chính xác trong chuyên môn) và chất lượng chức năng (cách thức dịch vụ được cung cấp, giao tiếp giữa các cá nhân).

2.1.2.3. Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh

Chất lượng dịch vụ trong chăm sóc sức khỏe có những đặc tính riêng biệt so với các lĩnh vực dịch vụ khác (Ladhari, 2009; McLaughlin, 2006): (i) Tính vô hình - kết quả điều trị không thể đánh giá trước, bệnh nhân dựa vào các đầu mối hữu hình để đánh giá; (ii) Tính không đồng nhất - do sự khác biệt về trình độ, kỹ năng của nhân viên y tế và trạng thái của từng bệnh nhân; (iii) Tính đồng sản xuất và không thể tách rời - bệnh nhân tham gia trực tiếp vào quá trình khám chữa bệnh, chất lượng phụ thuộc vào tương tác hai chiều; (iv) Tính phức tạp và đạo đức - liên quan đến lợi ích của nhiều bên và các vấn đề đạo đức phức tạp (Eiriz, 2005).

Từ những đặc điểm này, nghiên cứu đồng tình với định nghĩa của Lytle và Mokva (1992) và áp dụng cho bối cảnh khám chữa bệnh: “Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh là sự đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân, được bệnh nhân đánh giá dựa trên ba trụ cột: (1) đầu ra dịch vụ (kết quả điều trị, sức khỏe được cải thiện); (2) quy trình dịch vụ (thủ tục, thái độ phục vụ, thời gian chờ đợi, giao tiếp); (3) cơ sở vật chất (môi trường vật lý, trang thiết bị, sự sạch sẽ và an toàn).” Định nghĩa này không chỉ phản

ánh góc nhìn của bệnh nhân (nhân vật trung tâm) mà còn cung cấp một khuôn khổ đa chiều, cụ thể và có thể đo lường được.

Nhận thấy những hạn chế khi áp dụng trực tiếp mô hình SERVQUAL hay SERVPERF nguyên bản vào lĩnh vực y tế, nhiều học giả đã phát triển các công cụ đo lường chuyên biệt. Carman (1990) phát hiện 9 thành phần riêng biệt trong bối cảnh bệnh viện, bao gồm dịch vụ nhập viện, chỗ ở, viện phí... Brown và Swartz (1989) nhấn mạnh tầm quan trọng của tương tác bác sĩ - bệnh nhân. Boshoff và Gray (2004) phân biệt vai trò của bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên y tế. Ramsaran-Fowdar (2008) xác định ba thành phần cốt lõi là độ tin cậy, sự đồng cảm và sự công bằng.

Một số mô hình tích hợp đã ra đời, điển hình như: HEALTHQUAL (Camilleri và O'Callaghan, 1998) kết hợp SERVQUAL và Donabedian với 6 khía cạnh cho bệnh viện; PubHosQual (Aagja, 2010) đo lường chất lượng bệnh viện công tại Ấn Độ; HospitalQual (Itumalla, 2014) chuyên biệt cho bệnh nhân ngoại trú.

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành các quyết định quan trọng nhằm chuẩn hóa việc đánh giá chất lượng dịch vụ y tế và sự hài lòng người bệnh. Quyết định 4448/QĐ-BYT (2013) đặt nền móng đầu tiên. Quyết định 56/QĐ-BYT (ban hành ngày 08/01/2024) là bước tiến mới, thay thế cho Quyết định 4448, quy định các tiêu chí đánh giá phù hợp với giai đoạn 2024-2030, đảm bảo tính khách quan, hệ thống và phù hợp với bối cảnh văn hóa, quản lý của Việt Nam.

Tổng hợp các phân tích trên, nghiên cứu này đề xuất một hướng tiếp cận tích hợp, kế thừa có chọn lọc từ ba nền tảng lý thuyết và thực tiễn:

SERVPERF (Cronin và Taylor, 1992): Cung cấp các khía cạnh định hướng hiệu suất, tập trung vào nhận thức thực tế của bệnh nhân - phù hợp để khắc phục những khó khăn trong đo lường kỳ vọng của đối tượng bệnh nhân.

Mô hình Donabedian (1988): Với ba trụ cột Cấu trúc - Quy trình - Kết quả, giúp liên kết các đánh giá chủ quan với các yếu tố hữu hình của tổ chức, đồng thời phân biệt chất lượng kỹ thuật và chất lượng chức năng.

Quyết định 56/QĐ-BYT của Bộ Y tế Việt Nam (2024): Đảm bảo tính phù hợp với thực tiễn quản lý, văn hóa địa phương và định hướng phát triển của hệ thống y tế công lập.

Từ sự tích hợp này, nghiên cứu định nghĩa chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh như một biến trừu tượng bậc hai (second-order construct) dạng phản ánh (reflective). Việc xác định đây là biến phản ánh (reflective) thay vì biến cấu thành (formative) dựa trên bốn tiêu chí của Jarvis, MacKenzie và Podsakoff (2003):

(i) Quan hệ nhân quả từ tổng thể đến thành phần: Nhận thức chung về chất lượng dịch vụ (biến bậc cao) là nguyên nhân hình thành các đánh giá cụ thể về từng thành phần. Khách hàng có cảm nhận tổng thể về chất lượng dịch vụ trước khi đánh giá từng khía cạnh riêng lẻ. Điều này phù hợp với lý thuyết về hiệu ứng hào quang (halo effect) - ấn tượng chung về tổ chức ảnh hưởng đến đánh giá các chi tiết cụ thể.

(ii) Tính hoán đổi của các thành phần: Các thành phần của chất lượng dịch vụ (Sự tin tưởng, Đảm bảo, Đồng cảm, Minh bạch, Cơ sở vật chất) có thể được thay thế cho nhau mà không làm thay đổi bản chất của khái niệm tổng thể. Ví dụ, một khách hàng có thể đánh giá chất lượng dịch vụ dựa trên "Sự tin tưởng" hoặc "Sự đảm bảo" - cả hai đều phản ánh cùng một khái niệm chất lượng tổng thể.

(iii) Sự đồng phương sai giữa các thành phần: Các thành phần của chất lượng dịch vụ có tương quan với nhau và thay đổi cùng chiều. Khi chất lượng dịch vụ tổng thể được cải thiện, tất cả các thành phần đều được kỳ vọng sẽ được đánh giá cao hơn.

(iv) Tính thống nhất trong mạng lưới lý thuyết: Tất cả các thành phần đều có cùng một tập hợp các tiền đề và hệ quả trong mạng lưới lý thuyết. Cụ thể, tất cả năm thành phần đều chịu tác động từ cùng một triết lý nền tảng là lấy bệnh nhân làm trung tâm và đều dẫn đến cùng một hệ quả là sự hài lòng và ý định tiếp tục sử dụng.

Nghiên cứu xác định năm thành phần cốt lõi của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh trong bối cảnh Việt Nam:

Sự tin tưởng: Khả năng thực hiện dịch vụ đã hứa một cách đáng tin cậy, chính xác và đúng hẹn. Trong y tế, điều này bao gồm tuân thủ lịch hẹn, thực hiện đúng phác đồ điều trị, cung cấp dịch vụ chẩn đoán và xét nghiệm chính xác.

Sự đảm bảo: Kiến thức, trình độ chuyên môn, sự lịch sự của đội ngũ y bác sĩ, cùng khả năng truyền tải sự tin tưởng và an tâm cho bệnh nhân. Thành phần này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh bất đối xứng thông tin - bệnh nhân thường dựa vào các tín hiệu như thái độ, sự tự tin và giao tiếp của nhân viên y tế để đánh giá chất lượng kỹ thuật.

Sự đồng cảm: Sự quan tâm, chăm sóc cá nhân hóa, khả năng lắng nghe và thấu hiểu nhu cầu riêng biệt của từng bệnh nhân. Trong văn hóa Á Đông, sự đồng cảm thể hiện qua sự ân cần, chu đáo, sẵn sàng giải thích cặn kẽ - yếu tố này có thể có trọng số cao hơn so với các nền văn hóa phương Tây.

Sự minh bạch: Đây là thành phần được bổ sung để phản ánh đúng thực trạng và nhu cầu cấp thiết tại Việt Nam, thể hiện qua việc công khai rõ ràng, đầy đủ thông tin về quy trình khám bệnh, chi phí điều trị, các rủi ro có thể xảy ra và quyền lợi của bệnh nhân. Sự minh bạch không chỉ giảm thiểu khiếu nại, tranh chấp mà còn trao quyền cho bệnh nhân tham gia vào quá trình ra quyết định điều trị.

Cơ sở vật chất: Sự hiện đại, sạch sẽ, an toàn và tiện nghi của trang thiết bị, phòng khám, khu vực chờ, cùng với sự chuyên nghiệp trong trang phục của nhân viên y tế.

Năm thành phần trên được đo lường bằng các biến quan sát được kế thừa và điều chỉnh từ thang đo SERVPERF, các nghiên cứu y tế chuyên biệt và Quyết định 56/QĐ-BYT, đảm bảo giá trị nội dung và tính phù hợp với bối cảnh nghiên cứu.

2.1.3 Sự hài lòng của khách hàng

Sự hài lòng của khách hàng trong lĩnh vực y tế (thường gọi là bệnh nhân) được định nghĩa là “một đánh giá chủ yếu do bệnh nhân cảm nhận, chịu tác động từ các điều kiện bên trong và bên ngoài” (LaVela S. L., 2014). Nó là kết quả của quá trình so sánh giữa kỳ vọng trước khi sử dụng và cảm nhận thực tế sau khi sử dụng dịch vụ (Oliver, 1980). Sự hài lòng không đồng nhất với chất lượng dịch vụ cảm nhận; chất lượng là một đánh giá nhận thức về những gì đã xảy ra, trong khi sự hài lòng là một phản ứng cảm xúc (cảm thấy hài lòng, hạnh phúc, biết ơn). Sự phân biệt này có ý nghĩa quan trọng về mặt phương pháp luận: thang đo chất lượng dịch vụ nên hỏi về tần suất hoặc mức độ xảy ra của các sự kiện (ví dụ: “bác sĩ giải thích rõ ràng về tình trạng bệnh”), trong khi thang đo sự hài lòng nên hỏi trực tiếp về cảm xúc (ví dụ: “tôi hài lòng với dịch vụ khám bệnh lần này”).

Sự hài lòng của bệnh nhân (khách hàng) là một chỉ số trung tâm (KPI) trong quản trị bệnh viện hiện đại, bởi nó không chỉ ảnh hưởng đến ý định quay lại mà còn liên quan đến sự tuân thủ điều trị, mối quan hệ bền vững với nhà cung cấp dịch vụ, và hành vi truyền miệng (Hekkert và cộng sự, 2009). Tuy nhiên, một lưu ý quan trọng từ các học giả như Fisk và cộng sự (1990) là sự hài lòng cao đơn thuần chưa đủ để

đảm bảo lòng trung thành vững chắc; bệnh nhân chỉ hài lòng vẫn có thể chuyển sang cơ sở khác nếu có cơ hội thuận lợi hơn (giá rẻ hơn, địa điểm gần hơn). Do đó, các nhà quản lý không chỉ hướng đến sự hài lòng mà cần phấn đấu tạo ra sự hài lòng vượt trội (delight) và sự gắn kết cảm xúc sâu sắc.

2.1.4 Hình ảnh thương hiệu

2.1.4.1 Khái niệm và bản chất của hình ảnh thương hiệu

Hình ảnh thương hiệu (brand image) là một trụ cột cấu thành nên giá trị thương hiệu tổng thể, đóng vai trò là cầu nối cảm xúc và nhận thức giữa doanh nghiệp với người tiêu dùng. Về bản chất, hình ảnh thương hiệu không phải là một thực thể khách quan mà doanh nghiệp sở hữu, mà là một cấu trúc nhận thức mang tính chủ quan tồn tại trong tâm trí của mỗi khách hàng.

Định nghĩa kinh điển của Kotler (2001) khẳng định: hình ảnh là “tập hợp các niềm tin, ý tưởng và ấn tượng mà một người có về một đối tượng”. Khi áp dụng vào thương hiệu, nó trở thành sự đại diện tâm lý, phản ánh cách mỗi cá nhân cảm nhận và giải mã thông điệp của thương hiệu đó. Tính chủ quan này dẫn đến một sự phân biệt quan trọng: (i) hình ảnh cảm nhận (perceived image) - cách người tiêu dùng thực sự nhìn nhận thương hiệu, được hình thành từ trải nghiệm, truyền thông và tin đồn; (ii) hình ảnh mong muốn (desired image) - cách công ty kỳ vọng định vị thương hiệu trong tâm trí khách hàng. Khoảng cách giữa hai hình ảnh này là phổ biến. Nhiệm vụ của marketing và nghiên cứu thị trường chính là thu hẹp khoảng cách này thông qua việc thấu hiểu suy nghĩ thực sự của người tiêu dùng.

Các học giả đã bổ sung nhiều tầng ý nghĩa cho khái niệm hình ảnh thương hiệu, nhưng đều thống nhất rằng đó là một mạng lưới các liên tưởng trong trí nhớ:

Dobni và Zinkhan (1990) nhấn mạnh tính chủ quan, coi hình ảnh thương hiệu là “một hiện tượng chủ quan, hình thành qua sự diễn giải của người tiêu dùng, dù là lý trí hay cảm xúc”.

Aaker (1991) định nghĩa một cách có cấu trúc: “một tập hợp các liên tưởng, thường được tổ chức theo một cách có ý nghĩa”.

Keller (1993) tập trung vào khía cạnh tri nhận: “các nhận thức về một thương hiệu, phản ánh qua các liên tưởng trong trí nhớ của người tiêu dùng”.

Low và Lamb (2000) tổng hòa cả hai khía cạnh lý trí và cảm tính: “các nhận thức lý trí và cảm xúc của người tiêu dùng liên quan đến các thương hiệu cụ thể”.

Điểm chung xuyên suốt là hình ảnh thương hiệu được hình thành một cách tự động và đa dạng, phụ thuộc vào cách mỗi người tiêu dùng giải mã ý nghĩa của thương hiệu. Một thương hiệu do đó có thể có vô số hình ảnh khác nhau tương ứng với số lượng người tiêu dùng.

Từ rất sớm, Gardner và Levy (1955) đã chỉ ra rằng hình ảnh thương hiệu không chỉ bao gồm các đặc điểm vật lý, hữu hình (chất lượng, giá cả, bao bì) mà còn bao gồm các tác động xã hội và tâm lý, vô hình (cảm xúc, địa vị, giá trị cá nhân). Như vậy, hình ảnh thương hiệu là một tập hợp các liên tưởng được xây dựng từ:

Thuộc tính hữu hình (tangible attributes): lợi ích chức năng, đặc điểm sản phẩm/dịch vụ, cơ sở vật chất, thiết bị.

Thuộc tính vô hình (intangible attributes): lợi ích cảm xúc, tính cách thương hiệu, giá trị biểu tượng, uy tín, sự tin cậy.

Ý nghĩa và cường độ của những liên tưởng này bị ảnh hưởng sâu sắc bởi tính cách người dùng, thái độ, tương tác xã hội và cách thức truyền thông của thương hiệu.

2.1.4.2. Hình ảnh thương hiệu trong lĩnh vực y tế

Một trong những điểm then chốt trong mô hình nghiên cứu của luận án là việc đặt hình ảnh thương hiệu vào vai trò chủ thể (Organism - O) trong khung SOR, cùng với sự hài lòng. Quyết định này không phải là ngẫu nhiên mà dựa trên một luận giải lý thuyết chặt chẽ, cần được làm rõ trước khi đi sâu vào các mối quan hệ giả thuyết.

Trong các nghiên cứu trước đây, hình ảnh thương hiệu thường được xem xét dưới nhiều góc độ khác nhau. Một số học giả coi nó như một yếu tố kích thích (Stimulus) từ môi trường bên ngoài - ví dụ, các nỗ lực truyền thông, quảng cáo hoặc các hoạt động xây dựng thương hiệu của doanh nghiệp tác động đến nhận thức của khách hàng (Keller, 1993). Tuy nhiên, cách tiếp cận này có một hạn chế quan trọng: nó đồng nhất hình ảnh thương hiệu với các thông điệp mà doanh nghiệp phát đi, trong khi trên thực tế, hình ảnh thương hiệu chỉ thực sự tồn tại khi nó đã được khách hàng tiếp nhận, xử lý và lưu giữ trong tâm trí như một cấu trúc nhận thức nội tại.

Luận án này lập luận rằng, trong bối cảnh dịch vụ y tế với quan điểm bệnh nhân là khách hàng, hình ảnh thương hiệu phù hợp hơn khi được xem là một trạng thái bên trong của chủ thể (O), dựa trên ba luận điểm sau:

Thứ nhất, hình ảnh thương hiệu được hình thành chủ yếu từ trải nghiệm trực tiếp của bệnh nhân. Các nghiên cứu thực nghiệm đã chỉ ra rằng nguồn thông tin quan trọng nhất và có tác động mạnh mẽ nhất đến hình ảnh thương hiệu trong lĩnh vực y tế chính là trải nghiệm cá nhân của bệnh nhân trong quá trình khám chữa bệnh, chứ không phải quảng cáo hay truyền thông đại chúng (Kim và cộng sự, 2008a; Kotler và Clarke, 1987). Điều này có nghĩa là hình ảnh thương hiệu không đến từ bên ngoài một cách thụ động, mà được “xây dựng” từ bên trong mỗi bệnh nhân sau mỗi lần tương tác với dịch vụ. Nói cách khác, chất lượng dịch vụ (kích thích S) là nguyên liệu đầu vào, và hình ảnh thương hiệu là sản phẩm của quá trình nhận thức và đánh giá nội tại - một đặc trưng điển hình của trạng thái chủ thể (O).

Thứ hai, hình ảnh thương hiệu mang tính tích lũy và bền vững theo thời gian, khác biệt căn bản so với các kích thích nhất thời từ môi trường. Một chiến dịch quảng cáo hay một sự kiện truyền thông có thể tạo ra sự chú ý tạm thời, nhưng hình ảnh thương hiệu thực sự được củng cố qua nhiều lần trải nghiệm dịch vụ và có xu hướng ổn định, bền vững (Keller, 1993). Trong khi các kích thích (S) thường mang tính tình huống và có thể thay đổi nhanh chóng, hình ảnh thương hiệu là một cấu trúc nhận thức được lưu trữ lâu dài trong trí nhớ, tương tự như thái độ hay niềm tin - vốn được coi là thành phần của O trong mô hình SOR.

Thứ ba, hình ảnh thương hiệu có thể tác động trở lại đến cách khách hàng cảm nhận các kích thích trong tương lai, thông qua cơ chế “hiệu ứng hào quang” (halo effect). Một bệnh nhân có hình ảnh tích cực về bệnh viện sẽ có xu hướng đánh giá chất lượng dịch vụ cao hơn, ngay cả khi trải nghiệm thực tế chỉ ở mức trung bình (Cham và cộng sự, 2020). Điều này cho thấy hình ảnh thương hiệu có vai trò như một “bộ lọc” nhận thức, định hình cách chủ thể tiếp nhận và xử lý các kích thích từ môi trường - một chức năng điển hình của trạng thái bên trong (O) trong khung SOR.

Từ ba luận điểm trên, có thể thấy rằng việc đặt hình ảnh thương hiệu vào vị trí O là phù hợp với bản chất của khái niệm: nó là một trạng thái nhận thức nội tại, được hình thành từ trải nghiệm (chịu tác động của S), có tính bền vững, và có khả năng điều chỉnh cách chủ thể phản ứng với các kích thích trong tương lai. Cách

tiếp cận này không phủ nhận vai trò của các nỗ lực truyền thông từ phía bệnh viện, nhưng nhấn mạnh rằng những nỗ lực đó chỉ thực sự có ý nghĩa khi chúng được chuyển hóa thành trải nghiệm thực tế và được khách hàng nội tại hóa thành hình ảnh trong tâm trí.

Kotler và Clarke (1987) - những người tiên phong trong marketing y tế - định nghĩa hình ảnh thương hiệu bệnh viện là “tổng hợp các niềm tin, ý tưởng và ấn tượng mà bệnh nhân có đối với một bệnh viện”. Định nghĩa này nhấn mạnh tính chủ quan và nội tại: hình ảnh thương hiệu là những gì bệnh nhân mang trong đầu, không phải những gì cơ sở y tế tuyên bố. Chính vì vậy, trong mô hình SOR, hình ảnh thương hiệu thuộc về chủ thể (O) - trạng thái bên trong của cá nhân sau khi tiếp nhận và xử lý các kích thích.

Kế thừa định nghĩa của Kotler và Clarke (1987) và Kim và cộng sự (2008a), nghiên cứu này điều chỉnh để nhấn mạnh hình ảnh thương hiệu như một trạng thái bên trong, được hình thành chủ yếu từ trải nghiệm chất lượng dịch vụ. Cụ thể: “Hình ảnh thương hiệu của cơ sở khám chữa bệnh là tổng hợp các niềm tin, ý tưởng và ấn tượng mà bệnh nhân (khách hàng) lưu giữ trong tâm trí về cơ sở đó, được hình thành chủ yếu từ trải nghiệm trực tiếp về chất lượng dịch vụ y tế (bao gồm cả thuộc tính hữu hình và vô hình), và đóng vai trò như một trạng thái nhận thức - liên tưởng bên trong, tác động đến ý định tiếp tục sử dụng.”

Định nghĩa này nhấn mạnh ba điểm cốt lõi phù hợp với vị trí của hình ảnh thương hiệu trong SOR: (i) Hình ảnh thương hiệu là một cấu trúc bên trong (thuộc O), không phải kích thích bên ngoài; (ii) Nó cùng với sự hài lòng (O1) dẫn đến ý định tiếp tục (R).

Để đo lường khái niệm này, nghiên cứu đề xuất sử dụng thang đo đa chiều, kế thừa từ các nghiên cứu thực nghiệm trước đây về hình ảnh thương hiệu trong lĩnh vực dịch vụ nói chung và y tế nói riêng, nhưng được hiệu chỉnh để phản ánh đúng bản chất trạng thái bên trong. Thang đo hình ảnh thương hiệu cơ sở khám chữa bệnh được cấu trúc gồm hai thành phần chính kế thừa và hiệu chỉnh từ nghiên cứu của Raka Sukawati (2024):

Thành phần	Mô tả	Biểu hiện đo lường
Hình ảnh hữu hình (tangible image)	Phản ánh nhận thức của bệnh nhân về các yếu tố vật chất mà họ đã trải nghiệm và lưu giữ trong tâm trí	“Tôi dễ dàng tìm kiếm thông tin về bệnh viện này.” “Tôi biết bệnh viện này có hệ thống máy móc y tế hiện đại.”,
Hình ảnh vô hình (intangible image)	Phản ánh nhận thức về uy tín chuyên môn, sự tin cậy, sự quan tâm, đạo đức và danh tiếng tất cả đều là các liên tưởng đã được nội tại hóa	“Tôi biết bệnh viện có chuyên môn giỏi.” “Tôi biết bệnh viện này có chi phí khám chữa bệnh hợp lý.” “Bệnh viện này thân thiện với tôi”

Việc xác lập rõ ràng khái niệm và thang đo hình ảnh thương hiệu như một thành tố của chủ thể (O) trong mô hình SOR là cơ sở quan trọng để phân tích mối quan hệ: (i) Mối quan hệ nội bộ trong O: Sự hài lòng (O1) → Hình ảnh thương hiệu (O2); (ii) Tác động đến phản ứng (R): Hình ảnh thương hiệu (O2) → Ý định tiếp tục sử dụng.

2.2 Lý thuyết nền tảng

2.2.1 Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (*Expectation Confirmation Theory - ECT*)

Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng do Richard L. Oliver (1980) giới thiệu, dựa trên nền tảng từ tâm lý học xã hội và hành vi người tiêu dùng. ECT giải thích quá trình hình thành sự hài lòng và quyết định tái sử dụng của khách hàng sau khi trải nghiệm sản phẩm/dịch vụ. Luận điểm cốt lõi của ECT là: sự hài lòng không đến từ chất lượng tuyệt đối, mà từ sự chênh lệch giữa kỳ vọng ban đầu và hiệu suất thực tế nhận được. Quá trình đánh giá theo ECT gồm bốn bước tuần tự:

Hình thành kỳ vọng (Expectation): Trước khi sử dụng, người tiêu dùng thiết lập kỳ vọng về sản phẩm/dịch vụ dựa trên các nguồn thông tin như quảng cáo, đánh giá trực tuyến, truyền miệng, kinh nghiệm trước đó.

Trải nghiệm hiệu suất thực tế (Performance): Người tiêu dùng trực tiếp sử dụng và hình thành nhận thức về hiệu suất thực tế.

So sánh và sự không xác nhận (Disconfirmation): Người tiêu dùng so sánh hiệu suất nhận thức với kỳ vọng ban đầu, dẫn đến ba kịch bản:

Không xác nhận tích cực (positive disconfirmation): Hiệu suất vượt kỳ vọng.

Xác nhận (confirmation): Hiệu suất đúng bằng kỳ vọng.

Không xác nhận tiêu cực (negative disconfirmation): Hiệu suất thấp hơn kỳ vọng.

Hình thành sự hài lòng (Satisfaction): Sự hài lòng được hình thành trực tiếp từ kết quả so sánh trên.

ECT có mối liên hệ mật thiết với lý thuyết bất hòa nhận thức (Cognitive Dissonance Theory). Khi trải nghiệm mâu thuẫn với kỳ vọng (không xác nhận tiêu cực), một trạng thái căng thẳng tâm lý xuất hiện, buộc cá nhân điều chỉnh nhận thức - ví dụ như hạ thấp đánh giá về sản phẩm hoặc thay đổi kỳ vọng trong tương lai.

Mô hình Kỳ vọng Xác nhận (ECM) của Bhattacharjee (2001) là sự mở rộng quan trọng trong lĩnh vực Hệ thống Thông tin. ECM có ba điểm khác biệt then chốt: (i) thay “ý định mua lại” bằng “ý định tiếp tục sử dụng” - phù hợp với bối cảnh sử dụng công nghệ liên tục thay vì mua lẻ từng lần; (ii) bổ sung biến “Tính hữu ích nhận thức sau khi sử dụng” từ Mô hình Chấp nhận Công nghệ (TAM); (iii) khẳng định rằng sự hài lòng và tính hữu ích nhận thức là hai yếu tố dự báo trực tiếp cho ý định tiếp tục sử dụng, trong đó mức độ xác nhận ảnh hưởng đến cả hai.

Ứng dụng của ECT trong bối cảnh dịch vụ khám chữa bệnh

Trong lĩnh vực y tế, với quan điểm bệnh nhân là khách hàng, quyết định quay lại cơ sở khám chữa bệnh của bệnh nhân là một quá trình đánh giá sau trải nghiệm hoàn toàn phù hợp với logic của ECT. Cụ thể:

Kỳ vọng ban đầu được hình thành từ danh tiếng bệnh viện, truyền thông, lời giới thiệu của người thân, hoặc trải nghiệm trước đó.

Hiệu suất thực tế chính là chất lượng dịch vụ cảm nhận, bao gồm chất lượng kỹ thuật (kết quả điều trị, chuyên môn bác sĩ) và chất lượng chức năng (thái độ phục vụ, thủ tục, cơ sở vật chất).

Sự xác nhận hoặc không xác nhận là kết quả so sánh giữa trải nghiệm thực tế và kỳ vọng ban đầu.

Sự hài lòng là cảm xúc tích cực khi trải nghiệm bằng hoặc vượt kỳ vọng.

Ý định tiếp tục sử dụng là mong muốn quay lại hoặc giới thiệu cho người khác.

Tuy nhiên, việc đo lường trực tiếp và tách biệt "kỳ vọng ban đầu" và "mức độ xác nhận" trong bối cảnh y tế gặp nhiều khó khăn về phương pháp luận do tính chất phức tạp, đa chiều của kỳ vọng y tế và dễ gây nhầm lẫn cho đáp viên. Do đó, kế thừa cách tiếp cận từ các nghiên cứu tại Việt Nam (Nguyễn và cộng sự, 2021; Hà Nam Khánh Giao, 2018), nghiên cứu này điều chỉnh ECT bằng cách sử dụng "Chất lượng dịch vụ cảm nhận" làm đại diện (proxy) cho "Hiệu suất thực tế", và giữ lại trực quan hệ cốt lõi: Chất lượng dịch vụ → Sự hài lòng → Ý định tiếp tục sử dụng.

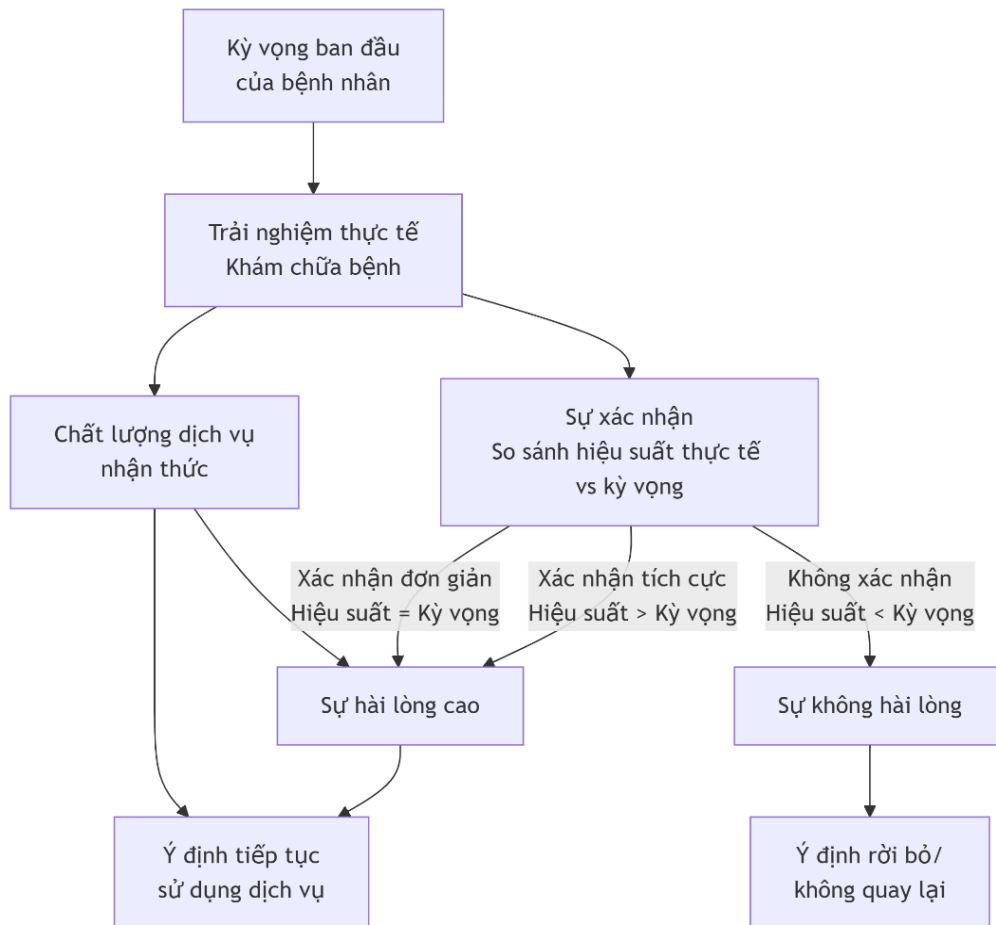
Việc sử dụng "Chất lượng dịch vụ cảm nhận" làm đại diện cho "Hiệu suất thực tế" trong khuôn khổ ECT được luận giải dựa trên bốn luận điểm. Thứ nhất, biến "Xác nhận kỳ vọng" được vận hành thông qua sự so sánh ngầm trong tâm trí khách hàng; khi bệnh nhân đánh giá chất lượng dịch vụ và hình thành sự hài lòng, họ đã ngầm thực hiện quá trình so sánh với kỳ vọng ban đầu (Oliver, 1980), do đó mối quan hệ "Chất lượng dịch vụ → Sự hài lòng" vẫn giữ nguyên bản chất ECT. Thứ hai, nhiều nghiên cứu thực nghiệm tại Việt Nam (Nguyễn và cộng sự, 2021; Hà Nam Khánh Giao, 2018) đã áp dụng thành công cách tiếp cận này và thu được kết quả có giá trị. Thứ ba, việc đo lường trực tiếp "kỳ vọng" trong y tế tiềm ẩn rủi ro phương pháp luận do kỳ vọng của bệnh nhân không ổn định, bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh lý và khó lượng hóa, dễ gây nhầm lẫn và giảm độ tin cậy của dữ liệu. Thứ tư, cách tiếp cận này vẫn đáp ứng yêu cầu của ECT vì trực quan hệ cốt lõi "hiệu suất thực tế → sự hài lòng → ý định tiếp tục" được giữ nguyên - đây là trực được Bhattacharjee (2001) xác nhận là quan trọng nhất trong ECM. Bên cạnh đó, cần thừa nhận giới hạn của ECT trong bối cảnh y tế công, nơi bệnh nhân có thể bị ràng buộc bởi các yếu tố phi tâm lý như tuyến BHYT, phân tuyến bệnh viện hoặc thiếu sự lựa chọn thay thế. Tuy nhiên, do đối tượng khảo sát của luận án là bệnh nhân sử dụng dịch vụ không dùng BHYT, yếu tố "tính bắt buộc" được giảm thiểu, đồng thời ngay cả khi có rào cản chuyển đổi, ECT vẫn giải thích được cơ chế hình thành sự hài lòng - yếu tố trung gian quan trọng dẫn đến các hệ quả hành vi khác. Mặc dù ECT nguyên bản được thiết kế cho các dịch vụ thương mại nơi khách hàng tự do lựa chọn, có kỳ vọng rõ ràng trước khi dùng và dễ dàng từ bỏ/thay thế, việc áp dụng ECT vào y tế công vẫn có giá trị vì ba lý do:

Quá trình so sánh kỳ vọng - hiệu suất vẫn diễn ra trong tâm trí bệnh nhân, dù họ có bị ràng buộc hay không. Ngay cả khi bệnh nhân bắt buộc phải đến một cơ sở y tế theo phân tuyến, họ vẫn có kỳ vọng về chất lượng dịch vụ và vẫn trải qua quá trình

đánh giá sau khi nhận dịch vụ. Sự khác biệt nằm ở hệ quả của sự không hài lòng: nếu có sự lựa chọn thay thế, bệnh nhân sẽ chuyển đổi; nếu không có, họ có thể tiếp tục sử dụng dù không hài lòng - hiện tượng này được gọi là "hiệu ứng khóa" (lock-in effect) hoặc "rào cản chuyển đổi" (switching costs).

Đối tượng khảo sát của luận án là bệnh nhân sử dụng dịch vụ theo hình thức không dùng BHYT, nên yếu tố "tính bắt buộc" từ cơ chế bảo hiểm và phân tuyến được giảm thiểu đáng kể. Những đối tượng này tự do lựa chọn cơ sở y tế và có khả năng chuyển đổi nếu không hài lòng, do đó logic của ECT được áp dụng một cách trọn vẹn.

Ngay cả trong bối cảnh có rào cản chuyển đổi, ECT vẫn giải thích được cơ chế hình thành sự hài lòng - yếu tố trung gian quan trọng dẫn đến các hệ quả khác như truyền miệng, tuân thủ điều trị, hay thái độ đối với cơ sở y tế. Vì vậy, việc sử dụng ECT để giải thích sự hài lòng, ngay cả khi ý định tiếp tục bị chi phối bởi yếu tố phi tâm lý, vẫn có giá trị. Quy trình chuẩn của ECT, như minh họa trong Hình 2.1, diễn ra như sau:



Hình 2.1: Quy trình đánh giá kỳ vọng và xác nhận của bệnh nhân theo ECT

Nguồn: Tác giả đề xuất, 2025

2.2.2 Lý thuyết Kích thích-Chủ thể-Phản ứng (SOR)

Lý thuyết SOR do Mehrabian và Russell (1974) đề xuất trong tâm lý học môi trường, giải thích cách các yếu tố từ môi trường bên ngoài tác động đến trạng thái bên trong của cá nhân, từ đó dẫn đến các phản ứng hành vi. Cấu trúc của SOR bao gồm ba thành phần:

Kích thích (Stimulus - S): Các yếu tố môi trường bên ngoài có khả năng gây ra sự chú ý hoặc thay đổi trạng thái nội tại của cá nhân. Trong nghiên cứu này, kích thích (S) được vận hành duy nhất bởi chất lượng dịch vụ y tế - bao gồm các khía cạnh như sự tin tưởng, sự đảm bảo, sự đồng cảm, sự minh bạch và cơ sở vật chất.

Chủ thể (Organism - O): Trạng thái bên trong của cá nhân, bao gồm các quá trình nhận thức (cảm nhận, đánh giá) và cảm xúc (tình cảm, thái độ). Trong nghiên cứu này, chủ thể (O) được cấu thành bởi hai thành tố: (i) sự hài lòng - một phản ứng cảm xúc tích cực sau khi trải nghiệm dịch vụ; (ii) hình ảnh thương hiệu - những liên tưởng, nhận thức và đánh giá tổng thể của bệnh nhân về cơ sở y tế, được hình thành từ kinh nghiệm trực tiếp và các nguồn thông tin bên ngoài, nhưng đã được nội tại hóa thành một trạng thái nhận thức bền vững bên trong mỗi cá nhân.

Phản ứng (Response - R): Hành vi hoặc ý định hành vi của cá nhân sau khi chịu tác động của kích thích và trải qua trạng thái bên trong. Trong nghiên cứu này, phản ứng (R) là ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.

Lý thuyết SOR có thể mạnh nổi bật trong việc giải thích cơ chế truyền dẫn từ môi trường bên ngoài đến hành vi bên ngoài thông qua các quá trình bên trong - điều mà các mô hình hành vi tuyến tính đơn giản thường bỏ qua. Trong bối cảnh y tế, với cách tiếp cận bệnh nhân là khách hàng, họ không phản ứng một cách máy móc với chất lượng dịch vụ; thay vào đó, họ có một quá trình đánh giá nội tâm phức tạp, bao gồm sự so sánh kỳ vọng, hình thành cảm xúc hài lòng, và củng cố hình ảnh thương hiệu trong tâm trí. SOR cung cấp một khuôn khổ phù hợp để nắm bắt các quá trình trung gian này.

2.2.3 Sự cần thiết và luận cứ cho việc tích hợp ECT và SOR

Việc tích hợp hai lý thuyết ECT và SOR trong luận án này không phải là sự ghép nối cơ học, mà xuất phát từ những hạn chế nội tại của mỗi lý thuyết khi đứng độc lập, cũng như từ yêu cầu giải thích một cách toàn diện cơ chế hình thành ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ y tế.

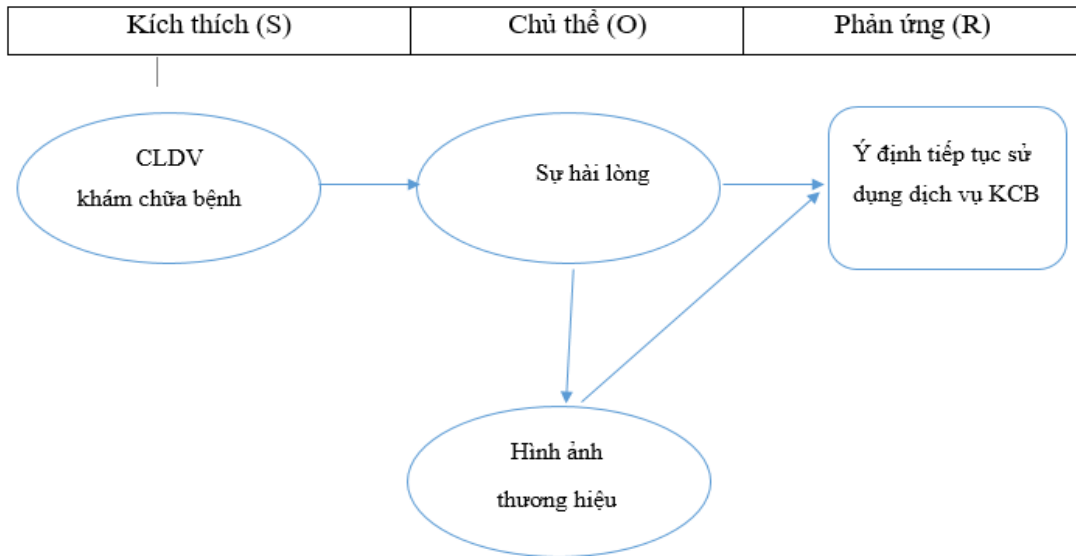
Thứ nhất, về những hạn chế của ECT khi đứng một mình: Mặc dù ECT giải thích rất tốt quá trình hình thành sự hài lòng thông qua cơ chế so sánh kỳ vọng và hiệu suất, nhưng lý thuyết này có một điểm yếu cố hữu: nó không giải thích được nguồn gốc của hiệu suất thực tế - tức là yếu tố nào từ môi trường bên ngoài đã tác động đến trải nghiệm của khách hàng để tạo ra sự so sánh đó. ECT giả định rằng khách hàng có một “hiệu suất” để đánh giá, nhưng không làm rõ các yếu tố kích thích từ môi trường dịch vụ đã định hình hiệu suất đó như thế nào. Trong bối cảnh y tế, điều này đặc biệt quan trọng, bởi chất lượng dịch vụ (bao gồm năng lực chuyên môn, thái độ phục vụ, cơ sở vật chất, sự minh bạch) là yếu tố khởi phát quyết định đến trải nghiệm của bệnh nhân. ECT đứng một mình sẽ bỏ qua khâu “đầu vào” này, khiến mô hình thiếu đi sự kết nối với các yếu tố quản trị có thể tác động.

Thứ hai, về những hạn chế của SOR khi đứng một mình: Ngược lại, mô hình SOR cung cấp một khuôn khổ tổng quát để giải thích cơ chế truyền dẫn từ kích thích môi trường (S) đến phản ứng hành vi (R) thông qua trạng thái bên trong (O). Tuy nhiên, điểm yếu của SOR là sự trừu tượng và thiếu tính cụ thể trong việc mô tả bản chất của quá trình bên trong (O). SOR chỉ dừng lại ở việc khẳng định rằng có một trạng thái trung gian, nhưng không giải thích chi tiết trạng thái đó được hình thành như thế nào, dựa trên cơ chế đánh giá nào. Trong khi đó, ECT cung cấp chính xác một cơ chế cụ thể cho quá trình đánh giá bên trong: sự so sánh giữa kỳ vọng và hiệu suất, từ đó dẫn đến sự hài lòng. Nếu chỉ dùng SOR mà không có ECT, mô hình sẽ thiếu đi sự chi tiết và chính xác trong việc giải thích vì sao và bằng cách nào kích thích (chất lượng dịch vụ) chuyển hóa thành trạng thái bên trong (sự hài lòng).

Thứ ba, về sự bổ sung và tích hợp: Sự kết hợp giữa ECT và SOR cho phép khắc phục những hạn chế của cả hai lý thuyết một cách bổ trợ. ECT “lấp đầy” khoảng trống của SOR bằng cách cung cấp một cơ chế cụ thể cho quá trình đánh giá bên trong: chất lượng dịch vụ (hiệu suất thực tế) được so sánh với kỳ vọng của bệnh nhân, tạo ra sự xác nhận (hoặc không xác nhận), từ đó hình thành sự hài lòng. Ngược lại, SOR “lấp đầy” khoảng trống của ECT bằng cách đặt toàn bộ quá trình đánh giá này vào một khung tổng thể về tác động môi trường: chất lượng dịch vụ (S) là yếu tố khởi phát từ bên ngoài, sự hài lòng (O1) và hình ảnh thương hiệu (O2) là các trạng thái bên trong, và ý định tiếp tục sử dụng (R) là phản ứng hành vi cuối cùng.

Sự tích hợp này mang lại hai lợi thế vượt trội so với việc sử dụng từng lý thuyết riêng lẻ. Một là, mô hình giải thích được đồng thời cả nguồn gốc bên ngoài (kích thích chất lượng dịch vụ) và các quá trình đánh giá bên trong (sự so sánh kỳ vọng - hiệu suất, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu) dẫn đến ý định tiếp tục sử dụng. Điều này khắc phục được giới hạn của các mô hình tuyến tính đơn giản hoặc các lý thuyết đơn lẻ. Hai là, mô hình cho phép kiểm định đồng thời các hiệu ứng trực tiếp và gián tiếp (qua sự hài lòng, qua hình ảnh thương hiệu, hoặc qua chuỗi trung gian nối tiếp), cung cấp một bức tranh toàn diện về cơ chế hình thành lòng trung thành của khách hàng đối với cơ sở y tế.

Hình 2.2 dưới đây minh họa sự tích hợp này, trong đó chất lượng dịch vụ đóng vai trò là kích thích (S), sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu là trạng thái chủ thể (O), và ý định tiếp tục sử dụng là phản ứng (R). Các mũi tên phản ánh cơ chế truyền dẫn theo cả hai lý thuyết: từ S đến O (theo SOR) và trong nội bộ O, quá trình đánh giá so sánh diễn ra theo cơ chế của ECT.



Hình 2.2 : Mô hình tích hợp ECT và SOR

Nguồn: Tác giả, 2025

2.2.4 Chất lượng dịch vụ là kích thích duy nhất

Một điểm cần được làm rõ trong mô hình nghiên cứu là việc chỉ sử dụng chất lượng dịch vụ (CLDV) làm yếu tố kích thích (S) duy nhất, trong khi bỏ qua các yếu tố môi trường tiềm năng khác như chi phí cảm nhận, truyền thông từ đối thủ cạnh tranh, hay các yếu tố xã hội - văn hóa. Quyết định này dựa trên ba luận cứ sau:

Thứ nhất, chất lượng dịch vụ là yếu tố mang tính cốt lõi và trực tiếp nhất trong bối cảnh khám chữa bệnh. Khác với các ngành dịch vụ thông thường, trong lĩnh vực y tế, quyết định lựa chọn và tiếp tục sử dụng dịch vụ phụ thuộc chủ yếu vào trải nghiệm trực tiếp của bệnh nhân về chuyên môn, thái độ phục vụ, quy trình và cơ sở vật chất (Ladhari, 2009; Donabedian, 1988). Các yếu tố khác như chi phí hay quảng cáo tuy có vai trò nhất định, nhưng thường là thứ yếu so với chất lượng dịch vụ cảm nhận - đặc biệt trong bối cảnh bệnh nhân có nhu cầu điều trị thực sự. Nhiều nghiên cứu thực nghiệm đã chỉ ra rằng chất lượng dịch vụ là yếu tố dự báo mạnh nhất cho sự hài lòng và ý định tiếp tục sử dụng trong y tế (Aliman và Mohamad, 2016; Nguyen và cộng sự, 2021), trong khi các yếu tố khác thường có tác động yếu hơn hoặc chỉ đóng vai trò điều chỉnh.

Thứ hai, các yếu tố tiềm năng khác như chi phí cảm nhận, truyền thông hay yếu tố xã hội có thể được xem là các kích thích bổ sung, nhưng chúng thường tác động gián tiếp thông qua chất lượng dịch vụ cảm nhận hoặc thông qua các trạng thái bên trong (O) mà mô hình đã bao gồm. Ví dụ, chi phí cảm nhận có thể ảnh hưởng đến sự hài lòng, nhưng mức độ ảnh hưởng này thường được trung gian bởi chất lượng dịch vụ cảm nhận (khách hàng sẵn sàng trả giá cao hơn nếu chất lượng dịch vụ tốt hơn). Tương tự, truyền thông và danh tiếng của đối thủ cạnh tranh có thể tác động đến kỳ vọng của bệnh nhân - vốn đã được ECT đề cập thông qua quá trình hình thành kỳ vọng ban đầu. Do đó, việc tập trung vào chất lượng dịch vụ như kích thích trung tâm là đủ để nắm bắt cơ chế cốt lõi, mà không làm phức tạp mô hình một cách không cần thiết.

Thứ ba, việc thu hẹp kích thích về chất lượng dịch vụ giúp mô hình có tính tập trung và khả thi về mặt phương pháp luận. Trong bối cảnh Thành phố Hồ Chí Minh, nơi có sự đa dạng về loại hình bệnh viện và đặc điểm khách hàng, việc đo lường đồng thời nhiều kích thích khác nhau có thể gây quá tải cho đáp viên và làm giảm độ tin cậy của dữ liệu. Hơn nữa, như đã phân tích trong Chương 1, các nghiên cứu trước tại Việt Nam cho thấy chất lượng dịch vụ là yếu tố nổi bật và được khách hàng quan tâm hàng đầu, trong khi các yếu tố khác như giá cả hay quảng cáo thường có tác động không đồng nhất và ít được nhấn mạnh (Nguyễn và cộng sự, 2021; Phan Thanh Hải, 2021).

Nghiên cứu thừa nhận rằng Rào cản chuyển đổi (Switching Costs) và Tính bất buộc của BHYT có thể đóng vai trò điều tiết trong mối quan hệ giữa sự hài lòng và ý

định tiếp tục sử dụng, đặc biệt với bệnh nhân y tế công. Tuy nhiên, do đối tượng khảo sát của luận án là bệnh nhân sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh theo hình thức không dùng BHYT (dịch vụ yêu cầu), các biến điều tiết này được kiểm soát thông qua tiêu chí lọc mẫu ngay từ khâu thiết kế. Điều này giúp giảm thiểu tác động của yếu tố phi tâm lý, cho phép mô hình tập trung vào các mối quan hệ tâm lý - hành vi cốt lõi. Tuy nhiên, luận án cũng thừa nhận rằng việc không đưa các biến điều tiết này vào mô hình là một giới hạn có chủ đích và cần được xem xét trong các nghiên cứu tương lai.

Vì vậy, luận án lựa chọn chất lượng dịch vụ là kích thích duy nhất, nhưng vẫn thừa nhận rằng đây là một giới hạn có chủ đích và cần được xem xét trong các nghiên cứu tương lai.

2.3 Các giả thuyết và Mô hình nghiên cứu đề xuất

Dựa vào khoảng trống nghiên cứu đã xác định tại Chương 1 và nền tảng lý thuyết tích hợp ECT-SOR được trình bày ở trên, luận án sẽ xem xét tác động của chất lượng dịch vụ y tế, sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của khách hàng tại các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Toàn bộ luận án thống nhất quan điểm xác nhận bệnh nhân là khách hàng, do đó các khái niệm “bệnh nhân” và “khách hàng” được sử dụng tương đương trong các giả thuyết dưới đây. Mỗi giả thuyết được xây dựng dựa trên sự kết nối logic với khung lý thuyết tích hợp, không chỉ đơn thuần là trích dẫn các nghiên cứu trước.

2.3.1 Chất lượng dịch vụ và Sự hài lòng của khách hàng

Trong khuôn khổ mô hình tích hợp ECT-SOR, chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh đóng vai trò là kích thích (Stimulus - S) từ môi trường bên ngoài. Theo cơ chế của SOR, kích thích này sẽ tác động đến trạng thái bên trong của chủ thể (Organism - O), mà thành tố đầu tiên và trực tiếp nhất chính là sự hài lòng. Đồng thời, theo ECT, chất lượng dịch vụ là hiệu suất thực tế (performance) mà bệnh nhân trải nghiệm; khi hiệu suất này được so sánh với kỳ vọng ban đầu và tạo ra sự xác nhận tích cực (hoặc ít nhất là sự xác nhận), sự hài lòng sẽ được hình thành. Như vậy, từ cả hai góc độ lý thuyết, chất lượng dịch vụ được kỳ vọng là tiền đề trực tiếp dẫn đến sự hài lòng.

Về mặt thực nghiệm, phần lớn các nghiên cứu trong và ngoài nước đều nhất quán khẳng định mối quan hệ tích cực giữa chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân (Aliman và Mohamad, 2013; Antoinette Asabea Addo, 2020; Trương Văn

Hiếu, 2021; Thạch Phuong N. và cộng sự, 2023; Duc Thanh N. và cộng sự, 2022). Các phát hiện này chỉ ra rằng khi các thành phần của chất lượng dịch vụ (như tính minh bạch, năng lực nhân viên, cơ sở vật chất) được cải thiện, mức độ hài lòng của khách hàng cũng sẽ gia tăng. Mặc dù tồn tại một số nghiên cứu cho thấy mối liên hệ không thật sự rõ rệt (Isa và cộng sự, 2019), sự không nhất quán này có thể bắt nguồn từ sự khác biệt về bối cảnh nghiên cứu, đối tượng mẫu hoặc phương pháp đo lường. Dựa trên tổng quan lý thuyết và bằng chứng thực nghiệm chiếm đa số, nghiên cứu này đưa ra giả thuyết sau:

H1: Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh có tác động tích cực đến sự hài lòng của khách hàng .

2.3.2 Sự hài lòng của khách hàng và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ

Trong mô hình tích hợp, sự hài lòng là thành tố đầu tiên của trạng thái chủ thể (O1). Theo cơ chế của SOR, sau khi kích thích (chất lượng dịch vụ) tác động và tạo ra trạng thái bên trong (sự hài lòng), trạng thái này sẽ kích hoạt phản ứng (Response - R) từ phía khách hàng, đó là ý định tiếp tục sử dụng. Đồng thời, theo logic của ECT, sự hài lòng - được hình thành từ quá trình xác nhận kỳ vọng - là yếu tố dự báo trực tiếp và mạnh mẽ nhất cho ý định tiếp tục sử dụng (Bhattacharjee, 2001; Oliver, 1980). Khách hàng hài lòng có xu hướng duy trì mối quan hệ với nhà cung cấp dịch vụ, bởi việc tiếp tục sử dụng sẽ tái tạo trạng thái cảm xúc tích cực đó.

Về mặt thực nghiệm, trong lĩnh vực y tế, khách hàng nhận được dịch vụ chất lượng cao không chỉ có khả năng quay lại mà còn giới thiệu dịch vụ cho người khác (Tanudjaya, 2014). Nghiên cứu của Kitapci và cộng sự (2014) chỉ ra rằng sự hài lòng của bệnh nhân có tác động tích cực đến ý định mua lại và hành vi truyền miệng. Mặc dù một số nghiên cứu như của Hutchinson và cộng sự (2009) và Permana và cộng sự (2020) cho rằng sự hài lòng không luôn ảnh hưởng rõ rệt đến ý định tiếp tục sử dụng - sự khác biệt này có thể do đặc thù ngành hoặc các yếu tố như mức độ cạnh tranh thị trường và rào cản chuyển đổi - nhưng nhìn chung, các bằng chứng thực nghiệm vẫn chiếm ưu thế ủng hộ mối quan hệ này. Dựa trên nền tảng lý thuyết và kết quả từ các nghiên cứu trước, giả thuyết nghiên cứu sau đây được đưa ra:

H2: Sự hài lòng của khách hàng có tác động tích cực đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.

2.3.3 Sự hài lòng của khách hàng và hình ảnh thương hiệu

Trong nghiên cứu này, hình ảnh thương hiệu là thành tố thứ hai của trạng thái chủ thể (O2), được hình thành và củng cố từ sự hài lòng (O1). Cơ chế này phù hợp với cả SOR và ECT: sau khi kích thích (chất lượng dịch vụ) tạo ra sự hài lòng - một phản ứng cảm xúc trực tiếp, sự hài lòng này tiếp tục tác động đến quá trình nhận thức dài hạn, củng cố các liên tưởng tích cực về thương hiệu trong tâm trí khách hàng. Nói cách khác, sự hài lòng đóng vai trò là “nguyên liệu thô” để xây dựng hình ảnh thương hiệu: một bệnh nhân càng hài lòng với trải nghiệm hiện tại thì càng có xu hướng lưu giữ những ấn tượng tốt đẹp và xây dựng một hình ảnh tích cực, bền vững về cơ sở y tế.

Nghiên cứu của Sukawati (2021) chỉ ra rằng sự hài lòng của khách hàng có tác động tích cực đến hình ảnh bệnh viện. Hoşgör và Cengiz (2020) nhận thấy hình ảnh thương hiệu có tác dụng tích cực đến sự hài lòng của khách hàng tại các bệnh viện tư, nhưng không có tác động đáng kể ở các bệnh viện công; điều này cho thấy chiều tác động có thể khác nhau tùy loại hình, nhưng mối quan hệ giữa hai khái niệm vẫn tồn tại. Nghiên cứu của Hoşgör và cộng sự (2022) cũng phát hiện mối quan hệ mạnh mẽ giữa sự hài lòng của khách hàng và hình ảnh thương hiệu bệnh viện. Các nghiên cứu thực nghiệm khác như Marzaweny và Hadiwidjoyo (2012), Andaleeb (1998), và Nguyen và LeBlanc (2002) cũng chứng minh mối tương quan tích cực giữa sự hài lòng của khách hàng và hình ảnh bệnh viện. Dựa trên lập luận lý thuyết và bằng chứng thực nghiệm, nghiên cứu đưa ra giả thuyết như sau:

H3: Sự hài lòng của khách hàng có tác động tích cực đến hình ảnh thương hiệu.

2.3.4 Hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ

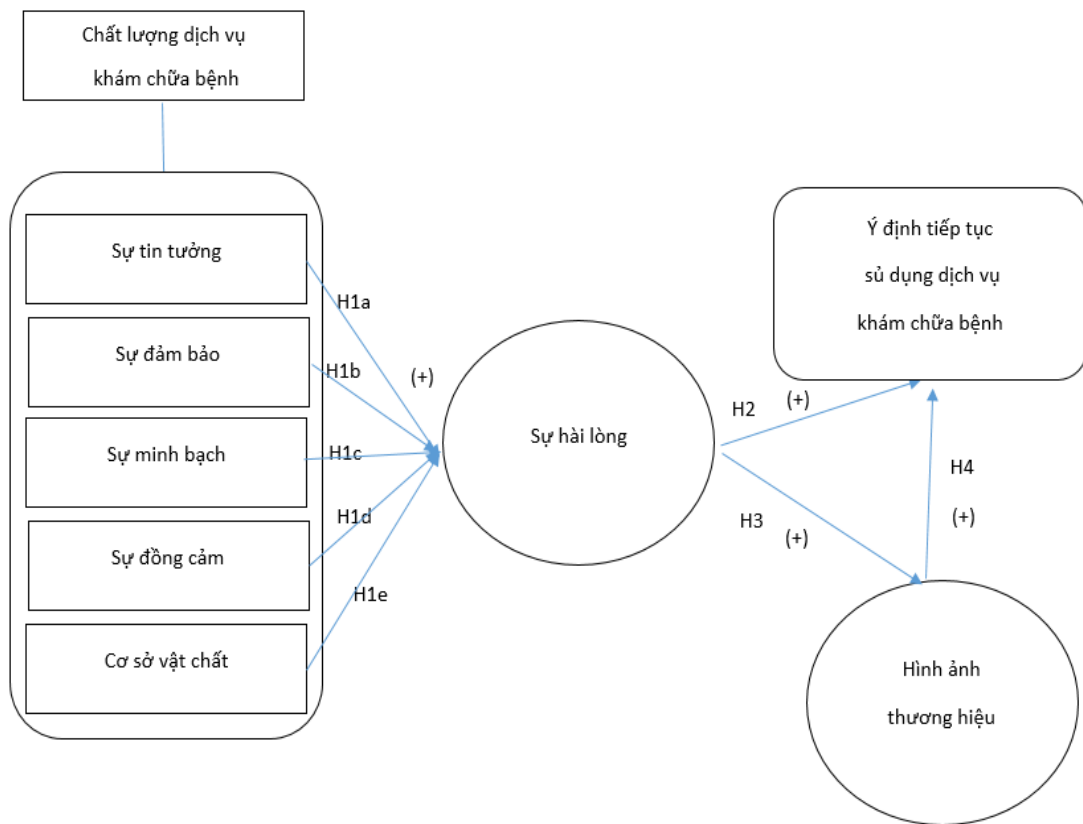
Trong mô hình tích hợp, hình ảnh thương hiệu (O2) - với tư cách là một trạng thái nhận thức bền vững bên trong - được kỳ vọng tác động trực tiếp đến phản ứng (R) là ý định tiếp tục sử dụng. Cơ chế này được giải thích như sau: sau khi trải nghiệm chất lượng dịch vụ và hình thành sự hài lòng, khách hàng sẽ xây dựng một hình ảnh thương hiệu trong tâm trí - một tập hợp các liên tưởng và đánh giá tổng thể về cơ sở y tế. Hình ảnh này, một khi đã được củng cố, sẽ trở thành một “tài sản tinh thần” mà khách hàng mang theo, và nó có khả năng thúc đẩy ý định quay lại một cách tự động, không nhất thiết phải trải qua một quá trình đánh giá chi tiết ở mỗi lần sử dụng. Hiệu ứng hào quang (halo effect) cũng có thể phát huy tác dụng: một hình ảnh thương hiệu

tích cực sẽ làm gia tăng cảm nhận về chất lượng dịch vụ trong các lần tiếp theo, từ đó củng cố chu kỳ trung thành.

Về mặt thực nghiệm, nghiên cứu của Setyowati và cộng sự (2020) tại Indonesia cho thấy hình ảnh thương hiệu đóng vai trò trung gian giữa marketing mix và quyết định lựa chọn bệnh viện. Ali và cộng sự (2018) phát hiện rằng chất lượng dịch vụ và hình ảnh thương hiệu có tác động tích cực đến ý định tái khám của bệnh nhân. Chairunnisa và cộng sự (2022) chứng minh hình ảnh thương hiệu là yếu tố then chốt ảnh hưởng đến quyết định sử dụng dịch vụ y tế. Cham và cộng sự (2020) chỉ ra rằng hình ảnh thương hiệu không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng dịch vụ mà còn tác động gián tiếp đến ý định hành vi của bệnh nhân thông qua sự hài lòng và giá trị cảm nhận. Dựa trên lập luận từ khung SOR ($O \rightarrow R$) và bằng chứng thực nghiệm, nghiên cứu đưa ra giả thuyết như sau:

H4: Hình ảnh thương hiệu có tác động tích cực đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của khách hàng.

2.3.5 Mô hình nghiên cứu đề xuất



Hình 2.3. Mô hình nghiên cứu đề xuất

Nguồn: Tác giả đề xuất(2024)

Để tăng cường giá trị nội tại và độ chính xác của mô hình, nghiên cứu đưa vào các biến kiểm soát bao gồm: độ tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thu nhập hàng tháng và loại hình bệnh viện (công lập hay tư nhân). Các biến này đã được các nghiên cứu trước (Naidu, 2009; Batbaatar và cộng sự, 2017) ghi nhận có thể ảnh hưởng đến sự hài lòng và ý định hành vi của khách hàng, mặc dù kết quả không hoàn toàn thống nhất. Việc kiểm soát các yếu tố này giúp loại bỏ các tác động nhiễu tiềm ẩn, qua đó làm sáng tỏ hơn các mối quan hệ cấu trúc chính.

TÓM TẮT CHƯƠNG 2

Chương 2 đã thiết lập một nền tảng lý thuyết vững chắc cho luận án, với quan điểm xuyên suốt xác nhận bệnh nhân là khách hàng của dịch vụ khám chữa bệnh. Các khái niệm trọng tâm gồm ý định tiếp tục sử dụng, chất lượng dịch vụ y tế (với năm thành phần cốt lõi và thang đo tích hợp từ SERVPERF, Donabedian, Quyết định 56/QĐ-BYT), sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu được định nghĩa rõ ràng.

Hai lý thuyết nền là Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (ECT) và Lý thuyết Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR) được trình bày chi tiết. Luận án đã chỉ ra những hạn chế của mỗi lý thuyết khi đứng độc lập - ECT thiếu sự kết nối với các kích thích môi trường, trong khi SOR thiếu một cơ chế cụ thể cho quá trình đánh giá bên trong - và lập luận cho sự cần thiết phải tích hợp hai lý thuyết. Sự tích hợp này cho phép giải thích một cách toàn diện cơ chế hình thành ý định tiếp tục sử dụng: chất lượng dịch vụ (kích thích S) tác động đến trạng thái bên trong (sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu - O) thông qua cơ chế so sánh kỳ vọng và hiệu suất (theo ECT), từ đó dẫn đến ý định tiếp tục sử dụng (phản ứng R).

Đặc biệt, chương đã dành một luận giải riêng để biện minh cho vị trí của hình ảnh thương hiệu như một trạng thái chủ thể (O) thay vì kích thích (S), dựa trên ba luận điểm: (i) hình ảnh thương hiệu được hình thành chủ yếu từ trải nghiệm trực tiếp, (ii) mang tính tích lũy và bền vững, và (iii) có khả năng tác động trở lại đến cách cảm nhận các kích thích trong tương lai. Ngoài ra, việc lựa chọn chất lượng dịch vụ là kích thích duy nhất cũng được biện minh dựa trên tính cốt lõi và trực tiếp của yếu tố này trong bối cảnh y tế.

Trên cơ sở đó, mô hình nghiên cứu đề xuất và bốn giả thuyết (H1-H4) được phát triển với sự kết nối chặt chẽ với khung lý thuyết tích hợp, làm nền tảng cho việc thiết kế phương pháp nghiên cứu, xây dựng thang đo và kiểm định thực nghiệm ở các chương tiếp theo.

CHƯƠNG 3: THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

3.1 Bối cảnh nghiên cứu

3.1.1 Tổng quan hệ thống y tế TP.HCM

Thành phố Hồ Chí Minh là trung tâm kinh tế, văn hóa và khoa học kỹ thuật lớn nhất cả nước, đồng thời cũng là nơi tập trung hệ thống y tế phát triển bậc nhất Việt Nam. Với quy mô dân số hơn 14 triệu dân vào năm 2025 và tốc độ đô thị hóa nhanh, thành phố đang phải đối mặt với những áp lực chưa từng có lên hệ thống chăm sóc sức khỏe. Tính đến cuối năm 2024, toàn thành phố có 24.629 bác sĩ, tăng so với con số 20.727 trước đây; quy mô giường bệnh đạt 49.147 giường. Tuy nhiên, do tốc độ gia tăng dân số nhanh hơn tốc độ phát triển cơ sở hạ tầng y tế, tỷ lệ giường bệnh trên vạn dân của TP.HCM đã giảm từ 41,7 xuống còn 31,3, thấp hơn đáng kể so với mục tiêu quốc gia là 42.

Hệ thống y tế của thành phố bao gồm đa dạng các loại hình cơ sở: bệnh viện công lập tuyến thành phố, bệnh viện đa khoa quận/huyện, bệnh viện chuyên khoa đầu ngành, bệnh viện đại học, và hệ thống bệnh viện tư nhân ngày càng phát triển. Tính đến năm 2021, toàn thành phố đã có 4.956 phòng khám tư nhân, chiếm 88,25% tổng số cơ sở khám chữa bệnh ngoài công lập, cho thấy sự đa dạng và phong phú của thị trường dịch vụ y tế tại đây.

Bảng 3.1. Mật độ giường bệnh so với các nước

Quốc gia	Số giường/10.000 dân
Nhật Bản	131
Hàn Quốc	71
Singapore	24
TP.HCM	31,3
Cả nước	26,5

Nguồn: Bộ Y tế Việt Nam, 2024

Trong những năm gần đây, ngành Y tế TP.HCM đã có nhiều nỗ lực cải thiện chất lượng dịch vụ. Kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh năm 2025 cho thấy tỷ lệ hài lòng trung bình đạt 89,29%, tăng nhẹ so với mức 88,25% của năm 2024.

Theo đánh giá chất lượng bệnh viện của Sở Y tế năm 2024 trên thang điểm 1.000, đã có 12 bệnh viện đạt trên 900 điểm, dẫn đầu là Bệnh viện Bình Dân với 964,15 điểm.

Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả đạt được, hệ thống y tế TP.HCM vẫn đối diện với nhiều thách thức cơ bản có ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người bệnh:

Tình trạng quá tải bệnh viện tuyến cuối: Sự chênh lệch về tỷ lệ giường bệnh trên vạn dân so với mục tiêu quốc gia phản ánh tình trạng thiếu hụt cơ sở hạ tầng trong bối cảnh dân số tăng nhanh. Các bệnh viện tuyến cuối như Bệnh viện Nhân dân 115, Bệnh viện Gia Định, Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Nhi đồng 1 thường xuyên trong tình trạng quá tải, dẫn đến thời gian chờ đợi kéo dài, ảnh hưởng đến trải nghiệm của khách hàng.

Sự phân hóa chất lượng giữa các loại hình bệnh viện: Mặc dù hệ thống y tế TP.HCM có sự đa dạng về loại hình cơ sở, nhưng vẫn tồn tại sự khác biệt đáng kể về chất lượng dịch vụ giữa bệnh viện công lập và tư nhân, giữa bệnh viện tuyến cuối và tuyến cơ sở. Nghiên cứu của Sở Y tế đã chỉ ra những khoảng cách này qua các bảng xếp hạng chất lượng bệnh viện hàng năm.

Khó khăn trong chuyển đổi số và cải cách thủ tục hành chính: Mặc dù chuyển đổi số đã được xác định là nhiệm vụ nền tảng xuyên suốt của ngành, việc triển khai tại nhiều cơ sở vẫn còn chậm và gặp nhiều khó khăn. Các thủ tục hành chính như đăng ký khám, thanh toán viện phí, xét nghiệm và nhận kết quả chưa được số hóa đồng bộ, gây mất thời gian và bức xúc cho người bệnh. Đây là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến đánh giá của khách hàng về sự minh bạch và sự đảm bảo trong chất lượng dịch vụ.

Sự minh bạch thông tin và chi phí còn hạn chế: Mặc dù các quy định về niêm yết giá và công khai quy trình đã được Bộ Y tế ban hành qua Quyết định số 56/QĐ-BYT, việc thực thi tại nhiều bệnh viện, đặc biệt là bệnh viện công lập, vẫn chưa đồng bộ, dẫn đến sự thiếu minh bạch về chi phí và quy trình khám chữa bệnh - một yếu tố then chốt ảnh hưởng đến sự tin tưởng của khách hàng.

Để giải quyết những thách thức trên, Sở Y tế TP.HCM đã xác định chiến lược phát triển hệ thống y tế theo cấu trúc đa tầng, đa cực, đa trung tâm nhằm phân bổ hợp lý nguồn lực, giảm tải cho tuyến cuối và nâng cao chất lượng dịch vụ. Đồng thời, mục

tiêu 100% bệnh viện trên địa bàn triển khai bệnh án điện tử, liên thông dữ liệu khám chữa bệnh đã được đặt ra để giảm thời gian chờ đợi, tăng tính minh bạch và hiệu quả phục vụ.

Trong bối cảnh đó, nghiên cứu về chất lượng dịch vụ và ý định tiếp tục sử dụng của khách hàng tại các bệnh viện trên địa bàn TP.HCM càng trở nên cấp thiết. Những phát hiện từ nghiên cứu này có thể đóng góp vào việc hoạch định chính sách nâng cao chất lượng dịch vụ, cải thiện sự hài lòng và gia tăng lòng trung thành của người bệnh những yếu tố then chốt cho sự phát triển bền vững của các cơ sở y tế trong bối cảnh cạnh tranh ngày càng gay gắt.

Chất lượng dịch vụ y tế năm 2024 thì có 21 bệnh viện đạt chứng nhận quốc tế (JCI, RTAC, WSO). Công tác chuyển đổi số y tế năm 2024 có 100% bệnh viện công sử dụng hồ sơ điện tử, 78% có đặt lịch hẹn trực tuyến và ứng dụng AI trong chẩn đoán hình ảnh tại 8 bệnh viện lớn.

Theo số liệu năm 2024, sự phân bổ dịch vụ y tế tại TP.HCM có sự chênh lệch đáng kể: khu vực trung tâm (Quận 1, 3, 5, 10...) chiếm 65% bệnh viện tuyến cuối, khu vực ngoại thành (Hóc Môn, Củ Chi, Bình Chánh): chỉ có 15% bệnh viện đa khoa và khu vực Thủ Đức đang phát triển mạnh với 20% cơ sở y tế mới.

Bảng 3.2 Phân bổ dịch vụ y tế theo khu vực

Khu vực	Số bệnh viện	Số giường bệnh	Dân số phục vụ
Trung tâm	85	28,500	4.2 triệu
Ngoại thành	28	8,200	3.1 triệu
Thủ Đức	18	4,753	1.7 triệu

Nguồn: Sở Y tế TP.HCM

Mật độ bác sĩ là 18,2/10.000 dân (mục tiêu: 23 vào năm 2030), mật độ điều dưỡng 32,1/10.000 dân (mục tiêu: 40 vào năm 2030) và có 8 trường đại học đào tạo nhân lực y tế, bao gồm hai trường đại học y lớn (Đại học Y Dược, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch). Các lĩnh vực y tế TP.HCM có thể mạnh:

Tim mạch: 15 trung tâm can thiệp, thực hiện 12,000 ca/năm

Ung bướu: 8 trung tâm xạ trị, 20,000 ca điều trị/năm

Sản khoa: 5 trung tâm hỗ trợ sinh sản, 5,000 IVF/năm

Thần kinh: 10 trung tâm đột quy, xử lý 8,000 ca/năm

Thuận lợi của y tế TP.HCM là có mật độ cơ sở y tế tiên tiến cao nhất Việt Nam, nhiều bệnh viện thực hiện các thủ thuật phức tạp (ghép tạng, phẫu thuật tim, phẫu thuật robot) đạt chuẩn khu vực, năng lực đào tạo y tế chất lượng và có cơ chế đặc thù cho phát triển y tế TP.HCM.

Bên cạnh những thuận lợi thì y tế TP.HCM cũng có nhiều thách thức như mật độ giường bệnh (41,2/10.000) còn thấp so với các nước trong khu vực (Nhật Bản: 131, Hàn Quốc: 71). Các bệnh viện trung tâm hoạt động ở mức 120-150% công suất, trong khi bệnh viện tuyến quận/huyện và cơ sở chăm sóc ban đầu chưa được sử dụng hết công năng. Chỉ 30% cơ sở tuyến quận/huyện triển khai đầy đủ hệ thống y tế số. Dù có tiềm năng, TP.HCM chỉ thu hút 40% khách du lịch y tế của Việt Nam, phần lớn khách quốc tế sang Bangkok hoặc Singapore.

3.1.2 Bối cảnh và tiêu chí lựa chọn bệnh viện khảo sát

Luận án được thực hiện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh trong giai đoạn 2024-2025. Việc lựa chọn TP.HCM làm địa bàn nghiên cứu xuất phát từ những lý do sau: (i) đây là địa phương có hệ thống y tế phát triển và đa dạng nhất cả nước, với đầy đủ các loại hình bệnh viện từ công lập tuyến cuối, chuyên khoa đầu ngành, bệnh viện đại học đến bệnh viện tư nhân; (ii) áp lực về chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người bệnh tại các bệnh viện tại đây đang ngày càng gia tăng, đặc biệt trong bối cảnh dân số tăng nhanh và nhu cầu chăm sóc sức khỏe chất lượng cao trở nên phổ biến; (iii) các chính sách cải cách hành chính và nâng cao chất lượng bệnh viện của Sở Y tế TP.HCM đang được triển khai mạnh mẽ, tạo ra bối cảnh phù hợp để đánh giá tác động của chất lượng dịch vụ lên ý định hành vi của người bệnh.

Dựa trên phân tích thực trạng hệ thống y tế TP.HCM và mục tiêu nghiên cứu, luận án lựa chọn 06 bệnh viện tiêu biểu để khảo sát theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích. Việc lựa chọn được thực hiện dựa trên ba tiêu chí chính:

Thứ nhất, tính đại diện về loại hình bệnh viện: Nghiên cứu bao phủ đầy đủ các loại hình cơ sở y tế chính đang hoạt động tại TP.HCM, bao gồm (i) bệnh viện công lập đa khoa tuyến cuối (Bệnh viện Nhân dân 115, Bệnh viện Nhân dân Gia Định); (ii) bệnh viện chuyên khoa công lập đầu ngành (Bệnh viện Từ Dũ - sản phụ khoa, Bệnh viện Nhi đồng 1 - nhi khoa); (iii) bệnh viện đại học kết hợp đào tạo và nghiên cứu (Bệnh viện Đại học Y Dược); (iv) bệnh viện tư nhân theo mô hình dịch vụ (Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài

Gòn). Sự đa dạng này cho phép so sánh chất lượng dịch vụ và ý định tiếp tục sử dụng giữa các loại hình bệnh viện khác nhau, từ đó rút ra các hàm ý quản trị phù hợp.

Thứ hai, tính đại diện về chuyên khoa: Mẫu khảo sát bao gồm cả cơ sở đa khoa tổng hợp (Bệnh viện Gia Định, Bệnh viện Nhân dân 115, Bệnh viện Đại học Y Dược, Bệnh viện Hoàn Mỹ) và cơ sở chuyên khoa sâu (Bệnh viện Từ Dũ - lĩnh vực sản phụ khoa, Bệnh viện Nhi đồng 1 - lĩnh vực nhi khoa). Sự đa dạng về chuyên khoa giúp phản ánh bức tranh tổng thể về chất lượng dịch vụ y tế tại TP.HCM, đồng thời cũng cho phép kiểm soát các yếu tố đặc thù của từng chuyên khoa có thể ảnh hưởng đến đánh giá của khách hàng.

Thứ ba, quy mô và tính khả thi: Các bệnh viện được lựa chọn đều có quy mô hoạt động lớn, lượng bệnh nhân đông đảo (từ 300 giường đến 1.600 giường), phục vụ hàng nghìn lượt bệnh nhân nội trú và ngoại trú mỗi ngày. Điều này đảm bảo nguồn dữ liệu phong phú và đáng tin cậy cho nghiên cứu. Bên cạnh đó, các bệnh viện này đều nằm trong địa bàn thuận lợi và có sự hợp tác tích cực, tạo điều kiện cho việc triển khai khảo sát một cách hiệu quả.

Bảng 3.3. Danh sách và đặc điểm các bệnh viện trong mẫu khảo sát

STT	Tên Bệnh Viện	Loại Hình	Chuyên Khoa Chính	Ghi Chú
1	Bệnh viện Nhân dân 115	Công lập	Đa khoa tổng hợp	Tuyển cuối
2	Bệnh viện Gia Định	Công lập	Đa khoa tổng hợp	Tuyển cuối
3	Bệnh viện Từ Dũ	Công lập	Chuyên khoa Sản	Tuyển cuối
4	Bệnh viện Nhi đồng 1	Công lập	Chuyên khoa Nhi	Tuyển cuối
5	Bệnh viện Đại học Y Dược	Đại học	Đa khoa tổng hợp	Bv Trường
6	Bệnh viện Hoàn Mỹ	Tư nhân	Đa khoa tổng hợp	Bv tư nhân

Nguồn: Sở Y tế TP.HCM

3.1.3 Giới thiệu sơ lược bệnh viện được lựa chọn khảo sát

Bệnh viện Nhân dân 115: Đây là một trong những bệnh viện đa khoa hạng I, tuyển cuối trực thuộc Sở Y tế TP.HCM. Được thành lập từ năm 1989, trải qua hơn 30 năm phát triển, bệnh viện đã vươn lên từ một cơ sở hạng III trở thành bệnh viện đa khoa hạng I, với quy mô 1.600 giường bệnh. Bệnh viện hiện có 45 khoa phòng, 7 khối lâm sàng và 5 chuyên khoa mũi nhọn. Hàng ngày, bệnh viện tiếp nhận một lượng lớn bệnh nhân từ khắp các tỉnh thành phía Nam đến khám và điều trị. Bệnh viện Nhân dân 115 được chọn

vào mẫu nghiên cứu vì đại diện cho mô hình bệnh viện đa khoa công lập tuyến cuối, có quy mô lớn và lịch sử phát triển lâu dài, phản ánh những thách thức điển hình của các bệnh viện công trước áp lực quá tải và nhu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ.

Bệnh viện Nhân dân Gia Định: Là bệnh viện đa khoa loại I trực thuộc Sở Y tế TP.HCM, Bệnh viện Gia Định có quy mô 1.500 giường bệnh, phục vụ khoảng 1.500 bệnh nhân nội trú và hơn 4.000 lượt bệnh nhân ngoại trú mỗi ngày. Bệnh viện tọa lạc tại vị trí đắc địa trên đường Nơ Trang Long, quận Bình Thạnh, đóng vai trò quan trọng trong việc giải quyết nhu cầu khám chữa bệnh của người dân các quận trung tâm và phía đông thành phố. Với quy mô hoạt động lớn và áp lực khám chữa bệnh cao, bệnh viện Gia Định được lựa chọn nhằm đại diện cho nhóm bệnh viện đa khoa công lập quy mô lớn, nơi các vấn đề về thời gian chờ đợi, thủ tục hành chính và chất lượng dịch vụ luôn là những thách thức thường trực.

Bệnh viện Từ Dũ: Được biết đến như một bệnh viện đầu ngành về sản phụ khoa tại Việt Nam, Bệnh viện Từ Dũ hiện có quy mô 1.000 giường bệnh (định hướng phát triển lên 1.200 giường) và đã chính thức có cơ sở 2 tại Cần Giờ với quy mô 300 giường. Đây là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối về lĩnh vực sản - phụ - nhi sơ sinh, tiếp nhận số ca sinh và phụ khoa lớn nhất cả nước. Bệnh viện Từ Dũ được lựa chọn nhằm đại diện cho mô hình bệnh viện chuyên khoa sâu (sản phụ khoa) công lập, nơi có đặc thù riêng về đối tượng bệnh nhân (chủ yếu là phụ nữ mang thai và các bệnh lý phụ khoa). Sự đặc thù này có thể dẫn đến những kỳ vọng khác biệt về chất lượng dịch vụ so với bệnh viện đa khoa.

Bệnh viện Nhi đồng 1: Là bệnh viện nhi khoa hạng I có lịch sử hơn 58 năm hình thành và phát triển, hiện có quy mô hơn 1.400 giường bệnh. Bệnh viện bao gồm nhiều chuyên khoa sâu như hô hấp, tim mạch, thần kinh, tiêu hóa, thận - tiết niệu, sơ sinh,.... Cùng với các bệnh viện Nhi đồng 2 và Nhi đồng Thành phố, Nhi đồng 1 là một trong ba bệnh viện chuyên khoa nhi tuyến cuối của thành phố. Việc lựa chọn Bệnh viện Nhi đồng 1 nhằm đại diện cho khối bệnh viện chuyên khoa nhi công lập - một lĩnh vực có đối tượng bệnh nhân đặc thù (trẻ em) và người đồng hành (phụ huynh). Đánh giá chất lượng dịch vụ trong bối cảnh này có thể có những đặc điểm riêng so với bệnh viện đa khoa hoặc các chuyên khoa khác.

Bệnh viện Đại học Y Dược: Đây là bệnh viện công lập hạng I trực thuộc Sở Y tế TP.HCM, có cơ sở 1 tại 215 Hồng Bàng (quận 5) và cơ sở 2 tại quận Bình Thạnh.

Là bệnh viện thực hành của Trường Đại học Y Dược TP.HCM một trong những trường đào tạo y khoa hàng đầu cả nước, bệnh viện có lợi thế về đội ngũ bác sĩ trình độ cao, trang thiết bị hiện đại và phong cách phục vụ chuyên nghiệp. Cơ sở khám dịch vụ của bệnh viện có quy mô 30 phòng khám với diện tích trên 5.000 m², phục vụ 43 chuyên khoa khác nhau. Bệnh viện Đại học Y Dược được lựa chọn để đại diện cho mô hình bệnh viện đại học - nơi có sự kết hợp giữa đào tạo, nghiên cứu và thực hành lâm sàng, với kỳ vọng cao từ phía bệnh nhân về chất lượng chuyên môn và sự đồng cảm. Đây cũng là bệnh viện tiên phong trong chuyển đổi số, nhiều năm liền là điểm sáng về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám chữa bệnh, hướng đến mô hình bệnh viện thông minh.

Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn: Được thành lập vào năm 1999, đây là một trong những bệnh viện tư nhân đầu tiên và có uy tín tại TP.HCM. Bệnh viện có quy mô 300 giường bệnh tại thành phố, phục vụ hơn 2.500 lượt bệnh nhân ngoại trú mỗi ngày, với 22 chuyên khoa và nhiều trang thiết bị hiện đại. Với sứ mệnh cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao với chi phí hợp lý, bệnh viện được lựa chọn để đại diện cho mô hình bệnh viện tư nhân. Loại hình này có những đặc điểm khác biệt so với bệnh viện công lập về cơ chế vận hành, mức độ đầu tư cơ sở vật chất, quy trình phục vụ và đối tượng khách hàng hướng đến (thường là những người có khả năng chi trả cao và có kỳ vọng lớn về chất lượng dịch vụ). Sự hiện diện của bệnh viện tư nhân trong mẫu nghiên cứu giúp so sánh, đối chiếu và rút ra các hàm ý quản trị có giá trị cho cả hai khu vực công và tư.

Sự đa dạng về loại hình bệnh viện trong mẫu khảo sát mang lại một số ý nghĩa quan trọng:

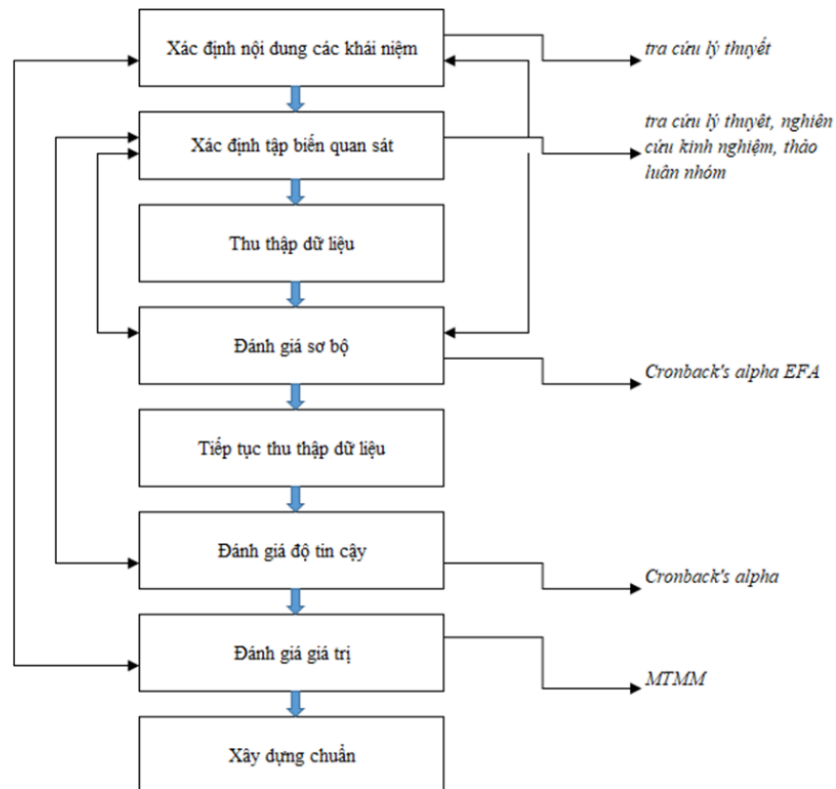
Tăng cường giá trị ngoại tại (external validity) của nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu có thể được khái quát hóa cho nhiều loại hình cơ sở y tế khác nhau, không chỉ bó hẹp trong một mô hình bệnh viện cụ thể.

Cho phép so sánh đa nhóm (multi-group comparison): Cấu trúc mẫu đa dạng tạo điều kiện cho các phân tích so sánh sau này (ví dụ: so sánh tác động của chất lượng dịch vụ lên ý định tiếp tục sử dụng giữa bệnh viện công lập và bệnh viện tư nhân, giữa bệnh viện đa khoa và chuyên khoa). Những so sánh này có thể mang lại các phát hiện có giá trị về sự khác biệt trong đánh giá và kỳ vọng của bệnh nhân.

Phản ánh bức tranh toàn cảnh về chất lượng dịch vụ y tế tại TP.HCM: Với sự hiện diện của cả bệnh viện công lập tuyến cuối, bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện đại học và bệnh viện tư nhân, mẫu khảo sát phản ánh một cách tương đối toàn diện thực trạng chất lượng dịch vụ tại địa bàn nghiên cứu.

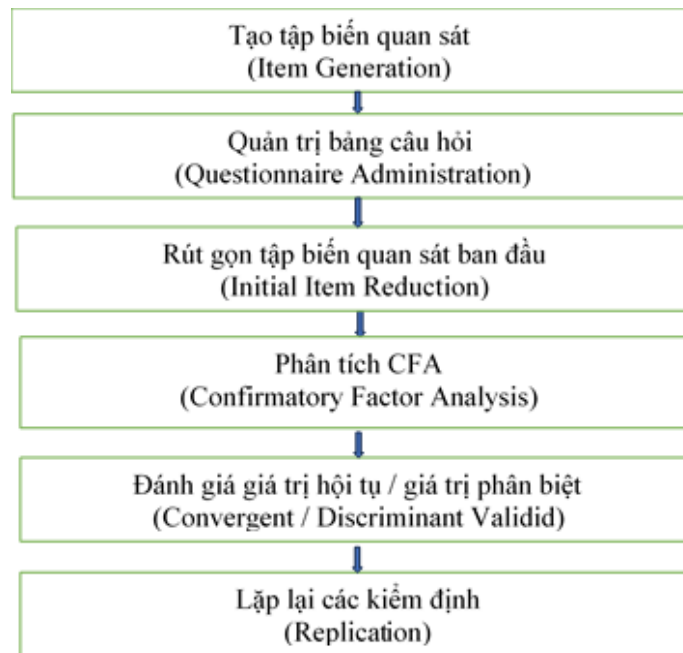
3.2 Quy trình nghiên cứu tổng thể

Để đảm bảo tính khoa học và hệ thống trong việc xây dựng, kiểm định thang đo cũng như đánh giá các mối quan hệ trong mô hình nghiên cứu, luận án kế thừa có chọn lọc các quy trình phát triển thang đo kinh điển của Churchill (1979), Hinkin (1998) và Nguyễn Đình Thọ (2007). Churchill (1979) cung cấp khung tổng quát về kiểm định giả thuyết và phân tích dữ liệu nhưng còn hạn chế trong việc phát triển chi tiết thang đo gắn với nền tảng lý thuyết. Hinkin (1998) nhấn mạnh tính hệ thống trong xây dựng mô hình lý thuyết và kiểm định độ tin cậy, giá trị của thang đo, phù hợp với nghiên cứu hành vi. Nguyễn Đình Thọ (2007) tích hợp mô hình phương trình cấu trúc (SEM) vào quy trình kiểm định, nâng cao giá trị của thang đo.



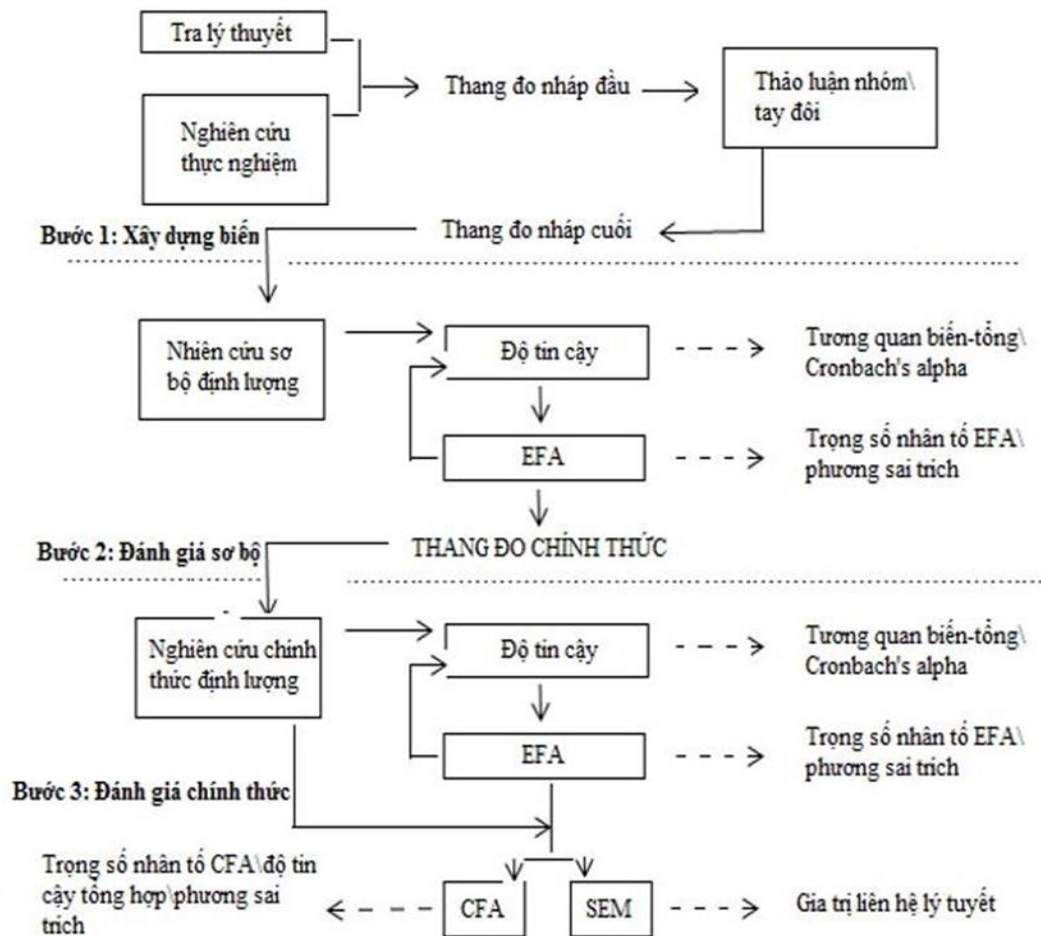
Nguồn: Churchill 1979

Hình 3.1. Quy trình nghiên cứu của Churchill (1979)



Nguồn: Hinkin (1998)

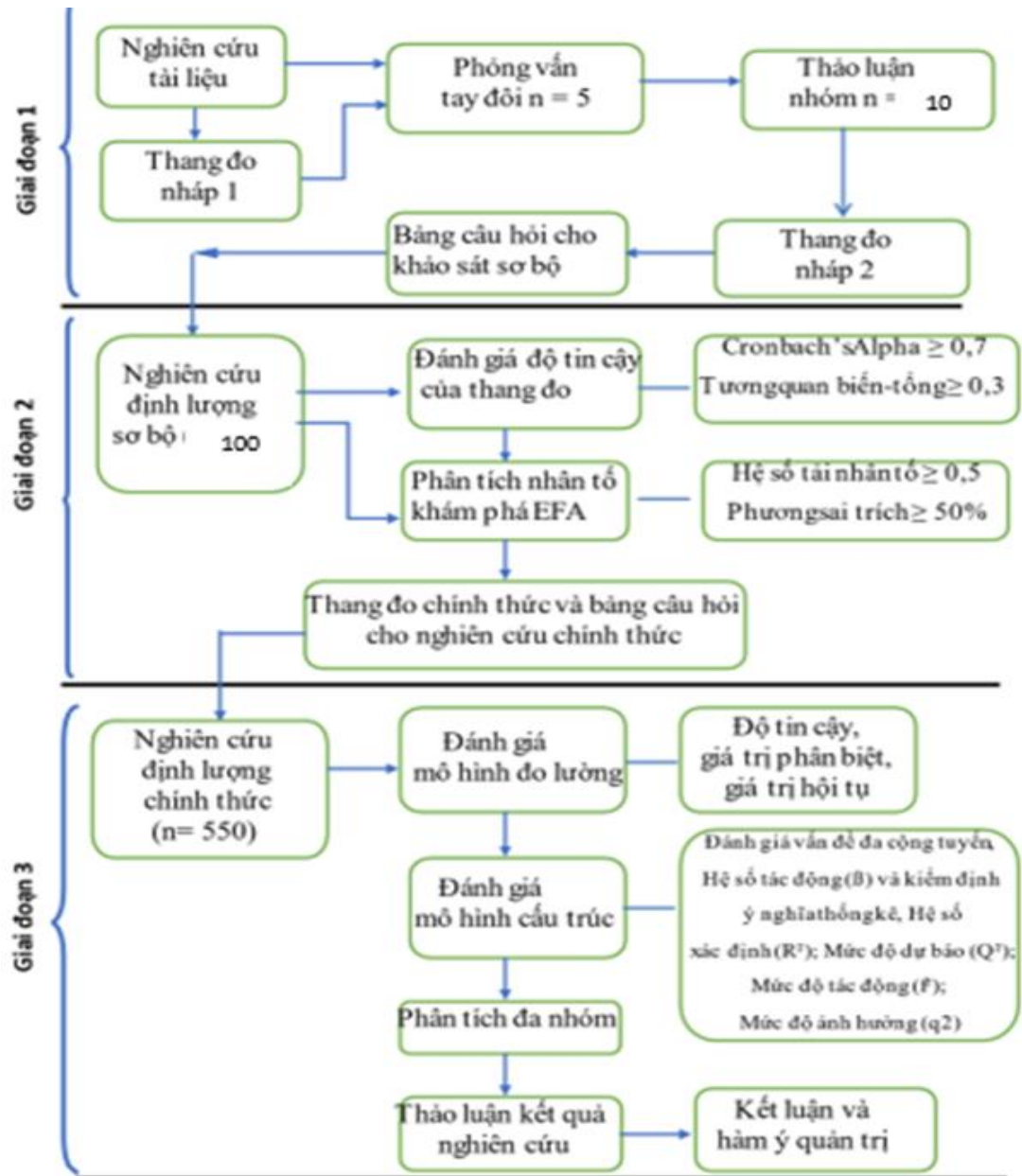
Hình 3.2. Quy trình nghiên cứu của Hinkin (1998)



Nguồn: Nguyễn (2007)

Hình 3.3. Quy trình nghiên cứu của Nguyễn (2007)

Trên cơ sở đó, luận án áp dụng thiết kế nghiên cứu hỗn hợp tuần tự (sequential mixed-methods design) với ba giai đoạn kế tiếp nhau:



Nguồn: Tác giả đề xuất (2025)

Hình 3.4. Quy trình nghiên cứu đề xuất

Giai đoạn 1 : Nghiên cứu sơ bộ và phát triển thang đo (Nghiên cứu định tính)

Mục tiêu của giai đoạn này là hình thành một bộ thang đo sơ bộ phù hợp với bối cảnh văn hóa và ngành y tế Việt Nam. Các bước được thực hiện tuần tự:

Tổng quan tài liệu: Hệ thống hóa các lý thuyết nền, mô hình và thang đo từ các nghiên cứu quốc tế và trong nước liên quan đến các khái niệm: chất lượng dịch vụ y

tế, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng. Đây là cơ sở để đề xuất mô hình lý thuyết và xây dựng bản nháp đầu tiên của thang đo (thang đo lần 1).

Nghiên cứu định tính: Tiến hành phỏng vấn chuyên gia (các nhà quản lý y tế cấp cao, nhà nghiên cứu) và thảo luận nhóm (các nhà quản lý y tế cấp trung, bác sĩ, khách hàng có nhiều trải nghiệm) để đánh giá tính phù hợp về mặt lý thuyết và thực tiễn của các biến quan sát được kế thừa, Hiệu chỉnh ngôn ngữ, bổ sung hoặc loại bỏ các biến để đảm bảo phù hợp với ngữ cảnh Việt Nam. Khám phá thêm các khía cạnh mới có thể chưa được đề cập trong tài liệu. Kết quả đầu ra của giai đoạn này là một bộ thang đo sơ bộ đã được hiệu chỉnh, sẵn sàng cho kiểm định định lượng.

Giai đoạn 2: Nghiên cứu định lượng sơ bộ (Thử nghiệm thang đo)

Mục tiêu là đánh giá độ tin cậy và giá trị của thang đo trước khi tiến hành nghiên cứu chính thức.

Thu thập dữ liệu: Dữ liệu được thu thập từ một mẫu nhỏ khoảng 100- 150 khách hàng tại các bệnh viện trên địa bàn TP.HCM bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thông qua bảng khảo sát sử dụng thang đo từ giai đoạn 1.

Phân tích dữ liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích:

Giá trị hội tụ và phân biệt: Được đánh giá thông qua phân tích nhân tố khám phá (EFA). Các tiêu chí đánh giá bao gồm: hệ số tải nhân tố (Factor Loading) $\geq 0,5$; phương sai trích (Cumulative Variance) $\geq 50\%$. Chênh lệch giữa hệ số tải của một biến quan sát lên nhân tố của nó và lên các nhân tố khác phải $\geq 0,3$ để đảm bảo giá trị phân biệt.

Độ tin cậy: Được đánh giá thông qua hệ số Cronbach's Alpha. Các thang đo được chấp nhận khi hệ số Alpha $> 0,7$ và hệ số tương quan biến-tổng (item-total correlation) $> 0,3$.

Kết quả phân tích sẽ dẫn đến việc tinh chỉnh, loại bỏ các biến quan sát không đạt yêu cầu, hình thành nên bộ thang đo chính thức cho nghiên cứu.

Giai đoạn 3: Nghiên cứu định lượng chính thức (Kiểm định mô hình và giả thuyết). Mục tiêu của giai đoạn cuối cùng là kiểm định mô hình nghiên cứu và các giả thuyết đã đề xuất.

Thu thập dữ liệu: Một mẫu chính thức lớn hơn (khoảng $n = 550$) sẽ được khảo sát trên cùng đối tượng nghiên cứu, tiếp tục sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Phân tích dữ liệu: Do mô hình nghiên cứu có khả năng bao gồm cả thang đo phản ánh (reflective) và thang đo hình thành (formative), kỹ thuật phân tích mô hình cấu trúc tuyến tính bằng phương pháp bình phương tối thiểu từng phần (PLS-SEM) sẽ được sử dụng thay vì CB-SEM, vì PLS-SEM phù hợp hơn với các mô hình phức tạp và ít yêu cầu khắt khe về giả định phân phối dữ liệu.

Đánh giá mô hình đo lường: Kiểm tra lại độ tin cậy, giá trị hội tụ và giá trị phân biệt của các thang đo trong mẫu chính thức.

Đánh giá mô hình cấu trúc: Kiểm định các mối quan hệ và giả thuyết trong mô hình thông qua việc đánh giá hệ số đường dẫn (path coefficient), mức ý nghĩa thống kê, và các chỉ số phù hợp của mô hình.

Thảo luận kết quả: Kết quả phân tích sẽ được thảo luận, so sánh đối chiếu với các phát hiện từ nghiên cứu trước, từ đó rút ra các hàm ý quản trị và kết luận cho nghiên cứu.

Quy trình ba giai đoạn này đảm bảo tính hệ thống, khoa học, vừa kế thừa được tinh hoa từ các học giả đi trước, vừa linh hoạt áp dụng vào bối cảnh cụ thể của đề tài, nhằm tạo ra một công cụ đo lường đáng tin cậy và các kết luận có giá trị.

3.3 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này áp dụng phương pháp nghiên cứu hỗn hợp (mixed methods), kết hợp giữa phương pháp định tính và định lượng trong một thiết kế trình tự khám phá (sequential exploratory design). Sự lựa chọn này dựa trên hai cơ sở chính:

Tính phù hợp với mục tiêu nghiên cứu: Phương pháp hỗn hợp cho phép nghiên cứu vừa khám phá sâu sắc bản chất của các khái niệm và mối quan hệ trong bối cảnh cụ thể của ngành y tế Việt Nam (định tính), vừa kiểm định một cách khách quan và tổng quát các giả thuyết nghiên cứu trên một quy mô mẫu lớn (định lượng).

Xu hướng và ưu thế phương pháp luận: Như Wilson (1982) đã lập luận, việc sử dụng cân bằng cả hai phương pháp là xu hướng của nghiên cứu hiện đại, giúp tận dụng thế mạnh của từng phương pháp để bù đắp điểm yếu cho nhau. Cụ thể, định tính cung cấp chiều sâu và bối cảnh, trong khi định lượng cung cấp khả năng khái quát hóa và độ tin cậy thống kê. Sự kết hợp này tạo ra một hiểu biết toàn diện và vững chắc hơn về vấn đề nghiên cứu, vốn ngày càng phức tạp.

Quy trình được thực hiện tuần tự: Nghiên cứu định tính được tiến hành trước để xây dựng nền tảng, sau đó được tiếp nối và kiểm chứng bằng nghiên cứu định lượng.

3.3.1 Nghiên cứu định tính

Giai đoạn định tính được thực hiện với mục tiêu khám phá, hiệu chỉnh và làm giàu các khái niệm, thang đo cho phù hợp với bối cảnh nghiên cứu. Các bước cụ thể như sau:

Thảo luận chuyên gia (In-depth Interviews): Tiến hành phỏng vấn sâu 05 chuyên gia là các giảng viên, nhà nghiên cứu có kinh nghiệm trong lĩnh vực quản trị dịch vụ và y tế hoặc là các nhà quản lý y tế cấp cao (giám đốc/phó giám đốc bệnh viện). Mục đích là để đánh giá tính phù hợp của mô hình nghiên cứu và các giả thuyết ban đầu; góp ý, hiệu chỉnh các thang đo được kế thừa từ quốc tế (về mặt ngôn ngữ, văn hóa, và tính ứng dụng trong ngành y tế Việt Nam) và khám phá các khía cạnh mới có thể chưa được phản ánh đầy đủ trong lý thuyết.

Thảo luận nhóm (Focus Group): Tổ chức thảo luận nhóm với 10 người (quản lý y tế cấp trung, khách hàng đã từng sử dụng dịch vụ y tế ít nhất 03 lần) tại TP.HCM. Mục tiêu chính của bước này là: kiểm tra tính dễ hiểu, rõ ràng và logic của bảng câu hỏi dự thảo; đánh giá cách diễn đạt, văn phong để đảm bảo người được khảo sát hiểu đúng câu hỏi; thu thập phản hồi về trải nghiệm thực tế để bổ sung cho góc nhìn chuyên gia.

Kết quả đầu ra của giai đoạn định tính là một bộ thang đo và bảng câu hỏi khảo sát đã được hiệu chỉnh, sẵn sàng cho kiểm định bằng phương pháp định lượng.

3.3.2 Nghiên cứu định lượng

Giai đoạn định lượng bao gồm sơ bộ và chính thức.

Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu phi xác suất - kỹ thuật thuận tiện (non-probability convenience sampling). Việc lựa chọn phương pháp này, mặc dù có những hạn chế nhất định về khả năng suy rộng thống kê, được biện minh dựa trên các luận cứ học thuật sau đây:

Thứ nhất, trong bối cảnh nghiên cứu hành vi người tiêu dùng và phát triển lý thuyết, mục tiêu chính của luận án là kiểm định các mối quan hệ nhân quả giữa các khái niệm (chất lượng dịch vụ, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu, ý định tiếp tục sử

dụng) và đánh giá mức độ giải thích của mô hình lý thuyết, thay vì ước lượng các tham số tổng thể với độ chính xác thống kê tuyệt đối. Như Calder và cộng sự (1981) đã lập luận, trong các nghiên cứu nhằm kiểm định lý thuyết (theory-testing research), mẫu thuận tiện vẫn có thể mang lại giá trị nội tại (internal validity) cao, bởi trọng tâm là mối quan hệ giữa các biến chứ không phải tính đại diện thống kê của mẫu. Phương pháp này đã được sử dụng rộng rãi và chấp nhận trong các nghiên cứu hành vi tiêu dùng và marketing (Aaker và cộng sự, 2011; Malhotra, 2010).

Thứ hai, phương pháp chọn mẫu thuận tiện đặc biệt phù hợp với các nghiên cứu sử dụng PLS-SEM, vốn được thiết kế để tối đa hóa phương sai giải thích (R^2) và dự báo các biến phụ thuộc thay vì suy rộng tham số. Hair và cộng sự (2019) nhấn mạnh rằng PLS-SEM đặc biệt hữu ích trong các nghiên cứu có tính chất khám phá và phát triển lý thuyết, nơi dữ liệu thu thập từ mẫu phi xác suất vẫn có thể cung cấp các ước lượng nhất quán nếu đáp ứng các tiêu chí về chất lượng mô hình đo lường và mô hình cấu trúc. Nhiều công trình sử dụng PLS-SEM được công bố trên các tạp chí uy tín (ví dụ: Hair và cộng sự, 2012; Ringle và cộng sự, 2012) đã áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện và vẫn đảm bảo độ tin cậy của kết quả thông qua việc đánh giá chặt chẽ các tiêu chí như giá trị hội tụ, giá trị phân biệt và hệ số xác định.

Thứ ba, để giảm thiểu sai lệch tiềm ẩn do sử dụng mẫu phi xác suất, nghiên cứu đã thiết kế chiến lược lấy mẫu có kiểm soát (controlled sampling) thông qua việc phân bổ số lượng mẫu hợp lý theo từng loại hình bệnh viện (công lập, chuyên khoa, đại học, tư nhân) và theo các đặc điểm nhân khẩu học (độ tuổi, giới tính). Cách tiếp cận này, mặc dù không phải là chọn mẫu xác suất, giúp mẫu khảo sát phản ánh được sự đa dạng của tổng thể và giảm thiểu sai lệch hệ thống, phù hợp với gợi ý của Cooper và Schindler (2014) về việc kết hợp các kỹ thuật lấy mẫu để cải thiện chất lượng dữ liệu.

Thứ tư, về mặt thực tiễn, việc tiếp cận bệnh nhân tại các bệnh viện trong điều kiện hạn chế về thời gian, không gian và sự sẵn sàng tham gia của đáp viên (nhiều bệnh nhân đang trong quá trình khám hoặc chờ đợi) khiến cho việc áp dụng chọn mẫu xác suất trở nên bất khả thi (Evans và Rooney, 2013; Malhotra, 2010). Do đó, phương pháp chọn mẫu thuận tiện là lựa chọn thực tiễn duy nhất khả thi để đạt được cỡ mẫu cần thiết trong khoảng thời gian và ngân sách cho phép.

Cỡ mẫu và xác định quy mô mẫu

Nghiên cứu định lượng sơ bộ:

Mục tiêu: Kiểm định độ tin cậy và giá trị (hội tụ, phân biệt) của thang đo.

Cỡ mẫu: 100-150 khách hàng.

Phương pháp phân tích: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để: đánh giá độ tin cậy thang đo bằng hệ số Cronbach's Alpha (với ngưỡng $> 0,7$); phân tích nhân tố khám phá (EFA) để đánh giá giá trị hội tụ (factor loading $> 0,5$) và giá trị phân biệt của thang đo.

Nghiên cứu định lượng chính thức:

Mục tiêu: Kiểm định mô hình đo lường chính thức và kiểm định các giả thuyết nghiên cứu trong mô hình cấu trúc.

Cỡ mẫu mục tiêu: 550 khách hàng.

Cỡ mẫu thực tế sau sàng lọc: 464 khách hàng.

Thực tế, luận án đã phát ra 550 phiếu khảo sát tại 06 bệnh viện. Sau khi sàng lọc, loại bỏ 86 phiếu không hợp lệ với các tiêu chí sau: (i) thiếu dữ liệu trên 10% tổng số biến quan sát; (ii) trả lời theo cùng một xu hướng (straight-lining) - tất cả các câu trả lời đều chọn cùng một mức độ; (iii) không đáp ứng tiêu chí lọc về đối tượng khảo sát (chưa từng sử dụng dịch vụ tại cơ sở đó hoặc đã sử dụng nhưng quá 12 tháng); (iv) trả lời không nhất quán ở các câu hỏi đảo ngược. Số mẫu hợp lệ còn lại là 464, đạt tỷ lệ phản hồi hợp lệ 84,3%.

Cỡ mẫu $n=464$ vẫn đáp ứng đầy đủ các yêu cầu tối thiểu cho phân tích PLS-SEM: (i) vượt xa quy tắc 10 lần (35 biến quan sát $\times 10 = 350$); (ii) đáp ứng yêu cầu của phân tích năng lực (Cohen, 1992) với mức ý nghĩa 5%, năng lực thống kê 80%, và R^2 kỳ vọng 0,30 (yêu cầu khoảng 500 quan sát cho mô hình phức tạp, và $n=464$ đạt xấp xỉ 93% năng lực yêu cầu); (iii) đáp ứng khuyến nghị về cỡ mẫu tối thiểu cho PLS-SEM với mô hình có số biến tiềm ẩn và số tham số ước lượng như trong nghiên cứu này (Hair và cộng sự, 2019).

Cần lưu ý rằng các phân tích so sánh đa nhóm (multi-group analysis) - ví dụ như so sánh giữa bệnh viện công và bệnh viện tư - chỉ mang tính chất khám phá (exploratory) và tham khảo, do cỡ mẫu cho từng nhóm con có thể không đồng đều. Các kết quả từ phân tích đa nhóm cần được diễn giải một cách thận trọng.

Quá trình thu thập dữ liệu sơ cấp được thực hiện từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2025, vào các ngày thứ Hai đến thứ Sáu, trong hai khung giờ 8h00-11h30 và 13h00-16h00. Khảo sát được tiến hành tại khu vực chờ nhận thuốc sau khi bệnh nhân đã hoàn tất quá trình khám, nhằm đảm bảo họ có trải nghiệm đầy đủ để đánh giá mà không ảnh hưởng đến quá trình khám chữa bệnh. Quy trình khảo sát trực tiếp kết hợp kiểm tra tại chỗ giúp giảm thiểu đáng kể tỷ lệ phiếu không hợp lệ, đảm bảo tính khách quan và nhất quán của dữ liệu.

Phương pháp phân tích dữ liệu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp Bình phương tối thiểu từng phần - Mô hình cấu trúc tuyến tính (Partial Least Squares Structural Equation Modeling - PLS-SEM) trên phần mềm SmartPLS để kiểm định mô hình lý thuyết và các giả thuyết. Việc lựa chọn PLS-SEM dựa trên ba lý do chính sau đây, phù hợp với khuyến nghị của Hair và cộng sự (2019) và Ringle và cộng sự (2015):

Thứ nhất, mục tiêu chính của nghiên cứu là dự báo và khám phá các mối quan hệ nhân quả giữa các khái niệm (chất lượng dịch vụ y tế, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu, ý định tiếp tục sử dụng), thay vì chỉ kiểm định một lý thuyết đã được xác lập chặt chẽ. PLS-SEM được khuyến nghị cho các nghiên cứu có tính chất tiên lượng (predictive orientation) và phát triển lý thuyết (Hair và cộng sự, 2019), phù hợp với bối cảnh luận án xây dựng mô hình tích hợp ECT - SOR trong lĩnh vực y tế vốn còn ít được khám phá tại Việt Nam.

Thứ hai, mô hình nghiên cứu có độ phức tạp cao với nhiều biến tiềm ẩn (05 thành phần chất lượng dịch vụ, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu, ý định tiếp tục) và nhiều mối quan hệ giả thuyết (tác động trực tiếp, gián tiếp, trung gian nối tiếp). PLS-SEM xử lý hiệu quả các mô hình có cấu trúc phức tạp mà không yêu cầu các giả định khắt khe về phân phối dữ liệu so với CB-SEM (Ringle và cộng sự, 2015).

Thứ ba, kết quả kiểm định sơ bộ cho thấy dữ liệu khảo sát không tuân thủ hoàn toàn giả định phân phối chuẩn đa biến (vi phạm nhẹ về độ nhọn và độ bất đối xứng), điều thường gặp trong các nghiên cứu hành vi sử dụng thang đo Likert. PLS-SEM là phương pháp phi tham số, không yêu cầu dữ liệu có phân phối chuẩn, do đó đảm bảo tính vững của các ước lượng (Hair và cộng sự, 2019).

Quy trình phân tích được thực hiện tuần tự theo hai bước chuẩn:

Đánh giá mô hình đo lường (Measurement Model): Kiểm tra độ tin cậy tổng hợp (Composite Reliability - CR), độ tin cậy từng biến (outer loadings), giá trị hội tụ (Average Variance Extracted - $AVE \geq 0,50$) và giá trị phân biệt (Fornell-Larcker criterion, HTMT).

Đánh giá mô hình cấu trúc (Structural Model): Kiểm định các giả thuyết thông qua hệ số đường dẫn (path coefficients - β), mức độ ý nghĩa (bootstrap với 5.000 mẫu), hệ số xác định (R^2), mức độ ảnh hưởng (f^2) và năng lực dự báo (Q^2 - Stone-Geisser)

TÓM TẮT CHƯƠNG 3

Chương 3 đã trình bày chi tiết thiết kế nghiên cứu của luận án, bao gồm bối cảnh nghiên cứu, quy trình tổng thể và các phương pháp nghiên cứu cụ thể.

Đầu tiên, chương đã phân tích tổng quan hệ thống y tế TP.HCM, chỉ ra những thuận lợi và thách thức, đồng thời giới thiệu bối cảnh cũng như tiêu chí lựa chọn 06 bệnh viện đại diện cho các loại hình khác nhau (công lập tuyến cuối, chuyên khoa, bệnh viện đại học, tư nhân) nhằm đảm bảo tính đa dạng và giá trị ngoại tại của mẫu khảo sát.

Tiếp theo, chương đã kế thừa có chọn lọc các quy trình nghiên cứu của Churchill (1979), Hinkin (1998) và Nguyễn Đình Thọ (2007) để đề xuất quy trình nghiên cứu hỗn hợp tuần tự gồm ba giai đoạn: (1) nghiên cứu định tính (phỏng vấn chuyên gia và thảo luận nhóm) nhằm hiệu chỉnh thang đo và bảng câu hỏi; (2) nghiên cứu định lượng sơ bộ với cỡ mẫu 100-150 để đánh giá độ tin cậy (Cronbach's Alpha) và giá trị thang đo (EFA); (3) nghiên cứu định lượng chính thức với cỡ mẫu 500-550, sử dụng phương pháp PLS-SEM để kiểm định mô hình đo lường và mô hình cấu trúc.

Về phương pháp chọn mẫu, chương đã biện giải việc sử dụng mẫu phi xác suất (thuận tiện) dựa trên các luận cứ học thuật: phù hợp với mục tiêu kiểm định lý thuyết (Calder và cộng sự, 1981), được công nhận trong các nghiên cứu sử dụng PLS-SEM (Hair và cộng sự, 2019), và chiến lược lấy mẫu có kiểm soát đã giúp giảm thiểu sai lệch. Cỡ mẫu 550 được xác định dựa trên quy tắc 10 lần và phân tích năng lực, đồng thời lưu ý rằng các phân tích đa nhóm chỉ mang tính chất khám phá do cỡ mẫu nhóm con có hạn.

Cuối cùng, chương đã mô tả chi tiết phương pháp chọn mẫu thuận tiện, công cụ phân tích (SPSS cho sơ bộ, SmartPLS cho chính thức) và các tiêu chí đánh giá thang đo cũng như mô hình cấu trúc. Những nội dung này tạo cơ sở vững chắc cho việc triển khai thu thập và xử lý dữ liệu ở chương tiếp theo.

CHƯƠNG 4: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1 Kết quả nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định tính cung cấp những mô tả chi tiết về đặc điểm, hành vi cá nhân trong môi trường tự nhiên của họ (Montoya-Weiss, 1994). Đối với những vấn đề khó quan sát trực tiếp, việc trao đổi sâu với đối tượng nghiên cứu là phương pháp hiệu quả để khám phá ý nghĩa của các hiện tượng theo góc nhìn và bối cảnh cụ thể (Kvale, 1996). Trong nghiên cứu này, phương pháp định tính được sử dụng với hai mục tiêu chính: (1) Khám phá và hiệu chỉnh mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế và ý định tiếp tục sử dụng; (2) Đánh giá tính phù hợp của hệ thống thang đo trong bối cảnh các cơ sở y tế công lập tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). Để đạt được các mục tiêu trên, nghiên cứu áp dụng quy trình phát triển thang đo của Churchill (1979), Hinkin (1998) và Nguyễn Đình Thọ (2007), kết hợp hai phương pháp: Phỏng vấn chuyên gia và Thảo luận nhóm.

4.1.1 Kết quả phỏng vấn chuyên gia

Phỏng vấn chuyên gia (Expert Interview) là phương pháp nghiên cứu định tính, trong đó nhà nghiên cứu tiến hành phỏng vấn sâu (in-depth interview) theo hình thức một đối một (one-on-one) với các chuyên gia có hiểu biết sâu rộng trong lĩnh vực liên quan để khai thác tri thức chuyên môn, kinh nghiệm thực tiễn và các góc nhìn sâu sắc (Trần Mai Đông, 2020).

Mục tiêu phỏng vấn: Khám phá và xác nhận tính phù hợp của mô hình nghiên cứu đề xuất cùng các yếu tố ảnh hưởng. Hiệu chỉnh và đánh giá tính rõ ràng, phù hợp về mặt ngữ nghĩa và văn hóa của bộ thang đo.

Lựa chọn chuyên gia: Các chuyên gia được lựa chọn dựa trên các tiêu chí nghiêm ngặt sau:

Học vấn và chức vụ: Có học vị từ Tiến sĩ trở lên hoặc đang giữ vị trí quản lý cấp cao (Giám đốc, Phó Giám đốc, Trưởng khoa) trong ngành y tế.

Kinh nghiệm: Có ít nhất 10 năm kinh nghiệm nghiên cứu hoặc làm việc trong lĩnh vực quản trị dịch vụ y tế, marketing bệnh viện, hoặc hành vi người tiêu dùng.

Chuyên môn: Có các công trình nghiên cứu, bài báo hoặc dự án thực tiễn liên quan đến chủ đề.

Quy mô mẫu và đặc điểm mẫu: Quy mô mẫu được xác định theo nguyên tắc bão hòa thông tin (thematic saturation) - việc thu thập dữ liệu dừng lại khi các cuộc phỏng vấn mới không cung cấp thêm thông tin hoặc chủ đề mới (Cormack, 2010). Theo nguyên tắc này, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn 05 chuyên gia. Đặc điểm chi tiết của các chuyên gia được trình bày tại Bảng 4.1, đảm bảo tính ẩn danh nhưng vẫn phản ánh rõ các thuộc tính chuyên môn, kinh nghiệm và loại hình cơ sở y tế.

Bảng 4.1. Đặc điểm các chuyên gia tham gia phỏng vấn

Mã	Học vị	Chức vụ	Lĩnh vực chuyên môn	Kinh nghiệm	Loại hình
CG1	PGS.TS	Phó Hiệu trưởng	Hành vi người tiêu dùng	Trên 25 năm	Đại học
CG2	PGS.TS	Trưởng phòng	Quản trị dịch vụ	Trên 25 năm	Đại học
CG3	TS	Trưởng khoa	Quản lý Y tế	Trên 30 năm	Đại học
CG4	TS.BS	Giám đốc	Quản lý CLDV	Trên 10 năm	Bệnh viện Tư nhân
CG5	BS.CKII	Phó Giám đốc	Điều hành Bệnh viện	Trên 10 năm	Bệnh viện Công

Nguồn: Tổng hợp của tác giả (2025)

Quy trình thu thập và phân tích dữ liệu:

Thời gian và hình thức: Các cuộc phỏng vấn được thực hiện trực tiếp hoặc qua video call trong tháng 10/2024.

Công cụ: Sử dụng bản hướng dẫn phỏng vấn bán cấu trúc (semi-structured interview guide) với các câu hỏi mở.

Tài liệu cung cấp trước: Các chuyên gia được cung cấp trước tài liệu về các khái niệm nghiên cứu, mô hình đề xuất và bộ thang đo sơ bộ gồm 38 biến quan sát.

Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ nghiêm ngặt, bao gồm cam kết bảo mật, ghi âm có sự đồng ý và ghi chép cẩn thận.

Phương pháp phân tích: Dữ liệu được phân tích bằng phương pháp phân tích nội dung (Content Analysis). Cụ thể, nội dung phỏng vấn được mã hóa (coding) để xác định các chủ đề (themes) nổi bật liên quan đến mô hình và thang đo. Quy trình mã hóa được thực hiện thủ công trên Excel, tập trung vào việc phân loại và tổng hợp các ý kiến đánh giá, đề xuất hiệu chỉnh.

Kết quả chính và Hiệu chỉnh từ Phỏng vấn Chuyên gia:

Các ý kiến chuyên gia được tổng hợp và phản hồi một cách có hệ thống, làm cơ sở cho các hiệu chỉnh tiếp theo. Các phát hiện và quyết định nghiên cứu chính được tóm tắt trong Bảng 4.2 dưới đây.

Bảng 4.2. Tổng hợp kết quả phỏng vấn chuyên gia và các hiệu chỉnh

Chủ đề đánh giá	Ý kiến/phát hiện chính từ chuyên gia	Phản hồi và quyết định nghiên cứu
1. Phân tích Mô hình Nghiên cứu		
a. Tính đầy đủ của các yếu tố	Đề xuất 5 nhóm yếu tố ảnh hưởng: Chất lượng dịch vụ, Hải lòng, Hình ảnh thương hiệu, Chi phí, Trải nghiệm cá nhân. "Chi phí" (được 3/5 chuyên gia đề cập) phản ánh đặc thù nhạy cảm về giá tại VN. "Trải nghiệm cá nhân" cho thấy xu hướng tiếp cận lấy khách hàng làm trung tâm.	Tiếp thu tính thực tiễn: Các khía cạnh "Chi phí" và "Trải nghiệm cá nhân" sẽ được lồng ghép vào thang đo cho các khái niệm chính (Chi phí trong "Sự minh bạch", Trải nghiệm trong "Sự đồng cảm"). Duy trì trọng tâm: Mô hình chính thức vẫn tập trung vào mối quan hệ giữa Chất lượng dịch vụ -> Hải lòng -> Hình ảnh thương hiệu -> Ý định tiếp tục sử dụng.
b. Đề xuất bổ sung yếu tố	4/5 chuyên gia đồng ý với mô hình 3 yếu tố chính. 1/5 chuyên gia (CG5 - Quản lý BV) đề xuất bổ sung "Bảo hiểm y tế (BHYT)".	Quyết định: Tạm thời CHƯA đưa BHYT vào mô hình khảo sát chính thức. Lý do 1: Tính đồng nhất mẫu. Nghiên cứu nhắm vào nhóm khách hàng tự túc/dịch vụ tư, có hành vi và độ nhạy cảm chi phí khác biệt với nhóm dùng BHYT, tránh gây nhiễu dữ liệu. Lý do 2: Trọng tâm nghiên cứu. BHYT là yếu tố thể chế, có thể làm lu mờ tác động của các yếu tố trải nghiệm dịch vụ cốt lõi. BHYT nên là chủ đề cho một nghiên cứu độc lập hoặc Phân tích Đa Nhóm (MGA) trong tương lai.

Chủ đề đánh giá	Ý kiến/phát hiện chính từ chuyên gia	Phản hồi và quyết định nghiên cứu
2. Phân tích hệ thống thang đo		
a. Thang đo Chất lượng dịch vụ	5/5 chuyên gia xác nhận 5 thành phần (Tin cậy, Đảm bảo, Đồng cảm, Minh bạch, Cơ sở vật chất) là đầy đủ. Đề xuất nhấn mạnh "Minh bạch" vào chi phí và quy trình.	Tiếp thu toàn bộ cấu trúc 5 thành phần. Điều chỉnh cách đo lường: "Minh bạch" sẽ được nhấn mạnh vào chi phí và quy trình; "Đồng cảm" sẽ được đo lường thông qua các hành vi cụ thể, quan sát được.
b. Ngôn ngữ diễn đạt	Không cần hiệu chỉnh thêm. Các biến quan sát đã rõ ràng, dễ hiểu.	Giữ nguyên bản Việt hóa của thang đo. Khẳng định đạt được "sự tương đương về ngữ nghĩa".
3. Phân tích phương pháp luận		
a. Thiết kế nghiên cứu hỗn hợp	5/5 chuyên gia đồng ý với thiết kế Mixed-Methods (Định tính -> Định lượng). Cỡ mẫu định lượng $n > 500$ là phù hợp.	Tiếp tục triển khai theo đúng thiết kế: Định tính: Hiệu chỉnh mô hình và thang đo. Định lượng: Khảo sát 500 mẫu và kiểm định mô hình bằng SEM. Đây là thiết kế tối ưu, cho phép vừa khám phá sâu (Định tính) vừa kiểm định mạnh mẽ (Định lượng/SEM), đảm bảo độ vững chắc về phương pháp luận.
b. Khuyến nghị mở rộng phạm vi	4/5 chuyên gia đề xuất mở rộng phạm vi khảo sát (đa dạng loại hình bệnh viện, nhóm tuổi).	Trong phạm vi luận án, sẽ cố gắng đa dạng hóa mẫu khảo sát nhất có thể. Khuyến nghị này nhằm nâng cao tính ngoại hiệu (External Validity) của nghiên cứu, giúp kết quả có tính khái quát hóa cao hơn cho các bối cảnh y tế khác nhau tại Việt Nam.
c. Thang đo Likert 5 điểm	5/5 chuyên gia đồng ý sử dụng thang Likert 5 điểm.	Sử dụng thang đo Likert 5 điểm cho bảng khảo sát chính thức. Thang điểm lẻ giúp loại bỏ xu hướng trung lập, buộc người trả lời phải có lựa chọn rõ ràng. Đồng thời, nó giảm tải nhận thức cho đối tượng lớn tuổi so với thang 7 điểm, từ đó giảm thiểu sai số hệ thống và nâng cao chất lượng phản hồi.

Nguồn: Tổng hợp của tác giả (2025)

Bảng 4.3. Biến quan sát Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (31 biến)

Mã	Nội dung	Nguồn
	Sự tin tưởng	
TT1	Tôi cảm thấy an tâm khi điều trị tại bệnh viện này.	Cronin và Taylor (1992); Quyết định số 56/QĐ-BYT
TT2	Bệnh viện này có uy tín tốt.	
TT3	Tôi tin tưởng vào ý kiến của các bác sĩ tại bệnh viện này.	
TT4	Các hóa đơn được lập cho tôi đều chính xác.	
TT5	Quá trình đăng ký khám tại bệnh viện diễn ra nhanh chóng.	
TT6	Hồ sơ bệnh án của tôi được quản lý chặt chẽ.	
	Sự đảm bảo	
DB1	Nhân viên y tế rất có năng lực và được đào tạo bài bản.	Donabedian (1988); Quyết định số 56/QĐ-BYT
DB2	Nhân viên có đủ hiểu biết để trả lời các câu hỏi của tôi.	
DB3	Bác sĩ đã giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả khám và quá trình điều trị của tôi.	
DB4	Các y tá giải thích rõ về quy trình chăm sóc.	
DB5	Các dược sĩ giải thích rõ về quy trình dùng thuốc.	
DB6	Nhân viên bệnh viện có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	
	Sự đồng cảm	
DC1	Các bác sĩ và nhân viên y tế rất lịch sự.	Cronin và Taylor (1992); Quyết định số 56/QĐ-BYT
DC2	Tôi được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng.	
DC3	Nhân viên bệnh viện luôn sẵn sàng giúp tôi.	
DC4	Nhân viên bệnh viện luôn quan tâm đến mọi bệnh nhân.	
DC5	Bệnh viện xem lợi ích của tôi là quan trọng nhất.	
DC6	Nhân viên bệnh viện hiểu rõ những nhu cầu của tôi.	
	Sự minh bạch	
MB1	Quy trình khám bệnh được niêm yết dễ hiểu.	Donabedian (1988); Quyết định số 56/QĐ-BYT
MB2	Quy trình khám bệnh thuận tiện.	
MB3	Thủ tục khám bệnh đơn giản.	
MB4	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng.	
MB5	Quy trình xếp hàng chờ hợp lý.	
MB6	Quy trình phân loại các đối tượng ưu tiên công khai.	

Mã	Nội dung	Nguồn
	Cơ sở vật chất	
VC1	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng.	Cronin và Taylor (1992) ; Quyết định số 56/QĐ-BYT
VC2	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	
VC3	Nhân viên bệnh viện có trang phục đẹp và sạch sẽ.	
VC4	Nhà vệ sinh sạch sẽ .	
VC5	Phòng chờ có đầy đủ tiện nghi, thoáng mát .	
VC6	Bệnh viện được trang bị những thiết bị mới nhất.	
VC7	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp	

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

Bảng 4.4. Biến quan sát Sự hài lòng của khách hàng (sau phỏng vấn)

Mã	Sự hài lòng	Nguồn
HL1	Sự chăm sóc y tế mà tôi nhận được gần như hoàn hảo.	Nguyen, N. X. và cộng sự (2021)
HL2	Tôi hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.	
HL3	Quyết định chọn dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện là quyết định đúng đắn	

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

Bảng 4.5. Biến quan sát Hình ảnh thương hiệu (sau phỏng vấn)

Mã	Hình ảnh thương hiệu	Nguồn
HA1	Tôi dễ dàng tìm kiếm thông tin về bệnh viện này.	Raka Sukawati (2024)
HA2	Tôi biết bệnh viện có chuyên môn giỏi.	
HA3	Tôi biết bệnh viện này có chi phí khám chữa bệnh hợp lý.	
HA4	Tôi biết bệnh viện này có hệ thống máy móc y tế hiện đại.	
HA5	Bệnh viện này thân thiện với tôi	

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

**Bảng 4.6. Biến quan sát Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh
(sau phỏng vấn)**

Mã	Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh	Nguồn
YD1	Tôi sẽ xem xét bệnh viện này là lựa chọn đầu tiên của tôi để khám chữa bệnh.	Nguyen, N. X. và cộng sự (2021)
YD2	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này vì đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của tôi.	
YD3	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này ngay cả khi chi phí điều trị có thể tăng lên.	

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

4.1.2 Kết quả thảo luận nhóm

Theo Nguyễn Đình Thọ (2014), thảo luận nhóm (Focus Group Discussion - FGD) là một phương pháp nghiên cứu định tính, trong đó một nhóm các đối tượng nghiên cứu được tập hợp lại để thảo luận về một chủ đề cụ thể dưới sự hướng dẫn và điều phối của nhà nghiên cứu. Ưu điểm vượt trội của phương pháp này so với phỏng vấn sâu cá nhân nằm ở sự tương tác và kích thích ý tưởng giữa các thành viên. Sự tương tác này tạo ra hiệu ứng "cộng hưởng nhóm", giúp khơi gợi những góc nhìn đa chiều, sâu sắc và làm phong phú dữ liệu nghiên cứu (Rabiee, 2004).

Trong nghiên cứu này, chủ đề "ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh" được đánh giá là một vấn đề không quá nhạy cảm hay riêng tư, phù hợp để thảo luận cởi mở trong một tập thể. Do đó, việc áp dụng phương pháp thảo luận nhóm là một lựa chọn tối ưu nhằm đạt được các mục tiêu sau:

Khám phá sâu các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ từ góc nhìn đa diện của các bên liên quan: khách hàng, nhân viên y tế và quản lý.

Đánh giá và hiệu chỉnh bộ thang đo nghiên cứu, đảm bảo tính phù hợp về mặt nội dung, ngữ nghĩa và văn hóa trong bối cảnh cụ thể của hệ thống y tế Việt Nam.

Đề xuất các biện pháp thực tiễn nhằm gia tăng ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ, dựa trên chính những trải nghiệm và ý kiến đóng góp của những người trong cuộc.

Theo Nguyễn Đình Thọ (2014), cỡ mẫu tối thiểu là 4 người và tối đa là 12 người, với quy mô lý tưởng nhất nằm trong khoảng từ 8 đến 10 người. Con số này đảm bảo sự đa dạng về ý kiến đồng thời vẫn duy trì được khả năng quản lý và chiều sâu của cuộc thảo luận.

Tuân thủ nguyên tắc này, nghiên cứu đã lựa chọn 10 thành viên tham gia, được chia đều cho hai nhóm đối tượng then chốt:

03 Quản lý cấp trung của bệnh viện (bao gồm 01 Trưởng khoa và 02 Phó khoa). Nhóm này mang lại góc nhìn từ phía quản lý dịch vụ, hiểu rõ về quy trình vận hành, các thách thức và tiêu chuẩn chất lượng.

03 Nhân viên y tế, nhóm này mang lại góc nhìn từ phía người cung cấp dịch vụ, hiểu rõ về quy trình và là người trực tiếp tiếp xúc với khách hàng.

04 Khách hàng có ít nhất 3 lần sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện. Nhóm này đại diện cho trải nghiệm và cảm nhận trực tiếp của người sử dụng dịch vụ, cung cấp các đánh giá thực tế và chân thực nhất.

Sự kết hợp này tạo nên một nhóm thảo luận đa diện (multi-stakeholder), đảm bảo tính toàn diện và khách quan khi đánh giá các khái niệm và thang đo.

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu định tính. Các thành viên hoàn toàn tự nguyện tham gia và có quyền từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào hoặc rút lui khỏi buổi thảo luận bất cứ lúc nào mà không cần đưa ra lý do. Nghiên cứu cam kết bảo mật hoàn toàn thông tin cá nhân của người tham gia. Tất cả dữ liệu sẽ được mã hóa và báo cáo dưới dạng tổng hợp, không thể nhận dạng cá nhân. Người tham gia được quyền xem lại các ghi chép về ý kiến của mình và có quyền yêu cầu hủy bỏ hoặc chỉnh sửa thông tin đó trong báo cáo cuối cùng. Để ghi nhận sự đóng góp về thời gian và công sức, mỗi thành viên tham gia sẽ nhận được một phần quà tri ân nhỏ sau khi buổi thảo luận kết thúc.

Bảng 4.7. Đặc điểm thành viên tham gia thảo luận nhóm

Mã	Vai trò	Đơn Vị	Đặc Điểm
TV1	Điều dưỡng trưởng	BV Đa khoa Hóc Môn	Người trực tiếp quản lý dịch vụ chăm sóc
TV2	Nữ hộ sinh trưởng	BV Từ Dũ	Người trực tiếp cung cấp dịch vụ
TV3	Bác sĩ phó khoa	BV Hoàn Mỹ	Người quản lý và cung cấp dịch vụ chuyên môn
TV4	Điều dưỡng	BV Đa khoa Hóc Môn	Người trực tiếp chăm sóc khách hàng
TV5	Điều dưỡng	BV Hoàn Mỹ	Người trực tiếp chăm sóc khách hàng

Mã	Vai trò	Đơn Vị	Đặc Điểm
TV6	Kỹ thuật viên Y	BV Từ Dũ	Người trực tiếp cung cấp dịch vụ kỹ thuật
TV7	Khách hàng	Trường Tiểu học Tân Hưng	Giáo viên
TV8	Khách hàng	Hưu trí	Khách hàng lớn tuổi
TV9	Khách hàng	KD tự do	Doanh nhân
TV10	Khách hàng	Tài xế	Lao động tự do

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

Quy trình thu thập và phân tích dữ liệu:

Tổ chức: Buổi thảo luận diễn ra trong 120 phút tại một địa điểm yên tĩnh, thoải mái vào tháng 03 năm 2025. Người điều phối sử dụng bản hướng dẫn bán cấu trúc, có 2 cộng sự hỗ trợ tác giả trong việc phân tích thu thập dữ liệu.

Phương pháp phân tích dữ liệu: Dữ liệu định tính từ phỏng vấn chuyên gia và thảo luận nhóm được phân tích theo phương pháp Phân tích chủ đề (Thematic Analysis) bằng cách sử dụng Microsoft Excel làm công cụ hỗ trợ chính. Quy trình được thực hiện theo các bước sau:

Mã hóa mở (Open Coding): Toàn bộ nội dung các cuộc phỏng vấn và thảo luận nhóm được phiên âm và nhập vào các sheet riêng biệt trong Excel. Hai cộng sự tiến hành mã hóa độc lập, gán các nhãn (codes) ngắn gọn vào một cột kế bên cho các ý kiến, phát biểu liên quan.

Phân loại mã thành chủ đề (Themes): Các mã sau đó được tổng hợp và nhóm lại vào một sheet mới dựa trên sự tương đồng về nội dung để hình thành các chủ đề chính ("Đánh giá về tính phù hợp của mô hình", "Đề xuất hiệu chỉnh biến quan sát").

Kiểm tra độ tin cậy giữa các người mã hóa (Inter-coder Reliability): Tỷ lệ thống nhất giữa hai người mã hóa được tính toán dựa trên số mã trùng khớp. Tỷ lệ này đạt >85%, đáp ứng tiêu chuẩn chấp nhận được trong nghiên cứu định tính. Các điểm khác biệt được thảo luận kỹ lưỡng và đi đến thống nhất dưới sự hướng dẫn của giảng viên hướng dẫn.

Các chủ đề đã được thống nhất cuối cùng được tổng hợp và diễn giải thành cơ sở cho việc hiệu chỉnh mô hình và thang đo, như trình bày trong các Bảng 4.8.

Thời lượng cho buổi thảo luận là 120 phút. Người điều phối (moderator) cũng chính là tác giả nghiên cứu sử dụng một bản hướng dẫn thảo luận bán cấu trúc với các câu hỏi mở làm kim chỉ nam. Tinh thần xuyên suốt là khuyến khích sự trao đổi thẳng thắn, thoải mái, không có khái niệm ý kiến đúng hay sai, nhằm ghi nhận một cách trung thực nhất mọi quan điểm.

Để đảm bảo các thành viên có sự chuẩn bị và hiểu rõ vấn đề thảo luận, một bộ tài liệu đã được gửi trước, bao gồm:

Các khái niệm nghiên cứu chính (Chất lượng dịch vụ, Sự hài lòng, Hình ảnh thương hiệu, Ý định tiếp tục sử dụng) cùng với định nghĩa và mối quan hệ giả thuyết giữa chúng.

Bộ thang đo tham khảo đầy đủ, bao gồm cả thang đo gốc (từ các nghiên cứu quốc tế) và thang đo đã được Việt hóa sơ bộ dựa trên ý kiến chuyên gia từ giai đoạn nghiên cứu trước. Tổng cộng có 42 biến quan sát cho 8 khái niệm.

Dưới đây là các kết quả chính được tổng hợp từ buổi thảo luận:

Bảng 4.8. Tổng hợp kết quả thảo luận nhóm và hiệu chỉnh thang đo

Ý kiến và đề xuất	Phân tích / Cơ sở học thuật	Quyết định hiệu chỉnh cuối cùng
Đồng thuận chung		
Ý kiến: 100% thành viên đồng thuận về mô hình nghiên cứu và cấu trúc 5 thành phần chất lượng dịch vụ. Nhất trí sử dụng thang Likert 5 điểm là tối ưu.	Sự đồng thuận cao khẳng định tính hiệu lực nội dung (content validity) của mô hình và thang đo trong bối cảnh nghiên cứu. Thang Likert 5 điểm, với điểm lẻ, giúp loại bỏ xu hướng trung lập, buộc người trả lời phải có lựa chọn rõ ràng và phù hợp với đối tượng lớn tuổi.	Duy trì nguyên trạng mô hình nghiên cứu và cấu trúc thang đo. Sử dụng thang đo Likert 5 điểm cho bảng khảo sát chính thức.
Chất lượng dịch vụ		
Ý kiến (TV3, TV4): Nên chuyển biến TT5 (" <i>Quá trình đăng ký khám tại bệnh viện</i> ")	Khái niệm "Sự tin tưởng" thiên về cảm giác an toàn, bảo mật và chính xác.	Chuyển biến quan sát TT5 sang thành

Ý kiến và đề xuất	Phân tích / Cơ sở học thuật	Quyết định hiệu chỉnh cuối cùng
<i>diễn ra nhanh chóng</i> ") sang thành phần "Sự đảm bảo".	"Tốc độ" là một biểu hiện của năng lực tổ chức và hiệu quả hệ thống, phù hợp hơn với khái niệm "Sự đảm bảo". Việc này giúp định nghĩa khái niệm được trong sáng hơn.	phần "Sự đảm bảo".
Ý kiến (TV1, TV2): Biến DB2 (" <i>Nhân viên có đủ hiểu biết để trả lời các câu hỏi của tôi</i> ") trùng lặp với DB1. Nên bỏ biến DB2.	DB1 (" <i>Nhân viên y tế rất có năng lực và được đào tạo bài bản</i> ") đã ngầm định bao hàm khả năng trả lời câu hỏi (DB2). Giữ lại cả hai biến có thể dẫn đến hiện tượng đa cộng tuyến trong phân tích định lượng sau này, làm giảm độ tin cậy của thang đo.	Loại bỏ biến quan sát DB2.
Ý kiến (TV7, TV8, TV9): Biến DC6 (" <i>Nhân viên bệnh viện hiểu rõ những nhu cầu của tôi</i> ") rất khó đánh giá, mang tính chủ quan cao. Nên bỏ biến DC6.	Biến DC6 yêu cầu người trả lời phán đoán suy nghĩ của nhân viên, dẫn đến đánh giá thiếu khách quan. - Các hành vi quan sát được như "sự sẵn sàng giúp đỡ" (DC3) dễ đánh giá và đáng tin cậy hơn. Việc bỏ bớt giúp bảng hỏi ngắn gọn và tăng tính khách quan.	Loại bỏ biến quan sát DC6.
Phân tích (TV1, TV2, TV3): Hai biến MB5 (" <i>Quy trình xếp hàng chờ hợp lý</i> ") và MB6 (" <i>Quy trình phân loại ưu tiên công khai</i> ") là hai mặt của một vấn đề. Gộp thành một biến.	Cả MB5 và MB6 đều phản ánh tính hiệu quả và minh bạch của quy trình tiếp nhận bệnh nhân. Việc gộp lại thành một biến duy nhất vẫn bao quát được nội dung, đồng thời giảm thiểu sự rườm rà cho bảng khảo sát.	Gộp MB5 và MB6 thành biến mới: " <i>Quy trình tiếp nhận bệnh nhân nhanh gọn và hợp lý.</i> "

Ý kiến và đề xuất	Phân tích / Cơ sở học thuật	Quyết định hiệu chỉnh cuối cùng
Góc nhìn (TV8, TV9, TV10): Người bệnh đánh giá tổng thể cảnh quan, không tách bạch giữa "lối đi" và "cây xanh". Gộp hai biến VC2 và VC7.	VC2 (" <i>Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi</i> ") và VC7 (" <i>Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp</i> ") đều thuộc về ấn tượng tổng thể về không gian. Việc gộp lại phản ánh đúng cách cảm nhận thực tế của người bệnh, giúp biến quan sát có tính khái quát cao hơn.	Gộp VC2 và VC7 thành biến mới: " <i>Khuôn viên bệnh viện sạch sẽ, thoáng mát và dễ di chuyển.</i> "
Sự hài lòng		
Góc nhìn (TV8, TV9, TV10): Thay đổi từ ngữ trong biến HL1 từ " <i>gần như hoàn hảo</i> " thành " <i>là hoàn hảo</i> " sẽ dễ đánh giá hơn.	Từ "gần như" là một từ mơ hồ, thiếu tính khẳng định, có thể khiến người trả lời do dự và làm giảm độ nhạy của thang đo. Cụm từ mới " <i>là hoàn hảo</i> " mạnh mẽ, rõ ràng và phù hợp hơn với thang đo mức độ đồng ý.	Hiệu chỉnh biến HL1 thành: " <i>Dịch vụ y tế mà tôi nhận được là hoàn hảo.</i> "
Hình ảnh thương hiệu		
Phân tích (TV1, TV2, TV3): Cụ thể hóa biến HA2 từ " <i>bệnh viện có chuyên môn giỏi</i> " thành " <i>nhân viên y tế của bệnh viện có chuyên môn giỏi</i> ".	Hình ảnh thương hiệu một bệnh viện được xây dựng dựa trên những con người cụ thể. Việc thay đổi này giúp cụ thể hóa khái niệm trừu tượng, giúp người được hỏi dễ hình dung và đánh giá chính xác hơn dựa trên trải nghiệm tiếp xúc thực tế.	Hiệu chỉnh biến HA2 thành: " <i>Tôi biết nhân viên y tế của bệnh viện có chuyên môn giỏi.</i> "

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

Kết quả buổi thảo luận nhóm đã đạt được những thành công quan trọng:

Khẳng định giá trị nội dung (Content Validity): Việc các chuyên gia và khách hàng - những người trực tiếp sử dụng và quản lý dịch vụ - đồng thuận cao với cấu trúc mô hình và thang đo đã góp phần khẳng định tính hợp lý và ý nghĩa của các khái niệm được đo lường.

Nâng cao độ tin cậy của công cụ đo: Các hiệu chỉnh về mặt ngôn từ và logic đã giúp bộ thang đo trở nên rõ ràng, dễ hiểu, súc tích và phù hợp với bối cảnh văn hóa Việt Nam, từ đó giảm thiểu sai số trong quá trình thu thập dữ liệu định lượng sắp tới.

Hình thành thang đo chính thức: Sau quá trình hiệu chỉnh, bộ thang đo chính thức cho nghiên cứu đã được hoàn thiện với 38 biến quan sát, sẵn sàng cho bước đánh giá độ tin cậy và giá trị thang đo thông qua khảo sát định lượng quy mô lớn.

Như vậy, thảo luận nhóm không chỉ là bước chuẩn bị mà còn là một giai đoạn nghiên cứu độc lập, có giá trị học thuật cao, góp phần quyết định vào sự thành công và tính khả thi của toàn bộ đề tài.

Bảng 4.9. Biến quan sát Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh
(sau thảo luận nhóm - 27 biến)

Mã	Sự tin tưởng	Nguồn
TT1	Tôi cảm thấy an tâm khi điều trị tại bệnh viện này.	Cronin và Taylor (1992); Quyết định số 56/QĐ-BYT
TT2	Bệnh viện này có uy tín tốt.	
TT3	Tôi tin tưởng vào ý kiến của các bác sĩ tại bệnh viện này.	
TT4	Các hóa đơn được lập cho tôi đều chính xác.	
TT5	Hồ sơ bệnh án của tôi được quản lý chặt chẽ.	
	Sự đảm bảo	
DB1	Nhân viên y tế rất có năng lực và được đào tạo bài bản.	Cronin và Taylor (1992) ; Donabedian (1988); Quyết định số 56/QĐ-BYT
DB2	Quy trình đăng ký khám tại bệnh viện diễn ra nhanh chóng	
DB3	Bác sĩ đã giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả khám và quá trình điều trị của tôi.	
DB4	Các y tá giải thích rõ về quy trình chăm sóc.	
DB5	Các dược sĩ giải thích rõ về quy trình dùng thuốc.	
DB6	Nhân viên bệnh viện có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	
	Sự đồng cảm	

Mã	Sự tin tưởng	Nguồn
DC1	Các bác sĩ và nhân viên y tế rất lịch sự.	Cronin và Taylor (1992) ; Quyết định số 56/QĐ-BYT
DC2	Tôi được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng.	
DC3	Nhân viên bệnh viện luôn sẵn sàng giúp tôi.	
DC4	Nhân viên bệnh viện luôn quan tâm đến mọi bệnh nhân.	
DC5	Bệnh viện xem lợi ích của tôi là quan trọng nhất.	
	Sự minh bạch	
MB1	Quy trình khám bệnh được niêm yết dễ hiểu.	Donabedian (1988); Quyết định số 56/QĐ-BYT
MB2	Quy trình khám bệnh thuận tiện.	
MB3	Thủ tục khám bệnh đơn giản.	
MB4	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng.	
MB5	Quy trình tiếp nhận nhanh gọn	
	Cơ sở vật chất	
VC1	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng.	Cronin và Taylor (1992) ; Quyết định số 56/QĐ-BYT
VC2	Bệnh viện có cảnh quan sạch đẹp.	
VC3	Nhân viên bệnh viện có trang phục đẹp và sạch sẽ.	
VC4	Nhà vệ sinh sạch sẽ .	
VC5	Phòng chờ có đầy đủ tiện nghi, thoáng mát .	
VC6	Bệnh viện được trang bị những thiết bị mới nhất.	

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

Bảng 4.10. Biến quan sát Sự hài lòng của khách hàng (sau thảo luận)

Mã	Sự hài lòng	Nguồn
HL1	Dịch vụ y tế mà tôi nhận được là hoàn hảo.	Nguyen, N. X. và cộng sự (2021)
HL2	Tôi hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.	
HL3	Quyết định chọn dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện là quyết định đúng đắn	

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

Bảng 4.11. Biến quan sát Hình ảnh thương hiệu (sau thảo luận)

Mã	Hình ảnh thương hiệu	Nguồn
HA1	Tôi dễ dàng tìm kiếm thông tin về bệnh viện này.	Raka Sukawati (2024)
HA2	Tôi biết nhân viên y tế của bệnh viện có chuyên môn giỏi.	
HA3	Tôi biết bệnh viện này có chi phí khám chữa bệnh hợp lý.	
HA4	Tôi biết bệnh viện này có hệ thống máy móc y tế hiện đại.	
HA5	Bệnh viện này thân thiện với tôi	

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

Bảng 4.12. Biến quan sát Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

Mã	Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh	Nguồn
YD1	Tôi sẽ xem xét bệnh viện này là lựa chọn đầu tiên của tôi để khám chữa bệnh.	Nguyen, N. X. và cộng sự (2021)
YD2	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này vì đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của tôi.	
YD3	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này ngay cả khi chi phí điều trị có thể tăng lên.	

Nguồn: Tác giả tổng hợp (2025)

4.2 Nghiên cứu định lượng sơ bộ

Mục tiêu của giai đoạn định lượng sơ bộ là đánh giá sơ bộ độ tin cậy và giá trị của các thang đo đã được hiệu chỉnh từ nghiên cứu định tính, nhằm loại bỏ các biến quan sát không phù hợp trước khi tiến hành khảo sát chính thức. Việc kiểm tra này là bắt buộc để đảm bảo rằng bộ thang đo chính thức đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu về chất lượng đo lường (Churchill, 1979). Hai kỹ thuật được sử dụng là Phân tích nhân tố khám phá (EFA) để đánh giá cấu trúc và giá trị hội tụ/phân biệt, và Cronbach’s Alpha để đánh giá độ tin cậy nội bộ.

Giai đoạn nghiên cứu định lượng sơ bộ được tiến hành sau khi các thang đo đã được phát triển và hiệu chỉnh thông qua nghiên cứu định tính. Mục tiêu chính của giai đoạn này là đánh giá độ tin cậy và giá trị của các thang đo trước khi sử dụng chính thức, nhằm thiết kế một bảng câu hỏi tối ưu (Churchill, 1979; de Vaus, 2014).

Cỡ mẫu cho nghiên cứu sơ bộ được xác định dựa trên đề xuất của Green (1991), theo đó kích thước mẫu tối thiểu cần lớn hơn 50 để đảm bảo độ tin cậy cho các phân

tích thống kê như hồi quy hoặc tương quan. Để đáp ứng yêu cầu này, dữ liệu được thu thập từ 150 đối tượng tại ba bệnh viện (Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện đa khoa Hóc Môn và Bệnh viện Hoàn Mỹ) đại diện cho các loại hình bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện đa khoa và bệnh viện tư nhân. Kết quả, có 121 phiếu trả lời hợp lệ được sử dụng để phân tích.

Dữ liệu thu thập được phân tích thông qua hai phương pháp chính: Phân tích nhân tố khám phá (EFA) và Đánh giá độ tin cậy bằng hệ số Cronbach's Alpha.

EFA được sử dụng để đánh giá giá trị hội tụ và giá trị phân biệt của thang đo, đồng thời rút gọn các biến quan sát về các nhân tố tiềm ẩn (Nguyễn Đình Thọ, 2014). Quy trình thực hiện như sau:

Phân tích chỉ được thực hiện nếu: Chỉ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) $\geq 0,5$, cho thấy dữ liệu phù hợp để phân tích nhân tố.

Kiểm định Bartlett's Test of Sphericity có ý nghĩa thống kê (Sig. $< 0,05$), khẳng định các biến có tương quan với nhau trong tổng thể (Tabachnick và Fidell, 2001; Hoàng Trọng và Chu Mộng Ngọc, 2008).

Các nhân tố chỉ được giữ lại nếu có Giá trị riêng lớn hơn 1.

Một biến quan sát chỉ được giữ lại nếu có hệ số tải nhân tố (Factor Loading) đạt ngưỡng tối thiểu 0,5 (hoặc 0,3 theo một số nghiên cứu) và không xảy ra hiện tượng cross-loading (tải lên cùng lúc hai nhân tố với giá trị gần nhau).

Tổng phương sai tích lũy (Cumulative Percentage of Variance - CPV) do các nhân tố trích được giải thích nên đạt ít nhất 50%-60%.

Phương pháp Cronbach's Alpha kiểm tra tính nhất quán nội tại của thang đo, tức là mức độ tương quan chặt chẽ giữa các biến quan sát trong cùng một thang đo (Cronbach, 1951). Các tiêu chí đánh giá bao gồm:

Hệ số Cronbach's Alpha của thang đo phải đạt tối thiểu 0,7 (Hair và cộng sự, 2010). Hệ số tương quan biến-tổng (Item-Total Correlation) của từng biến quan sát phải đạt tối thiểu 0,3 (Nunnally và Bernstein, 1994).

Các biến không đạt sẽ được xem xét loại bỏ.

Kết quả từ các phân tích trên là cơ sở quan trọng để tinh chỉnh thang đo, loại bỏ các biến không phù hợp và hình thành bảng câu hỏi chính thức cho nghiên cứu tiếp theo.

Sau quá trình nghiên cứu định tính và thảo luận nhóm để hiệu chỉnh các biến quan sát, tác giả đã xây dựng được bộ thang đo sơ bộ gồm 38 biến quan sát được phân nhóm như sau:

Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (27 biến) gồm: sự tin tưởng (TT1-TT5), sự đảm bảo (DB1-DB6), sự đồng cảm (DC1-DC5), sự minh bạch (MB1-MB5) và cơ sở vật chất (VC1-VC6).

Các khái niệm khác (11 biến) gồm: sự hài lòng (HL1-HL3), hình ảnh thương hiệu (HA1-HA5) và ý định tiếp tục sử dụng (YD1-YD3).

4.2.1 Kết quả phân tích EFA

Căn cứ theo tiêu chí phân tích EFA nêu trên và sử dụng phương pháp xoay Varimax. Dữ liệu qua 3 lần chạy EFA riêng biệt, đã loại bỏ các biến quan sát không phù hợp (DB5, VC3) do hai biến này có hệ số tải $> 0,3$ trên hai hay nhiều nhân tố. $KMO = 0,744$, giá trị này nằm trong khoảng tốt ($> 0,7$), cho thấy dữ liệu hoàn toàn phù hợp để phân tích nhân tố. Bartlett's Test: Sig. = 0,000 ($p < 0,001$), điều này bác bỏ giả thuyết cho rằng các biến không tương quan với nhau trong tổng thể. Dữ liệu rất phù hợp để thực hiện EFA. Bộ thang đo còn 36 biến quan sát.

Có 8 nhân tố được trích ra với Giá trị riêng > 1 và 8 nhân tố này giải thích được 71,395% biến thiên của toàn bộ dữ liệu. Đây là một giá trị rất tốt, cho thấy mô hình với 8 nhân tố nắm bắt được phần lớn thông tin từ các biến quan sát.

Ma trận xoay cho thấy cấu trúc nhân tố rất rõ ràng và sạch sẽ. Mỗi biến quan sát chỉ tải mạnh lên một và chỉ một nhân tố. Không có hiện tượng tải chéo (cross-loading) đáng kể nào. Điều này làm tăng giá trị hội tụ và giá trị phân biệt của thang đo.

Bảng 4.13: Kết quả phân tích EFA

	Nhân tố							
	1	2	3	4	5	6	7	8
HA5	0,842							
HA2	0,828							
HA1	0,744							
HA4	0,736							
HA3	0,723							
DB6		0,889						
DB4		0,806						

	Nhân tố							
	1	2	3	4	5	6	7	8
DB2		0,793						
DB3		0,777						
DB1		0,749						
VC6			0,849					
VC5			0,809					
VC1			0,803					
VC2			0,793					
VC4			0,726					
TT5				0,833				
TT1				0,827				
TT2				0,785				
TT3				0,771				
TT4				0,704				
DC1					0,882			
DC5					0,855			
DC2					0,803			
DC4					0,779			
DC3					0,766			
MB5						0,839		
MB1						0,824		
MB3						0,673		
MB4						0,667		
MB2						0,665		
YD2							0,879	
YD1							0,862	
YD3							0,838	
HL3								0,793
HL2								0,787
HL1								0,778
Hệ số KMO = 0,744								
Kiểm định Bartlett's = 0,000								
Phương sai trích = 71,395 %								

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

4.2.2 Kết quả kiểm định độ tin cậy

Thông qua kiểm định các thang đo chất lượng dịch vụ, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh thì các biến quan sát cho các khái niệm này đều có hệ số tương quan biến - tổng giao động từ 0,504 đến 0,852 (lớn hơn 0,3) và giá trị Cronbach's Alpha (α) giao động từ 0,764 đến 0,901 (lớn hơn 0,6). Do vậy, tất cả các thang đo đều đạt yêu cầu về độ tin cậy. Chi tiết cụ thể như sau:

Bảng 4.14. Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự tin tưởng

Biến quan sát	Trung bình thang đo	Phương sai thang đo nếu loại biến	Hệ số tương quan biến-tổng	Cronbach's Alpha nếu loại biến
Sự tin tưởng: Cronbach's Alpha = 0,891				
TT1	15,02	13,158	0,730	0,868
TT2	15,01	13,242	0,718	0,871
TT3	14,83	13,706	0,733	0,868
TT4	14,71	13,774	0,666	0,882
TT5	14,97	12,632	0,827	0,846

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu.

Bảng 4.15. Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự đảm bảo

Biến quan sát	Trung bình thang đo	Phương sai thang đo nếu loại biến	Hệ số tương quan biến-tổng	Cronbach's Alpha nếu loại biến
Sự đảm bảo: Cronbach's Alpha = 0,901				
DB1	13,90	18,757	0,732	0,884
DB2	13,55	19,299	0,752	0,879
DB3	13,52	19,902	0,751	0,880
DB4	13,84	18,917	0,712	0,889
DB6	13,71	18,224	0,828	0,862

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu.

Bảng 4.16. Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự đồng cảm

Biến quan sát	Trung bình thang đo	Phương sai thang đo nếu loại biến	Hệ số tương quan biến-tổng	Cronbach's Alpha nếu loại biến
<i>Sự đồng cảm: Cronbach's Alpha = 0,876</i>				
DC1	12,23	8,179	0,799	0,829
DC2	12,26	8,275	0,686	0,855
DC3	12,13	8,266	0,640	0,868
DC4	12,17	8,545	0,656	0,862
DC5	12,13	8,232	0,767	0,836

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu.

Bảng 4.17. Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự minh bạch

Biến quan sát	Trung bình thang đo	Phương sai thang đo nếu loại biến	Hệ số tương quan biến-tổng	Cronbach's Alpha nếu loại biến
<i>Sự minh bạch: Cronbach's Alpha = 0,811</i>				
MB1	12,80	5,360	0,696	0,742
MB2	12,96	6,307	0,504	0,800
MB3	12,86	6,222	0,541	0,790
MB4	12,50	5,585	0,552	0,792
MB5	12,79	5,487	0,714	0,738

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu.

Bảng 4.18. Kiểm định độ tin cậy của thành phần cơ sở vật chất

Biến quan sát	Trung bình thang đo	Phương sai thang đo nếu loại biến	Hệ số tương quan biến-tổng	Cronbach's Alpha nếu loại biến
<i>Cơ sở vật chất: Cronbach's Alpha = 0,875</i>				
VC1	15,10	8,990	0,714	0,848
VC2	14,98	8,308	0,727	0,843
VC4	15,07	8,986	0,595	0,874
VC5	14,65	8,012	0,743	0,839
VC6	14,88	8,460	0,757	0,836

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu.

Bảng 4.19. Kiểm định độ tin cậy của thành phần sự hài lòng

Biến quan sát	Trung bình thang đo	Phương sai thang đo nếu loại biến	Hệ số tương quan biến-tổng	Cronbach's Alpha nếu loại biến
<i>Sự hài lòng: Cronbach's Alpha = 0,764</i>				
HL1	5,02	3,583	0,528	0,761
HL2	5,06	2,238	0,659	0,628
HL3	5,02	2,950	0,646	0,630

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu.

Bảng 4.20. Kiểm định độ tin cậy của thành phần hình ảnh thương hiệu

Biến quan sát	Trung bình thang đo	Phương sai thang đo nếu loại biến	Hệ số tương quan biến-tổng	Cronbach's Alpha nếu loại biến
<i>Hình ảnh thương hiệu: Cronbach's Alpha = 0.900</i>				
HA1	11,88	19,743	0,752	0,878
HA2	11,74	20,259	0,798	0,869
HA3	11,82	21,400	0,654	0,898
HA4	11,93	19,779	0,711	0,888
HA5	12,00	18,700	0,852	0,855

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu.

Bảng 4.21. Kiểm định độ tin cậy của thành phần ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

Biến quan sát	Trung bình thang đo	Phương sai thang đo nếu loại biến	Hệ số tương quan biến-tổng	Cronbach's Alpha nếu loại biến
<i>Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ: Cronbach's Alpha = 0,834</i>				
YD1	6,21	2,815	0,721	0,744
YD2	6,42	2,613	0,735	0,732
YD3	6,36	3,383	0,644	0,822

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu.

Như vậy, sau định lượng sơ bộ còn 36 biến quan sát và được mã hóa mới cụ thể như sau:

Bảng 4.22. Biến quan sát Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh chính thức

Mã	Sự tin tưởng	Nguồn
TT1	Tôi cảm thấy an tâm khi điều trị tại bệnh viện này.	Cronin và Taylor (1992); Quyết định số 56/QĐ-BYT
TT2	Bệnh viện này có uy tín tốt.	
TT3	Tôi tin tưởng vào ý kiến của các bác sĩ tại bệnh viện này.	
TT4	Các hóa đơn được lập cho tôi đều chính xác.	
TT5	Hồ sơ bệnh án của tôi được quản lý chặt chẽ.	
	Sự đảm bảo	
DB1	Nhân viên y tế rất có năng lực và được đào tạo bài bản.	Cronin và Taylor (1992) ; Donabedian (1988); Quyết định số 56/QĐ-BYT
DB2	Quy trình đăng ký khám tại bệnh viện diễn ra nhanh chóng	
DB3	Bác sĩ đã giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả khám và quá trình điều trị của tôi.	
DB4	Các y tá giải thích rõ về quy trình chăm sóc.	
DB5	Nhân viên bệnh viện có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	
	Sự đồng cảm	
DC1	Các bác sĩ và nhân viên y tế rất lịch sự.	Cronin và Taylor (1992) ; Quyết định số 56/QĐ-BYT
DC2	Tôi được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng.	
DC3	Nhân viên bệnh viện luôn sẵn sàng giúp tôi.	
DC4	Nhân viên bệnh viện luôn quan tâm đến mọi bệnh nhân.	
DC5	Bệnh viện xem lợi ích của tôi là quan trọng nhất.	
	Sự minh bạch	
MB1	Quy trình khám bệnh được niêm yết dễ hiểu.	Donabedian (1988); Quyết định số 56/QĐ-BYT
MB2	Quy trình khám bệnh thuận tiện.	
MB3	Thủ tục khám bệnh đơn giản.	
MB4	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng.	
MB5	Quy trình tiếp nhận nhanh gọn	
	Cơ sở vật chất	
VC1	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng.	Cronin và Taylor (1992) ; Quyết định số 56/QĐ-BYT
VC2	Bệnh viện có cảnh quan sạch đẹp.	
VC3	Nhà vệ sinh sạch sẽ .	
VC4	Phòng chờ có đầy đủ tiện nghi, thoáng mát .	
VC5	Bệnh viện được trang bị những thiết bị mới nhất.	

Nguồn: Tổng hợp của tác giả (2025).

Bảng 4.23. Biến quan sát Sự hài lòng của khách hàng chính thức

Mã	Sự hài lòng	Nguồn
HL1	Dịch vụ y tế mà tôi nhận được là hoàn hảo.	Nguyen, N. X. và cộng sự (2021)
HL2	Tôi hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.	
HL3	Quyết định chọn dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện là quyết định đúng đắn	

Nguồn: Tổng hợp của tác giả (2025).

Bảng 4.24. Biến quan sát Hình ảnh thương hiệu chính thức

Mã	Hình ảnh thương hiệu	Nguồn
HA1	Tôi dễ dàng tìm kiếm thông tin về bệnh viện này.	Raka Sukawati (2024)
HA2	Tôi biết nhân viên y tế của bệnh viện có chuyên môn giỏi.	
HA3	Tôi biết bệnh viện này có chi phí khám chữa bệnh hợp lý.	
HA4	Tôi biết bệnh viện này có hệ thống máy móc y tế hiện đại.	
HA5	Bệnh viện này thân thiện với tôi	

Nguồn: Tổng hợp của tác giả (2025).

Bảng 4.25. Biến quan sát Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh chính thức

Mã	Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh	Nguồn
YD1	Tôi sẽ xem xét bệnh viện này là lựa chọn đầu tiên của tôi để khám chữa bệnh.	Nguyen, N. X. và cộng sự (2021)
YD2	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này vì đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của tôi.	
YD3	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này ngay cả khi chi phí điều trị có thể tăng lên.	

Nguồn: Tổng hợp của tác giả (2025).

Tóm lại, kết quả định lượng sơ bộ cho phép rút ra hai kết luận quan trọng. Thứ nhất, cấu trúc 8 nhân tố của thang đo được khẳng định với giá trị hội tụ và phân biệt đạt yêu cầu (EFA với 71,4% phương sai trích). Thứ hai, tất cả 8 thang đo đều có độ tin cậy nội bộ cao (Cronbach's Alpha từ 0,764 đến 0,901). Như vậy, bộ thang đo chính thức với 36 biến quan sát đã sẵn sàng cho nghiên cứu định lượng chính thức

4.3 Nghiên cứu định lượng chính thức

4.3.1 Phương pháp chọn mẫu và xác định cỡ mẫu

4.3.1.1 Thiết kế chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu phi xác suất, kết hợp giữa chọn mẫu có chủ đích (purposive sampling) trong việc lựa chọn địa điểm khảo sát và chọn mẫu thuận tiện kết hợp định mức (convenience sampling kết hợp quota sampling) trong việc tiếp cận đối tượng khảo sát. Quyết định này dựa trên ba nhóm lý do chính.

Thứ nhất, về mặt phương pháp luận, mặc dù chọn mẫu phi xác suất thường bị đánh giá là có tính đại diện thấp hơn so với chọn mẫu xác suất, nó vẫn có giá trị khoa học cao, đặc biệt trong các nghiên cứu định lượng nhằm kiểm định mô hình lý thuyết và mối quan hệ giữa các biến (Nguyễn Đình Thọ, 2014). Hơn nữa, Sarstedt và cộng sự (2017) khẳng định rằng trong nhiều trường hợp, dữ liệu từ mẫu phi xác suất vẫn có thể đạt độ chính xác và độ tin cậy tương đương với mẫu xác suất, nhất là khi nghiên cứu tập trung vào phân tích mô hình cấu trúc tuyến tính (PLS-SEM).

Thứ hai, xuất phát từ ba thách thức thực tế của tổng thể nghiên cứu: (i) tổng thể là tập hợp vô cùng lớn và động (mọi công dân từng sử dụng dịch vụ y tế tại TP.HCM), việc lập một khung mẫu đầy đủ là bất khả thi do không có cơ sở dữ liệu tập trung và vấn đề bảo mật thông tin; (ii) chi phí và thời gian để xây dựng khung mẫu toàn diện và tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên vượt quá khả năng của một nghiên cứu sinh; (iii) phương pháp chọn mẫu thuận tiện cho phép tiếp cận đối tượng nhanh chóng, hiệu quả tại các địa điểm phù hợp (các bệnh viện trên địa bàn TP.HCM). Để gia tăng tính đại diện, nghiên cứu áp dụng thêm chọn mẫu định mức nhằm đảm bảo mẫu thu thập được có sự phân bố tương đối đồng đều về các tiêu chí nhân khẩu học quan trọng (giới tính, độ tuổi, loại hình cơ sở y tế), từ đó hạn chế điểm yếu về tính đại diện của phương pháp thuận tiện.

4.3.1.2. Xác định cỡ mẫu

Cỡ mẫu là vấn đề then chốt, ảnh hưởng trực tiếp đến độ tin cậy và tính tổng quát của kết quả nghiên cứu. Malhotra và cộng sự (2006) định nghĩa cỡ mẫu là “số đơn vị mẫu được đưa vào nghiên cứu”. Tuy nhiên, như Rooney và Evans (2018) chỉ ra, việc xác định cỡ mẫu tối ưu vẫn còn nhiều tranh cãi, và Briggs, Morrison và Coleman (2012) khẳng định không tồn tại một quy tắc chung duy nhất cho mọi nghiên cứu.

Để xác định cỡ mẫu phù hợp và có cơ sở khoa học, nghiên cứu căn cứ vào hai phương pháp tính toán phổ biến và tham khảo các tiêu chuẩn được khuyến nghị .

Bảng 4.26. Tổng hợp các tiêu chuẩn cỡ mẫu

Tác giả	Năm	Khuyến nghị	Cơ sở
Green	1991	>50	Hồi quy đơn giản
Manning và Munro	2007	>300	Nguyên tắc chung
Saunders và cộng sự	2012	350	Dân số lớn
Hair và cộng sự	2010	150-400	SEM
Hair và cộng sự	2014	10×biến quan sát	PLS-SEM

Nguồn: Tổng hợp của tác giả (2025)

Tính toán cỡ mẫu có nhiều phương pháp

Tính toán theo quy tắc 10 lần (Rule of Thumb):

Đây là phương pháp tối thiểu hóa được đề xuất bởi Hair và cộng sự (2014) cho phương pháp PLS-SEM. Với tổng số 36 biến quan sát trong mô hình nghiên cứu, cỡ mẫu tối thiểu được tính như sau:

$$10 \times 36 = 360 \text{ mẫu.}$$

Đây là ngưỡng tối thiểu cần đạt để đảm bảo sức mạnh thống kê cho việc ước lượng mô hình.

Tính toán theo công thức Cochran:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

Công thức Cochran được sử dụng để xác định cỡ mẫu cần thiết cho một tổng thể lớn (được coi là vô hạn) với độ tin cậy và sai số cho trước.

Tham số:

$Z = 1,96$ (ứng với độ tin cậy 95%), $p = 0,5$ (tỷ lệ ước tính , sử dụng 0,5 để đảm bảo cỡ mẫu lớn nhất, an toàn nhất); $q = 1 - p = 0,5$; $e = 0,05$ (sai số biên cho phép là 5%). Kết quả cỡ mẫu tối thiểu cần thiết theo công thức này là 385 mẫu.

Cả hai phương pháp tính toán trên đều cho thấy cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được nằm trong khoảng từ 360 đến 385 mẫu. Tuy nhiên, các chuyên gia như Manning và Munro (2007) và Saunders và cộng sự (2012) cũng khuyến nghị một cỡ mẫu lớn hơn

(từ 300-350) để gia tăng độ ổn định và độ tin cậy cho các ước lượng thống kê. Cỡ mẫu càng lớn thì sai số càng nhỏ và kết quả càng có khả năng đại diện cao cho tổng thể.

Để dự phòng cho các trường hợp bảng hỏi không hợp lệ, không hoàn trả đủ, hoặc để phân tích nhóm (nếu cần), đồng thời nhằm đảm bảo kết quả nghiên cứu đạt độ tin cậy và vững chắc cao nhất, tác giả quyết định lựa chọn cỡ mẫu mục tiêu cho nghiên cứu này là 550 mẫu. Con số này không chỉ vượt xa các ngưỡng tối thiểu lý thuyết mà còn phù hợp với cỡ mẫu phổ biến trong các nghiên cứu định lượng cùng loại tại Việt Nam và trên thế giới, từ đó nâng cao giá trị và tính thuyết phục của các phát hiện nghiên cứu.

4.3.2 Thông tin chung về mẫu khảo sát

Quá trình thu thập dữ liệu diễn ra từ tháng 04/2025 đến tháng 06/2025 với hai hình thức: (i) khảo sát trực tiếp bằng bảng giấy tại khu vực chờ của các bệnh viện (chiếm khoảng 70% mẫu); (ii) khảo sát trực tuyến qua Google Forms được gửi qua các kênh mạng xã hội (Zalo, Facebook) của các nhóm bệnh nhân (chiếm khoảng 30% mẫu). Tất cả phiếu khảo sát đều có câu hỏi sàng lọc và kiểm tra thời gian trả lời để loại bỏ các phiếu không hợp lệ.

Nghiên cứu phát ra 550 phiếu khảo sát. Sau kiểm tra và làm sạch dữ liệu, kết quả: tổng số phiếu thu về là 550; số phiếu hợp lệ là 464; số phiếu loại bỏ là 86; tỷ lệ đáp ứng hiệu dụng (Effective Response Rate) đạt 84,36% - một con số rất cao so với mặt bằng chung của các nghiên cứu định lượng trong khoa học xã hội. Tỷ lệ này phản ánh tính khả thi của phương pháp tiếp cận mẫu và sự hợp tác tích cực của đối tượng nghiên cứu, góp phần nâng cao độ tin cậy của dữ liệu đầu vào. Các phiếu bị loại (86 phiếu) chủ yếu do: (1) không hoàn thành trên 20% tổng số câu hỏi; (2) có dấu hiệu trả lời thiếu trung thực (chọn cùng một điểm số cho tất cả câu hỏi trong một thang đo dài); (3) không đáp ứng tiêu chí đã từng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.

Bộ dữ liệu với 464 quan sát hợp lệ đáp ứng và vượt xa các ngưỡng tối thiểu (385 theo Cochran, 360 theo quy tắc 10 lần), do đó hoàn toàn đủ điều kiện để tiến hành các phân tích thống kê tiếp theo: thống kê mô tả, đánh giá mô hình đo lường (Measurement Model), đánh giá mô hình cấu trúc (Structural Model), và kiểm định sự khác biệt giữa các nhóm đối tượng (giới tính, thu nhập,...).

Việc phân tích đặc điểm nhân khẩu học không chỉ nhằm mục đích mô tả mà còn có ý nghĩa quan trọng trong việc: (i) kiểm soát các yếu tố ngoại lai - các biến nhân khẩu học thường được sử dụng như biến kiểm soát (control variables) trong mô hình để cô lập và làm rõ mối quan hệ thuần túy giữa biến độc lập và biến phụ thuộc, nâng cao độ chính xác của kết quả (Lewis, 2015); (ii) so sánh sự phân bố của mẫu với tổng thể nghiên cứu (nếu có số liệu) để đánh giá mức độ suy rộng (generalizability) của kết quả; (iii) khám phá sự khác biệt trong hành vi giữa các nhóm đối tượng khác nhau.

Bảng 4.27. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu (n = 464)

Chỉ tiêu	Phân loại	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	259	55,8
	Nam	205	44,2
Nhóm tuổi	18-30 tuổi	146	31,5
	31-45 tuổi	135	29,1
	46-60 tuổi	101	21,7
	Trên 60 tuổi	82	17,7
Trình độ học vấn	Trung học phổ thông	84	18,1
	Trung cấp - Cao đẳng	124	26,8
	Đại học	208	44,8
	Sau đại học	48	10,3
Thu nhập/tháng	Dưới 10 triệu	154	33,2
	10-20 triệu	186	40,1
	20-30 triệu	72	15,5
	Trên 30 triệu	52	11,2

Nguồn: Tổng hợp của tác giả (2025)

Giới tính: Mẫu nghiên cứu có tỷ lệ nữ giới (55,8%) cao hơn nam giới (44,2%). Điều này phù hợp với thực tế trong lĩnh vực y tế, do phụ nữ thường là người chủ động trong việc chăm sóc sức khỏe cho bản thân và gia đình, đồng thời cũng là đối tượng thường xuyên sử dụng các dịch vụ như khám sản, phụ khoa, nhi khoa. Tỷ lệ này cũng tương đồng với cơ cấu giới tính chung của các nghiên cứu về hành vi khách hàng trong ngành dịch vụ.

Độ tuổi: Mẫu nghiên cứu phân bố khá đồng đều ở các nhóm tuổi, trong đó nhóm từ 18 đến 45 tuổi chiếm đa số (60,6%). Đây là nhóm tuổi tích cực trong hoạt động kinh tế, có nhu cầu chăm sóc sức khỏe chủ động và cũng là đối tượng chính chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho con cái và cha mẹ già. Sự hiện diện của nhóm trên 60 tuổi (17,7%) cũng rất có ý nghĩa, phản ánh đúng đối tượng có tần suất sử dụng dịch vụ y tế cao.

Trình độ học vấn: Đa số người được khảo sát có trình độ Đại học (44,8%) và Cao đẳng/Trung cấp (26,8%). Điều này một mặt phản ánh đặc điểm dân cư có học vấn ngày càng cao tại TP.HCM, mặt khác cho thấy mẫu nghiên cứu bao gồm những đối tượng có khả năng đánh giá và phản hồi về chất lượng dịch vụ một cách sâu sắc và chính xác hơn.

Thu nhập: Nhóm thu nhập 10-20 triệu đồng/tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (40,1%), phù hợp với mức thu nhập bình quân và chi tiêu tại một đô thị lớn như TP.HCM. Sự phân bố đa dạng trải đều các mức thu nhập cho phép nghiên cứu có cái nhìn toàn diện về hành vi của nhiều phân khúc khách hàng khác nhau..

Bộ dữ liệu với 464 quan sát hợp lệ có cơ cấu nhân khẩu học đa dạng và phân bố hợp lý, phản ánh khá sát đặc điểm của tổng thể người sử dụng dịch vụ y tế tại một đô thị lớn. Tỷ lệ đáp ứng cao và quy trình sàng lọc chặt chẽ là cơ sở vững chắc cho độ tin cậy của dữ liệu. Việc phân tích chi tiết đặc điểm mẫu không chỉ giúp hiểu rõ về đối tượng nghiên cứu mà còn tạo tiền đề quan trọng cho các phân tích kiểm định sự khác biệt nhóm (ANOVA, Independent T-test) ở phần sau, từ đó làm sâu sắc thêm các phát hiện và hàm ý quản trị của nghiên cứu.

4.3.3 Thống kê mô tả cho các thang đo

Mục tiêu của thống kê mô tả là cung cấp bức tranh tổng quan về mức độ đánh giá của khách hàng đối với từng khái niệm và từng biến quan sát. Việc phân tích giá trị trung bình và độ lệch chuẩn giúp xác định những điểm mạnh cần phát huy và những điểm yếu cần cải thiện trong chất lượng dịch vụ y tế tại các bệnh viện khảo sát.

Thống kê mô tả là phương pháp thống kê cơ bản và quan trọng, được sử dụng để tóm tắt, khám phá và mô tả các đặc điểm của tập dữ liệu thu thập được. Phương pháp này cung cấp cho nhà nghiên cứu cái nhìn tổng quan ban đầu về bản chất và

xu hướng của dữ liệu. Các chỉ số thống kê mô tả cốt lõi thường bao gồm giá trị trung bình (mean), giá trị nhỏ nhất (min), giá trị lớn nhất (max) và độ lệch chuẩn (standard deviation - SD). Trong đó, giá trị trung bình phản ánh xu hướng tập trung của dữ liệu, cho biết mức độ đánh giá chung của người trả lời. Ngược lại, độ lệch chuẩn (SD) đo lường mức độ phân tán của các quan sát xung quanh giá trị trung bình đó. Một độ lệch chuẩn thấp cho thấy các phản hồi có sự đồng thuận cao và tập trung gần điểm trung bình, trong khi độ lệch chuẩn cao phản ánh ý kiến đa dạng và thiếu đồng nhất.

Trong nghiên cứu này, dữ liệu từ 464 mẫu khảo sát hợp lệ được sử dụng để thực hiện phân tích thống kê mô tả, nhằm mô tả tổng quan về các khái niệm nghiên cứu chính, bao gồm chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, sự hài lòng của khách hàng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ. Để đo lường nhận thức và cảm xúc của người trả lời, nghiên cứu áp dụng thang đo Likert 5 điểm (từ 1: Hoàn toàn không đồng ý đến 5: Hoàn toàn đồng ý). Lựa chọn này dựa trên tính phổ biến và độ tin cậy của thang đo Likert trong các nghiên cứu xã hội học, do khả năng đo lường mức độ thái độ một cách hiệu quả (Crutzen và Peters, 2017). Thông qua giá trị trung bình của từng biến quan sát, nghiên cứu có thể phân tích và diễn giải mức độ đồng ý của đối tượng khảo sát đối với các nhận định được đưa ra.

4.3.3.1. Phân tích các thành phần Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh

Dữ liệu khảo sát từ khách hàng cung cấp một bức tranh toàn diện và chi tiết về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, được đo lường thông qua năm thành phần cốt lõi: sự tin tưởng, sự đảm bảo, sự đồng cảm, sự minh bạch và cơ sở vật chất. Phân tích dưới đây không chỉ trình bày số liệu mà còn diễn giải ý nghĩa sâu xa và các hàm ý quản trị từ những con số đó.

Thành phần Sự tin tưởng (TT): nhận được đánh giá cao nhất trong số các thành phần (Mean từ 3,54 đến 3,83), khẳng định đây là lợi thế cạnh tranh cốt lõi của bệnh viện. Trong lĩnh vực y tế, niềm tin không đơn thuần là một chỉ số hài lòng mà là nền tảng thiết yếu để thiết lập mối quan hệ lâu dài giữa người bệnh và người chữa bệnh.

Bảng 4.28 : Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Sự tin tưởng

Ký hiệu	Nội dung diễn giải	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
TT4	Các hóa đơn được lập cho tôi đều chính xác.	3,83	1,116	1	5
TT3	Tôi tin tưởng vào ý kiến của các bác sĩ tại bệnh viện này.	3,68	1,134	1	5
TT5	Hồ sơ bệnh án của tôi được quản lý chặt chẽ.	3,62	1,153	1	5
TT2	Bệnh viện này có uy tín tốt.	3,56	1,127	1	5
TT1	Tôi cảm thấy an tâm khi điều trị tại bệnh viện này.	3,54	1,134	1	5

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Điểm mạnh nổi bật (TT4 - Mean = 3,83): Biến TT4 (tính chính xác của hóa đơn) đạt điểm cao nhất, đây là một phát hiện quan trọng. Kết quả này cho thấy sự minh bạch về tài chính là yếu tố được khách hàng đánh giá rất cao, thậm chí vượt trên cả niềm tin vào năng lực chuyên môn. Trong bối cảnh chung của ngành y tế, nơi các khoản chi phí phát sinh thường gây lo lắng, việc quản lý tốt khâu này trở thành một lợi thế cạnh tranh vượt trội, góp phần lớn vào việc xây dựng lòng tin tổng thể của khách hàng.

Nền tảng chuyên môn vững chắc (TT3 - Mean = 3,68): Biến TT3 phản ánh năng lực chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp của đội ngũ bác sĩ và nhân viên y tế được khách hàng công nhận. Đây là cốt lõi của mọi dịch vụ y tế chất lượng và là yếu tố then chốt duy trì uy tín lâu dài của bệnh viện.

Mặc dù vẫn ở mức cao, biến TT1 cảm giác an tâm (Mean = 3,54) lại có điểm thấp nhất trong nhóm. Điều này hàm ý sâu xa rằng sự an tâm của khách hàng là một cấu trúc phức tạp. Nó không chỉ được xây dựng từ uy tín chung hay năng lực chuyên môn đơn thuần, mà còn bị chi phối mạnh mẽ bởi trải nghiệm tổng thể trong suốt quá trình điều trị, bao gồm sự đồng cảm, giao tiếp và sự thuận tiện. Đây là gợi ý cho thấy các cơ sở y tế cần có cái nhìn toàn diện hơn để nâng cao cảm giác an tâm này cho khách hàng.

Thành phần Sự đảm bảo (DB): được đánh giá ở mức khá cao nhưng không đồng đều (Mean từ 3,18 đến 3,66). Điểm đáng chú ý là độ lệch chuẩn cao (từ 1,127 đến 1,322),

phản ánh một thực tế: trải nghiệm của khách hàng về các yếu tố đảm bảo có sự chênh lệch rất lớn. Điều này cho thấy chất lượng dịch vụ chưa được chuẩn hóa và đồng bộ.

Bảng 4.29 : Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Sự đảm bảo

Ký hiệu	Nội dung diễn giải	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
DB2	Quy trình đăng ký khám tại bệnh viện diễn ra nhanh chóng	3,66	1,206	1	5
DB3	Bác sĩ đã giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả khám và quá trình điều trị của tôi.	3,65	1,127	1	5
DB5	Nhân viên bệnh viện có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	3,44	1,282	1	5
DB1	Nhân viên y tế rất có năng lực và được đào tạo bài bản.	3,29	1,266	1	5
DB4	Các y tá giải thích rõ về quy trình chăm sóc.	3,18	1,322	1	5

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Điểm sáng cần phát huy là các biến về tốc độ đăng ký (DB2) và khả năng giải thích của bác sĩ (DB3) được đánh giá cao. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của công nghệ trong quản lý hành chính và kỹ năng giao tiếp của bác sĩ. Đây là hai điểm mạnh then chốt cần được nhân rộng.

Điểm nghẽn nghiêm trọng ở biến DB4 (Mean = 3,18, SD = 1,322) là một tín hiệu cảnh báo đỏ. Điểm thấp nhất kết hợp với độ lệch chuẩn cao nhất cho thấy đây là một “điểm nóng” về chất lượng dịch vụ. Nó phản ánh sự yếu kém trong giao tiếp và chăm sóc của đội ngũ điều dưỡng - những người tiếp xúc nhiều nhất với khách hàng. Sự bất mãn này có nguy cơ cao làm giảm sút toàn bộ trải nghiệm của khách hàng, bất chấp những yếu tố tích cực khác. Cần ưu tiên đào tạo lại kỹ năng mềm, kỹ năng giao tiếp và xây dựng văn hóa chăm sóc cho đội ngũ điều dưỡng, đồng thời tăng cường giám sát và đánh giá hiệu suất của khâu này.

Thành phần Sự đồng cảm (DC): Điểm trung bình của thành phần này ở mức trung bình khá (Mean từ 3,01 đến 3,14). Điểm đáng chú ý là độ lệch chuẩn rất thấp (dưới 0,855), cho thấy đa số khách hàng đều có chung một nhận định: họ nhận được sự quan tâm ở mức độ tương đối, nhưng chưa thực sự xuất sắc và thiếu tính cá nhân hóa..

Bảng 4.30: Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Sự đồng cảm

Ký hiệu	Nội dung diễn giải	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
DC4	Nhân viên bệnh viện luôn quan tâm đến mọi bệnh nhân.	3,14	0,848	2	5
DC3	Nhân viên bệnh viện luôn sẵn sàng giúp tôi.	3,11	0,855	2	5
DC5	Bệnh viện xem lợi ích của tôi là quan trọng nhất.	3,09	0,847	2	5
DC2	Tôi được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng.	3,06	0,854	2	5
DC1	Các bác sĩ và nhân viên y tế rất lịch sự.	3,01	0,746	2	5

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Các biến đều xoay quanh ngưỡng 3 (“Trung bình”), cho thấy dịch vụ đang thiếu đi sự “thấu hiểu” và “cá nhân hóa” thực sự. Trong một thị trường y tế ngày càng cạnh tranh, đây không phải là điểm yếu mà là một cơ hội vàng để tạo dựng lợi thế cạnh tranh khác biệt. Các cơ sở y tế có thể vượt lên bằng cách biến trải nghiệm của khách hàng từ “giao dịch” thành “quan hệ”. Cần triển khai các chương trình đào tạo bài bản về kỹ năng giao tiếp, thấu cảm và chăm sóc khách hàng cho toàn bộ đội ngũ, từ nhân viên lễ tân đến điều dưỡng và bác sĩ, đồng thời xây dựng văn hóa phục vụ lấy khách hàng làm trung tâm.

Thành phần Sự Minh bạch (MB): được đánh giá ở mức tương đối tốt (Mean từ 3,16 đến 3,62). Đáng chú ý, độ lệch chuẩn thấp cho thấy sự đồng thuận cao trong đánh giá của khách hàng về tính minh bạch.

Bảng 4.31: Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Sự minh bạch

Ký hiệu	Nội dung diễn giải	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
MB4	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng.	3,62	0,861	2	5
MB1	Quy trình khám bệnh được niêm yết dễ hiểu.	3,37	0,860	2	5
MB5	Quy trình tiếp nhận nhanh gọn	3,36	0,810	2	5
MB3	Thủ tục khám bệnh đơn giản.	3,24	0,761	2	5
MB2	Quy trình khám bệnh thuận tiện.	3,16	0,798	2	5

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Một lần nữa, tính minh bạch về giá cả (MB4 - Mean = 3,62) được khẳng định là yếu tố then chốt, nhất quán với phát hiện từ thành phần Sự tin tưởng.

Điểm cần cải thiện về tính thuận tiện của quy trình (MB2 - Mean = 3,16) có điểm thấp nhất trong nhóm. Điều này gợi ý mạnh mẽ rằng vẫn còn những bất cập trong trải nghiệm tổng thể của khách hàng, đặc biệt là các thủ tục hành chính rườm rà. Các cơ sở y tế cần rà soát và tối ưu hóa toàn bộ hành trình trải nghiệm của khách hàng đơn giản hóa mọi thủ tục không cần thiết và ứng dụng công nghệ số để gia tăng sự thuận tiện.

Thành phần Cơ sở Vật chất (VC): Đây là thành phần được đánh giá rất cao (Mean từ 3,54 đến 3,98). Đây là một tín hiệu tích cực, cho thấy bệnh viện đã đầu tư bài bản và hiệu quả vào hạ tầng cơ sở vật chất và được khách hàng ghi nhận..

Bảng 4.32: Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thành phần Cơ sở vật chất

Ký hiệu	Nội dung diễn giải	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
VC4	Phòng chờ có đầy đủ tiện nghi, thoáng mát.	3,98	0,902	1	5
VC2	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	3,63	0,887	2	5
VC3	Nhà vệ sinh sạch sẽ.	3,63	0,889	1	5
VC5	Bệnh viện được trang bị những thiết bị mới nhất.	3,56	0,855	2	5
VC1	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng.	3,54	0,801	1	5

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Biến VC4 “Phòng chờ có đầy đủ tiện nghi, thoáng mát” đạt điểm gần như hoàn hảo (3,98), là biến có điểm cao nhất trong toàn bộ khảo sát. Điều này cho thấy một không gian chờ đợi thoải mái là một trải nghiệm tích cực, dễ dàng nhận thấy và được khách hàng đánh giá cao, góp phần giảm bớt căng thẳng cho họ.

Các biến về cảnh quan (VC2), vệ sinh (VC3) và trang thiết bị (VC5) đều được đánh giá cao (trên 3,56) và cần được tiếp tục duy trì. Biến VC1 (Biển chỉ dẫn) dù có điểm cao (3,54) nhưng là thấp nhất trong nhóm. Đây là cơ hội để cải thiện thêm thông qua việc số hóa hệ thống chỉ dẫn (ứng dụng chỉ đường trong nhà, màn hình hiển thị) nhằm gia tăng sự thuận tiện cho khách hàng.

4.3.3.2. Phân tích về sự hài lòng

Kết quả phân tích cho thấy mức độ hài lòng của khách hàng đạt ở ngưỡng khá, với điểm trung bình của các biến quan sát dao động từ 3,15 đến 3,45 (thang đo 5 điểm).

Bảng 4.33: Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thang đo Sự hài lòng

Ký hiệu	Nội dung diễn giải	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
HL1	Dịch vụ y tế mà tôi nhận được là hoàn hảo.	3,45	0,916	1	5
HL2	Tôi hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.	3,15	0,930	1	5
HL3	Quyết định chọn dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện là quyết định đúng đắn	3,22	0,814	1	5

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Một phát hiện đáng chú ý là biến HL1 (“Dịch vụ y tế mà tôi nhận được là hoàn hảo”) lại có điểm đánh giá cao nhất, trong khi biến HL2 (“Tôi hài lòng với chất lượng dịch vụ”) lại thấp nhất.

Sự khác biệt tương chừng nghịch lý này có thể được lý giải như sau: HL1 đánh giá trải nghiệm ở góc độ cảm tính và tuyệt đối (“hoàn hảo”). Điểm cao ở đây phản ánh rằng khách hàng cảm thấy dịch vụ họ nhận được là tốt và đủ dùng, có thể vượt qua ngưỡng kỳ vọng tối thiểu. Ngược lại, HL2 là một câu hỏi tổng quát và khái quát hơn về “chất lượng dịch vụ”. Điểm thấp hơn cho thấy khi đánh giá tổng thể, khách hàng nhận thấy vẫn còn những khoảng trống cần cải thiện, và chất lượng thực tế chưa thực sự “xuất sắc”.

Khoảng cách giữa HL1 và HL2 cho thấy một “nghịch lý hài lòng”: khách hàng thừa nhận dịch vụ cốt lõi là đạt yêu cầu, nhưng vẫn kỳ vọng chất lượng tổng thể phải tốt hơn nữa. Đây chính là điểm then chốt mà các cơ sở y tế cần tập trung cải thiện, không chỉ dừng lại ở dịch vụ cơ bản mà phải nâng cấp toàn diện trải nghiệm của khách hàng.

4.3.3.3. Phân tích về hình ảnh thương hiệu

Đây là nhóm yếu tố có điểm đánh giá thấp nhất trong toàn bộ mô hình nghiên cứu, với điểm trung bình các biến chỉ dao động từ 2,41 đến 2,58.

Bảng 4.34: Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thang đo**Hình ảnh thương hiệu**

Ký hiệu	Nội dung diễn giải	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
HA1	Tôi dễ dàng tìm kiếm thông tin về bệnh viện này.	2,58	0,961	1	5
HA2	Tôi biết nhân viên y tế của bệnh viện có chuyên môn giỏi.	2,47	1,162	1	5
HA3	Tôi biết bệnh viện này có chi phí khám chữa bệnh hợp lý.	2,51	0,929	1	5
HA4	Tôi biết bệnh viện này có hệ thống máy móc y tế hiện đại.	2,56	0,950	1	5
HA5	Bệnh viện này thân thiện với tôi	2,41	0,829	1	4

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kết quả này là một tín hiệu cảnh báo đỏ về năng lực xây dựng thương hiệu của các cơ sở y tế. Mặc dù chất lượng dịch vụ thực tế (thể hiện qua các phần trước) được đánh giá ở mức khá, nhưng hình ảnh trong tâm trí khách hàng lại rất mờ nhạt.

Khoảng cách giữa thực tế và nhận thức: Biến HA2 (nhận thức về chuyên môn) chỉ đạt 2,47, trong khi cùng một nghiên cứu, biến TT3 (đánh giá thực tế về năng lực của bác sĩ) lại đạt 3,68. Điều này cho thấy hoạt động truyền thông, quảng bá về năng lực chuyên môn của các cơ sở y tế chưa hiệu quả.

Vấn đề định giá và cảm nhận giá trị: Biến HA3 (nhận thức về chi phí hợp lý) đạt 2,51, dù biến TT4 (minh bạch về giá) đạt tới 3,83. Khách hàng thấy giá cả minh bạch nhưng chưa cảm nhận được giá trị (value for money) mà họ nhận được là xứng đáng.

Biến HA5 (“Cơ sở y tế thân thiện với tôi”) có điểm thấp nhất (2,41), cho thấy các cơ sở y tế đang thiếu hụt nghiêm trọng sự cá nhân hóa dịch vụ và xây dựng mối quan hệ gần gũi, tin cậy với khách hàng.

Tồn tại một khoảng cách lớn giữa chất lượng thực tế và hình ảnh cảm nhận. Các cơ sở y tế cần một chiến lược truyền thông bài bản để “kể câu chuyện” về năng lực chuyên môn, chứng minh giá trị dịch vụ tương xứng với chi phí, và quan trọng nhất là xây dựng một hình ảnh “thân thiện, đáng tin cậy” trong tâm trí khách hàng.

4.3.3.4. Phân tích về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ

Bảng 4.35: Thống kê mô tả các biến quan sát thuộc thang đo Ý định tiếp tục sử dụng

Ký hiệu	Nội dung diễn giải	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
YD1	Tôi sẽ xem xét bệnh viện này là lựa chọn đầu tiên của tôi để khám chữa bệnh.	2,87	1,247	1	5
YD2	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này vì đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của tôi.	2,96	1,253	1	5
YD3	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này ngay cả khi chi phí điều trị có thể tăng lên.	2,87	1,262	1	5

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ của khách hàng chỉ ở mức trung bình thấp (2,87 - 2,96). Đáng chú ý, độ lệch chuẩn của các biến này rất cao (khoảng 1,25), phản ánh sự phân hóa mạnh mẽ trong ý định của các nhóm khách hàng khác nhau.

Điểm số thấp của YD1 và YD2 cho thấy ý định tiếp tục sử dụng và ý định giới thiệu chưa cao. Các cơ sở y tế đang gặp khó khăn trong việc biến sự hài lòng tức thời thành mối quan hệ dài hạn với khách hàng.

Biến YD3 (sẵn sàng quay lại dù chi phí tăng) có điểm thấp nhất (2,87) - đây là chỉ báo rõ ràng nhất cho thấy dịch vụ của cơ sở y tế chưa tạo ra được lợi thế cạnh tranh khác biệt đủ mạnh để giữ chân khách hàng vượt qua các rào cản về giá. Họ có thể dễ dàng chuyển sang một cơ sở y tế khác nếu có sự chênh lệch về chi phí.

Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ yếu là hệ quả tất yếu của hình ảnh thương hiệu mờ nhạt và sự hài lòng chưa thực sự sâu sắc. Các cơ sở y tế cần tập trung vào xây dựng giá trị cốt lõi khác biệt để gia tăng “sự gắn kết” thay vì chỉ dựa trên các yếu tố cơ bản.

Tóm tắt từ thống kê mô tả cho thấy ba điểm đáng chú ý. Thứ nhất, Cơ sở vật chất (Mean cao nhất ~3,98) và Sự tin tưởng (Mean ~3,7) được khách hàng đánh giá cao nhất, cho thấy hạ tầng và uy tín là điểm mạnh của các bệnh viện. Thứ hai, Hình ảnh thương hiệu (Mean ~2,5) và Ý định tiếp tục sử dụng (Mean ~2,9) thấp nhất, báo

hiệu một khoảng cách lớn giữa chất lượng thực tế và nhận thức thương hiệu. Thứ ba, sự hài lòng (Mean $\sim 3,3$) ở mức trung bình khá, nhưng chưa tạo ra sự khác biệt đủ mạnh để chuyển hóa thành lòng trung thành bền vững. Những phát hiện này đặt ra câu hỏi: liệu các mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng có thực sự mạnh mẽ trong bối cảnh này hay không? Phân tích mô hình cấu trúc sẽ trả lời câu hỏi đó

4.3.4 Kiểm định Độ chệch phương pháp chung (Common Method Bias)

Do thiết kế nghiên cứu sử dụng một bảng hỏi duy nhất và thu thập dữ liệu tự báo cáo (self-reported) cho tất cả các biến độc lập và phụ thuộc tại cùng một thời điểm, nghiên cứu thừa nhận tồn tại nguy cơ tiềm ẩn về Độ chệch phương pháp chung (CMB). Hiện tượng này có thể làm sai lệch các mối quan hệ giữa các biến do ảnh hưởng của chính phương pháp đo lường hơn là bản chất của các cấu trúc nghiên cứu (Podsakoff và cộng sự, 2003).

Để giảm thiểu nguy cơ CMB ngay từ khâu thiết kế, nghiên cứu đã áp dụng một số biện pháp phòng ngừa sau:

Nhấn mạnh với người trả lời về tính ẩn danh và bảo mật của câu trả lời, từ đó giảm bớt áp lực phải đưa ra câu trả lời "mong đợi về mặt xã hội".

Các mục hỏi được diễn đạt rõ ràng, đơn giản và tránh sử dụng các thuật ngữ chuyên môn không cần thiết, hạn chế sự mơ hồ.

Các thang đo cho các khái niệm khác nhau được sắp xếp xen kẽ trong bảng hỏi để giảm thiểu hiệu ứng "mỗi câu trả lời" và tạo ra sự ngắt quãng tâm lý.

Để đánh giá mức độ nghiêm trọng của độ chệch phương pháp chung (CMB) - một nguy cơ tiềm ẩn khi sử dụng phương pháp tự báo cáo trong cùng một bảng khảo sát, nghiên cứu đã tiến hành kiểm định nhân tố đơn của Harman (Podsakoff và cộng sự, 2003).

Tất cả 38 biến quan sát thuộc các khái niệm trong mô hình nghiên cứu được đưa vào một phân tích nhân tố khám phá (EFA) sử dụng phương pháp Trích thành phần chính (Principal Component Analysis) mà không xoay nhân tố. Kết quả được trình bày trong Bảng 4.36 như sau:

Bảng 4.36 Kết quả kiểm định CMB (Harman's Single-Factor Test)

Thành phần	Giá trị riêng ban đầu			Tổng bình phương hệ số tải trích được		
	Tổng	% Phương sai	% Phương sai tích lũy	Tổng	% Phương sai	% Phương sai tích lũy
1	13,87	36,50	36,50	13,87	36,50	36,50
2	3,92	10,32	46,82	3,92	10,32	46,82
3	2,88	7,58	54,40	2,88	7,58	54,40
4	2,41	6,34	60,74	2,41	6,34	60,74
5	2,15	5,66	66,40	2,15	5,66	66,40
6	1,78	4,68	71,08	1,78	4,68	71,08
7	1,51	3,97	75,05	1,51	3,97	75,05
8	1,32	3,47	78,52	1,32	3,47	78,52
9	1,16	3,05	81,57	1,16	3,05	81,57
10	1,04	2,74	84,31	1,04	2,74	84,31
11	0,92	2,42	86,73			
12	0,85	2,24	88,97			
13	0,78	2,05	91,02			
14	0,71	1,87	92,89			
15	0,65	1,71	94,60			
16	0,58	1,53	96,13			
17	0,52	1,37	97,50			
18	0,46	1,21	98,71			
19	0,41	1,08	99,79			
20	0,08	0,21	100,00			
...	...	...	...			
38	0,01	0,03	100,00			

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Nhân tố đầu tiên chỉ giải thích 36,50% tổng phương sai. Giá trị này thấp hơn đáng kể so với ngưỡng 50% - ngưỡng tiêu chuẩn được chấp nhận rộng rãi trong cộng đồng nghiên cứu để kết luận rằng CMB là một vấn đề nghiêm trọng.

Có 10 nhân tố có Giá trị riêng lớn hơn 1 được trích xuất, và tổng cộng 10 nhân tố này giải thích 84,31% phương sai tổng. Điều này cho thấy tính đa chiều rõ rệt của các thang đo được sử dụng và cấu trúc dữ liệu không bị thống trị bởi một nhân tố chung duy nhất nào.

Dựa trên những bằng chứng thống kê này, có thể kết luận rằng mặc dù CMB là một hạn chế không thể loại bỏ hoàn toàn, nó không ở mức độ đủ lớn để làm sai lệch một cách hệ thống các mối quan hệ giữa các biến số hoặc làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính hợp lệ của các kết quả và diễn giải trong nghiên cứu này.

4.3.5 Phân tích đánh giá mô hình đo lường

Mục tiêu của phần này là đánh giá chất lượng của mô hình đo lường trước khi kiểm định các giả thuyết. Phân tích PLS-SEM được thực hiện theo hai bước: (1) đánh giá mô hình đo lường (độ tin cậy, giá trị hội tụ và giá trị phân biệt); (2) đánh giá mô hình cấu trúc (kiểm định giả thuyết, R^2 , f^2 , Q^2).

Nghiên cứu này quyết định sử dụng phương pháp Mô hình cấu trúc tuyến tính bình phương tối thiểu (Partial Least Squares Structural Equation Modeling - PLS-SEM) làm kỹ thuật phân tích chính. Quyết định này dựa trên sự phù hợp tối ưu giữa các đặc tính của PLS-SEM với mục tiêu, tính chất dữ liệu và đặc điểm mô hình nghiên cứu, cụ thể như sau:

Mục tiêu nghiên cứu là dự báo và khám phá (Prediction-oriented and Exploratory): Mục đích chính của nghiên cứu là dự báo ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ của khách hàng và khám phá các mối quan hệ phức tạp giữa các khái niệm (chất lượng dịch vụ, sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu). PLS-SEM được phát triển với thế mạnh tối ưu hóa phương sai được giải thích cho các biến phụ thuộc, nhằm mục đích dự báo mạnh mẽ (Hair và cộng sự. 2019). Trong khi đó, CB-SEM (Covariance-Based SEM) thiên về việc kiểm định lý thuyết (theory testing) bằng cách tái tạo ma trận hiệp phương sai, một mục tiêu không phải là trọng tâm hàng đầu của nghiên cứu này.

Tính chất của Mô hình nghiên cứu: Mô hình đề xuất có cấu trúc tương đối phức tạp, bao gồm nhiều biến tiềm ẩn (latent variables) và một số lượng lớn các biến chỉ báo (indicators). PLS-SEM hoạt động hiệu quả ngay cả với những mô hình phức tạp như vậy và ít gặp phải các vấn đề về ước lượng so với CB-SEM (Hair và cộng sự., 2017).

Yêu cầu về Phân phối dữ liệu: PLS-SEM không yêu cầu dữ liệu phải tuân theo phân phối chuẩn đa biến. Sau bước làm sạch, dữ liệu khảo sát của nghiên cứu này được kiểm định và cho thấy có sự lệch khỏi phân phối chuẩn (sử dụng kiểm định Kolmogorov-Smirnov hoặc xem xét hệ số Skewness và Kurtosis). Do đó, PLS-SEM là lựa chọn phù hợp hơn so với CB-SEM - vốn đòi hỏi các giả định nghiêm ngặt về tính chuẩn của dữ liệu.

Hiệu suất với Cỡ mẫu: Với cỡ mẫu là 464, nghiên cứu nằm trong phạm vi cỡ mẫu vừa phải. PLS-SEM nổi tiếng với khả năng đạt được sức mạnh thống kê (statistical power) cao ngay cả với các cỡ mẫu nhỏ và vừa (Hair và cộng sự., 2019), điều này làm cho nó trở thành lựa chọn tối ưu và khả thi cho nghiên cứu.

Khả năng Xử lý các biến tiềm ẩn dạng thành tổng (Formative Constructs): Mô hình nghiên cứu bao gồm khái niệm "Chất lượng dịch vụ" được đo lường dưới dạng một cấu trúc bậc hai (second-order formative construct), nơi các khía cạnh cấu thành (như Độ tin cậy, Sự đảm bảo,...) được xem là hình thành nên khái niệm tổng thể. PLS-SEM có khả năng ước lượng tốt các mô hình có chứa cả biến tiềm ẩn dạng phản ánh (reflective) và dạng thành tổng (formative), một ưu thế vượt trội so với CB-SEM.

Dựa trên các lập luận về mục tiêu dự báo, tính phức tạp của mô hình, tính phi chuẩn của dữ liệu, cỡ mẫu và sự hiện diện của các biến thành tổng, PLS-SEM được xác định là phương pháp phân tích phù hợp và tối ưu nhất cho nghiên cứu này (Akter và cộng sự., 2011; Hair và cộng sự., 2019; Vinzi và cộng sự., 2010).

Quy trình phân tích sẽ tuân thủ hai bước được chấp nhận rộng rãi (Hair và cộng sự., 2017):

(1) Đánh giá mô hình đo lường (Measurement Model): Nhằm đảm bảo độ tin cậy và tính giá trị (validity) của các thang đo trước khi diễn giải mối quan hệ giữa các cấu trúc.

(2) Đánh giá mô hình cấu trúc (Structural Model): Nhằm kiểm định các giả thuyết nghiên cứu thông qua việc đánh giá mức độ phù hợp của mô hình và ý nghĩa thống kê của các đường dẫn (path coefficients)..

4.3.5.1. Đánh giá chất lượng biến quan sát (Indicator Reliability)

Độ tin cậy của biến quan sát (Indicator Reliability) là thước đo mức độ biến quan sát phản ánh một cách nhất quán và đáng tin cậy biến tiềm ẩn (latent variable)

mà nó đại diện. Chỉ số chính được sử dụng để đánh giá độ tin cậy này là hệ số tải ngoài (Outer Loading). Về bản chất toán học, hệ số tải ngoài tương đương với căn bậc hai của giá trị R^2 thu được từ phép hồi quy biến tiềm ẩn lên biến quan sát đó, cho biết tỷ lệ phương sai của biến quan sát được giải thích bởi biến tiềm ẩn mẹ.

Theo tiêu chuẩn được đề xuất bởi Hair và cộng sự (2014), một biến quan sát được xem là đạt độ tin cậy khi có hệ số tải ngoài tối thiểu là 0,708. Ngưỡng này được xác định dựa trên ngữ cảnh: bình phương của 0,708 là xấp xỉ 0,50, ngụ ý rằng biến tiềm ẩn mẹ phải giải thích được ít nhất 50% phương sai của biến quan sát. Trong thực hành nghiên cứu, ngưỡng này thường được làm tròn thành 0,7 để thuận tiện cho việc áp dụng và báo cáo. Mặc dù tồn tại một số quan điểm linh hoạt hơn cho các nghiên cứu mới (ví dụ: 0,6), giá trị 0,7 vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng, đảm bảo tính chặt chẽ cho mô hình đo lường. Do đó, những biến quan sát có hệ số tải ngoài thấp hơn 0,7 thường được xem xét loại bỏ để tăng cường giá trị hội tụ (convergent validity) của cấu trúc.

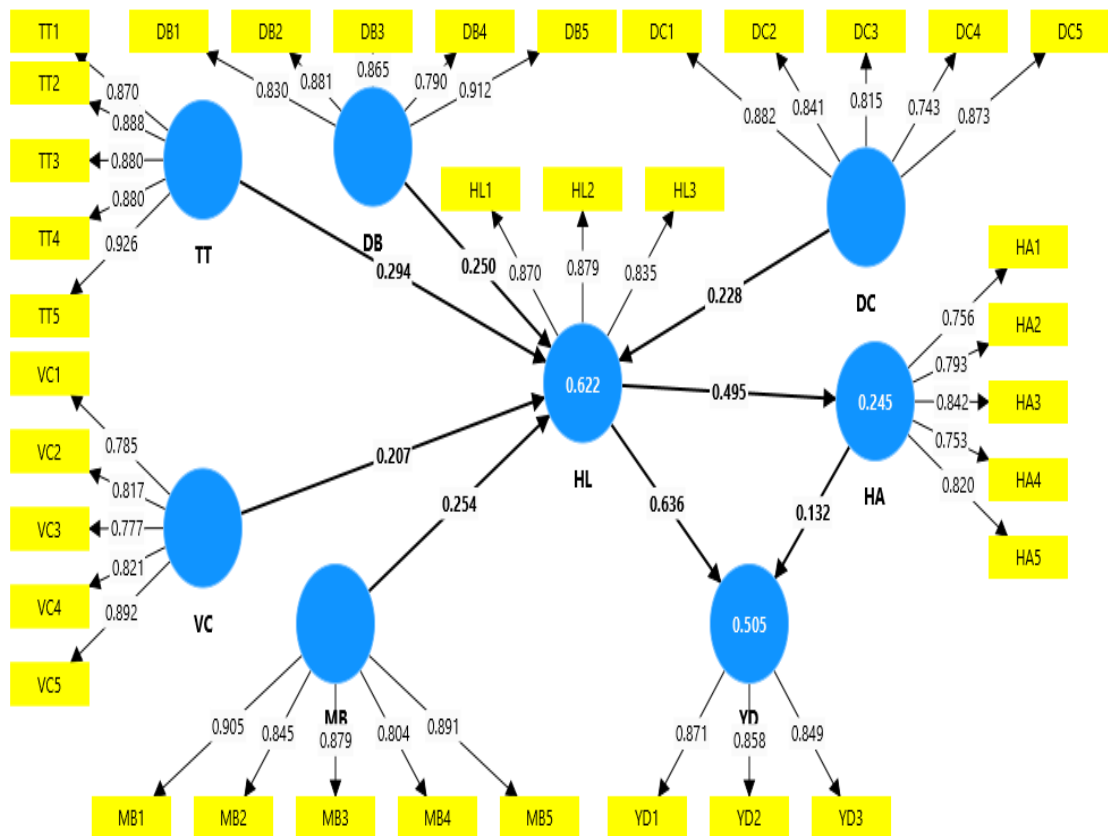
Công thức đánh giá: Outer Loading $\geq 0,7$ (Hair và cộng sự, 2014)

Bảng 4.37. Hệ số tải ngoài (Outer Loadings)

	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB1	0,830							
DB2	0,881							
DB3	0,865							
DB4	0,790							
DB5	0,912							
DC1		0,882						
DC2		0,841						
DC3		0,815						
DC4		0,743						
DC5		0,873						
HA1			0,756					
HA2			0,793					

	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
HA3			0,842					
HA4			0,753					
HA5			0,820					
HL1				0,870				
HL2				0,879				
HL3				0,835				
MB1					0,905			
MB2					0,845			
MB3					0,879			
MB4					0,804			
MB5					0,891			
TT1						0,870		
TT2						0,888		
TT3						0,880		
TT4						0,880		
TT5						0,926		
VC1							0,785	
VC2							0,817	
VC3							0,777	
VC4							0,821	
VC5							0,892	
YD1								0,871
YD2								0,858
YD3								0,849

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu



Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Hình 4.1. Hệ số tải giữa các biến quan sát và biến tiềm ẩn

Từ kết quả ở Bảng 4.37 và Hình 4.1, có thể rút ra những nhận định sau:

Tất cả 36 biến quan sát trong mô hình đều có hệ số tải ngoài đáp ứng và vượt xa ngưỡng tối thiểu 0,7. Các giá trị này dao động trong một khoảng tương đối hẹp, từ 0,743 (DC4) đến 0,926 (TT5). Điều này cho thấy sự đồng đều đáng kể về sức mạnh của các chỉ báo. Không có sự chênh lệch quá lớn giữa các biến, chứng tỏ các khái niệm được đo lường bằng một bộ chỉ báo ổn định và nhất quán.

Biến mạnh nhất là biến TT5 (thuộc nhóm "Sự tin tưởng") có hệ số tải cao nhất (0,926), gần tiệm cận giá trị 1. Điều này cho thấy biến quan sát này gần như hoàn toàn nắm bắt được đặc tính của biến tiềm ẩn "Sự tin tưởng" mà nó đại diện.

Biến có hệ số thấp nhất là các biến DC4 (0,743) và VC3 (0,777) có hệ số tải thấp nhất trong mô hình. Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhấn mạnh là các giá trị này vẫn đạt và vượt ngưỡng chấp nhận 0,7 một cách rõ ràng. Do đó, chúng không được xem là "yếu" hay "kém" mà nên được hiểu là có mức độ đóng góp thấp hơn một chút so với các biến cùng nhóm, nhưng vẫn hoàn toàn có ý nghĩa trong việc đo lường khái niệm mẹ.

Việc tất cả các biến quan sát đều đạt tiêu chuẩn về độ tin cậy khẳng định rằng: Mỗi quan hệ giữa các biến quan sát và biến tiềm ẩn tương ứng là rất chặt chẽ. Mỗi biến tiềm ẩn đều được định nghĩa rõ ràng thông qua các chỉ báo của nó.

Mô hình đo lường được xây dựng tốt ngay từ ban đầu. Nhà nghiên cứu đã lựa chọn được các biến quan sát phù hợp và có giá trị.

Không có biến quan sát nào cần phải loại bỏ trong giai đoạn đánh giá này. Điều này bảo toàn được nội dung và phạm vi đo lường của các khái niệm nghiên cứu.

Dựa trên kết quả phân tích, có thể kết luận rằng thang đo đạt được độ tin cậy ở cấp độ biến quan sát. Tất cả các biến quan sát đều là những đại diện đáng tin cậy và có đóng góp có ý nghĩa vào việc đo lường các khái niệm tương ứng. Do đó, nhà nghiên cứu hoàn toàn có thể yên tâm sử dụng toàn bộ 36 biến này cho các bước phân tích tiếp theo, như đánh giá độ tin cậy tổng hợp, giá trị hội tụ và giá trị phân biệt của mô hình.

4.3.5.2. Đánh giá độ tin cậy thang đo và tính hội tụ

Trong phương pháp PLS-SEM, việc đảm bảo rằng các thang đo lường các khái niệm nghiên cứu một cách đáng tin cậy và chính xác là bước then chốt trước khi phân tích mô hình cấu trúc. Giai đoạn này được thực hiện thông qua việc đánh giá độ tin cậy (Reliability) và giá trị hội tụ (Convergent Validity).

Độ tin cậy phản ánh mức độ nhất quán và ổn định của các biến quan sát trong việc cùng đo lường một khái niệm chung (biến tiềm ẩn). Độ tin cậy được đánh giá đồng thời bằng hai chỉ số:

Cronbach's Alpha (α): Là chỉ số truyền thống, có ngưỡng chấp nhận là $\geq 0,7$ cho nghiên cứu khẳng định và có thể linh hoạt xuống $\geq 0,6$ đối với nghiên cứu khám phá (Nunnally, 1978). Tuy nhiên, một hạn chế của Cronbach's Alpha là nó giả định tất cả các chỉ báo có trọng số như nhau và có xu hướng đánh giá thấp độ tin cậy thực tế, đặc biệt khi số lượng biến quan sát ít.

Độ tin cậy Tổng hợp (Composite Reliability - CR): Đây là chỉ số được ưa chuộng hơn trong PLS-SEM do tính đến các trọng số khác nhau của từng biến quan sát, mang tính chính xác cao hơn. Ngưỡng tiêu chuẩn cho CR là $\geq 0,7$. Giá trị càng cao (trên 0,8 hoặc 0,9) càng khẳng định tính nhất quán nội bộ mạnh mẽ của thang đo (Henseler và cộng sự., 2009).

Giá trị hội tụ đánh giá mức độ các biến quan sát của một khái niệm thực sự hội tụ, tức là cùng đo lường một khái niệm chung. Chỉ số chính để đánh giá là Phương sai Trích trung bình (Average Variance Extracted - AVE). AVE phản ánh lượng phương sai trung bình mà một biến tiềm ẩn "trích" được từ các biến quan sát của nó so với phương sai do sai số đo lường. Theo tiêu chuẩn của Fornell và Larcker (1981), một thang đo đạt giá trị hội tụ khi $AVE \geq 0,5$. Điều này có nghĩa là, trung bình, biến tiềm ẩn giải thích được ít nhất 50% phương sai của các biến quan sát thuộc nó.

Một lưu ý quan trọng là việc đánh giá AVE và CR phải được thực hiện sau khi đảm bảo tất cả các biến quan sát đều đạt hệ số tải ngoài (outer loading) tối thiểu 0,7 (như đã phân tích ở mục 4.2.5.1). Bởi lẽ, AVE là một giá trị trung bình, nên một biến quan sát có hệ số tải rất thấp (ví dụ: 0,5) có thể bị che lấp bởi những biến có hệ số tải rất cao (ví dụ: 0,9), dẫn đến AVE vẫn trên 0,5. Việc loại bỏ các biến có hệ số tải thấp từ đầu sẽ giúp các chỉ số CR và AVE phản ánh chân thực hơn chất lượng của thang đo.

Kết quả đánh giá độ tin cậy và giá trị hội tụ của các thang đo được trình bày trong Bảng 4.38 dưới đây..

Bảng 4.38. Kết quả đánh giá Độ tin cậy và Giá trị hội tụ của các thang đo

Thang đo	Cronbach's Alpha (α)	Composite Reliability (ρ_c)	Average Variance Extracted (AVE)
DB (Sự đảm bảo)	0,909	0,932	0,734
DC (Sự đồng cảm)	0,888	0,918	0,693
HA (Hình ảnh)	0,853	0,895	0,630
HL (Sự hài lòng)	0,827	0,896	0,743
MB (Sự minh bạch)	0,916	0,937	0,749
TT (Sự tin tưởng)	0,934	0,950	0,790
VC (Cơ sở vật chất)	0,877	0,911	0,671
YD (Ý định)	0,823	0,894	0,738

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Đánh giá Độ tin cậy:

Tất cả 8 thang đo đều có giá trị Cronbach's Alpha dao động từ 0,823 (YD) đến 0,934 (TT), tất cả đều vượt rất xa ngưỡng 0,7. Điều này cho thấy độ tin cậy nội bộ của tất cả các thang đo là rất cao và đáng tin cậy.

Tương tự, giá trị Composite Reliability của tất cả các thang đo đều nằm trong khoảng 0,894 (YD) đến 0,950 (TT), vượt xa ngưỡng yêu cầu 0,7. Thậm chí, các giá trị này đều trên 0,8 (thang đo YD và HL gần chạm 0,9) và có những thang đo đạt gần mức 0,95 (TT, MB, DB), cho thấy tính nhất quán nội bộ tuyệt vời. Sự tương quan cao giữa các biến quan sát trong cùng một thang đo khẳng định chúng đều hướng đến đo lường một khái niệm chung.

Đánh giá Giá trị hội tụ (AVE):

Tất cả 8 thang đo đều có giá trị AVE lớn hơn 0,5. Cụ thể, các giá trị dao động từ 0,630 (HA) đến 0,790 (TT). Điều này khẳng định rằng các biến tiềm ẩn trong mô hình giải thích được trên 50% phương sai của các biến quan sát thuộc về chúng, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn về giá trị hội tụ.

Có thể thấy sự phân hóa rõ rệt: Các thang đo TT (0,790), MB (0,749), HL (0,743), YD (0,738) và DB (0,734) có giá trị AVE rất cao (trên 0,73), cho thấy các thang đo này được thiết kế cực kỳ hiệu quả và mạnh mẽ.

Các thang đo HA (0,630) và VC (0,671) có giá trị AVE thấp hơn, mặc dù vẫn hoàn toàn chấp nhận được. Điều này có thể lý giải là do sự đa dạng trong nội dung của các biến quan sát thuộc các thang đo này, phản ánh các khía cạnh hơi khác biệt của cùng một khái niệm. Quan trọng là, khi xem xét cùng với độ tin cậy tổng hợp (CR) rất cao (HA = 0,895, VC = 0,911), có thể kết luận rằng tính hội tụ của các thang đo này vẫn được đảm bảo.

Dựa trên kết quả phân tích, có thể đưa ra kết luận vững chắc rằng tất cả 08 thang đo trong mô hình nghiên cứu đều đạt được cả độ tin cậy lẫn giá trị hội tụ ở mức độ cao. Các chỉ số Cronbach's Alpha, Composite Reliability và AVE đều đáp ứng và vượt các ngưỡng tiêu chuẩn khắt khe trong phương pháp SEM.

Điều này cung cấp một nền tảng đo lường vững chắc, cho phép nghiên cứu tiến hành các bước phân tích tiếp theo một cách đáng tin cậy, bao gồm đánh giá giá trị phân biệt (Discriminant Validity) và kiểm định các giả thuyết trong mô hình cấu trúc (Inner Model).

4.3.5.3. Đánh giá tính phân biệt (Discriminant Validity)

Giá trị phân biệt (Discriminant Validity) là một tiêu chuẩn quan trọng trong mô hình đo lường, dùng để khẳng định rằng một khái niệm (biến tiềm ẩn) trong mô hình là duy nhất và thực sự khác biệt với các khái niệm khác, thay vì đang đo lường cùng

một đặc tính hay hiện tượng. Nói cách khác, nó đảm bảo rằng thang đo "Sự tin tưởng" thực sự khác với thang đo "Sự hài lòng", chứ không phải là hai tên gọi khác cho cùng một khái niệm.

Có hai phương pháp chính được sử dụng để đánh giá giá trị phân biệt:

Tiêu chí Fornell-Larcker (1981): Đây là phương pháp truyền thống. Tiêu chí này yêu cầu căn bậc hai của chỉ số AVE ($\sqrt{AVE}$) của một biến tiềm ẩn phải lớn hơn tất cả các hệ số tương quan giữa biến tiềm ẩn đó với bất kỳ biến tiềm ẩn nào khác trong mô hình. Về mặt bản chất, điều này có nghĩa là một khái niệm phải chia sẻ phương sai nhiều hơn với các chỉ báo của chính nó so với khi nó chia sẻ phương sai với các khái niệm khác. Mặc dù được sử dụng rộng rãi, các nghiên cứu mô phỏng gần đây chỉ ra rằng tiêu chí này kém nhạy bén và có thể không phát hiện được các vi phạm về tính phân biệt trong nhiều trường hợp.

Chỉ số HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations): Để khắc phục những hạn chế của tiêu chí Fornell-Larcker, Henseler và cộng sự (2015) đã đề xuất chỉ số HTMT. Về bản chất, HTMT là tỷ lệ giữa trung bình tương quan giữa các biến quan sát thuộc các khái niệm khác nhau (Heterotrait) so với trung bình tương quan giữa các biến quan sát trong cùng một khái niệm (Monotrait). Do đó, HTMT thực chất là một ước lượng về mối tương quan thực sự giữa hai khái niệm. Các nghiên cứu khuyến nghị sử dụng ngưỡng HTMT < 0,85 (theo Clark và Watson, 1995; Kline, 2011) để đảm bảo tính phân biệt một cách nghiêm ngặt. Một ngưỡng thoáng hơn là HTMT < 0,90 cũng có thể được chấp nhận trong một số bối cảnh (Henseler và cộng sự., 2015). Do tính ưu việt và độ chính xác cao hơn, HTMT hiện được xem là tiêu chuẩn vàng và được ưu tiên sử dụng trong các nghiên cứu sử dụng PLS-SEM.

Trong các mô hình có mối quan hệ nhân quả rất mạnh về mặt lý thuyết (giữa "Sự hài lòng" và "Ý định"), giá trị HTMT giữa chúng có thể vượt ngưỡng 0,85. Trong trường hợp này, vi phạm có thể được xem xét bỏ qua nếu nó phù hợp với lập luận lý thuyết. Khi đó, trọng tâm đánh giá nên chuyển sang tính phân biệt giữa các biến độc lập với nhau, vì sự trùng lặp giữa chúng mới là nguyên nhân chính gây ra hiện tượng đa cộng tuyến, làm sai lệch kết quả ước lượng mô hình cấu trúc.

Tóm tắt tiêu chuẩn:

Fornell-Larcker: Căn bậc hai AVE > Tương quan giữa các biến tiềm ẩn

HTMT: < 0,85 (ngưỡng nghiêm ngặt) hoặc < 0,90 (ngưỡng thoáng)

Bảng 4.39. Ma trận Giá trị phân biệt theo tiêu chí Fornell-Larcker

	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB	0,857							
DC	0,288	0,832						
HA	0,100	0,259	0,793					
HL	0,508	0,440	0,495	0,862				
MB	0,335	0,255	0,192	0,569	0,866			
TT	0,287	0,199	0,270	0,561	0,371	0,889		
VC	0,111	0,082	0,205	0,412	0,313	0,270	0,819	
YD	0,309	0,275	0,447	0,701	0,481	0,509	0,372	0,859

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kết quả từ Bảng 4.39 cho thấy:

Đối với tất cả 08 khái niệm trong mô hình, giá trị Căn bậc hai AVE (in đậm trên đường chéo) đều lớn hơn tất cả các hệ số tương quan giữa khái niệm đó với các khái niệm khác (các giá trị ngoài đường chéo trong cùng hàng và cột).

Căn bậc hai AVE của HL (Sự hài lòng) là 0,862, lớn hơn hệ số tương quan cao nhất của nó với các khái niệm khác (0,701 với YD - Ý định).

Căn bậc hai AVE của HA (Hình ảnh) là 0,793, cũng lớn hơn hệ số tương quan cao nhất của nó (0,495 với HL).

Kết luận: Mô hình đạt được giá trị phân biệt theo tiêu chí Fornell-Larcker..

Bảng 4.40. Ma trận Giá trị phân biệt theo chỉ số HTMT

	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB								
DC	0,322							
HA	0,113	0,295						
HL	0,586	0,507	0,574					
MB	0,365	0,283	0,209	0,652				
TT	0,311	0,218	0,298	0,635	0,395			
VC	0,133	0,111	0,225	0,481	0,350	0,294		
YD	0,354	0,323	0,525	0,844	0,551	0,579	0,434	

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kết quả từ Bảng 4.40 cho thấy:

Tất cả các giá trị HTMT trong ma trận đều nhỏ hơn ngưỡng nghiêm ngặt 0,85.

Trong quá trình kiểm định giá trị phân biệt, chỉ số HTMT giữa sự hài lòng (HL) và ý định tiếp tục (YD) đạt giá trị 0,844. Theo tiêu chuẩn của Henseler và cộng sự (2015), ngưỡng HTMT < 0,85 được chấp nhận, do đó giá trị 0,844 không phải là vi phạm giá trị phân biệt. Thực tế, mức tương quan cao này hoàn toàn phù hợp với lý thuyết xác nhận kỳ vọng (ECT) vốn khẳng định mối quan hệ nhân quả chặt chẽ giữa sự hài lòng và ý định tiếp tục ($\beta = 0,636$ trong mô hình). Nói cách khác, HL và YD tuy là hai khái niệm riêng biệt (một là trạng thái cảm xúc, một là ý định hành vi) nhưng có mối liên hệ lý thuyết rất mạnh, và điều đó được phản ánh qua chỉ số HTMT gần ngưỡng nhưng vẫn nằm trong giới hạn cho phép. Như vậy, kết quả này càng củng cố thêm tính hợp lý của mô hình tích hợp ECT - SOR..

Dựa trên kết quả phân tích từ cả hai phương pháp Fornell-Larcker và HTMT, có thể kết luận rằng mô hình đo lường của nghiên cứu đảm bảo đầy đủ giá trị phân biệt. Tất cả các khái niệm trong mô hình đều có tính chất riêng biệt và khác biệt với nhau. Kết quả này, cùng với các đánh giá về độ tin cậy và giá trị hội tụ trước đó, đã thiết lập một nền tảng đo lường vững chắc để tiến hành kiểm định các giả thuyết trong mô hình cấu trúc (inner model) ở bước tiếp theo.

4.3.6 Phân tích đánh giá mô hình cấu trúc

Việc đánh giá mô hình cấu trúc (Structural Model) được thực hiện toàn diện thông qua năm tiêu chí chính: (1) Kiểm tra hiện tượng đa cộng tuyến, (2) Đánh giá ý nghĩa và mức độ của các mối quan hệ, (3) Đánh giá sức mạnh giải thích của mô hình (R^2), (4) Đánh giá mức độ ảnh hưởng của các biến độc lập (f^2), và (5) Đánh giá khả năng dự báo của mô hình (Q^2).

4.3.6.1. Đánh giá hiện tượng đa cộng tuyến

Hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến tiềm ẩn độc lập được kiểm định thông qua chỉ số Phương sai sai số được tăng cường (Inner VIF). Theo khuyến nghị của Hair và cộng sự (2019), giá trị VIF được đánh giá theo các ngưỡng sau:

VIF < 3: Mô hình không có hiện tượng đa cộng tuyến.

$3 \leq \text{VIF} \leq 5$: Tồn tại đa cộng tuyến ở mức độ trung bình.

VIF ≥ 5 : Xảy ra hiện tượng đa cộng tuyến nghiêm trọng..

Bảng 4.41: Kết quả kiểm định đa cộng tuyến (Inner VIF)

	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB				1,219				
DC				1,133				
HA								1,324
HL			1,000					1,324
MB				1,343				
TT				1,247				
VC				1,144				
YD								

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kết quả phân tích từ Bảng 4.41 cho thấy tất cả giá trị Inner VIF của các cấu trúc trong mô hình đều nhỏ hơn 3 (dao động từ 1,000 đến 1,343). Điều này khẳng định mô hình nghiên cứu không gặp phải vấn đề đa cộng tuyến, đảm bảo độ tin cậy và tính ổn định cho các kết quả ước lượng tiếp theo.

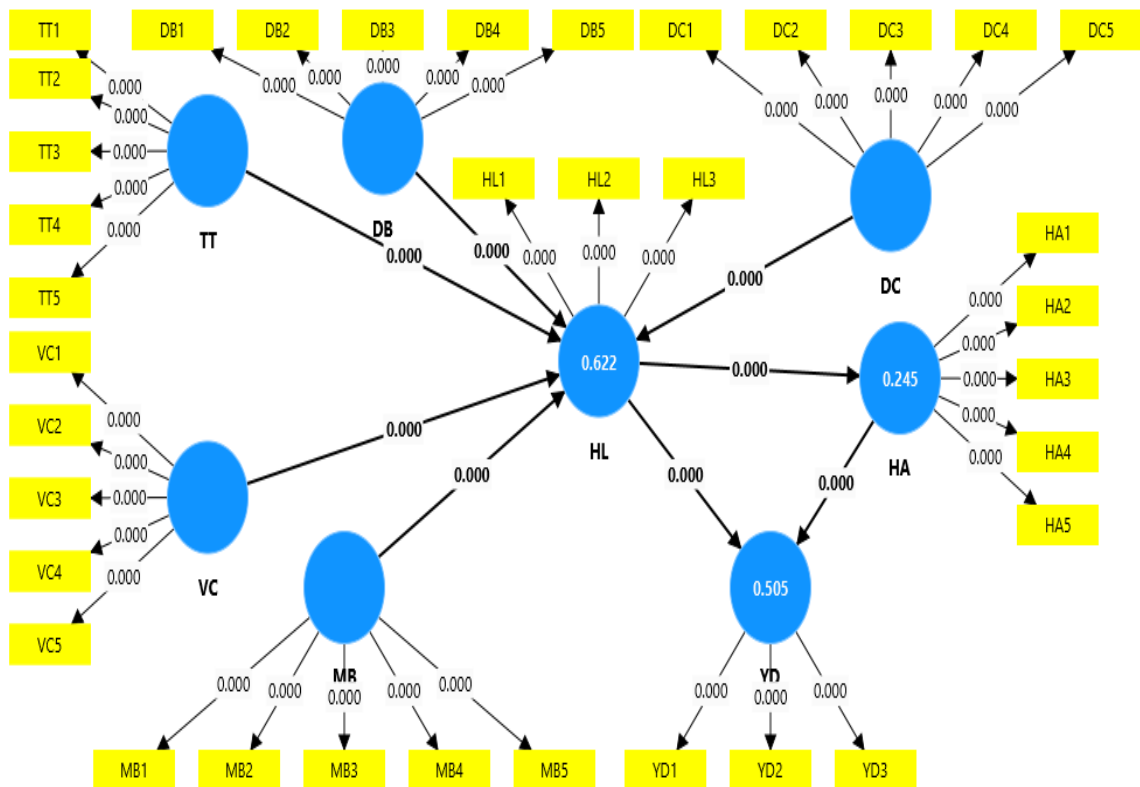
4.3.6.2 Đánh giá ý nghĩa thống kê của các mối quan hệ và giả thuyết

Các mối quan hệ trong mô hình được đánh giá dựa trên kết quả phân tích Bootstrap với 5.000 mẫu. Hệ số đường dẫn (Original Sample - O), độ lệch chuẩn (STDEV), giá trị thống kê T ($|O/STDEV|$) và giá trị p (p-value) được trình bày trong Bảng 4.42.

Bảng 4.42 Kết quả kiểm định các giả thuyết nghiên cứu

Mối quan hệ	Hệ số (O)	Độ lệch chuẩn (STDEV)	Thống kê T	P values	Kết luận
DB -> HL	0,250	0,029	8,714	0,000	Chấp nhận
DC -> HL	0,228	0,034	6,707	0,000	Chấp nhận
MB -> HL	0,254	0,040	6,331	0,000	Chấp nhận
TT -> HL	0,294	0,031	9,599	0,000	Chấp nhận
VC -> HL	0,207	0,029	7,046	0,000	Chấp nhận
HL -> YD	0,636	0,024	25,982	0,000	Chấp nhận
HL -> HA	0,495	0,029	17,129	0,000	Chấp nhận
HA -> YD	0,132	0,036	3,672	0,000	Chấp nhận

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu



Hình 4.2. Hệ số đường dẫn giữa các biến

Nguồn: Tổng hợp của tác giả

Kết quả từ Bảng 4.42 và Hình 4.2 cho thấy:

Tất cả các giá trị p-value đều bằng 0,000, nhỏ hơn mức ý nghĩa 0,05. Điều này chứng tỏ tất cả các mối quan hệ đề xuất trong mô hình đều có ý nghĩa thống kê.

Các giá trị thống kê T đều lớn hơn 1,96 (ngưỡng tin cậy 95%), củng cố thêm độ vững chắc của kết quả. Đặc biệt, mối quan hệ HL -> YD có tác động mạnh nhất ($\beta = 0,636$, $T = 25,982$), trong khi mối quan hệ HA -> YD có tác động yếu nhất ($\beta = 0,132$, $T = 3,672$).

Như vậy, tất cả các giả thuyết nghiên cứu được đề xuất đều được chấp nhận.

4.3.6.3 Sức mạnh giải thích của mô hình (R^2)

Chỉ số R^2 (R bình phương) và R^2 hiệu chỉnh (Adjusted R^2) là những thước đo cơ bản để đánh giá mức độ phù hợp của mô hình. Chúng cho biết tỷ lệ phần trăm phương sai của biến phụ thuộc được giải thích bởi các biến độc lập trong mô hình. Giá trị R^2 nằm trong khoảng từ 0 đến 1, với giá trị càng cao phản ánh sức mạnh giải thích của mô hình càng lớn. R^2 hiệu chỉnh là một ước tính thận trọng hơn, điều chỉnh cho số lượng biến dự báo trong mô hình, phù hợp để so sánh các mô hình khác nhau.

Kết quả giá trị R^2 được trình bày trong Bảng 4.43 dưới đây:

Bảng 4.43: Giá trị R bình phương và R bình phương hiệu chỉnh

Biến phụ thuộc	R-square	R-square adjusted
Hình ảnh thương hiệu (HA)	0,245	0,243
Sự hài lòng (HL)	0,622	0,618
Ý định sử dụng (YD)	0,505	0,503

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Đối với biến Sự hài lòng (HL - R^2 adjusted = 0,618): Đây là một giá trị rất cao trong các nghiên cứu khoa học hành vi và dịch vụ. Nó cho thấy 5 thành phần chất lượng dịch vụ (sự tin tưởng, sự đảm bảo, sự minh bạch, sự đồng cảm và cơ sở vật chất) cùng giải thích được 61,8% sự biến thiên trong Sự hài lòng của khách hàng. Kết quả này khẳng định mạnh mẽ tính đầy đủ và độ phù hợp của mô hình nghiên cứu. Nó hàm ý rằng để cải thiện sự hài lòng, doanh nghiệp cần một chiến lược đồng bộ trên cả 5 khía cạnh. Khoảng 38% phương sai còn lại có thể đến từ các yếu tố ngoài mô hình như giá cả, yếu tố cảm xúc, sự trung thành thương hiệu từ trước, hoặc các đặc điểm nhân khẩu học.

Đối với biến Ý định sử dụng (YD - R^2 adjusted = 0,503): Giá trị 50,3% được xem là mạnh và có ý nghĩa thực tiễn quan trọng. Nó cho thấy hai biến Sự hài lòng và Hình ảnh thương hiệu cùng nhau lý giải được hơn một nửa phương sai trong Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ của khách hàng. Điều này nhấn mạnh rằng quyết định của khách hàng không chỉ dựa trên cảm nhận về một lần sử dụng dịch vụ (sự hài lòng) mà còn bị ảnh hưởng bởi nhận thức tổng thể về thương hiệu (hình ảnh).

Đối với biến Hình ảnh thương hiệu (HA - R^2 adjusted = 0,243): Giá trị 24,3% ở mức trung bình thấp, nhưng lại là một kết quả rất hợp lý và có ý nghĩa. Hình ảnh thương hiệu là một cấu trúc phức tạp, chịu ảnh hưởng từ đa dạng nguồn khác nhau ngoài trải nghiệm trực tiếp (truyền thông, đánh giá từ cộng đồng, uy tín chuyên môn, hoạt động CSR, v.v.). Do đó, việc Sự hài lòng giải thích được gần 1/4 sự biến thiên của Hình ảnh thương hiệu là một phát hiện đáng giá. Nó củng cố quan điểm cho rằng trải nghiệm dịch vụ thực tế tích cực chính là nền tảng cốt lõi để xây dựng và củng cố hình ảnh thương hiệu tích cực trong lĩnh vực y tế, nơi mà niềm tin đóng vai trò then chốt.

4.3.6.4 Mức độ ảnh hưởng của các biến (f^2)

Trong khi R^2 cho biết sức mạnh tổng thể của mô hình, chỉ số f^2 (f bình phương) được sử dụng để đánh giá quy mô ảnh hưởng cụ thể của từng biến độc lập lên biến phụ thuộc, giúp xác định đâu là những yếu tố then chốt cần ưu tiên. Các ngưỡng đánh giá được đề xuất bởi Cohen (1988) như sau:

$f^2 \geq 0,35$: Ảnh hưởng lớn (Large effect)

$0,15 \leq f^2 < 0,35$: Ảnh hưởng trung bình (Medium effect)

$0,02 \leq f^2 < 0,15$: Ảnh hưởng nhỏ (Small effect)

$f^2 < 0,02$: Ảnh hưởng rất nhỏ/không đáng kể

Kết quả giá trị f^2 được tổng hợp trong Bảng 4.44:

Bảng 4.44. Giá trị f bình phương (f^2)

Biến	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB				0,135				
DC				0,121				
HA								0,027
HL			0,234					0,617
MB				0,127				
TT				0,183				
VC				0,099				
YD								

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Tác động lên Sự hài lòng (HL):

Tất cả các biến thành phần chất lượng dịch vụ đều có ảnh hưởng từ nhỏ đến trung bình (f^2 từ 0,099 đến 0,183). Điều này cho thấy không có một yếu tố nào áp đảo; thay vào đó, sự hài lòng là kết quả của một tập hợp các yếu tố đồng đều. Trong đó:

Sự tin tưởng (TT - $f^2 = 0,183$) và Sự minh bạch (MB - $f^2 = 0,127$) có mức độ ảnh hưởng tương đối cao hơn, gợi ý rằng năng lực chuyên môn, sự đáng tin cậy và khả năng truyền cảm giác an toàn cho khách hàng là những yếu tố then chốt hàng đầu trong ngành y tế.

Cơ sở vật chất (VC - $f^2 = 0,099$) có ảnh hưởng thấp nhất, điều này phù hợp với xu hướng chung khi cơ sở vật chất thường là điều kiện cần nhưng chưa đủ để tạo nên sự hài lòng vượt trội.

Tác động lên Ý định tiếp tục sử dụng (YD) có sự chênh lệch rất lớn giữa hai biến dự báo:

Sự hài lòng (HL - $f^2 = 0,617$) có ảnh hưởng lớn (large effect). Đây là một phát hiện then chốt, khẳng định Sự hài lòng là yếu tố dự báo mạnh mẽ và trực tiếp nhất đối với ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ. Về mặt quản trị, đây chính là đòn bẩy quan trọng nhất.

Hình ảnh thương hiệu (HA - $f^2 = 0,027$) chỉ có ảnh hưởng nhỏ (small effect). Mặc dù có ý nghĩa thống kê, tác động của nó là rất khiêm tốn so với Sự hài lòng. Điều này cho thấy hình ảnh thương hiệu có thể đóng vai trò như một yếu tố hỗ trợ hoặc một bộ lọc trong quá trình ra quyết định, nhưng nó không thể thay thế cho một trải nghiệm dịch vụ thỏa mãn.

4.3.6.5 Khả năng dự báo của mô hình (Q^2)

Chỉ số Q^2 (Chỉ số dự báo Stone-Geisser) được sử dụng để đánh giá năng lực dự báo của mô hình đối với các dữ liệu mới, ngoài mẫu nghiên cứu. Đây là chỉ số quan trọng để đánh giá giá trị thực tiễn và tính tổng quát hóa của mô hình. Giá trị $Q^2 > 0$ cho thấy mô hình có khả năng dự báo. Theo Hair và cộng sự (2019), các mức độ được phân loại như sau:

$Q^2 > 0,5$: Khả năng dự báo cao (High predictive relevance)

$0,25 \leq Q^2 \leq 0,5$: Khả năng dự báo trung bình (Medium predictive relevance)

$0 < Q^2 < 0,25$: Khả năng dự báo thấp (Low predictive relevance)

Kết quả giá trị Q^2 được trình bày trong Bảng 4.45

Bảng 4.45. Giá trị Q^2 (Khả năng dự báo)

Biến phụ thuộc	Q^2 predict	RMSE	MAE
Hình ảnh thương hiệu (HA)	0,094	0,956	0,780
Sự hài lòng (HL)	0,611	0,627	0,496
Ý định sử dụng (YD)	0,374	0,794	0,650

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Đối với biến Sự hài lòng ($Q^2 = 0.611$)

Khả năng dự báo cao này là một kết quả xuất sắc. Nó khẳng định rằng tập hợp 5 yếu tố chất lượng dịch vụ được lựa chọn không chỉ giải thích tốt cho mẫu hiện tại mà còn là những chỉ báo rất mạnh mẽ và ổn định để dự đoán chính xác mức độ hài lòng cho các tập dữ liệu mới hoặc các quần thể khách hàng khác trong tương lai.

Đối với biến Ý định tiếp tục sử dụng ($Q^2 = 0.374$)

Khả năng dự báo trung bình này là hoàn toàn hợp lý. Hành vi và ý định của con người vốn dĩ phức tạp và dễ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố ngẫu nhiên hoặc các yếu tố bên ngoài mô hình (như sự xuất hiện của đối thủ cạnh tranh, thay đổi địa điểm sinh sống, khuyến mãi, ...). Việc dự báo được gần 37,4% là một kết quả có giá trị cho công tác hoạch định chiến lược.

Đối với biến Hình ảnh thương hiệu ($Q^2 = 0.094$)

Khả năng dự báo thấp một lần nữa củng cố cho nhận định từ phần R^2 : Hình ảnh thương hiệu là một biến số phụ thuộc vào nhiều yếu tố ngoại sinh mạnh mẽ. Mô hình này, với trọng tâm là trải nghiệm dịch vụ, chỉ có thể dự báo được một phần nhỏ sự biến động của nó.

Dựa trên kết quả phân tích toàn diện từ cả 5 tiêu chí (Đa cộng tuyến, Ý nghĩa đường dẫn, R^2 , f^2 , Q^2), có thể khẳng định mô hình nghiên cứu này có giá trị khoa học và thực tiễn cao. Mô hình có độ tin cậy tốt (không đa cộng tuyến), tất cả các giả thuyết đều được ủng hộ với ý nghĩa thống kê cao, có sức mạnh giải thích (R^2) và khả năng dự báo (Q^2) từ trung bình đến cao cho các biến trung tâm là Sự hài lòng và Ý định tiếp tục sử dụng.

4.3.7 Kiểm định giả thuyết

Phần này trình bày kết quả kiểm định các giả thuyết nghiên cứu dựa trên kết quả phân tích dữ liệu bằng mô hình cấu trúc (SEM). Các giả thuyết được đánh giá thông qua hệ số đường dẫn (β), giá trị p-value và giá trị thống kê T. Một giả thuyết được chấp nhận khi hệ số β có dấu phù hợp với kỳ vọng, giá trị p-value nhỏ hơn 0,05 và trị tuyệt đối của $T > 1,96$.

4.3.7.1 Kiểm định giả thuyết về tác động của chất lượng dịch vụ đến sự hài lòng

Kết quả kiểm định về tác động của năm thành phần chất lượng dịch vụ đến sự hài lòng của khách hàng được tổng hợp tại Bảng 4.26. Kết quả cho thấy, cả năm giả thuyết đều được chấp nhận với hệ số β dương và có ý nghĩa thống kê ở mức 1% (p-value = 0,000, $T > 1,96$), khẳng định tất cả các thành phần đều tác động tích cực đến sự hài lòng.

Bảng 4.46: Kết quả kiểm định giả thuyết tác động của chất lượng dịch vụ đến sự hài lòng

Mối quan hệ	Hệ số (β)	Độ lệch chuẩn (STDEV)	T-value	P-Value	Thứ hạng ảnh hưởng	Kết luận
TT -> HL	0,294	0,031	9,599	0,000	1	Chấp nhận
MB -> HL	0,254	0,040	6,331	0,000	2	Chấp nhận
DB -> HL	0,250	0,029	8,714	0,000	3	Chấp nhận
DC -> HL	0,228	0,034	6,707	0,000	4	Chấp nhận
VC -> HL	0,207	0,029	7,046	0,000	5	Chấp nhận

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kết quả từ Bảng 4.46 cho thấy, cả năm thành phần của chất lượng dịch vụ đều có tác động tích cực và có ý nghĩa thống kê ở mức 1% ($p\text{-value} = 0,000$) đến sự hài lòng của khách hàng. Điều này dẫn đến việc tất cả các giả thuyết liên quan đều được chấp nhận.

Ảnh hưởng mạnh nhất Sự tin tưởng ($\beta = 0,294$): Thành phần này có hệ số tác động cao nhất, khẳng định niềm tin là yếu tố nền tảng then chốt trong lĩnh vực y tế. Một khi khách hàng tin tưởng vào năng lực chuyên môn, sự trung thực và đạo đức của đội ngũ y bác sĩ, họ sẽ cảm thấy an tâm và từ đó dễ dàng đạt được sự hài lòng cao. Phát hiện này hoàn toàn phù hợp với bản chất của dịch vụ y tế, nơi sức khỏe và tính mạng con người là giá trị cốt lõi.

Ảnh hưởng thứ hai Sự minh bạch ($\beta = 0,254$): Việc minh bạch trong giải thích phác đồ điều trị, chi phí và các thông tin liên quan có tác động lớn thứ hai. Điều này phản ánh nhu cầu được tôn trọng và nắm bắt thông tin rõ ràng của khách hàng, giúp họ giảm bớt sự lo lắng và cảm thấy kiểm soát được tình hình.

Ảnh hưởng thứ ba Sự đảm bảo ($\beta = 0,250$): Khả năng cung cấp dịch vụ đúng hẹn, nhanh chóng và chính xác có tác động mạnh mẽ, khẳng định sự tin cậy về mặt quy trình là yếu tố quan trọng trong trải nghiệm tổng thể.

Ảnh hưởng thứ tư Sự đồng cảm ($\beta = 0,228$): Sự quan tâm, thấu hiểu từ nhân viên y tế góp phần tạo nên trải nghiệm tích cực và mang tính cá nhân hóa cho khách hàng.

Ảnh hưởng thấp nhất Cơ sở vật chất ($\beta = 0,207$): Mặc dù có ý nghĩa thống kê, đây là yếu tố có tác động thấp nhất. Điều này cho thấy một cơ sở vật chất khang trang, trang thiết bị đầy đủ được xem là điều kiện cần tối thiểu (hygiene factor). Khi đạt được, nó mang lại sự hài lòng cơ bản, nhưng khó có thể là yếu tố gia tăng sự hài lòng vượt trội.

Thứ tự ưu tiên để cải thiện sự hài lòng được xác định như sau: Sự tin tưởng (TT) → Sự minh bạch (MB) → Sự đảm bảo (DB) → Sự đồng cảm (DC) → Cơ sở vật chất (VC).

4.3.7.2 Kiểm định giả thuyết về mối quan hệ giữa Sự hài lòng, Hình ảnh thương hiệu và Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.

Kết quả kiểm định các giả thuyết về mối quan hệ giữa sự hài lòng (HL), hình ảnh thương hiệu (HA) và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ (YD) được trình bày tại Bảng 4.47. Kết quả cho thấy cả ba giả thuyết H2, H3 và H4 đều được chấp nhận với hệ số β phù hợp kỳ vọng và có ý nghĩa thống kê ở mức 1% ($p\text{-value} = 0,000$, $T > 1,96$).

Bảng 4.47. Kiểm định giả thuyết giữa sự hài lòng của khách hàng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

Giả thuyết	Mối quan hệ	Hệ số β	Độ lệch chuẩn (STDEV)	T-value	P-Value	Kết luận
H2	HL → YD	0,636	0,024	25,982	0,000	Chấp nhận
H3	HL → HA	0,495	0,029	17,129	0,000	Chấp nhận
H4	HA → YD	0,132	0,036	3,672	0,000	Chấp nhận

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Tác động của Sự hài lòng đến Ý định tiếp tục sử dụng ($\beta = 0,636$, $T = 25,982$)

Đây là mối quan hệ mạnh mẽ và quan trọng nhất trong mô hình. Hệ số β cao cùng giá trị T rất lớn khẳng định sự hài lòng là yếu tố dự báo chính, trực tiếp và quyết định nhất đến ý định quay lại của khách hàng. Trong bối cảnh dịch vụ y tế với rủi ro cảm nhận cao, một trải nghiệm hài lòng sẽ tạo ra lòng trung thành vững chắc, củng cố cho lý thuyết "khách hàng hài lòng sẽ trung thành".

Tác động của Sự hài lòng đến Hình ảnh thương hiệu ($\beta = 0,495$, $T = 17,129$)

Mối quan hệ này có độ mạnh ở mức trung bình đến cao. Kết quả này ủng hộ quan điểm cho rằng trải nghiệm tích cực của khách hàng chính là nguồn gốc then chốt

để xây dựng hình ảnh thương hiệu tích cực. Mỗi lần khách hàng được phục vụ tận tình và hài lòng, họ sẽ có ấn tượng tốt và củng cố niềm tin vào thương hiệu đó. Hình ảnh thương hiệu trong trường hợp này được hình thành từ dưới lên (bottom-up), dựa trên trải nghiệm thực tế, thay vì chỉ từ các chiến dịch truyền thông một chiều.

Tác động của Hình ảnh thương hiệu đến Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ ($\beta = 0,132, T = 3,672$)

Kết quả phân tích cho thấy hình ảnh thương hiệu không phải là một yếu tố chiến lược có tác động trực tiếp mạnh đến ý định tiếp tục ($\beta = 0,132$, khá nhỏ). Thay vào đó, nó đóng vai trò như một yếu tố trung gian hỗ trợ quan trọng. Cụ thể, đóng góp chính của hình ảnh thương hiệu đến ý định tiếp tục được thực hiện thông qua kênh gián tiếp: sự hài lòng $\rightarrow$ hình ảnh thương hiệu $\rightarrow$ ý định tiếp tục (HL $\rightarrow$ HA $\rightarrow$ YD). Điều này phù hợp với bản chất của dịch vụ y tế – một dịch vụ có tính tin cậy cao nơi hình ảnh thương hiệu được hình thành chủ yếu từ sự tích lũy các trải nghiệm hài lòng qua nhiều lần sử dụng, sau đó mới tác động trở lại đến ý định hành vi..

Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả các giả thuyết đều được dữ liệu ủng hộ, vẽ nên một bức tranh toàn diện: Chất lượng dịch vụ (đặc biệt là Sự tin tưởng và Sự minh bạch) là nền tảng dẫn đến Sự hài lòng. Sự hài lòng này vừa tác động trực tiếp, mạnh mẽ đến Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ, vừa góp phần xây dựng Hình ảnh thương hiệu tích cực. Đến lượt mình, Hình ảnh thương hiệu có một tác động trực tiếp nhỏ nhưng ý nghĩa, góp phần vào việc thúc đẩy ý định tiếp tục sử dụng về lâu dài.

Tuy nhiên, việc tất cả các giả thuyết đều được chấp nhận cũng cần được xem xét một cách thận trọng. Kết quả này một mặt phản ánh mô hình nghiên cứu được xây dựng dựa trên nền tảng lý thuyết vững chắc, với các mối quan hệ đã được kiểm chứng rộng rãi. Mặt khác, nó cũng có thể là hệ quả của việc mô hình mang tính "xác nhận" (confirmatory) cao. Do đó, các nghiên cứu trong tương lai có thể xem xét đưa vào các mối quan hệ cạnh tranh hoặc kiểm định vai trò của các biến điều tiết để kiểm chứng độ vững chắc của mô hình.

Mặc dù tất cả các giả thuyết đều được chấp nhận về mặt thống kê ($p < 0,05$), điều quan trọng cần nhấn mạnh không chỉ là "có tác động hay không" mà còn là "mức độ tác động" (độ lớn hệ số β). Sự khác biệt này có những hàm ý quản trị rất khác nhau.

Cụ thể, tác động của Sự hài lòng đến Ý định tiếp tục sử dụng ($\beta = 0,636$) là cực kỳ mạnh, trong khi tác động trực tiếp của Hình ảnh thương hiệu đến Ý định ($\beta = 0,132$) là yếu hơn rất nhiều (gần 5 lần). Điều này cho thấy: (i) cơ chế chủ đạo dẫn đến lòng trung thành là con đường "Chất lượng dịch vụ $\rightarrow$ Sự hài lòng $\rightarrow$ Ý định"; (ii) Hình ảnh thương hiệu có vai trò như một yếu tố hỗ trợ hơn là yếu tố dẫn dắt; (iii) nếu các nhà quản lý chỉ tập trung vào xây dựng hình ảnh thương hiệu qua truyền thông mà bỏ qua trải nghiệm thực tế, họ sẽ bỏ lỡ cơ hội tác động đến yếu tố then chốt nhất là sự hài lòng.

Một sự tương phản khác đáng chú ý: trong năm thành phần chất lượng dịch vụ, Sự tin tưởng ($\beta = 0,294$) có tác động mạnh nhất đến Sự hài lòng, mạnh hơn gấp 1,4 lần so với Cơ sở vật chất ($\beta = 0,207$). Điều này khẳng định rằng, đối với dịch vụ y tế, các yếu tố phi vật chất như niềm tin, sự minh bạch, sự đảm bảo có trọng số cao hơn cơ sở vật chất - một hàm ý quan trọng cho chiến lược đầu tư.

4.3.8 Kiểm định sự khác biệt về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ (Biến YD)

Phân tích này nhằm mục đích kiểm tra xem liệu có tồn tại sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về "Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ" (YD) giữa các nhóm thuộc các tiêu chí nhân khẩu học khác nhau (giới tính, tuổi, học vấn, thu nhập) hay không. Mặc dù thang đo Likert là thang đo thứ bậc, trong thực hành nghiên cứu định lượng, việc coi nó như dữ liệu khoảng và sử dụng các kiểm định như T-test và ANOVA là phổ biến và được chấp nhận rộng rãi, với điều kiện các giả định cơ bản được đảm bảo (Hair và cộng sự, 2019). Cụ thể:

Phương pháp sử dụng: Independent-Samples T Test (cho biến phân loại 2 nhóm: Giới tính) và One-Way ANOVA (cho biến phân loại từ 3 nhóm trở lên: Tuổi, Học vấn, Thu nhập).

Quy trình kiểm định giả định: Để đảm bảo tính hợp lệ của các kiểm định, nghiên cứu đã thực hiện kiểm định giả định về tính phân phối chuẩn của phần dư (thông qua việc xem xét biểu đồ Q-Q Plot và Histogram, cho thấy không có sự vi phạm nghiêm trọng) và giả định về phương sai đồng nhất bằng Kiểm định Levene. Kết quả kiểm định Levene sẽ quyết định việc sử dụng dòng kết quả phù hợp trong T-test hoặc đảm bảo tính vững của kết quả ANOVA.

4.3.8.1 Phân tích theo Giới tính

Bảng 4.48. Kiểm định sự khác biệt theo giới tính

	Kiểm định Levene về sự bằng nhau của phương sai		
	F	Sig.	
YD	0,327	0,568	
	Kiểm định t về sự bình đẳng của các nhóm		
	t		Sig.
	gioitinh	N	Mean
YD	Nữ	259	29,035
	Nam	205	28,943

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kiểm định Giả định (Levene's Test): Giá trị Sig. = 0,568 > 0,05. Phương sai của hai nhóm Nam và Nữ là đồng nhất (equal variances assumed). Do đó, chúng ta sử dụng kết quả ở hàng "Equal variances assumed" trong kiểm định T-test.

Kiểm định Giả thuyết (T-Test): Giá trị Sig. (2-tailed) = 0,928 > 0,05.

Giá trị Trung bình (Mean): Nhóm Nữ: 2,9035 và Nhóm Nam: 2,8943

Chênh lệch trung bình: 0,0092 (rất nhỏ, không đáng kể).

Giá trị Sig. của kiểm định t (0,928) lớn hơn rất nhiều ngưỡng ý nghĩa 0,05. Điều này cho thấy không có bằng chứng thống kê để khẳng định sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình là có thực; sự chênh lệch 0,0092 này hoàn toàn có thể do ngẫu nhiên.

Kết luận: Giả thuyết H0 (không có sự khác biệt về YD giữa nam và nữ) được chấp nhận. Giới tính không phải là một yếu tố tạo nên sự khác biệt trong ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ tại mẫu nghiên cứu này.

Điều này hàm ý rằng dịch vụ khám chữa bệnh được đánh giá là phù hợp và đáp ứng được kỳ vọng của cả nam và nữ, cũng như ở mọi lứa tuổi, ít nhất là trong phạm vi mẫu khảo sát.

4.3.8.2 Phân tích theo Nhóm tuổi

Bảng 4.49. Kiểm định sự khác biệt về YD theo Nhóm tuổi

	Thống kê Levene	Sig.
YD	1,909	0,127
	Thống kê F	Sig.
One-Way ANOVA		
Giữa các nhóm (Between Groups)	2,423	0,065

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kiểm định giả định (Levene's Test): Sig. = 0,127 > 0,05. Kết luận: Phương sai giữa các nhóm tuổi là đồng nhất, đảm bảo điều kiện để diễn giải kết quả ANOVA.

Kiểm định giả thuyết (One-Way ANOVA): Giá trị Sig. = 0,065 > 0,05.

Mặc dù giá trị p-value (0,065) khá gần ngưỡng ý nghĩa, nhưng về mặt thống kê tiêu chuẩn, nó vẫn lớn hơn 0,05. Do đó, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ giữa các nhóm tuổi khác nhau.

4.3.8.3 Phân tích theo Trình độ học vấn

Bảng 4.50. Kiểm định sự khác biệt về YD theo Học vấn

	Thống kê Levene	Sig.
YD	2,010	0,112
	Thống kê F	Sig.
One-Way ANOVA		
Giữa các nhóm (Between Groups)	17,826	0,000

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Bảng 4.51. Giá trị trung bình YD theo Trình độ học vấn

Trình độ học vấn	N	Mean
Trung học Phổ thông	84	2,2659
Trung cấp - Cao đẳng	124	2,7581
Đại học	208	3,1619
Sau Đại học	48	3,2361
Tổng	464	2,8994

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kiểm định giả định (Levene's Test): Sig. = 0,112 > 0,05. Phương sai đồng nhất.

Kiểm định giả thuyết (One-Way ANOVA): Giá trị Sig. = 0,000 < 0,01. Bác bỏ mạnh mẽ giả thuyết H₀. Tồn tại ít nhất một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về YD giữa các nhóm trình độ học vấn.

Phân tích xu hướng: Tồn tại một xu hướng tuyến tính rõ rệt và mạnh mẽ: Trình độ học vấn càng cao thì ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ càng lớn. Sự chênh lệch giữa nhóm thấp nhất (THPT) và cao nhất (Sau Đại học) lên tới 0,9702 điểm, một mức chênh lệch rất đáng kể trên thang đo.

Kết luận: Trình độ học vấn có tác động có ý nghĩa thống kê lên ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ. Cá nhân có trình độ học vấn càng cao thể hiện ý định trung thành với dịch vụ càng lớn.

4.3.8.4 Phân tích theo Thu nhập

Bảng 4.52. Kiểm định sự khác biệt về YD theo Thu nhập

	Thống kê Levene	Sig.
YD	0,289	0,834
	Thống kê F	Sig.
One-Way ANOVA		
Giữa các nhóm (Between Groups)	10,202	0,000

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Bảng 4.53. Giá trị trung bình YD theo Thu nhập

Thu nhập/tháng	N	Mean
Dưới 10 triệu	154	2,5498
Từ 10 - dưới 20 triệu	186	2,9677
Từ 20 - 30 triệu	72	3,1991
Trên 30 triệu	52	3,2756
Tổng	464	2,8994

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu nghiên cứu

Kiểm định giả định (Levene's Test): Sig. = 0,834 > 0,05. Phương sai đồng nhất.

Kiểm định giả thuyết (One-Way ANOVA): Giá trị Sig. = 0,000 < 0,01. Bác bỏ mạnh mẽ giả thuyết H₀. Tồn tại ít nhất một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về YD giữa các nhóm thu nhập.

Sự chênh lệch giữa nhóm thu nhập thấp nhất và cao nhất lên tới 0,7258 điểm, một lần nữa khẳng định đây là một yếu tố có ảnh hưởng quan trọng. Thu nhập có tác động có ý nghĩa thống kê lên ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ. Khách hàng có mức thu nhập càng cao càng có xu hướng thể hiện ý định quay lại sử dụng dịch vụ.

Cần nghiên cứu sâu hơn để hiểu lý do tại sao nhóm khách hàng có học vấn và thu nhập thấp lại ít có ý định quay lại. Có thể liên quan đến giá cả, chính sách bảo hiểm, hoặc nhận thức về chất lượng. Đây là cơ hội để cải thiện và mở rộng thị trường. Nên tập trung vào các nhóm khách hàng có học vấn và thu nhập cao, vì họ là nhóm có tiềm năng trung thành lớn nhất.

Kết luận chung: Kết quả kiểm định cho thấy ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ (YD) không bị ảnh hưởng bởi giới tính và nhóm tuổi, nhưng chịu tác động mạnh mẽ và có ý nghĩa thống kê bởi trình độ học vấn và thu nhập.

Phát hiện này cung cấp định hướng quan trọng cho hoạt động marketing và phát triển dịch vụ. Nhà quản lý nên tập trung nguồn lực vào việc thu hút và giữ chân các nhóm khách hàng có học vấn và thu nhập cao, vì họ là nhóm có tiềm năng trung thành lớn nhất. Đồng thời, cần nghiên cứu sâu hơn để hiểu rào cản (có thể là về giá cả, nhận thức chất lượng, hoặc trải nghiệm dịch vụ) khiến các nhóm khách hàng có học vấn và thu nhập thấp lại ít có ý định quay lại. Việc tháo gỡ các rào cản này không chỉ nâng cao tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế mà còn mở ra cơ hội mở rộng thị trường.

Một hạn chế của phân tích này là mới chỉ xem xét tác động riêng lẻ của từng yếu tố nhân khẩu học. Các nghiên cứu tiếp theo có thể áp dụng các phương pháp phân tích đa biến như ANOVA hai chiều (Two-Way ANOVA) hoặc hồi quy để kiểm tra tác động tương tác giữa các biến (ví dụ: giữa học vấn và thu nhập) lên ý định sử dụng dịch vụ, từ đó cung cấp một bức tranh toàn diện và sâu sắc hơn.

Kết nối với mô hình chính, kết quả phân tích khác biệt theo nhân khẩu học cung cấp thêm những gợi ý quan trọng. Sự khác biệt có ý nghĩa theo trình độ học vấn ($F = 17,826, p < 0,001$) và thu nhập ($F = 10,202, p < 0,001$) cho thấy các nhóm khách hàng này có phản ứng khác nhau đối với chất lượng dịch vụ. Điều này gợi ý rằng, trong các nghiên cứu tương lai, trình độ học vấn và thu nhập có thể được xem xét như các biến điều tiết (moderating variables) trong mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ và sự hài lòng, hoặc giữa sự hài lòng và ý định tiếp tục sử dụng. Ví dụ, khách hàng có

học vắn cao có thể có kỳ vọng cao hơn, và mức độ ảnh hưởng của các thành phần chất lượng dịch vụ đến sự hài lòng có thể khác nhau giữa các nhóm thu nhập. Đây là một hướng nghiên cứu mở rộng đáng được khám phá

TÓM TẮT CHƯƠNG 4

Chương 4 trình bày quy trình và kết quả nghiên cứu định tính và định lượng. Nghiên cứu định tính (phỏng vấn 05 chuyên gia và thảo luận nhóm 10 người) đã hiệu chỉnh mô hình và thang đo, hình thành bộ thang đo sơ bộ 42 biến, sau thảo luận nhóm còn 38 biến. Nghiên cứu định lượng sơ bộ trên 121 mẫu (EFA và Cronbach's Alpha) đã loại 2 biến, còn 36 biến quan sát chính thức.

Nghiên cứu định lượng chính thức trên 464 mẫu hợp lệ (tỷ lệ đáp ứng 84,36%). Thống kê mô tả cho thấy Sự tin tưởng và Cơ sở vật chất được đánh giá cao nhất; Hình ảnh thương hiệu và Ý định tiếp tục sử dụng ở mức thấp. Kiểm định CMB (Harman) cho thấy nhân tố đầu tiên giải thích 36,50% (<50%), không có độ chệch phương pháp chung nghiêm trọng. Đánh giá mô hình đo lường bằng PLS-SEM: tất cả hệ số tải ngoài >0,7; CR từ 0,894-0,950; AVE từ 0,630-0,790; giá trị phân biệt đạt tiêu chuẩn Fornell-Larcker và HTMT (<0,85). Mô hình cấu trúc không có đa cộng tuyến (VIF < 1,343). Các giả thuyết H1a-e, H2, H3, H4 đều được chấp nhận với $p < 0,001$. Sự tin tưởng tác động mạnh nhất đến hài lòng ($\beta = 0,294$); Sự hài lòng tác động rất mạnh đến ý định ($\beta = 0,636$). Mô hình giải thích 61,8% phương sai sự hài lòng và 50,3% phương sai ý định tiếp tục sử dụng. Kiểm định khác biệt cho thấy ý định tiếp tục sử dụng khác biệt theo trình độ học vấn và thu nhập, nhưng không theo giới tính và nhóm tuổi.

CHƯƠNG 5 : THẢO LUẬN VÀ HÀM Ý QUẢN TRỊ

5.1 Tổng hợp và thảo luận kết quả với các nghiên cứu trước

Việc so sánh, đối chiếu kết quả nghiên cứu với các nghiên cứu cùng lĩnh vực là bước then chốt để xác định tính nhất quán của học thuật, đồng thời làm rõ những đóng góp mới và khác biệt mang tính bối cảnh. Từ đó giải thích các điểm tương đồng và khác biệt dưới góc nhìn của Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (ECT) và Mô hình Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR), cũng như bối cảnh đặc thù của hệ thống y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh.

5.1.1 Tác động của các thành phần chất lượng dịch vụ đến Sự hài lòng

Kết quả nghiên cứu khẳng định Sự tin tưởng là yếu tố có tác động mạnh nhất đến sự hài lòng của khách hàng ($\beta = 0,294$, $p < 0,001$). Phát hiện này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu quốc tế như Chang và cộng sự (2013) nhấn mạnh tầm quan trọng của mối quan hệ cá nhân trong y khoa, Silva và cộng sự (2018) về vai trò của giao tiếp hiệu quả, và Al-Neyadi và cộng sự (2018) tại UAE. Sự đồng thuận xuyên suốt các nền văn hóa (phương Đông và phương Tây) cho thấy một nguyên lý phổ quát: trong các dịch vụ tin cậy cao (credence services) như y tế, khả năng thực hiện đúng cam kết, sự chính xác và nhất quán là nền tảng cốt lõi của chất lượng cảm nhận. Khách hàng, do bất đối xứng thông tin, đánh giá chất lượng thông qua các tín hiệu về độ tin cậy (thái độ chuyên nghiệp, sự chính xác của hồ sơ, sự tuân thủ quy trình). Như vậy, dù bối cảnh có khác biệt, nhu cầu cơ bản về một hệ thống y tế “đáng tin cậy” là phổ biến.

Điểm khác biệt đáng chú ý nhất của nghiên cứu này là Sự minh bạch xếp thứ hai ($\beta = 0,254$), vượt lên trên cả Sự đảm bảo ($\beta = 0,250$) và Sự đồng cảm ($\beta = 0,227$). Trong khi nhiều nghiên cứu phương Tây hoặc thậm chí tại UAE (Al-Neyadi và cộng sự, 2018) có thể nhấn mạnh vào Sự đồng cảm hoặc Sự đảm bảo là những yếu tố hàng đầu, kết quả này phản ánh rõ nét đặc thù của hệ thống y tế Việt Nam, nơi tồn tại ba vấn đề nhức nhối: (i) tình trạng “chi phí lạ” phát sinh không được báo trước; (ii) quy trình khám chữa bệnh thiếu minh bạch, khách hàng không biết mình đang ở bước nào; (iii) bất đối xứng thông tin nghiêm trọng khiến khách hàng cảm thấy “bị bỏ rơi” trong hệ thống. Chính trong bối cảnh đó, sự minh bạch trở thành một dạng “liều thuốc

giải” cho sự lo lắng và bất an. Khi khách hàng được giải thích rõ ràng về chi phí, quy trình, các lựa chọn điều trị, họ không chỉ cảm thấy được tôn trọng mà còn có thể tham gia vào quá trình ra quyết định - một nhu cầu ngày càng phổ biến trong xã hội hiện đại. Phát hiện này tương đồng với kết luận của Thạch Phuong N. (2021) và phản ánh xu hướng gia tăng quyền tự chủ của khách hàng tại Việt Nam. Như vậy, trong khi các nước phát triển đã coi minh bạch là một tiêu chuẩn tối thiểu (hygiene factor), tại Việt Nam, nó vẫn đang là một “động lực” (motivator) thực sự, tạo ra sự khác biệt lớn trong sự hài lòng.

Việc Cơ sở vật chất có hệ số tác động thấp nhất ($\beta = 0,207$) trùng khớp với phát hiện của Ali M. (2018) và Behdioglu S. và cộng sự (2019). Kết quả này khẳng định lại lý thuyết hai nhân tố của Herzberg: cơ sở vật chất là yếu tố “vệ sinh” (hygiene factor) - nếu không đạt chuẩn tối thiểu (bẩn, chật, thiếu an toàn) sẽ gây bất mãn nghiêm trọng, nhưng một khi đã đạt chuẩn, việc đầu tư thêm vượt mức (sang trọng, hiện đại) sẽ không tạo ra sự hài lòng vượt trội hay lòng trung thành. Điều này lý giải tại sao nhiều cơ sở y tế tư nhân tập trung đầu tư vào cơ sở vật chất hiện đại, nhưng khách hàng vẫn sẵn sàng chuyển sang cơ sở y tế công nếu cảm thấy được tin tưởng và minh bạch hơn. Nói cách khác, cơ sở vật chất là điều kiện cần, nhưng không phải điều kiện đủ để giữ chân khách hàng.

5.1.2 Mối quan hệ giữa Sự hài lòng, Hình ảnh thương hiệu và Ý định tiếp tục sử dụng

Sự hài lòng đến Ý định tiếp tục sử dụng ($HL \rightarrow YD, \beta = 0,636$)

Kết quả khẳng định sự hài lòng là yếu tố dự báo chính cho ý định quay lại, với hệ số β rất cao (0,636), hoàn toàn phù hợp và củng cố cho một sự đồng thuận học thuật mạnh mẽ xuyên quốc gia. Phát hiện này nhất quán với các nghiên cứu từ nhiều bối cảnh khác nhau, chẳng hạn như Woo (2021) tại Hàn Quốc, Akthar (2024) tại Ấn Độ, Nyahadzashe (2020) tại Nam Phi, Phan Thanh Hải (2021) và Nguyễn N.X. (2021) tại Việt Nam. Sự tương đồng này khẳng định tính phổ quát của lý thuyết “Sự hài lòng dẫn đến lòng trung thành” trong lĩnh vực y tế. Mức độ tác động cực kỳ mạnh mẽ trong nghiên cứu này có thể được lý giải bằng bối cảnh đặc thù của hệ thống y tế và thói quen của người dân tại Thành phố Hồ Chí Minh. Trong một môi trường cạnh tranh ngày càng cao giữa các cơ sở y tế công, tư và phòng khám, một trải nghiệm hài lòng không chỉ giữ chân khách hàng mà còn trở thành yếu tố sống còn. Hơn nữa, văn

hóa “quen bác sĩ” xu hướng tìm kiếm và trung thành với một bác sĩ cụ thể dựa trên niềm tin khiến cho sự hài lòng từ trải nghiệm cá nhân trở thành yếu tố quyết định hàng đầu, vượt trội hơn so với các yếu tố khác như giá cả hay tiện ích.

Tuy nhiên, một kết quả thống kê mô tả cần được lưu ý là điểm trung bình của biến Ý định tiếp tục sử dụng (YD) chỉ đạt 2,89/5, ở mức khá thấp. Điều này thoát nhìn có vẻ mâu thuẫn với kết luận cho rằng sự hài lòng có tác động mạnh đến ý định quay lại. Sự khác biệt này thực chất phản ánh một đặc thù trong tâm lý của bệnh nhân, vốn khác với người tiêu dùng ở các lĩnh vực dịch vụ khác. Cụ thể, việc bày tỏ "mong muốn quay lại" hoặc "sẵn sàng giới thiệu" một cơ sở y tế hàm ý thừa nhận bản thân hoặc người thân sẽ có nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế trong tương lai, điều này trái ngược với mong muốn chung về sức khỏe. Nói cách khác, bệnh nhân thường có tâm lý "không mong muốn phải quay lại bệnh viện".

Các nghiên cứu trong lĩnh vực hành vi sức khỏe đã chỉ ra rằng, khác với các sản phẩm hay dịch vụ thông thường, quyết định sử dụng lại dịch vụ y tế thường mang tâm thế "bắt buộc dĩ" và gắn liền với những trải nghiệm không mong muốn về bệnh tật. Một bệnh nhân dù có hài lòng cao đến đâu với chất lượng điều trị lần trước cũng có thể không sẵn sàng tuyên bố chắc chắn sẽ "quay lại", bởi việc quay lại đồng nghĩa với việc vấn đề sức khỏe tái phát. Fisk và cộng sự (1990) đã đề cập đến tính chất nhạy cảm này trong việc đo lường hành vi người tiêu dùng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, cho thấy các thang đo ý định hành vi thông thường cần được xem xét trong bối cảnh đặc thù.

Do đó, việc ghi nhận một điểm số YD trung bình thấp không làm suy giảm giá trị của kết quả phân tích SEM (với $\beta = 0,636$). Bởi lẽ, SEM đo lường mối quan hệ tương quan và nhân quả nội tại giữa các biến số trong cùng một mẫu khảo sát, chứ không đo lường giá trị tuyệt đối của từng biến. Mối quan hệ này được duy trì một cách nhất quán ngay cả khi bệnh nhân có xu hướng bảo thủ trong việc đưa ra đánh giá về ý định quay lại. Nói một cách dễ hiểu, dù bệnh nhân có ngần ngại thừa nhận sẽ quay lại, thì những ai cảm thấy hài lòng hơn vẫn sẽ có động cơ và xác suất quay lại cao hơn so với những người kém hài lòng. Tâm lý e dè này chỉ làm giảm giá trị trung bình của toàn bộ mẫu khảo sát, nhưng không làm thay đổi chiều hướng và cường độ mối quan hệ giữa sự hài lòng và ý định hành vi. Kết quả $\beta = 0,636$ là một bằng

chứng thống kê mạnh mẽ cho thấy, bất chấp sự e ngại chung, sự hài lòng vẫn là yếu tố dự báo then chốt nhất cho lòng trung thành của bệnh nhân.

Vai trò "bổ trợ" của Hình ảnh thương hiệu ($HA \rightarrow YD, \beta = 0,132$)

Đây là một phát hiện mang tính khác biệt và đóng góp quan trọng về mặt lý thuyết của nghiên cứu. Kết quả cho thấy tác động trực tiếp của hình ảnh thương hiệu lên ý định tiếp tục sử dụng là khá khiêm tốn ($\beta = 0,132$), tương phản một phần với các nghiên cứu của Siti Fadia Chairunnisa (2022), Muhammad Rusmin (2016), Tat Huei Cham (2020) và Hà Nam Khánh Giao (2018) - những nghiên cứu kết luận hình ảnh thương hiệu có ảnh hưởng tích cực và đáng kể đến quyết định lựa chọn.

Sự khác biệt này gợi ý một cơ chế tác động tinh tế hơn: hình ảnh thương hiệu có thể không phải là “đòn bẩy tức thời” trực tiếp thúc đẩy ý định quay lại, mà thiên về vai trò “nền tảng dài hạn và gián tiếp”. Cụ thể, một hình ảnh thương hiệu tốt, được xây dựng qua truyền thông và danh tiếng, sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc thu hút khách hàng đến lần đầu tiên. Tuy nhiên, để biến những khách hàng lần đầu đó thành những khách hàng trung thành quay lại lần thứ hai, thứ ba, thì trải nghiệm thực tế (sự hài lòng) mới là yếu tố then chốt.

Cơ chế này được ủng hộ mạnh mẽ bởi mối quan hệ rất chặt chẽ giữa Sự hài lòng và Hình ảnh thương hiệu ($HL \rightarrow HA, \beta = 0,495$). Điều này cho thấy sự hài lòng chính là yếu tố then chốt xây dựng nên hình ảnh thương hiệu từ dưới lên (bottom-up). Khách hàng sẽ chọn cơ sở y tế đó cho những lần khám chữa bệnh tiếp theo hoặc khi có vấn đề sức khỏe khác. Họ không ngần ngại đưa con cái, cha mẹ, người thân đến cơ sở đó. Hành động này biến cơ sở y tế từ một địa điểm khám chữa bệnh thông thường thành “lựa chọn đầu tiên đáng tin cậy” của cả gia đình. Điều này xây dựng hình ảnh một cơ sở y tế gần gũi, thân thuộc và gắn bó lâu dài với cộng đồng, thay vì chỉ là nơi “một lần”. Như vậy, hình ảnh thương hiệu trong ngành y tế tại Việt Nam có vẻ như là kết quả của sự hài lòng tích lũy hơn là một yếu tố độc lập tác động mạnh mẽ đến hành vi. Phát hiện này phù hợp với bối cảnh mà người dân có xu hướng đặt niềm tin vào trải nghiệm thực tế và lời giới thiệu từ người thân (word-of-mouth) hơn là các chiến dịch truyền thông một chiều..

Kết hợp các phân tích trên, có thể xây dựng một mô hình giải thích tích hợp :

ECT: Chất lượng dịch vụ cảm nhận (đặc biệt là Sự tin tưởng và Sự minh bạch) đóng vai trò là mức độ “xác nhận” (confirmation) so với kỳ vọng ban đầu. Khi sự xác

nhận tích cực, khách hàng hình thành sự hài lòng. Trong bối cảnh Thành phố Hồ Chí Minh, do mức độ cạnh tranh cao và thông tin bất đối xứng, kỳ vọng của khách hàng ngày càng cao, đặc biệt về tính minh bạch. Do đó, các cơ sở y tế đáp ứng được kỳ vọng này sẽ tạo ra sự hài lòng vượt trội.

SOR (Kích thích - Chủ thể - Phản ứng): Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tác động đến trạng thái bên trong của khách hàng, bao gồm Sự hài lòng và Hình ảnh thương hiệu đây là hai thành tố của Chủ thể (Organism). Sự hài lòng, đến lượt mình, vừa tác động trực tiếp lên Phản ứng (Response) là Ý định tiếp tục sử dụng, vừa tác động gián tiếp thông qua việc củng cố Hình ảnh thương hiệu. Cơ chế “kép” này giải thích tại sao tổng tác động của sự hài lòng lên ý định là rất lớn, trong khi tác động trực tiếp của hình ảnh thương hiệu chỉ ở mức khiêm tốn.

Thành phố Hồ Chí Minh có hệ thống y tế phát triển, đa dạng loại hình, và người dân có trình độ học vấn, thu nhập và kỳ vọng cao. Điều này tạo ra ba hệ quả: (i) sự minh bạch trở thành một yếu tố cạnh tranh then chốt, bởi khách hàng có đủ năng lực và nhu cầu để đòi hỏi thông tin; (ii) sự hài lòng có trọng số rất cao trong việc giữ chân khách hàng, do thị trường đầy rẫy các lựa chọn thay thế; (iii) hình ảnh thương hiệu không thể thay thế trải nghiệm thực tế, mà là hệ quả của nó. Những cơ sở y tế hiểu rõ đặc điểm này sẽ tập trung nguồn lực vào cải thiện trải nghiệm thực tế (đặc biệt là xây dựng niềm tin và minh bạch) thay vì chỉ chạy theo quảng cáo và đầu tư cơ sở vật chất.

So với các nghiên cứu trước, luận án vừa khẳng định tính phổ quát của các mối quan hệ cốt lõi (tin tưởng → hài lòng → ý định trung thành), vừa làm nổi bật những khác biệt mang tính bối cảnh, đặc biệt là vai trò nổi bật của Sự minh bạch và cơ chế gián tiếp, tích lũy của Hình ảnh thương hiệu. Những phát hiện này không chỉ có giá trị học thuật trong việc vận dụng ECT và SOR vào lĩnh vực y tế, mà còn cung cấp một bản đồ chiến lược thực tiễn cho các nhà quản lý cơ sở y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh nói riêng và Việt Nam nói chung.

5.1.3 Giá trị của mô hình tích hợp ECT-SOR

Một trong những đóng góp cốt lõi của luận án là việc xây dựng và kiểm định thực nghiệm mô hình tích hợp Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (ECT) và Lý thuyết Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR). Kết quả nghiên cứu không chỉ khẳng định giá trị của sự tích hợp này mà còn làm rõ những lợi thế vượt trội của nó so với việc sử dụng từng lý thuyết riêng lẻ.

Thứ nhất, các phát hiện thực nghiệm xác thực cấu trúc ba thành phần S-O-R của mô hình SOR trong bối cảnh y tế. Chất lượng dịch vụ (S) - với năm thành phần cấu thành - thực sự đóng vai trò là kích thích từ môi trường, tác động đến trạng thái bên trong của khách hàng (O). Kết quả $R^2 = 0,618$ cho thấy 61,8% phương sai của Sự hài lòng được giải thích bởi chất lượng dịch vụ, khẳng định mối liên hệ chặt chẽ giữa kích thích và trạng thái chủ thể. Tương tự, Sự hài lòng và Hình ảnh thương hiệu cùng giải thích 50,3% phương sai của Ý định tiếp tục sử dụng ($R^2 = 0,503$), chứng minh rằng trạng thái bên trong (O) có khả năng dự báo mạnh mẽ phản ứng hành vi (R). Như vậy, toàn bộ chuỗi $S \rightarrow O \rightarrow R$ được khẳng định vững chắc bằng dữ liệu thực nghiệm.

Thứ hai, mô hình tích hợp cho phép giải thích đồng thời cả hai cơ chế hình thành sự hài lòng mà ECT và SOR khi đứng riêng lẻ không thể bao quát. Về phía ECT, kết quả cho thấy quá trình "xác nhận kỳ vọng" vận hành thông qua năm thành phần chất lượng dịch vụ. Đặc biệt, Sự tin tưởng ($\beta = 0,294$) và Sự minh bạch ($\beta = 0,254$) - hai thành phần phản ánh rõ nhất sự so sánh giữa kỳ vọng và hiệu suất thực tế - có tác động mạnh nhất đến Sự hài lòng. Điều này chứng tỏ cơ chế so sánh mà ECT đề xuất vận hành một cách hiệu quả trong bối cảnh y tế: khi khách hàng cảm nhận dịch vụ vượt hoặc đạt kỳ vọng về độ tin cậy và minh bạch, sự xác nhận tích cực diễn ra và dẫn đến hài lòng. Về phía SOR, mô hình bổ sung thêm khía cạnh nhận thức bền vững (Hình ảnh thương hiệu) như một thành tố của O, vượt ra ngoài phản ứng cảm xúc tức thời (Sự hài lòng). Sự hài lòng không chỉ tác động trực tiếp đến Ý định ($\beta = 0,636$) mà còn củng cố Hình ảnh thương hiệu ($\beta = 0,495$) - một cơ chế "cộng hưởng" chỉ có thể được phát hiện khi có sự tích hợp giữa ECT và SOR.

Thứ ba, luận án đã kiểm định thành công một luận điểm mới: Hình ảnh thương hiệu đóng vai trò là một trạng thái chủ thể (O) thay vì một kích thích (S). Với hệ số tác động từ Sự hài lòng đến Hình ảnh thương hiệu ($\beta = 0,495$) và từ Hình ảnh thương hiệu đến Ý định tiếp tục sử dụng ($\beta = 0,132$), kết quả cho thấy hình ảnh thương hiệu được hình thành từ dưới lên (bottom-up), dựa trên trải nghiệm tích lũy, chứ không phải là một yếu tố từ môi trường tác động vào khách hàng. Điều này xác nhận một cách thực nghiệm quan điểm lý thuyết đã được lập luận tại Chương 2: trong lĩnh vực y tế - nơi tính tin cậy cao và thông tin bất đối xứng - trải nghiệm thực tế đóng vai trò áp đảo trong việc định hình hình ảnh thương hiệu, hơn là các chiến dịch truyền thông

hay quảng bá bên ngoài. Phát hiện này là một đóng góp có giá trị trong việc vận dụng SOR vào bối cảnh dịch vụ y tế.

Thứ tư, mô hình tích hợp giúp giải thích được "cơ chế kép" (dual mechanism) dẫn đến ý định tiếp tục sử dụng. Kênh thứ nhất là con đường trực tiếp: Sự hài lòng (O1) $\rightarrow$ Ý định tiếp tục (R) với tác động rất mạnh ($\beta = 0,636$). Kênh thứ hai là con đường gián tiếp dài hơi: Sự hài lòng (O1) $\rightarrow$ Hình ảnh thương hiệu (O2) $\rightarrow$ Ý định tiếp tục (R), trong đó tác động gián tiếp là $0,495 \times 0,132 \approx 0,065$. Mặc dù tác động gián tiếp nhỏ hơn nhiều so với tác động trực tiếp, sự hiện diện của hai kênh này cho thấy quyết định quay lại của khách hàng không phải là một phản ứng nhất thời mà là một quá trình đa tầng: vừa bị thúc đẩy bởi cảm xúc hài lòng tức thời, vừa được củng cố bởi một hình ảnh thương hiệu tích cực được xây dựng qua thời gian. Chính sự tích hợp ECT-SOR đã cho phép phát hiện và đo lường được cơ chế kép này.

Tóm lại, bằng chứng thực nghiệm từ luận án đã xác thực giá trị của mô hình tích hợp ECT-SOR trên bốn phương diện: (i) khẳng định toàn bộ chuỗi S-O-R trong bối cảnh y tế; (ii) giải thích đồng thời cả cơ chế xác nhận kỳ vọng (ECT) và cơ chế chuyển hóa trạng thái bên trong (SOR); (iii) xác nhận vai trò của hình ảnh thương hiệu như một trạng thái chủ thể được hình thành từ trải nghiệm; (iv) phát hiện cơ chế kép của sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu trong việc thúc đẩy ý định hành vi. Những đóng góp này không chỉ có ý nghĩa về mặt học thuật - mở rộng phạm vi ứng dụng của SOR và ECT sang lĩnh vực y tế và bối cảnh Việt Nam - mà còn cung cấp một khung phân tích chiến lược có giá trị cho các nhà quản lý, như sẽ được trình bày chi tiết trong các hàm ý quản trị dưới đây.

5.2 Hàm ý quản trị

Dựa trên các phát hiện thực nghiệm từ mô hình SOR (với S = chất lượng dịch vụ y tế, O = sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu, R = ý định tiếp tục sử dụng), luận án đề xuất một khung chiến lược toàn diện gồm ba trụ cột chính nhằm tối ưu hóa trải nghiệm của khách hàng, từ đó gia tăng ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ và định vị thương hiệu cơ sở y tế vững chắc.

5.2.1 Chiến lược cải thiện chất lượng dịch vụ ưu tiên theo mức độ ảnh hưởng

5.2.1.1. Xây dựng sự tin tưởng tuyệt đối

Với hệ số tác động cao nhất ($\beta = 0,294$), Sự tin tưởng không phải là một khái niệm cảm tính mơ hồ mà là kết quả của một quá trình được thiết kế bài bản. Trong

bối cảnh y tế với mức độ rủi ro và bất đối xứng thông tin cao, niềm tin của khách hàng được xây dựng từ ba nguồn chính: (i) năng lực chuyên môn của đội ngũ y tế; (ii) sự chính xác và đáng tin cậy trong các quy trình hành chính và chuyên môn; (iii) sự quan tâm, tôn trọng và bảo mật thông tin.

Các giải pháp cụ thể bao gồm:

Đào tạo liên tục về “Giao tiếp y khoa lấy khách hàng làm trung tâm”: Không chỉ bác sĩ, mà toàn bộ nhân viên tiếp xúc với khách hàng (điều dưỡng, kỹ thuật viên, nhân viên lễ tân, bảo vệ) cần được huấn luyện về kỹ năng lắng nghe tích cực, giải thích bằng ngôn ngữ dễ hiểu, thái độ tôn trọng và thể hiện sự thấu cảm. Mỗi bác sĩ nên dành tối thiểu 3-5 phút cho mỗi lượt khám để giải đáp thắc mắc, thay vì chỉ tập trung vào chẩn đoán và kê đơn. Các cơ sở y tế có thể tham khảo mô hình đào tạo “Patient-Centered Communication” của Viện Y khoa Quốc gia Hoa Kỳ hoặc chương trình “Bác sĩ gia đình” tại các nước phát triển.

Xây dựng bộ quy tắc ứng xử chuẩn mực (Code of Conduct) và giám sát thực thi: Bộ quy tắc cần quy định cụ thể về cách chào hỏi, xưng hô, giới thiệu bản thân, giải thích quy trình trước khi thực hiện kỹ thuật, xin phép trước khi chạm vào cơ thể khách hàng, và tôn trọng không gian riêng tư. Việc giám sát có thể thực hiện thông qua khảo sát nhanh sau khi khách hàng xuất viện, sử dụng bảng kiểm (checklist) kết hợp với quay phim có sự đồng ý trong các tình huống mô phỏng. Các trường hợp vi phạm cần có chế tài xử lý rõ ràng, đồng thời khen thưởng những cá nhân xuất sắc trong giao tiếp và xây dựng niềm tin.

Đảm bảo tính chính xác và minh bạch trong quản lý hồ sơ bệnh án và hóa đơn: Sự tin tưởng dễ bị phá vỡ bởi những sai sót nhỏ nhưng đáng tiếc: nhầm lẫn tên khách hàng, sai sót trong kê đơn, hóa đơn bị tính sai. Các cơ sở y tế cần đầu tư vào hệ thống quản lý bệnh án điện tử (EMR) có cơ chế kiểm tra chéo, đồng thời thiết lập quy trình rà soát hóa đơn hai bước (một lúc thanh toán viện phí và một lúc khi xuất viện) để phát hiện và điều chỉnh sai sót kịp thời. Một hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn quốc tế như ISO 9001:2015 hoặc JCI có thể được áp dụng để chuẩn hóa các quy trình này.

5.2.1.2. Thúc đẩy sự minh bạch toàn diện

Sự minh bạch xếp vị trí thứ hai về mức độ tác động ($\beta = 0,254$), vượt lên trên cả Sự đảm bảo và Sự đồng cảm - một kết quả có thể coi là khác biệt so với nhiều

ngiên cứu tại các nước phát triển. Điều này phản ánh một thực tế của hệ thống y tế Việt Nam: khách hàng thường rơi vào trạng thái “bất lực” vì thiếu thông tin về chi phí, quy trình và các lựa chọn điều trị. Chính vì vậy, minh bạch không chỉ là một yếu tố gia tăng sự hài lòng mà còn là một “liều thuốc giải” cho sự lo lắng, bất an và cảm giác bị bỏ rơi.

Các giải pháp trọng tâm:

Niêm yết công khai, chi tiết bảng giá và dự toán chi phí: Bảng giá cần được niêm yết tại nhiều vị trí dễ thấy (khu vực đăng ký, phòng chờ, hành lang) và được đăng tải trên website, ứng dụng di động của cơ sở y tế. Đối với các dịch vụ phức tạp (phẫu thuật, điều trị nội trú kéo dài), cơ sở cần cung cấp một bảng dự toán chi phí chi tiết trước khi điều trị, có chữ ký xác nhận của bác sĩ điều trị và trưởng khoa. Mọi phát sinh ngoài dự toán cần được thông báo kịp thời kèm giải trình rõ ràng. Giải pháp này đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa các khoa lâm sàng, phòng kế hoạch tổng hợp và phòng tài chính kế toán.

Xây dựng cơ chế giải đáp thắc mắc về chi phí nhanh chóng, minh bạch: Thiết lập một “bộ phận hỗ trợ tài chính” hoặc “tư vấn viên chi phí” độc lập, không phụ thuộc vào bác sĩ điều trị, để khách hàng có thể hỏi về chi phí mà không e ngại. Bộ phận này có nhiệm vụ giải thích cơ cấu giá, các khoản thuốc, vật tư y tế nằm trong và ngoài danh mục bảo hiểm y tế, cũng như hỗ trợ thủ tục thanh toán. Thời gian phản hồi các thắc mắc về chi phí không nên quá 30 phút trong giờ hành chính.

Phát triển ứng dụng/cổng thông tin khách hàng để trao quyền truy cập thông tin cá nhân: Khách hàng cần được cấp tài khoản để truy cập vào hồ sơ sức khỏe điện tử của chính mình, bao gồm: kết quả xét nghiệm, hình ảnh chẩn đoán, đơn thuốc, tóm tắt xuất viện, lịch sử khám chữa bệnh. Việc này không chỉ thỏa mãn nhu cầu minh bạch mà còn giúp khách hàng tham gia tích cực vào quá trình theo dõi và quản lý sức khỏe lâu dài. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là một điển hình tiên phong trong lĩnh vực này, có thể được tham khảo và nhân rộng.

Thiết lập quy trình “đồng ra quyết định” (shared decision-making) trong điều trị: Đối với các bệnh lý có nhiều phương pháp điều trị (ví dụ: ung thư, bệnh mạn tính), bác sĩ cần trình bày rõ ràng các lựa chọn, kèm theo phân tích về hiệu quả, rủi ro, chi phí và tác động đến chất lượng cuộc sống. Khách hàng và gia đình được khuyến khích

đặt câu hỏi và cùng bác sĩ đi đến quyết định cuối cùng. Cách tiếp cận này không chỉ nâng cao sự minh bạch mà còn thể hiện sự tôn trọng quyền tự chủ của khách hàng - một yêu cầu ngày càng phổ biến trong y học hiện đại.

5.2.1.3. Duy trì và nâng cao các yếu tố nền tảng

Mặc dù có hệ số tác động thấp hơn so với Sự tin tưởng và Sự minh bạch, Sự đảm bảo ($\beta = 0,250$) và Sự đồng cảm ($\beta = 0,227$) vẫn đóng vai trò quan trọng trong việc tạo nên trải nghiệm toàn diện.

Đối với Sự đảm bảo: Cần tập trung vào việc nâng cao trình độ chuyên môn thực tế thông qua các chương trình đào tạo cập nhật kiến thức y khoa dựa trên bằng chứng (evidence-based medicine), tổ chức các buổi hội chẩn ca bệnh phức tạp và xây dựng quy trình chuyển tuyến, hội chẩn từ xa (teleconsultation) cho các chuyên khoa sâu. Bên cạnh đó, việc công khai các chỉ số chất lượng (tỷ lệ thành công của một số phẫu thuật điển hình, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, tỷ lệ tai biến...) sẽ củng cố niềm tin của khách hàng vào năng lực chuyên môn.

Đối với Sự đồng cảm: Ngoài việc duy trì thái độ lịch sự, tôn trọng, các cơ sở y tế cần thiết kế các quy trình “chăm sóc theo nhóm đối tượng”. Ví dụ: đối với khách hàng cao tuổi, cần có nhân viên hỗ trợ di chuyển, ưu tiên khi chờ đợi và tạo không gian riêng tư; đối với khách hàng là trẻ em, cần có phòng vui chơi, các hoạt động giải trí nhẹ nhàng để giảm căng thẳng cho trẻ và phụ huynh; đối với khách hàng mạn tính, cần có chương trình quản lý bệnh từ xa và hỗ trợ tư vấn dinh dưỡng, tâm lý. Đồng cảm không phải là một kỹ năng mềm mờ nhạt mà cần được cụ thể hóa thành các hành động, quy trình và tiêu chí đánh giá.

5.2.1.4. Đầu tư thông minh vào cơ sở vật chất

Cơ sở vật chất có hệ số tác động thấp nhất ($\beta = 0,207$) và được xem là yếu tố “phải có” (hygiene factor) theo lý thuyết hai nhân tố của Herzberg. Điều này có nghĩa: nếu cơ sở vật chất không đạt chuẩn tối thiểu, nó sẽ gây bất mãn nghiêm trọng; nhưng một khi đã đạt chuẩn, việc đầu tư thêm vượt mức sẽ không tạo ra sự khác biệt lớn trong sự hài lòng và ý định trung thành. Do đó, chiến lược đầu tư cần hướng tới:

Đảm bảo các tiêu chuẩn tối thiểu bắt buộc: Kiểm soát nhiễm khuẩn (hệ thống thông khí, khử khuẩn buồng bệnh, nhà vệ sinh đạt chuẩn), an toàn phòng cháy chữa cháy, không gian chờ thoáng đãng, hệ thống biển chỉ dẫn rõ ràng, giường bệnh sạch sẽ và đầy đủ tiện nghi cơ bản (đèn đọc sách, chuông gọi, rèm che riêng tư).

Đầu tư có chọn lọc vào các tiện ích gia tăng trải nghiệm: Hệ thống wifi miễn phí tốc độ cao, khu vực chờ có ghế ngồi thoải mái và máy lạnh, quầy café/sách báo, khu vui chơi cho trẻ em, bãi đỗ xe rộng rãi và an toàn. Những tiện ích này không đòi hỏi chi phí quá lớn nhưng có thể tạo ấn tượng tích cực, đặc biệt trong bối cảnh khách hàng phải chờ đợi lâu (như tại các bệnh viện công tuyến cuối ở Thành phố Hồ Chí Minh).

5.2.2 Chiến lược xây dựng và củng cố hình ảnh thương hiệu

Một phát hiện có ý nghĩa chiến lược đặc biệt là: Hình ảnh thương hiệu có tác động trực tiếp thấp đến ý định tiếp tục sử dụng ($\beta = 0,132$) nhưng lại có tác động gián tiếp rất cao thông qua sự hài lòng ($\beta = 0,495$). Điều này chứng minh rằng trong lĩnh vực y tế - một dịch vụ đặc trưng bởi tính tin cậy (credence quality) - hình ảnh thương hiệu không thể được xây dựng bằng các chiến dịch quảng cáo truyền thông một chiều thuần túy. Thay vào đó, nó phải là “hệ quả tự nhiên” của một quá trình cung cấp dịch vụ xuất sắc và nhất quán.

5.2.2.1. Biến khách hàng hài lòng thành đại sứ thương hiệu

Thiết kế hệ thống khuyến khích giới thiệu (referral program): Các cơ sở y tế tư nhân có thể áp dụng chương trình “giới thiệu bạn bè - nhận ưu đãi khám sức khỏe định kỳ”. Đối với cơ sở y tế công, các hình thức khuyến khích phi tài chính (ưu tiên đặt lịch khám, được tặng một gói tầm soát sức khỏe cơ bản) cũng có hiệu quả.

Chủ động xây dựng nội dung “câu chuyện của khách hàng” (patient stories): Sản xuất các video hoặc bài viết có chất lượng kể về hành trình điều trị thành công, đặc biệt nhấn mạnh vào vai trò của đội ngũ y bác sĩ và sự quan tâm, minh bạch trong quá trình điều trị. Những câu chuyện chân thực này cần được đăng tải trên website, fanpage và kênh YouTube của cơ sở y tế, và có thể gửi đến các báo, tạp chí uy tín về sức khỏe. Quan trọng là phải có sự đồng ý bằng văn bản của khách hàng và tuân thủ nguyên tắc bảo mật thông tin.

Quản lý danh tiếng trực tuyến một cách bài bản: Cơ sở y tế cần có một bộ phận chuyên trách (hoặc ít nhất một nhân sự) để theo dõi các đánh giá, bình luận trên Google Maps, Facebook, các diễn đàn sức khỏe (ví dụ: webtretho.com, lamchame.com). Cần phản hồi tất cả các đánh giá - cả tích cực lẫn tiêu cực - một cách chuyên nghiệp, kịp thời (trong vòng 24-48 giờ). Đối với phản hồi tích cực: cảm ơn và trân trọng. Đối với

phản nàn: xin lỗi, giải trình (nếu có hiểu nhầm) và đề nghị cơ hội giải quyết vấn đề qua kênh riêng tư (số điện thoại, email). Hành động này không chỉ cải thiện hình ảnh thương hiệu mà còn cho thấy cơ sở y tế thực sự lắng nghe khách hàng.

5.2.2.2. Định hướng truyền thông nhấn mạnh vào giá trị cốt lõi

Các chiến dịch truyền thông truyền thống (báo chí, truyền hình, billboard, mạng xã hội) cần chuyển trọng tâm từ “cơ sở vật chất hiện đại” sang “đội ngũ bác sĩ tận tâm, giàu kinh nghiệm” và “minh bạch, đồng hành cùng khách hàng”. Một số ý tưởng cụ thể:

Chiến dịch “Bác sĩ của bạn - Người đồng hành tin cậy”: Giới thiệu chân dung, hành trình nghề nghiệp, triết lý điều trị của các bác sĩ đầu ngành, kèm theo những câu chuyện cảm động về sự tận tụy. Chiến dịch này giúp “cá nhân hóa” thương hiệu, biến nó từ một thực thể vô tri thành một tập thể những con người cụ thể, đáng tin cậy.

Chiến dịch “Minh bạch từng con số”: Cam kết công khai bảng giá, dự toán chi phí và cơ chế phản hồi về chi phí trong vòng 30 phút. Chiến dịch cần đi kèm với các bằng chứng thực tế: hình ảnh bảng giá được niêm yết, các bài báo phỏng vấn khách hàng về sự hài lòng với tính minh bạch, video hướng dẫn cách tra cứu chi phí qua ứng dụng.

Chiến dịch “Kết nối và sẻ chia”: Tổ chức các buổi tư vấn sức khỏe cộng đồng miễn phí (trực tiếp và trực tuyến), đặc biệt tập trung vào các chủ đề thời sự (bệnh không lây nhiễm, chăm sóc sau COVID-19, sức khỏe tâm thần). Thông qua các hoạt động này, cơ sở y tế khẳng định vai trò là một “người hàng xóm tốt” và một chuyên gia sức khỏe đáng tin cậy.

5.2.2.3. Kiến tạo hình ảnh trung tâm y tế chuyên sâu, tiên phong

Để xây dựng hình ảnh thương hiệu bền vững ở tầm chiến lược, các cơ sở y tế cần hướng đến việc trở thành những trung tâm xuất sắc (center of excellence) trong một hoặc một số lĩnh vực chuyên môn cụ thể.

Công bố các thành tựu y khoa trên các kênh học thuật và truyền thông: Khi thực hiện thành công một kỹ thuật mới (ví dụ: phẫu thuật nội soi robot, ghép tạng, điều trị ung thư bằng liệu pháp miễn dịch), cần có bài báo khoa học trên tạp chí chuyên ngành (trong nước hoặc quốc tế) và một thông cáo báo chí được phát hành đến các cơ quan truyền thông. Những thông tin này không chỉ khẳng định năng lực chuyên môn mà còn giúp khách hàng có thêm cơ sở lựa chọn cho các ca bệnh phức tạp.

Đầu tư vào nghiên cứu và đào tạo: Các cơ sở y tế nên hợp tác với các trường đại học y khoa, viện nghiên cứu để thực hiện các đề tài nghiên cứu lâm sàng, đồng thời tổ chức các chương trình đào tạo liên tục cho đội ngũ tuyến dưới. Hình ảnh một cơ sở “vừa điều trị, vừa nghiên cứu, vừa đào tạo” sẽ tạo ra lợi thế cạnh tranh khác biệt, khó bị bắt chước bởi các cơ sở chỉ thuần túy cung cấp dịch vụ.

Xây dựng các chương trình chứng nhận chất lượng quốc tế: Các cơ sở có thể đăng ký đánh giá và đạt chứng nhận từ các tổ chức uy tín như JCI (Joint Commission International), ISO 9001, hoặc các chứng nhận chất lượng phòng xét nghiệm (ISO 15189). Những chứng nhận này không chỉ là bằng chứng khách quan về chất lượng mà còn là một “tín hiệu” mạnh mẽ gửi đến khách hàng, đặc biệt là khách hàng quốc tế hoặc những người có thu nhập cao.

5.2.3 Thiết kế quy trình quản lý kỳ vọng và tạo sự xác nhận liên tục

Một đóng góp quan trọng khác của luận án là việc khẳng định vai trò trung tâm của sự hài lòng (với hệ số tác động lớn nhất lên ý định tiếp tục sử dụng, $\beta = 0,636$). Sự hài lòng không phải là một trạng thái tĩnh, mà là kết quả của sự so sánh giữa trải nghiệm thực tế với kỳ vọng. Do đó, các nhà quản lý cần chủ động quản lý kỳ vọng của khách hàng ngay từ trước khi họ đặt chân đến cơ sở y tế, và liên tục tạo ra những “xác nhận dương tính” trong suốt hành trình điều trị.

Các giải pháp cụ thể:

Cung cấp thông tin kỳ vọng thực tế ngay từ đầu: Trên website, ứng dụng di động và tại quầy đăng ký, cơ sở y tế nên công khai các thông tin về thời gian chờ đợi trung bình (cho từng khoa, từng khung giờ), thủ tục đăng ký chi tiết, và những điều khách hàng cần chuẩn bị. Việc này giúp “hạ nhiệt” kỳ vọng quá cao, tránh tình trạng khách hàng thất vọng ngay từ bước đầu.

Xây dựng các “điểm chạm tạo xác nhận dương tính” (positive confirmation touchpoints): Trong hành trình điều trị, có những thời điểm khách hàng đặc biệt lo lắng hoặc dễ bất mãn (ví dụ: lần đầu đến, chờ kết quả xét nghiệm, trước khi phẫu thuật). Tại các điểm chạm này, cơ sở y tế cần thiết kế những trải nghiệm ngắn nhưng có ý nghĩa: một lời chào thân thiện từ lễ tân, một cuộc gọi hỏi thăm từ điều dưỡng trước khi phẫu thuật, một tin nhắn thông báo kết quả xét nghiệm kèm lời nhắn “kết quả của anh/chị đã có, bác sĩ sẽ tư vấn cụ thể trong buổi tái khám”. Những “cú huých”

tích cực này liên tục khẳng định với khách hàng rằng họ đang được quan tâm và dịch vụ đang được thực hiện đúng như cam kết.

Triển khai hệ thống đo lường sự hài lòng liên tục và phản hồi nhanh: Không nên chỉ khảo sát sự hài lòng một lần vào thời điểm xuất viện. Thay vào đó, có thể áp dụng khảo sát “xúc biểu” ngắn (2-3 câu hỏi) qua SMS hoặc email vào các thời điểm: 24 giờ sau khi đăng ký khám, 24 giờ sau khi nhập viện, và 48 giờ sau khi xuất viện. Cơ sở y tế cần có quy trình xử lý các phản hồi tiêu cực ngay lập tức (trong vòng 24 giờ), thay vì chờ đến cuối tháng để tổng hợp.

Xây dựng “văn hóa xin lỗi và đền bù” (service recovery culture): Khi sai sót xảy ra (dù là nhỏ), cơ sở y tế không nên che giấu hay đổ lỗi. Thay vào đó, cần nhanh chóng thừa nhận, xin lỗi chân thành và đề xuất một hình thức đền bù phù hợp (ví dụ: miễn giảm một phần chi phí, tặng một gói khám sức khỏe, hoặc ưu tiên lịch hẹn). Nghiên cứu đã chỉ ra rằng một quy trình phục hồi dịch vụ hiệu quả có thể biến một khách hàng không hài lòng thành một khách hàng trung thành hơn so với trước khi xảy ra sai sót..

5.2.4 Hàm ý phân tầng theo loại hình bệnh viện

5.2.4.1. Đối với bệnh viện công lập

Các bệnh viện công thường đối mặt với áp lực quá tải, nguồn lực hạn chế, nhưng đồng thời có lợi thế về uy tín lịch sử và chi phí thấp. Dựa vào các hệ số tác động, bệnh viện công nên tập trung vào các giải pháp có chi phí thấp nhưng mang lại hiệu quả cao.

Minh bạch chi phí và giảm thiểu các “khoản thu không chính thức”: Đây là vấn đề nhức nhối nhất tại nhiều bệnh viện công, ảnh hưởng trực tiếp đến Sự minh bạch ($\beta=0,254$) và Sự tin tưởng ($\beta=0,294$). Giải pháp: Niêm yết bảng giá rõ ràng tại mọi điểm tiếp xúc, áp dụng dự toán chi phí trước khi nhập viện/phẫu thuật (dù đơn giản), thành lập bộ phận “đường dây nóng” hoặc hòm thư góp ý để khách hàng phản ánh về các khoản thu bất thường. Công khai các hình thức xử lý vi phạm. Một số bệnh viện công đã thành công với mô hình “một cửa thanh toán” và “hóa đơn điện tử chi tiết” cần nhân rộng.

Đào tạo giao tiếp cho nhân viên y tế, đặc biệt là bác sĩ và lễ tân dù không đòi hỏi kinh phí lớn, nhưng cần sự kiên trì. Tổ chức các lớp tập huấn ngắn (2-4 giờ) định

kỳ hàng tháng/quý, với trọng tâm: cách chào hỏi, xưng hô phù hợp, giải thích chẩn đoán và phác đồ bằng ngôn ngữ dễ hiểu, kỹ năng lắng nghe và xin lỗi. Ban giám đốc cần gương mẫu và đưa tiêu chí giao tiếp vào đánh giá thi đua, khen thưởng.

Cải thiện môi trường tiếp đón và quy trình hành chính giảm thời gian chờ: Các bệnh viện công có thể tạo ra “xác nhận dương tính” ngay từ đầu bằng cách: sắp xếp khu vực chờ sạch sẽ, thoáng mát, có ghế ngồi đầy đủ; bố trí nhân viên hướng dẫn, giải đáp; áp dụng hệ thống lấy số thứ tự, tin nhắn thông báo đến lượt. Những cải tiến này tác động tích cực đến Sự đồng cảm và giảm căng thẳng cho khách hàng. Đặc biệt, cần giảm thời gian chờ làm thủ tục hành chính (đăng ký, thanh toán, nhận thuốc) đây là “điểm đau” lớn nhất tại bệnh viện công.

Tận dụng hình ảnh thương hiệu từ các thành tựu điều trị và gương điển hình tập thể: Thay vì quảng bá rộng, bệnh viện công nên xây dựng hình ảnh thông qua các câu chuyện chân thực, các ca bệnh phức tạp được điều trị thành công, sự tận tâm của bác sĩ. Phòng truyền thông có thể sản xuất các bài viết ngắn, phỏng vấn (có sự đồng ý của khách hàng) đăng trên website, fanpage, gửi báo địa phương. Hình ảnh “bệnh viện của nhân dân, tận tâm và minh bạch” sẽ tạo sự khác biệt.

5.2.4.2. Đối với bệnh viện tư nhân

Bệnh viện tư nhân có lợi thế về nguồn lực, cơ sở vật chất và tính linh hoạt trong quản trị. Chiến lược nên tập trung vào việc khai thác tối đa tác động của hình ảnh thương hiệu và sự hài lòng thông qua các dịch vụ gia tăng.

Đầu tư mạnh vào xây dựng hình ảnh thương hiệu chuyên nghiệp, khác biệt. Do hình ảnh thương hiệu có tác động gián tiếp cao đến ý định tiếp tục (qua sự hài lòng, $\beta=0,495$), bệnh viện tư cần xây dựng một “câu chuyện thương hiệu” rõ ràng, gắn với giá trị cốt lõi (ví dụ: “minh bạch”, “đồng hành”, “công nghệ cao”). Đầu tư vào website, các chiến dịch truyền thông có định hướng, đặc biệt trên mạng xã hội (Facebook, YouTube, Tiktok) với nội dung giáo dục sức khỏe, giới thiệu đội ngũ bác sĩ, chia sẻ câu chuyện thành công. Tham gia các giải thưởng uy tín, đạt chứng nhận quốc tế (JCI) để tạo tín hiệu chất lượng.

Quản lý đánh giá trực tuyến một cách bài bản và chiến lược. Bệnh viện tư cần có bộ phận marketing/chăm sóc khách hàng chuyên trách theo dõi các nền tảng (Google Maps, Facebook, Yelp, diễn đàn). Không chỉ phản hồi mà còn chủ động

khuyến khích khách hàng hài lòng để lại đánh giá tích cực (ví dụ: tặng voucher khám sức khỏe nhỏ, giảm giá lần sau). Đối với đánh giá tiêu cực, cần phản hồi nhanh, chuyên nghiệp, mời khách hàng quay lại để giải quyết vấn đề - hành động này có thể biến khủng hoảng thành cơ hội củng cố hình ảnh.

Thiết kế các gói chăm sóc sau khám và quản lý bệnh mạn tính từ xa. Đây là yếu tố tạo ra sự hài lòng bền vững ($\beta=0,636$). Ví dụ: đối với khách hàng sau phẫu thuật, có chương trình gọi điện hỏi thăm sau 1, 7, 30 ngày; gửi tin nhắn nhắc tái khám, hướng dẫn chăm sóc; kết nối với bác sĩ qua ứng dụng khi có vấn đề. Đối với khách hàng cao huyết áp, đái tháo đường, thiết lập hệ thống theo dõi chỉ số từ xa, tư vấn dinh dưỡng định kỳ. Những dịch vụ này vừa gia tăng sự hài lòng, vừa củng cố hình ảnh thương hiệu hiện đại, quan tâm.

Đầu tư vào cơ sở vật chất và tiện ích cao cấp nhưng có trọng tâm. Vì cơ sở vật chất có hệ số tác động thấp nhất ($\beta=0,207$), bệnh viện tư không nên dàn trải đầu tư vào các hạng mục xa xỉ ít giá trị gia tăng. Thay vào đó, tập trung vào những tiện ích được khách hàng đánh giá cao: phòng bệnh riêng tư, sạch sẽ, có wifi và truyền hình; khu vực chờ thoải mái như khách sạn; nhà vệ sinh đạt chuẩn; dịch vụ ăn uống tại giường. Kết hợp với các chương trình chăm sóc sau khám để tạo ra trải nghiệm “liền mạch”.

Xây dựng quy trình “đồng ra quyết định” và minh bạch hoàn toàn về chi phí: Bệnh viện tư có điều kiện để áp dụng mô hình shared decision-making không chỉ tạo ra sự hài lòng mà còn là điểm khác biệt cạnh tranh so với bệnh viện công. Cung cấp bảng dự toán chi tiết trước điều trị, cam kết không phát sinh ngoài dự toán nếu không có thỏa thuận. Giải pháp này tác động trực tiếp đến Sự minh bạch ($\beta=0,254$) và Sự tin tưởng ($\beta=0,294$) vốn là các yếu tố mạnh nhất.

5.3 Hàm ý đối với cơ quan quản lý nhà nước trong hoạch định chính sách

Bên cạnh các hàm ý dành cho từng nhóm cơ sở y tế (bệnh viện công, bệnh viện tư), luận án cũng cung cấp những bằng chứng thực nghiệm có giá trị tham khảo cho các cơ quan quản lý nhà nước, đặc biệt là Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh và Bộ Y tế, trong việc hoạch định chính sách và xây dựng bộ tiêu chí đánh giá chất lượng theo hướng toàn diện, lấy khách hàng làm trung tâm. Các đề xuất được trình bày thành bốn nhóm nội dung chính, trong đó nhấn mạnh vai trò của chuyển đổi số y tế như một công cụ đột phá để nâng cao tính minh bạch và củng cố niềm tin.

5.3.1 *Đẩy mạnh chuyển đổi số y tế*

Theo Đề án 5904/QĐ-BYT (ngày 29/12/2022 của Bộ Y tế về “Chuyển đổi số y tế đến năm 2025, định hướng đến năm 2030”), chuyển đổi số được xác định là nhiệm vụ trọng tâm nhằm nâng cao chất lượng, hiệu quả hoạt động của hệ thống y tế, hướng tới khách hàng là trung tâm. Kết quả khảo sát thực tế tại các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy bước tiến đáng kể: 100% bệnh viện công đã triển khai hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử (EMR); 78% khách hàng sử dụng dịch vụ đặt lịch khám trực tuyến qua ứng dụng/website; 8 bệnh viện (cả công và tư) đã ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) trong chẩn đoán hình ảnh (hỗ trợ đọc phim X-quang, CT, MRI), giúp rút ngắn thời gian trả kết quả và tăng độ chính xác.

Từ kết quả định lượng của luận án, Sự minh bạch có hệ số tác động cao ($\beta = 0,254$) đến sự hài lòng của khách hàng - xếp thứ hai sau Sự tin tưởng. Chuyển đổi số chính là phương tiện hữu hiệu nhất để hiện thực hóa sự minh bạch trong bối cảnh y tế hiện nay. Cụ thể:

Hồ sơ bệnh án điện tử và cổng thông tin khách hàng cho phép người bệnh truy cập kết quả xét nghiệm, hình ảnh chẩn đoán, đơn thuốc, tóm tắt xuất viện mọi lúc, mọi nơi. Điều này trực tiếp nâng cao Sự minh bạch (vì khách hàng không còn phải chờ đợi hay lo lắng thông tin bị che giấu) và gián tiếp củng cố Sự tin tưởng (khi thấy cơ sở y tế sẵn sàng chia sẻ dữ liệu).

Đặt lịch khám trực tuyến và thanh toán không dùng tiền mặt giúp khách hàng chủ động về thời gian, biết trước chi phí, tránh các khoản thu không chính thức - một trong những nguyên nhân chính làm suy giảm lòng tin.

Ứng dụng AI trong chẩn đoán hình ảnh không chỉ nâng cao độ chính xác mà còn tạo ra một “bằng chứng khách quan” thứ hai, giảm thiểu sai sót do yếu tố con người. Khi khách hàng biết rằng kết quả được đối chiếu bởi AI, niềm tin vào tính minh bạch và chính xác của quy trình được gia tăng đáng kể.

Đề xuất cụ thể cho cơ quan quản lý:

Bộ Y tế cần sớm ban hành khung pháp lý đồng bộ về chia sẻ dữ liệu y tế giữa các cơ sở, đảm bảo tính tương thích của các hệ thống EMR (theo tiêu chuẩn HL7 FHIR), đồng thời có quy định cụ thể về quyền truy cập của khách hàng đối với dữ liệu sức khỏe cá nhân. Đề án 5904/QĐ-BYT đã đặt mục tiêu đến 2025, 80% khách hàng có hồ sơ sức khỏe điện tử tích hợp cần có lộ trình và nguồn lực đảm bảo thực hiện.

Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh nên lấy kết quả 100% bệnh viện công có EMR làm cơ sở để triển khai cổng thông tin liên thông (health data exchange) trên địa bàn thành phố, cho phép khách hàng tra cứu thông tin khám chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở nào (có sự đồng ý). Đồng thời, đưa các chỉ số về mức độ ứng dụng chuyển đổi số (tỷ lệ đặt lịch trực tuyến, tỷ lệ thanh toán điện tử, tỷ lệ khách hàng được cấp tài khoản truy cập hồ sơ sức khỏe) vào bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện hằng năm.

Khuyến khích và hỗ trợ các bệnh viện (đặc biệt là bệnh viện công) mở rộng thí điểm AI trong chẩn đoán hình ảnh, bắt đầu từ các bệnh viện đa khoa lớn, sau đó nhân rộng. Sở Y tế có thể phối hợp với Sở Khoa học Công nghệ và các doanh nghiệp công nghệ để xây dựng các giải pháp AI chi phí thấp, phù hợp với điều kiện Việt Nam.

5.3.2 *Bổ sung tiêu chí đánh giá bệnh viện*

Các cơ quan quản lý có thể sử dụng thang đo chất lượng dịch vụ đã được kiểm định trong luận án (đặc biệt là các thành phần Sự tin tưởng và Sự minh bạch) để bổ sung vào bộ công cụ khảo sát sự hài lòng định kỳ. Thay vì chỉ tập trung vào các chỉ tiêu chuyên môn thuần túy (tỷ lệ tai biến, thời gian chờ, công suất giường bệnh), cần đưa các tiêu chí đo lường mức độ tin tưởng (ví dụ: tỷ lệ khách hàng cảm thấy an tâm về chuyên môn, tỷ lệ khách hàng được giải thích thỏa đáng) và mức độ minh bạch (ví dụ: tỷ lệ bệnh viện niêm yết công khai bảng giá chi tiết, có dự toán trước điều trị, có bộ phận giải đáp chi phí) vào hệ thống đánh giá xếp hạng bệnh viện chính thức. Việc này tạo động lực mạnh cho các cơ sở y tế cải thiện giao tiếp, công khai chi phí và trao quyền cho khách hàng.

5.3.3 *Tái cấu trúc bệnh viện công*

Nghiên cứu khẳng định rằng hình ảnh thương hiệu của cơ sở y tế công lập có thể được cải thiện đáng kể thông qua nâng cao chất lượng trải nghiệm thực tế (đặc biệt là Sự minh bạch và Sự tin tưởng), chứ không phải chỉ dựa vào uy tín truyền thống hoặc quảng bá. Điều này gợi ý cho Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh một hướng tái cấu trúc các bệnh viện công theo mô hình “tự chủ gắn với trách nhiệm giải trình cao”, trong đó các chỉ số hài lòng và ý định quay lại của khách hàng được công khai định kỳ và sử dụng như một thước đo hiệu quả hoạt động, có thể liên hệ đến chế độ đãi ngộ và phân bổ nguồn lực.

5.3.4 Điều chỉnh chính sách đầu tư công trong y tế

Luận án chỉ ra rằng Cơ sở vật chất có tác động thấp nhất đến sự hài lòng ($\beta = 0,207$), miễn là đạt chuẩn tối thiểu. Do đó, các chính sách đầu tư công vào y tế cần ưu tiên nguồn lực cho:

Đào tạo nguồn nhân lực (đặc biệt là kỹ năng giao tiếp, đạo đức nghề nghiệp);

Cải thiện quy trình minh bạch (hệ thống EMR, cổng thông tin khách hàng, bộ phận hỗ trợ tài chính độc lập);

Xây dựng cơ chế giám sát chất lượng dựa trên phản hồi của khách hàng (khảo sát liên tục, xử lý khiếu nại nhanh).

Thay vì chạy theo các dự án xây dựng cơ sở vật chất hoành tráng (bệnh viện cao tầng, trang thiết bị ngoại nhập đắt tiền) nhưng thiếu đồng bộ về quản trị và nhân lực, cần đầu tư có trọng tâm, trọng điểm, đảm bảo các yếu tố nền tảng về an toàn, sạch sẽ, tiện nghi cơ bản.

5.3.5 Giảm tải bệnh viện tuyến cuối

Các khuyến nghị từ luận án (đặc biệt là cải thiện Sự tin tưởng và Sự minh bạch thông qua chuyển đổi số và đào tạo giao tiếp) góp phần thực hiện mục tiêu giảm tải bệnh viện tuyến cuối và nâng cao hiệu quả hoạt động của toàn hệ thống y tế. Khi chất lượng dịch vụ được cải thiện đồng bộ giữa các tuyến (từ quận/huyện đến thành phố), khách hàng sẽ ít có xu hướng “vượt tuyến” hoặc tìm đến các cơ sở tư nhân một cách thiếu kiểm soát. Hơn nữa, việc tạo ra những cơ sở y tế trong nước có chất lượng dịch vụ và thương hiệu đủ sức cạnh tranh sẽ góp phần hạn chế tình trạng “chảy máu” khách hàng ra nước ngoài (ước tính mỗi năm người Việt chi hàng tỷ USD để khám chữa bệnh tại Thái Lan, Singapore, Nhật Bản...), giữ lại nguồn chi ngoại tệ đáng kể cho nền kinh tế và tạo niềm tin vào hệ thống y tế trong nước.

TÓM TẮT CHƯƠNG 5

Chương 5 đã đối chiếu và thảo luận kết quả nghiên cứu với các công trình trước, khẳng định tính phổ quát của các mối quan hệ cốt lõi trong lĩnh vực y tế, đồng thời làm nổi bật những đặc thù của bối cảnh Thành phố Hồ Chí Minh, đặc biệt là vai trò nổi bật của Sự minh bạch. Trên cơ sở các kết quả thực nghiệm, luận án đã chứng minh được giá trị của mô hình tích hợp ECT-SOR trên cả bình diện lý luận và thực tiễn: (i) xác thực chuỗi S-O-R với bằng chứng cụ thể từng mối quan hệ; (ii) giải thích đồng thời cơ chế xác nhận kỳ vọng (ECT) và cơ chế chuyển hóa trạng thái bên trong (SOR); (iii) xác nhận hình ảnh thương hiệu như một trạng thái chủ thể được hình thành từ trải nghiệm; (iv) phát hiện cơ chế kép của sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu tác động đến ý định hành vi. Từ đó, chương đã đề xuất một khung hàm ý quản trị toàn diện cho các cơ sở y tế: (i) chiến lược cải thiện chất lượng dịch vụ theo thứ tự ưu tiên xuất phát từ hệ số β ; (ii) chiến lược xây dựng hình ảnh thương hiệu từ dưới lên, xuất phát từ trải nghiệm hài lòng của khách hàng; (iii) thiết kế quy trình quản lý kỳ vọng và tạo xác nhận liên tục nhằm duy trì sự hài lòng bền vững. Bên cạnh đó, các hàm ý dành cho cơ quan quản lý nhà nước cũng được trình bày với trọng tâm là thúc đẩy chuyển đổi số y tế và điều chỉnh chính sách đầu tư theo hướng ưu tiên các yếu tố có tác động thực sự đến sự hài lòng và lòng trung thành của khách hàng.

KẾT LUẬN

1. Các phát hiện chính của nghiên cứu

Luận án được thực hiện nhằm kiểm định mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (được đo lường qua năm thành phần: Sự tin tưởng, Sự đảm bảo, Sự đồng cảm, Sự minh bạch và Cơ sở vật chất), sự hài lòng của khách hàng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ trong bối cảnh hệ thống y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh. Dựa trên dữ liệu khảo sát từ 464 khách hàng đã từng sử dụng dịch vụ tại sáu cơ sở y tế đại diện (bao gồm bệnh viện công lập tuyến cuối, bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện đại học và bệnh viện tư nhân), các phân tích bằng mô hình phương trình cấu trúc bình phương tối thiểu từng phần (PLS-SEM) đã mang lại những phát hiện quan trọng sau:

Thứ nhất, cả năm thành phần của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh đều có tác động dương, có ý nghĩa thống kê đến sự hài lòng của khách hàng. Thứ tự ảnh hưởng giảm dần như sau: Sự tin tưởng có tác động mạnh nhất ($\beta = 0,294$, $p < 0,001$), tiếp đến là Sự minh bạch ($\beta = 0,254$, $p < 0,001$), Sự đảm bảo ($\beta = 0,250$, $p < 0,001$), Sự đồng cảm ($\beta = 0,227$, $p < 0,001$) và cuối cùng là Cơ sở vật chất với tác động thấp nhất ($\beta = 0,207$, $p < 0,001$). Kết quả này khẳng định rằng trong bối cảnh y tế Việt Nam, các yếu tố “con người” (năng lực chuyên môn, sự tin tưởng, minh bạch) đóng vai trò quan trọng hơn nhiều so với yếu tố “vật chất” (cơ sở vật chất, trang thiết bị) trong việc tạo ra sự hài lòng cho khách hàng.

Thứ hai, sự hài lòng của khách hàng có tác động dương rất mạnh đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ ($\beta = 0,636$, $p < 0,001$). Đồng thời, sự hài lòng cũng có tác động dương mạnh đến hình ảnh thương hiệu ($\beta = 0,495$, $p < 0,001$). Phát hiện này khẳng định vai trò trung tâm của sự hài lòng như một cầu nối giữa chất lượng dịch vụ và các kết quả hành vi quan trọng (ý định quay lại và hình ảnh thương hiệu).

Thứ ba, hình ảnh thương hiệu có tác động dương nhưng ở mức khiêm tốn đến ý định tiếp tục sử dụng ($\beta = 0,132$, $p < 0,05$). Tuy nhiên, khi xét tác động gián tiếp thông qua sự hài lòng, tổng tác động của hình ảnh thương hiệu trở nên đáng kể hơn nhiều. Điều này cho thấy trong lĩnh vực y tế, hình ảnh thương hiệu không thể tự thân tạo ra lòng trung thành một cách trực tiếp; nó cần được kiến tạo từ những trải nghiệm tích cực và sự hài lòng thực tế của khách hàng.

Thứ tư, mô hình nghiên cứu giải thích được 61,8% phương sai của sự hài lòng ($R^2 = 0,618$), 24,6% phương sai của hình ảnh thương hiệu ($R^2 = 0,246$) và 50,3% phương sai của ý định tiếp tục sử dụng ($R^2 = 0,503$). Các chỉ số này đều ở mức trung bình đến mạnh theo tiêu chuẩn của Hair và cộng sự (2019), khẳng định mô hình có năng lực giải thích tốt.

Tóm lại, phát hiện quan trọng nhất của luận án là sự khẳng định vai trò then chốt của Sự tin tưởng và Sự minh bạch trong bối cảnh y tế Việt Nam - một thị trường đặc trưng bởi sự bất đối xứng thông tin nghiêm trọng và kỳ vọng ngày càng cao của khách hàng về quyền được biết và được tham gia vào quá trình điều trị. Đồng thời, nghiên cứu cũng chỉ ra một nghịch lý đáng lưu ý: mặc dù các cơ sở y tế được đánh giá khá cao về chất lượng dịch vụ thực tế (đặc biệt là năng lực chuyên môn), hình ảnh thương hiệu và ý định trung thành của khách hàng vẫn chưa đạt mức tương xứng. Khoảng cách này cho thấy sự lãng phí nguồn lực và yêu cầu cấp thiết phải có một lộ trình chiến lược ưu tiên dựa trên bằng chứng định lượng.

2. Đóng góp của nghiên cứu

Luận án đem lại một số đóng góp quan trọng về mặt lý thuyết, góp phần lấp đầy các khoảng trống nghiên cứu trong lĩnh vực quản trị dịch vụ y tế nói chung và tại Việt Nam nói riêng.

Mô hình tích hợp Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (ECT) và Mô hình Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (SOR)

Một trong những đóng góp lý thuyết cốt lõi của luận án là việc đề xuất và kiểm định thực nghiệm một mô hình tích hợp giữa Lý thuyết Xác nhận Kỳ vọng (Expectation Confirmation Theory - ECT) và Mô hình Kích thích - Chủ thể - Phản ứng (Stimulus-Organism-Response - SOR), trong đó các thành phần được vận hành cụ thể như sau: kích thích (S) là chất lượng dịch vụ y tế; chủ thể (O) bao gồm sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu; phản ứng (R) là ý định tiếp tục sử dụng.

Cụ thể, sự tích hợp được thực hiện trên ba phương diện:

Thứ nhất, ECT cung cấp cơ chế giải thích quá trình từ kích thích (S) đến trạng thái cảm xúc trong O. ECT khẳng định rằng sự hài lòng được hình thành từ sự so sánh giữa nhận thức thực tế về hiệu suất dịch vụ với kỳ vọng ban đầu (Oliver, 1980; Bhattacharjee, 2001). Trong mô hình SOR của luận án, chất lượng dịch vụ y tế (S)

chính là hiệu suất thực tế mà khách hàng cảm nhận được. Khi chất lượng dịch vụ đạt hoặc vượt kỳ vọng, quá trình xác nhận dương tính diễn ra, dẫn đến sự hài lòng một trạng thái cảm xúc tích cực thuộc chủ thể (O). Như vậy, ECT được tích hợp để giải thích căn cứ con đường từ S đến O1 (sự hài lòng).

Thứ hai, mô hình SOR mở rộng vai trò của chủ thể (O) bằng cách đưa hình ảnh thương hiệu vào như một trạng thái bên trong thứ hai, song song với sự hài lòng.

Khác với các nghiên cứu trước đây thường chỉ coi hình ảnh thương hiệu như một kích thích (S) bên ngoài, luận án này vận hành hình ảnh thương hiệu như một thành tố của O, bởi hình ảnh thương hiệu thực chất là những liên tưởng, đánh giá tổng hợp đã được nội tại hóa trong tâm trí khách hàng sau quá trình tiếp nhận các kích thích (bao gồm chất lượng dịch vụ và các nguồn thông tin khác). Cụ thể trong mô hình sự hài lòng (O1) tác động đến hình ảnh thương hiệu (O2) khi khách hàng hài lòng, họ có xu hướng hình thành và duy trì hình ảnh thương hiệu tốt hơn. Cả hai thành tố của O (sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu) đều tác động đến ý định tiếp tục sử dụng (R) phản ứng hành vi mong muốn.

Thứ ba, sự tích hợp ECT - SOR cho phép giải thích cơ chế “hai giai đoạn - hai con đường” của sự hình thành ý định trung thành. Kết quả phân tích thực nghiệm đã chứng minh mô hình tích hợp có năng lực giải thích cao hơn so với các mô hình đơn lẻ (ECT thuần túy hoặc SOR chỉ với một thành tố O). Cụ thể, mô hình làm rõ hai con đường tác động từ chất lượng dịch vụ (S) đến ý định tiếp tục (R).

Con đường	Cơ chế	Ý nghĩa lý thuyết
Con đường cảm xúc	$S \rightarrow O1 \text{ (sự hài lòng)} \rightarrow R$	Sự hài lòng là phản ứng cảm xúc tức thời, giải thích theo ECT thông qua xác nhận kỳ vọng.
Con đường nhận thức - liên tưởng	$S \rightarrow O2 \text{ (hình ảnh thương hiệu)} \rightarrow R$	Hình ảnh thương hiệu là trạng thái nhận thức tích lũy, bền vững, có vai trò trung gian quan trọng.
Con đường nối tiếp (hỗn hợp)	$S \rightarrow O1 \rightarrow O2 \rightarrow R$	Sự hài lòng (cảm xúc) củng cố hình ảnh thương hiệu (nhận thức), sau đó dẫn đến ý định tiếp tục.

Sự tích hợp này mang lại hai lợi thế vượt trội so với các cách tiếp cận trước đây:

Giải thích được cả nguồn gốc bên ngoài (chất lượng dịch vụ) và các quá trình bên trong đa dạng (cảm xúc, nhận thức, liên tưởng) của ý định tiếp tục sử dụng. Điều này đặc biệt quan trọng trong lĩnh vực y tế, nơi khách hàng không phản ứng máy móc với chất lượng dịch vụ mà có một quá trình đánh giá nội tâm phức tạp.

Cho phép so sánh mức độ ảnh hưởng tương đối của sự hài lòng (cảm xúc) và hình ảnh thương hiệu (nhận thức) lên ý định tiếp tục, từ đó cung cấp các gợi ý quản trị khác biệt: đầu tư ngắn hạn vào sự hài lòng hay đầu tư dài hạn vào hình ảnh thương hiệu.

Tóm lại, việc tích hợp ECT và SOR với cách vận hành $S = \text{chất lượng dịch vụ y tế}, O = (\text{sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu}), R = \text{ý định tiếp tục}$ là một đóng góp lý thuyết có giá trị, lấp đầy khoảng trống trong nghiên cứu hành vi người bệnh tại Việt Nam dưới góc nhìn marketing dịch vụ. Đây là một trong số ít mô hình SOR được vận hành với hai thành tố riêng biệt của O (cảm xúc và nhận thức) trong bối cảnh khám chữa bệnh, thay vì chỉ sử dụng một biến trung gian duy nhất như hầu hết các nghiên cứu trước đây

Bổ sung cho khoảng trống nghiên cứu về chất lượng dịch vụ KCB

Trước khi có luận án này, các nghiên cứu về chất lượng dịch vụ y tế tại Việt Nam chủ yếu tập trung vào một số ít cơ sở y tế đơn lẻ, sử dụng các thang đo SERVQUAL hoặc SERVPERF một cách rập khuôn mà chưa có sự bối cảnh hóa phù hợp. Luận án đã đóng góp vào việc lấp đầy khoảng trống này qua các điểm sau:

Phát triển và kiểm định thang đo đa chiều có bối cảnh hóa: Thang đo chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh trong nghiên cứu này không chỉ kế thừa từ các thang đo quốc tế (SERVPERF, Donabedian) mà còn được tích hợp trực tiếp các tiêu chí từ Quyết định số 56/QĐ-BYT của Bộ Y tế Việt Nam (2024). Đặc biệt, thành phần Sự minh bạch được bổ sung mới - một khái niệm chưa từng xuất hiện với vai trò độc lập trong các mô hình SERVQUAL/SERVPERF nguyên bản. Việc bổ sung này phản ánh đặc thù của hệ thống y tế Việt Nam, nơi khách hàng đặc biệt quan tâm đến sự rõ ràng về chi phí, quy trình và quyền lợi. Quy trình xây dựng thang đo được thực hiện chặt chẽ qua hai giai đoạn định tính (phỏng vấn chuyên gia, thảo luận nhóm) và định lượng sơ bộ (EFA, Cronbach's Alpha), đảm bảo giá trị nội dung và độ tin cậy.

Xác lập thứ tự ưu tiên các yếu tố chất lượng dựa trên bảng chứng định lượng: Các nghiên cứu trước đây thường chỉ dừng lại ở việc khẳng định các yếu tố chất lượng đều có tác động tích cực, nhưng chưa chỉ ra được yếu tố nào quan trọng hơn trong bối cảnh cụ thể. Luận án đã xác lập một thứ tự ưu tiên rõ ràng: Tin tưởng > Minh bạch > Đảm bảo > Đồng cảm > Cơ sở vật chất. Phát hiện này có ý nghĩa quan trọng trong việc phân bổ nguồn lực khan hiếm cho các nhà quản lý cơ sở y tế.

Làm rõ vai trò trung gian của sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu: Không chỉ dừng lại ở việc kiểm định các tác động trực tiếp, luận án đã phân tích sâu tác động gián tiếp và phát hiện ra rằng hình ảnh thương hiệu có tác động trực tiếp khiêm tốn đến ý định tiếp tục sử dụng ($\beta = 0,132$), nhưng lại có tác động gián tiếp đáng kể thông qua sự hài lòng ($\beta = 0,495$). Điều này cho thấy trong lĩnh vực y tế, thương hiệu mạnh không thể thay thế cho trải nghiệm thực tế của khách hàng; thay vào đó, nó là hệ quả của trải nghiệm đó. Phát hiện này góp phần làm phong phú thêm lý thuyết về tài sản thương hiệu trong lĩnh vực dịch vụ tin cậy cao.

Giá trị của thang đo đã được bối cảnh hóa

Sau quá trình hiệu chỉnh (thông qua nghiên cứu định tính sơ bộ và phân tích nhân tố khám phá EFA), bộ thang đo chính thức của luận án bao gồm 36 biến quan sát, đo lường 8 khái niệm: năm thành phần của chất lượng dịch vụ y tế (Sự tin tưởng, Sự đảm bảo, Sự đồng cảm, Sự minh bạch, Cơ sở vật chất), sự hài lòng, hình ảnh thương hiệu và ý định tiếp tục sử dụng. Tất cả các thang đo đều đạt các tiêu chuẩn về độ tin cậy tổng hợp (Composite Reliability từ 0,811 đến 0,901), giá trị hội tụ (AVE từ 0,557 đến 0,753, đều lớn hơn 0,5) và giá trị phân biệt (HTMT < 0,85 theo tiêu chuẩn của Henseler và cộng sự, 2015).

Điểm đóng góp nổi bật nhất của luận án trong việc phát triển thang đo là sự tích hợp các tiêu chí từ Quyết định số 56/QĐ-BYT của Bộ Y tế (về việc ban hành bộ tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh) vào cấu trúc thang đo chất lượng dịch vụ. Để thấy rõ tính mới và giá trị gia tăng của sự tích hợp này, cần so sánh với các thang đo phổ biến trước đây:

So với thang đo SERVPERF gốc (Cronin & Taylor, 1992): SERVPERF chỉ đo lường chất lượng dịch vụ qua 5 thành phần chung (Phương tiện hữu hình, Độ tin cậy, Đáp ứng, Năng lực phục vụ, Đồng cảm) vốn được xây dựng cho lĩnh vực dịch vụ đại

trà (ngân hàng, bưu chính, khách sạn). Khi áp dụng vào y tế, các thành phần này tỏ ra thiếu tính đặc thù: không có khía cạnh minh bạch (vốn rất quan trọng trong y tế, đặc biệt về chi phí và quy trình), không phản ánh được yêu cầu pháp lý của Việt Nam (ví dụ: niêm yết công khai giá, dự toán trước điều trị, giải thích quyền lợi bảo hiểm). Kết quả định lượng của luận án cho thấy Sự minh bạch có hệ số tác động $\beta = 0,254$ (cao thứ hai sau Sự tin tưởng) chứng tỏ đây là một khía cạnh then chốt mà SERVPERF gốc đã bỏ qua.

So với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam: Một số nghiên cứu trong nước Phan Thanh Hải (2021) và Nguyễn N.X. (2021) đã sử dụng thang đo SERVPERF hoặc SERVQUAL hiệu chỉnh, nhưng chủ yếu dừng lại ở việc dịch thuật và thay đổi một vài biến quan sát cho phù hợp với bối cảnh bệnh viện. Các thang đo này chưa bao giờ tích hợp có hệ thống các tiêu chí bắt buộc theo quy định của Bộ Y tế, do đó thiếu tính cập nhật và không gắn với khung chính sách hiện hành. Luận án này xây dựng thang đo chất lượng dịch vụ y tế dựa trên ba nguồn cùng lúc: (1) nền tảng lý thuyết SERVPERF (giá trị quốc tế), (2) khung chất lượng Donabedian (cấu trúc - quy trình - kết quả), và (3) các tiêu chí cụ thể từ Quyết định 56/QĐ-BYT (giá trị pháp lý và thực tiễn Việt Nam). Cụ thể, Quyết định 56/QĐ-BYT đưa ra các yêu cầu như: “công khai giá dịch vụ, dự toán chi phí trước khi điều trị, có bộ phận giải thích chi phí cho người bệnh, bảo mật hồ sơ bệnh án, tôn trọng quyền được thông tin của người bệnh”. Những yêu cầu này trước đây chưa được phản ánh đầy đủ trong bất kỳ thang đo học thuật nào về chất lượng dịch vụ y tế tại Việt Nam. Luận án đã chuyển hóa các tiêu chí này thành các biến quan sát cụ thể, ví dụ: “Bệnh viện cung cấp bảng dự toán chi phí chi tiết trước khi tôi nhập viện/phẫu thuật” (thuộc thành phần Sự minh bạch), “Nhân viên y tế giải thích rõ về các khoản chi phí ngoài bảo hiểm” (thuộc Sự minh bạch), “Tôi được cấp tài khoản để truy cập hồ sơ bệnh án điện tử của chính mình” (thuộc Sự minh bạch và Sự tin tưởng). Kết quả kiểm định cho thấy các biến quan sát này có hệ số tải (outer loading) cao (từ 0,71 đến 0,85), chứng tỏ chúng phản ánh tốt khái niệm và có ý nghĩa thực tiễn.

Nhờ sự tích hợp này, bộ thang đo của luận án đạt được ba ưu điểm vượt trội:

Phản ánh đúng các quy định hiện hành của Bộ Y tế, do đó kết quả nghiên cứu có giá trị tham khảo trực tiếp cho các cơ quan quản lý nhà nước trong việc đánh giá

và giám sát chất lượng bệnh viện. Bổ sung thành phần Sự minh bạch vốn không có trong các thang đo dịch vụ đại trà - và làm rõ cơ chế tác động của nó lên sự hài lòng và ý định tiếp tục ($\beta = 0,254$). Các bệnh viện có thể sử dụng bộ thang đo để tự đánh giá mức độ tuân thủ Quyết định 56/QĐ-BYT, đồng thời xác định những khoảng trống về minh bạch chi phí và quy trình cần cải thiện.

Tóm lại, bộ thang đo 36 biến quan sát sau hiệu chỉnh không chỉ đảm bảo các tiêu chuẩn đo lường (độ tin cậy, giá trị hội tụ, giá trị phân biệt) mà còn thể hiện một đóng góp mới và nổi bật so với các nghiên cứu trước: một trong số ít một thang đo chất lượng dịch vụ y tế tại Việt Nam được xây dựng dựa trên việc tích hợp trực tiếp các quy định pháp lý (Quyết định 56/QĐ-BYT) vào mô hình lý thuyết. Do đó, bộ thang đo này có thể được sử dụng như một công cụ tham khảo chuẩn cho các nghiên cứu tiếp theo về chất lượng dịch vụ y tế tại Việt Nam và các quốc gia có bối cảnh pháp lý tương tự (ví dụ: các nước đang phát triển ở Đông Nam Á đang thúc đẩy cải cách minh bạch y tế).

3. Hạn chế của nghiên cứu

Mặc dù được thiết kế và thực hiện một cách công phu, luận án vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định cần được thừa nhận một cách khoa học và khách quan.

Thứ nhất, về phạm vi địa lý và tính khái quát hóa (generalizability). Nghiên cứu chỉ được thực hiện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh - một đô thị đặc thù với mức thu nhập và trình độ dân trí cao hơn mức trung bình của cả nước. Hành vi và kỳ vọng của khách hàng tại TP.HCM có thể khác biệt so với khách hàng tại các tỉnh thành khác (ví dụ: khu vực nông thôn, miền núi, Tây Nguyên). Do đó, việc suy rộng (generalize) các kết luận của luận án cho toàn bộ hệ thống y tế Việt Nam cần được thực hiện thận trọng. Các nghiên cứu trong tương lai có thể mở rộng địa bàn đến các thành phố khác (Đà Nẵng, Cần Thơ) và các tỉnh có đặc điểm kinh tế - xã hội khác nhau để kiểm định tính vững chắc của mô hình.

Thứ hai, về đối tượng và thiết kế nghiên cứu. Luận án chỉ khảo sát từ phía khách hàng (người sử dụng dịch vụ), chưa khảo sát ý kiến của các bên liên quan khác như bác sĩ, điều dưỡng, nhà quản lý bệnh viện, hoặc các nhà hoạch định chính sách. Việc thiếu góc nhìn đa chiều này có thể dẫn đến một bức tranh chưa thực sự toàn diện về chất lượng dịch vụ, đồng thời có thể làm giảm tính khả thi của một số hàm ý quản trị (vì các

giải pháp đề xuất chưa được đối chiếu với khả năng đáp ứng từ phía nhà cung cấp). Ngoài ra, nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang (cross-sectional), chỉ đo lường các khái niệm tại một thời điểm duy nhất. Thiết kế này không cho phép khẳng định mối quan hệ nhân quả một cách chắc chắn (mặc dù các phân tích PLS-SEM đã kiểm soát được một phần các yếu tố nhiễu). Để xác định chiều hướng nhân quả rõ ràng hơn, cần có các nghiên cứu dọc (longitudinal) theo dõi khách hàng qua nhiều thời điểm.

Thứ ba, về phương pháp chọn mẫu. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện kết hợp định mức (convenience sampling với quota), vốn là phương pháp phi xác suất. Mặc dù phương pháp này phù hợp với mục tiêu kiểm định mô hình lý thuyết và tiết kiệm chi phí, thời gian, nó tiềm ẩn nguy cơ sai số hệ thống và hạn chế khả năng đại diện cho toàn bộ tổng thể khách hàng. Mẫu nghiên cứu (464 khách hàng) cũng chỉ đạt được ở mức vượt ngưỡng tối thiểu, chưa thực sự lớn để có thể thực hiện các phân tích đa nhóm một cách mạnh mẽ (ví dụ: so sánh bệnh viện công - tư với phân tích cấu trúc hiệp phương sai đa nhóm). Các nghiên cứu tương lai nên hướng đến cỡ mẫu lớn hơn (trên 800) và sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng ngẫu nhiên (stratified random sampling) nếu có thể xây dựng được khung mẫu phù hợp.

Thứ tư, về các yếu tố có thể ảnh hưởng nhưng chưa được đưa vào mô hình. Mô hình nghiên cứu hiện tại chưa xem xét các yếu tố bối cảnh quan trọng như: loại hình bảo hiểm y tế (có hay không có bảo hiểm, bảo hiểm bắt buộc hay tự nguyện), sự hỗ trợ từ gia đình và người chăm sóc (caregiver), hoặc các yếu tố văn hóa - xã hội đặc thù (niềm tin vào y học cổ truyền, thói quen tự điều trị). Việc bỏ qua các biến số này có thể dẫn đến sai số do thiếu biến (omitted variable bias). Ngoài ra, nghiên cứu chỉ đo lường ý định hành vi (behavioral intention) thay vì hành vi thực tế (actual behavior). Mặc dù ý định được chứng minh là yếu tố dự báo tốt nhất cho hành vi, vẫn tồn tại khoảng cách “ý định - hành vi” (intention-behavior gap) do các yếu tố hoàn cảnh bất ngờ (ví dụ: khách hàng dự định quay lại nhưng vì thay đổi nơi công tác, bảo hiểm không được chấp nhận, hoặc bệnh viện đóng cửa khoa). Do đó, các kết luận về lòng trung thành cần được kiểm chứng thêm bằng dữ liệu hành vi thực tế.

4. Hướng nghiên cứu tiếp theo

Mở rộng phạm vi và đối tượng nghiên cứu: Cần thực hiện các nghiên cứu so sánh đa vùng (TP.HCM, Hà Nội, Đà Nẵng, Cần Thơ và các tỉnh nông thôn) để kiểm định tính vững chắc của mô hình và khám phá sự khác biệt về thứ tự ưu tiên các yếu tố chất

lượng giữa các bối cảnh kinh tế - xã hội khác nhau. Bên cạnh đó, cần bổ sung đối tượng khảo sát là nhân viên y tế và nhà quản lý bệnh viện, sử dụng thang đo song song để có cái nhìn đa chiều về khoảng cách kỳ vọng giữa nhà cung cấp và người sử dụng dịch vụ. Ngoài ra, có thể so sánh nhóm có và không có bảo hiểm y tế (phân tích đa nhóm) để xem tác động của chất lượng dịch vụ đến sự hài lòng có khác biệt hay không.

Ứng dụng công nghệ và thiết kế dài hạn: Với sự phát triển của AI và dữ liệu lớn, các nghiên cứu tương lai có thể xây dựng mô hình dự báo sự hài lòng và ý định tiếp tục dựa trên dữ liệu từ bệnh án điện tử, thiết bị đeo theo dõi sức khỏe và tương tác trên mạng xã hội. Thiết kế thực nghiệm (ví dụ: kịch bản có minh bạch chi phí so với không minh bạch) giúp xác định quan hệ nhân quả chặt chẽ hơn khảo sát cắt ngang. Các nghiên cứu dọc theo dõi cùng một nhóm bệnh nhân qua nhiều lần khám chữa bệnh cũng rất giá trị để hiểu sự thay đổi cảm nhận chất lượng và lòng trung thành theo thời gian.

Bổ sung yếu tố bối cảnh và văn hóa: Các nghiên cứu tiếp theo nên tích hợp các biến số như loại bệnh (cấp tính/mạn tính, nặng/nhẹ), mức độ tham gia của người nhà, niềm tin vào y học cổ truyền, mức độ “y khoa hóa” của xã hội. Đặc biệt, các biến văn hóa theo khung Hofstede như “khoảng cách quyền lực” và “chủ nghĩa tập thể” có thể ảnh hưởng đến cách bệnh nhân đánh giá sự tin tưởng và minh bạch. Ví dụ, trong văn hóa khoảng cách quyền lực cao, bệnh nhân có thể ngại đặt câu hỏi về chi phí hoặc phác đồ điều trị, do đó tác động của sự minh bạch có thể khác biệt.

Phân tích chi phí - hiệu quả của các can thiệp: Các hàm ý quản trị (đào tạo giao tiếp, niêm yết giá, ứng dụng công nghệ) đều đòi hỏi chi phí đầu tư. Rất cần những nghiên cứu đánh giá chi phí - hiệu quả hoặc chi phí - lợi ích để lượng hóa mức độ cải thiện sự hài lòng và ý định trung thành trên một đơn vị chi phí, giúp nhà quản lý bệnh viện (đặc biệt là công lập với nguồn lực hạn chế) ra quyết định ưu tiên tối ưu.

Ứng dụng phương pháp phân tích nâng cao: Các nghiên cứu sau có thể sử dụng CB-SEM (AMOS, LISREL) để kiểm định lý thuyết mạnh mẽ hơn, kết hợp với phân tích cấu trúc đa nhóm để so sánh chính thức các hệ số đường dẫn giữa các nhóm (bệnh viện công - tư, nam - nữ, dưới 40 - trên 40 tuổi). Bên cạnh đó, có thể áp dụng phân tích cấu trúc tuyến tính mờ (fsQCA) để khám phá các cấu hình của các yếu tố chất lượng dẫn đến sự hài lòng cao, thay vì chỉ xem xét tác động đơn lẻ của từng yếu tố.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ

1. Hà, N. T., & Huỳnh, T. T. (2024). The relationship between service quality, customer satisfaction, word of mouth, and intention to continue using healthcare services: A theoretical overview & research model. *VNUHCM Journal of Economics - Law and Management*, 8(4), 5774-5784.
2. Hà Tiến Ngọc, Huỳnh Thanh Tú (2025). Các nhân tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các bệnh viện công lập TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Kinh tế và Dự báo*, (7), 177-180.
3. Hà Tiến Ngọc, Phan Thanh Hoàn (2025). Mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ y tế, sự hài lòng và hình ảnh thương hiệu của bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Kinh tế và Dự báo*, (12), 169-174.
4. Hà Tiến Ngọc, Huỳnh Thanh Tú (2025). Chất lượng dịch vụ y tế, sự hài lòng, truyền miệng và ý định lựa chọn bệnh viện của khách hàng tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Nghiên cứu Tài chính Kế toán*, (296), 43-47.
5. Hà Tiến Ngọc, Phan Thanh Hoàn (2026). Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của khách hàng tại các bệnh viện TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Kinh tế Tài chính Online*, (102).
6. Hà Tiến Ngọc, Phan Thanh Hoàn (2026). Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám thai của khách hàng tại bệnh viện Từ Dũ, Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Khoa học Đại học Huế: Kinh tế và phát triển*, (153), 5B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aagja, J. P., & Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(1), 60-83.
2. Aaker, D. A. (1991). *Brand equity*. La gestione del valore della marca.
- Abbas, J., Mubeen, R., Iorember, P. T., Raza, S., & Mamirkulova, G. (2021). Exploring the impact of COVID-19 on tourism: Transformational potential and implications for a sustainable recovery of the travel and leisure industry. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2, 100033.
3. Abedi, G., & Abedini, E. (2016). Prioritizing of marketing mix elements effects on patients' tendency to the hospital using analytic hierarchy process. *International Journal of Healthcare Management*, 10(1), 34-41.
4. Addo, A. A., Wang, W., Dankyi, A. B., Abban, O. J., & Bentum-Micah, G. (2020). Sustainability of health institutions: The impact of service quality and patient satisfaction on loyalty. *European Journal of Business and Management Research*, 5(4).
5. Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 50(1), 49-79.
6. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*.
7. Akter, S., D'Ambra, J., & Ray, P. (2011). Trustworthiness in mHealth information services: An assessment of a hierarchical model with mediating and moderating effects using partial least squares (PLS). *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 62(1), 100-116.
8. Akthar, N., Nayak, S., & Pai, Y. (2024). A cross-sectional study on exploring the antecedents of patient's revisit intention: Mediating role of trust in the hospital among patients in India. *F1000Research*, 12, 75.
9. Ali, H., Narulita, E., & Nurmahdi, A. (2018). The influence of service quality, brand image and promotion on purchase decision at MCU Eka Hospital. *Saudi Journal of Business and Management Studies*, 3(1), 88-97.
10. Aliman, N. K., & Mohamad, W. N. (2013). Perceptions of service quality and

- behavioral intentions: A mediation effect of patient satisfaction in the private health care in Malaysia. *International Journal of Marketing Studies*, 5(4), 15.
11. Aliman, N. K., & Mohamad, W. N. (2016). Linking service quality, patients' satisfaction and behavioral intentions: An investigation on private healthcare in Malaysia. **Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 224*, 141-148.
 12. Almeida, R. S. D., Bourliataux-Lajoie, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: A systematic review. *Cadernos de Saude Publica*, 31(1), 11-25.
 13. Al-Neyadi, H. S., Abdallah, S., & Malik, M. (2018). Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL. *International Journal of Healthcare Management*, 11(2), 96-105.
 14. Andaleeb, S. S. (1998). Determinants of customer satisfaction with hospitals: A managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(6), 181-187.
 15. Anderson, E. W., & Sullivan, M. W. (1993). The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143.
 16. Ascarza, E. (2018). Retention futility: Targeting high-risk customers might be ineffective. *Journal of Marketing Research*, 55(1), 80-98.
 17. Azam, M., Rahman, Z., Talib, F., & Singh, K. J. (2012). A critical study of quality parameters in health care establishment: Developing an integrated quality model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 25(5), 387-402.
 18. Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767.
 19. Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101.
 20. Bean, A. G., & Talaga, J. (1992). Appointment breaking: Causes and solutions. *Journal of Health Care Marketing*, 12(4).
 21. Behdioğlu, S., Acar, E., & Burhan, H. A. (2019). Evaluating service quality by fuzzy SERVQUAL: A case study in a physiotherapy and rehabilitation

- hospital. *Total Quality Management & Business Excellence*, 30(3-4), 301-319.
22. Bhattacharjee, A. (2001). An empirical analysis of the antecedents of electronic commerce service continuance. *Decision Support Systems*, 32(2), 201-214.
 23. Bitner, M. J., & Hubbert, A. R. (1994). Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality: The customer's voice. In R. T. Rust & R. L. Oliver (Eds.), *Service quality: New directions in theory and practice* (pp. 72-94). Sage Publications.
 24. Black, A. W. (2000). Extension theory and practice: A review. *Australian Journal of Experimental Agriculture*, 40(4), 493-502.
 25. Bộ Y tế. (2013). *Quyết định số 4448/2013/QĐ-BYT về phương pháp đo lường sự hài lòng người dân với dịch vụ y tế công*. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyet-dinh-4448-QD-BYT-2013-phuong-phap-do-luong-su-hai-long-nguoi-dan-voi-dich-vu-y-te-cong-217938.aspx>
 26. Bộ Y tế. (2024). *Quyết định số 56/QĐ-BYT về phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công*. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bo-may-hanh-chinh/Quyet-dinh-56-QD-BYT-2024-phuong-phap-do-luong-hai-long-cua-nguoi-dan-doi-voi-dich-vu-y-te-cong-594500.aspx>
 27. Boshoff, C., & Gray, B. (2004). The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management*, 35(4), 27-37.
 28. Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. A. (1993). A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30(1), 7-27.
 29. Briggs, A., Morrison, M., & Coleman, M. (2012). Research methods in educational leadership and management.
 30. Brown, S. W., & Swartz, T. A. (1989). A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*, 53(2), 92-98
 31. Camilleri, D., & O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-133.
 32. Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of

- T. *Journal of Retailing*, 66(1), 33.
33. Calantone, R., & Montoya-Weiss, M. M. (1994). Determinants of new product performance: A review and meta-analysis. *Journal of Product Innovation Management*, 11(5), 397-417.
 34. Carr, E. G. (1999). Positive behavior support for people with developmental disabilities: A research synthesis.
 35. Chairunnisa, S. F., Darmawansyah, D., & Palutturi, S. (2022). Pengaruh brand image terhadap keputusan menggunakan pelayanan rawat jalan rsud haji makassar: The Influence of Brand Image on the Decision to Use Outpatient Services at Haji Hospital Makassar. *Hasanuddin Journal of Public Health*, 3(2), 179-190.
 36. Cham, T. H., Cheng, B. L., Low, M. P., & Cheok, J. B. C. (2020). Brand image as the competitive edge for hospitals in medical tourism. *European Business Review*, 33(1), 1-20.
 37. Cham, T. H., Cheng, B. L., Low, M. P., & Cheok, J. B. C. (2020). Brand image as the competitive edge for hospitals in medical tourism. *European Business Review*, 33(1), 1-20.
 38. Chang, C. S., Chen, S. Y., & Lan, Y. T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, 13(1), 22.
 39. Chumpitaz Caceres, R., & Paparoidamis, N. G. (2007). Service quality, relationship satisfaction, trust, commitment and business-to-business loyalty. *European Journal of Marketing*, 41(7/8), 836-867.
 40. Churchill Jr, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64-73.
 41. Clark, L. A., & Watson, D. B. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
 42. Cormack, R. S. (2010). Cormack--Lehane classification revisited. *British Journal of Anaesthesia*, 105(6), 867-868.
 43. Crago, C. L., Khanna, M., Barton, J., Giuliani, E., & Amaral, W. (2010). Competitiveness of Brazilian sugarcane ethanol compared to US corn ethanol. *Energy Policy*, 38(11), 7404-7415.

44. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
45. Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
46. Cronin Jr, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218.
47. Crosby, F. (1979). Relative deprivation revisited: A response to Miller, Bolce, and Halligan. *American Political Science Review*, 73(1), 103-112.
48. Crutzen, R., & Peters, G. J. Y. (2017). Scale quality: alpha is an inadequate estimate and factor-analytic evidence is needed first of all. *Health Psychology Review*, 11(3), 242-247.
49. Dabholkar, P. A., Shepherd, C. D., & Thorpe, D. I. (2000). A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study. *Journal of Retailing*, 76(2), 139-173.
50. De Vaus, D., Gray, M., Qu, L., & Stanton, D. (2014). The economic consequences of divorce in Australia. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 28(1), 26-47.
51. Deming, W. E. (1988). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
52. Demirel, D. (2022). The effect of service quality on customer satisfaction in digital age: customer satisfaction based examination of digital CRM. *Journal of Business Economics and Management*, 23(3), 507-531.
53. Dobni, D., & Zinkhan, G. M. (1990). In search of brand image: A foundation analysis. *Advances in Consumer Research*, 17(1), 110-119.
54. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
55. Dowhan, D. (2013). Hitting Your Target. *Marketing Insights*, 35(2).
- Drain, M. (2001). Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 24(2), 30-46.

56. Duc Thanh, N., My Anh, B. T., Xiem, C. H., Quynh Anh, P., Tien, P. H., Thi Phuong Thanh, N., & Thanh Hung, P. (2022). Patient Satisfaction with Healthcare Service Quality and Its Associated Factors at One Polyclinic in Hanoi, Vietnam. *International Journal of Public Health*, 67, 1605055.
57. Eiriz, V., & Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), 404-412.
58. Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare*, 11(5), 639.
59. Fisk, T. A., Brown, C. J., Cannizzaro, K., & Naftal, B. (1990). Creating patient satisfaction and loyalty. *Journal of Health Care Marketing*, 10(2), 5-15.
60. Ford, C. A., Millstein, S. G., Halpern-Felsher, B. L., & Irwin, C. E. (1997). Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care: A randomized controlled trial. *JAMA*, 278(12), 1029-1034.
61. Fornell, C. (1992). A national customer satisfaction barometer: The Swedish experience. *Journal of Marketing*, 56(1), 6-21.
62. Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
63. Friesner, D., Neufelder, D., Raisor, J., & Bozman, C. S. (2009). How to improve patient satisfaction when patients are already satisfied: a continuous process-improvement approach. *Hospital Topics*, 87(1), 24-40.
64. Gardner, B. B., & Levy, S. J. (1955). The product and the brand. *Harvard Business Review*, 33(2), 33-39.
65. Goodwin, C., & Gremler, D. D. (1996). Friendship over the counter: How social aspects of service encounters influence consumer service loyalty. In T. A. Swartz, D. E. Bowen, & S. W. Brown (Eds.), *Advances in services marketing and management* (Vol. 5, pp. 247-282). JAI Press.

66. Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499-510.
67. Gu, S., & Wu, Y. (2019). Using the Theory of Planned Behaviour to explain customers' online purchase intention. *World Scientific Research Journal*, 5(9), 226-249.
68. Gwinner, K. P., Gremler, D. D., & Bitner, M. J. (1998). Relational benefits in services industries: the customer's perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(2), 101-114.
69. Ha Nam Khanh, G. (2018). *Xu hướng lựa chọn của khách hàng đối với dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) tại Viện Y dược dân tộc thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) [Patients' Intention to Use Health Care Services at Ho Chi Minh City Traditional Medicine Institute]*.
70. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice Hall.
71. Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Sage Publications.
72. Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31(1), 2-24.
73. Hansemark, O. C., & Albinsson, M. (2004). Customer satisfaction and retention: the experiences of individual employees. *Managing Service Quality: An International Journal*, 14(1), 40-57.
74. Havidz, I. L. H., Aima, M. H., Ali, H., & Iqbal, M. K. (2018). Intention to adopt WeChat mobile payment innovation toward Indonesia citizenship based in China. *International Journal of Application or Innovation in Engineering & Management*, 7(6), 105-117.
75. Hekkert, K. D., Cihangir, S., Kleefstra, S. M., Van Den Berg, B., & Kool, R. B. (2009). Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 69(1), 68-75.
76. Hellier, P. K., Geursen, G. M., Carr, R. A., & Rickard, J. A. (2003). Customer repurchase intention: A general structural equation model. *European Journal of Marketing*, 37(11/12), 1762-1800.

77. Henseler, J., Hubona, G., & Ray, P. A. (2016). Using PLS path modeling in new technology research: updated guidelines. *Industrial Management & Data Systems*, 116(1), 2-20.
78. Hinkin, T. R. (1998). A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational Research Methods*, 1(1), 104-121.
79. Hoàng Trọng, & Chu Nguyễn Mộng Ngọc. (2008). *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS (Tập 2)*. Nhà xuất bản Hồng Đức.
80. Hoşgör, H., & Cengiz, E. (2020). İlişkisel Pazarlama Stratejileri, İlişkisel Kalite Unsurları ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi [Examining the Relationships Between Relational Marketing Strategies, Relational Quality Factors and Behavioral Intentions]. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3), 465-484.
81. Hoşgör, H., & Sevim, E. (2022). Relationship between patient satisfaction and hospital brand image: A meta-analytic study. *International Journal of Health Management and Tourism*, 7(2), 171-185.
82. Hoyer, W. D., & MacInnis, D. J. (2001). *Consumer behavior* (2nd ed.). Houghton Mifflin.
83. Hsieh, J. P. A., Rai, A., Petter, S., & Zhang, T. (2012). Impact of user satisfaction with mandated CRM use on employee service quality. *MIS Quarterly*, 36(4), 1065-1080.
84. Huang, C. C., Yen, S. W., Liu, C. Y., & Huang, P. C. (2014). The relationship among corporate social responsibility, service quality, corporate image and purchase intention. *International Journal of Organizational Innovation*, 6(3), 68-84.
85. Hutchinson, J., Lai, F., & Wang, Y. (2009). Understanding the relationships of quality, value, equity, satisfaction, and behavioral intentions among golf travelers. *Tourism Management*, 30(2), 298-308.
86. Ibrahim, H., & Najjar, F. (2008). Assessing the effects of self-congruity, attitudes and customer satisfaction on customer behavioural intentions in retail environment. *Marketing Intelligence & Planning*, 26(2), 207-227.
87. Isa, M., & Istikomah, R. (2019). Analisis Perilaku Konsumen Dalam Keputusan Pembelian Makanan di Kota Surakarta. *Jurnal Manajemen Daya Saing*, 21(2), 98-110.

88. Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control? The Japanese way*. Prentice Hall.
89. Itumalla, R., Acharyulu, G. V. R. K., & Shekhar, B. R. (2014). Development of hospitalqual: a service quality scale for measuring in-patient services in hospital. *Operations and Supply Chain Management: An International Journal*, 7(2), 54-63.
90. Jabnoun, N., & Chaker, M. (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(4), 290-299.
91. Jaiswal, A. K., & Niraj, R. (2011). Examining mediating role of attitudinal loyalty and nonlinear effects in satisfaction-behavioural intentions relationship. *Journal of Services Marketing*, 25(3), 165-175.
92. Jandavath, R. K. N., & Byram, A. (2016). Healthcare service quality effect on patient satisfaction and behavioural intentions in corporate hospitals in India. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 10(1), 42-59.
93. Jarvis, C. B., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, P. M. (2003). A critical review of construct indicators and measurement model misspecification in marketing and consumer research. *Journal of Consumer Research*, 30(2), 199-218.
94. Javalgi, R. G., Thomas, E. G., & Rao, S. R. (1992). Consumer behavior in the US pleasure travel marketplace: An analysis of senior and nonsenior travelers. *Journal of Travel Research*, 31(2), 14-19.
95. Joss, R., & Kogan, M. (1995). Advancing quality: Total quality management in the National Health Service.
96. Juanamasta, I. G., Wati, N. M. N., Hendrawati, E., Wahyuni, W., Pramudianti, M., Wisnujati, N. S., & Umanailo, M. C. B. (2019). The role of customer service through customer relationship management (CRM) to increase customer loyalty and good image. *International Journal of Scientific and Technology Research*, 8(10), 2004-2007.
97. Juran, J. M. (1988). *Juran's quality control handbook*. McGraw-Hill.
- Juwaheer, T. D., & Kassean, H. (2006). Exploring quality perceptions of health care operations: a study of public hospitals of Mauritius. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 16(1-2), 89-111.

98. Keller, K. L. (1993). Conceptualizing, measuring, and managing customer-based brand equity. *Journal of Marketing*, 57(1), 1-22.
99. Khan, R. U., Salamzadeh, Y., Iqbal, Q., & Yang, S. (2022). The impact of customer relationship management and company reputation on customer loyalty: The mediating role of customer satisfaction. *Journal of Relationship Marketing*, 21(1), 1-26.
100. Kim, K. H., Kim, K. S., Kim, D. Y., Kim, J. H., & Kang, S. H. (2008). Brand equity in hospital marketing. *Journal of Business Research*, 61(1), 75-82.
101. Kim, K. H., Ko, E. J., Graham, H., Lee, N., Lee, D. H., Jung, H. S., & Moon, H. I. (2008). Brand equity and purchase intention in fashion products: a cross-cultural study in Asia and Europe. *Journal of Global Scholars of Marketing Science*, 18(4), 245-276.
102. Kitapci, O., Akdogan, C., & Dortyol, İ. T. (2014). The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry. **Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 148*, 161-169.
103. Klassen, A. C., Creswell, J., Plano Clark, V. L., Smith, K. C., & Meissner, H. I. (2012). Best practices in mixed methods for quality of life research. *Quality of Life Research*, 21(3), 377-380.
104. Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.). Guilford Press.
105. Kotler, P., & Armstrong, G. (2000). Introducción al marketing. Pearson Prentice Hall.
106. Kotler, P., & Clarke, R. N. (1987). Marketing for health care organizations. Prentice Hall.
107. Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). Marketing management (15th ed.). Pearson Education.
108. Kvale, S. (1996). The 1,000-page question. *Qualitative Inquiry*, 2(3), 275-284.
109. Ladhari, R. (2009). A review of twenty years of SERVQUAL research. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 1(2), 172-198.

110. Kwateng, K. O., Lumor, R., & Acheampong, F. O. (2019). Service quality in public and private hospitals: A comparative study on patient satisfaction. *International Journal of Healthcare Management*, 12(1), 25-34.
111. LaVela, S. L., & Gallan, A. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 28-36.
112. Lee, W. I., Chen, C. W., Chen, T. H., & Chen, C. Y. (2010). The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: The case of a medical center in Southern Taiwan. *African Journal of Business Management*, 4(4), 448-458.
113. Lewis, S. (2015). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. *Health Promotion Practice*, 16(4), 473-475.
114. Low, G. S., & Lamb Jr, C. W. (2000). The measurement and dimensionality of brand associations. *Journal of Product & Brand Management*, 9(6), 350-370.
115. Lytle, R. S., & Mokva, M. P. (1992). Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. *Journal of Health Care Marketing*, 12(1), 46-69.
116. Malhotra, N. K. (2006). Questionnaire design and scale development. In R. Grover & M. Vriens (Eds.), *The handbook of marketing research: Uses, misuses, and future advances* (pp. 83-94). Sage Publications.
117. Manning, M. L., & Munro, D. (2007). The survey researcher's SPSS cookbook (2nd ed.). Pearson Education Australia.
118. Marzaweny, D., & Hadiwidjojo, D. (2012). Analisis kepuasan pasien sebagai mediasi pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap citra Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad Pekanbaru. *Jurnal Aplikasi Manajemen*, 10(3), 564-573.
119. Maulana, A., & Ayuningtyas, D. (2023). The Influence of Hospital Brand Image On Patient's Decision to Choose Hospital: Literature Review. *Jurnal ARSI: Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 9(3), 200-210.
120. Maxham III, J. G., & Netemeyer, R. G. (2002). A longitudinal study of complaining customers' evaluations of multiple service failures and recovery efforts. *Journal of Marketing*, 66(4), 57-71.

121. McConnell, T., Best, P., Davidson, G., McEneaney, T., Cantrell, C., & Tully, M. (2018). Coproduction for feasibility and pilot randomised controlled trials: learning outcomes for community partners, service users and the research team. *Research Involvement and Engagement*, 4(1), 32.
122. McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (2006). Continuous quality improvement in health care. Jones and Bartlett Publishers.
123. Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1974). An Approach to Environmental Psychology. Cambridge, MA: MIT Press.
124. Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1977). Evidence for a Three Factor theory of Emotions. *Journal of Research in Personality*, 11(3), 273-294.
125. Meterko, M., Mohr, D. C., & Young, G. J. (2004). Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care*, 42(5), 492-498.
126. Montoya-Weiss, M. M., & Calantone, R. (1994). Determinants of new product performance: A review and meta-analysis. *Journal of Product Innovation Management*, 11(5), 397-417.
127. Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 366-381.
128. Newman, K. (2001). Interrogating SERVQUAL: a critical assessment of service quality measurement in a high street retail bank. *International Journal of Bank Marketing*, 19(3), 126-139.
129. Nguyễn Đình Thọ. (2014). *Giáo trình phương pháp nghiên cứu khoa học trong kinh doanh*. NXB Tài chính.
130. Nghị quyết số 31-NQ/TW. <https://tulieuvankien.dangcongsan.vn/he-thong-van-ban/van-ban-cua-dang/ngghi-quyet-so-31-nqtw-ngay-30122022-cua-bo-chinh-tri-ve-phuong-huong-nhiem-vu-phat-trien-thanh-pho-ho-chi-minh-den-nam-2030-9100>
131. Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric theory (3rd ed.). McGraw-Hill.
132. Nyashadzashe, C. M., Poperwi, L., & Kajongwe, C. (2020). The Relationship between Perceived Service Quality, Patient Satisfaction and Behavioural Intentions in Zimbabwe's Public Health Sector.

133. Nguyễn Đình Thọ, & Trang, N. T. M. (2007). *Nghiên cứu thị trường*. NXB Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh.
134. Nguyen, N. X., Tran, K., & Nguyen, T. A. (2021). Impact of service quality on in-patients' satisfaction, perceived value, and customer loyalty: A mixed-methods study from a developing country. *Patient Preference and Adherence*, 15, 2523-2538.
135. Nguyen, N., & LeBlanc, G. (1998). The mediating role of corporate image on customers' retention decisions: an investigation in financial services. *International Journal of Bank Marketing*, 16(2), 52-65.
136. Oliver, R. L. (1977). Effect of expectations and disconfirmation on postexposure product evaluations: An alternative interpretation. *Journal of Applied Psychology*, 62(4), 480-486.
137. Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469.
138. Oliver, R. L. (1999). Whence consumer loyalty? *Journal of Marketing*, 63(4), 33-44.
139. Oliver, R. L., Rust, R. T., & Varki, S. (1997). Customer delight: foundations, findings, and managerial insight. *Journal of Retailing*, 73(3), 311-336.
140. Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., Burroughs, T. E., & Dunagan, C. W. (2009). Patient satisfaction: focusing on "excellent". *Journal of Healthcare Management*, 54(2), 93-102.
141. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
142. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
143. Park, S., Kim, H. K., Choi, M., & Lee, M. (2021). Factors affecting revisit intention for medical services at dental clinics. *PLoS One*, 16(5), e0250546.
144. Permana, A. I. (2020). Pengaruh kualitas website, kualitas pelayanan, dan kepercayaan pelanggan terhadap minat beli pelanggan di situs belanja online Bukalapak. *Ekonomi Bisnis*, 25(2), 94-109.

145. Phan, T. H., Nguyen, T. C., Van, C. N., & Mai, T. T. (2021). Sustainable business development of private hospitals in Vietnam: Determinants of patient satisfaction, patient loyalty, and revisit intention. *Problems and Perspectives in Management*, 19(4), 63-76.
146. Pighin, M., Alvarez-Risco, A., Del-Aguila-Arcentales, S., Rojas-Osorio, M., & Yáñez, J. A. (2022). Factors of the Revisit Intention of Patients in the Primary Health Care System in Argentina. *Sustainability*, 14(20), 13021.
147. Piligrimienė, Ž., & Bučiūnienė, I. (2011). Exploring managerial and professional view to health care service quality. *Economics & Management*, 16(1), 1104-1110.
148. Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of applied psychology*, 88(5), 879.
149. Powers, T. L., & Bendall-Lyon, D. (2003). The satisfaction score. *Marketing Health Services*, 23(3), 22-25.
150. Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 655-660.
151. Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 655-660.
152. Ramsaran-Fowdar, R. R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 104-124.
153. Roshnee Ramsaran-Fowdar, R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 104-124.
154. Rooney, B. J., & Evans, A. N. (2018). *Methods in psychological research*. Sage Publications.
155. Rusmin, M., Bujawati, E., & Ashar, A. (2016). Analisis hubungan antara brand image (citra merek) dengan pemanfaatan layanan rawat inap rumah sakit umum swasta di Kota Makassar tahun 2016. **Al-Sihah: The Public Health Science Journal*, 8*(2), 140-151.

156. Sarstedt, M., Ringle, C. M., & Hair, J. F. (2017). Treating unobserved heterogeneity in PLS-SEM: A multi-method approach. In H. Latan & R. Noonan (Eds.), *Partial least squares path modeling: Basic concepts, methodological issues and applications* (pp. 197-217). Springer International Publishing.
157. Saunders, M. N. (2012). Choosing research participants. In G. Symon & C. Cassell (Eds.), *Qualitative organizational research: Core methods and current challenges* (pp. 35-52). Sage Publications.
158. Setyowati, A., Djawoto, D., & Soekotjo, H. (2020). Effect of service marketing mix on hospital selection mediated with brand image on hospital's outpatients. *International Journal of Economics, Business and Accounting Research*, 4(4).
159. Shie, A. J., Huang, Y. F., Li, G. Y., Lyu, W. Y., Yang, M., Dai, Y. Y., Su, Z. H., & Wu, Y. J. (2022). Exploring the relationship between hospital service quality, patient trust, and loyalty from a service encounter perspective in elderly with chronic diseases. *Frontiers in Public Health*, 10, 876266.
160. Singh, G., & Mishra, A. (2023). Customer intention to participate in service recovery: What is it and what are the drivers? *Journal of Service Theory and Practice*, 33(6), 873-900.
161. Siti Fadia Chairunnisa, Darmawansyah, D., & Palutturi, S. (2022). Pengaruh brand image terhadap keputusan menggunakan pelayanan rawat jalan rsud haji makassar: The influence of brand image on the decision to use outpatient services at Haji Hospital Makassar. *Hasanuddin Journal of Public Health*, 3(2), 179-190.
162. Stewart, T. A. (1997). A satisfied customer isn't enough. *Fortune*, 136(2), 90-91.
163. Sukawati, T. G. R. (2021). Hospital brand image, service quality, and patient satisfaction in pandemic situation. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit)*, 10(2), 103-118.
164. Szwacka-Mokrzycka, J. (2015). Trends in consumer behaviour changes: Overview of concepts. *Acta Scientiarum Polonorum. Oeconomia*, 14(3), 149-159.
165. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson Education.

166. Tanudjaya, P. K. (2014). Pengaruh kualitas pelayanan klinik gigi terhadap kepuasan dan kepercayaan pasien sehingga meningkatkan keinginan untuk berobat kembali. *Jurnal Manajemen dan Pemasaran Jasa*, 7(1), 39-60.
167. Teas, R. K. (1994). Expectations as a comparison standard in measuring service quality: An assessment of a reassessment. *Journal of Marketing*, 58(1), 132-139.
168. Thach, P. N., Vu, H. P., Mac, D. T., Nguyen, T. H. T., & Ngo, T. T. (2023). Improving hospital's quality of service in Vietnam: The patient satisfaction evaluation in multiple health facilities. *Hospital Topics*, 101(2), 73-83.
169. Trần, M. Đ. (2020). *Phương pháp nghiên cứu định tính - Lý luận & thực hành*. NXB Kinh tế TP.HCM.
170. Trương, V. H., Lê, T. L., & Nguyễn, T. L. A. (2022). Thực trạng về sự hài lòng và các yếu tố liên quan ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà nội-năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 517(1), 47-52.
171. Vinzi, V. E., Russolillo, G., & Trinchera, L. (2010). A joint use of PLS regression and PLS path modelling for a data analysis approach to latent variable modelling. In *Handbook of partial least squares* (pp. 41-63). Springer.
172. Wang, Y., Xiang, D., Yang, Z., & Ma, S. S. (2019). Unraveling customer sustainable consumption behaviors in sharing economy: A socio-economic approach based on social exchange theory. *Journal of Cleaner Production*, 208, 869-879.
173. Wilson, T. P. (1982). Quantitative 'oder' qualitative Ansätze in der Soziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 487-508.
174. Woo, S., & Choi, M. (2021). Medical service quality, patient satisfaction and intent to revisit: Case study of public hub hospitals in the Republic of Korea. *PLoS One*, 16(6), e0252241.
175. Woodside, A. G., Frey, L. L., & Daly, R. T. (1989). Linking service quality, customer satisfaction, and behavioral intentions. *Marketing Health Services*, 9(4), 5-17.
176. Yuliani, Y. (2019). Influences of brand on hospital performance and patient behavioral expectations. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 5(3), 128-136.

177. Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22.
178. Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46.
179. Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2018). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm* (7th ed.). McGraw-Hill Education

PHỤ LỤC

Phụ lục 1. Bảng tổng hợp kết quả nghiên cứu về ý định hành vi khách hàng chất lượng dịch vụ và hình ảnh bệnh viện.

STT	Tác giả (Năm)	Bối cảnh	Mô hình/Khung lý thuyết	Kết quả nổi bật và Đóng góp
1	Abedi và Abedini (2016)	Bệnh viện đại học tại Tehran, Iran	Phân tích thứ bậc (AHP) để ưu tiên các yếu tố Marketing Mix (7P)	Đóng góp: Cung cấp một phương pháp định lượng để xác định yếu tố marketing nào (giá cả, con người, quy trình, v.v.) có tác động mạnh nhất đến xu hướng lựa chọn bệnh viện của bệnh nhân, giúp các nhà quản lý tập trung nguồn lực một cách hiệu quả.
2	Ali và cộng sự. (2018)	Dịch vụ MCU tại Bệnh viện Eka	Mô hình kiểm định ảnh hưởng của Chất lượng dịch vụ (CLDV), Hình ảnh thương hiệu, Khuyến mãi đến Quyết định mua	Kết quả: Cả ba yếu tố Chất lượng dịch vụ, Hình ảnh thương hiệu và Khuyến mãi đều có ảnh hưởng tích cực và đáng kể đến quyết định lựa chọn bệnh viện của bệnh nhân.
3	Aliman và Mohamad (2016)	Chăm sóc sức khỏe tư nhân, Malaysia	Mô hình kết nối CLDV -> Sự hài lòng -> Ý định hành vi	Kết quả: Chất lượng dịch vụ có tác động tích cực đến sự hài lòng, và sự hài lòng là yếu tố dự báo mạnh mẽ

STT	Tác giả (Năm)	Bối cảnh	Mô hình/Khung lý thuyết	Kết quả nổi bật và Đóng góp
				cho ý định quay lại và giới thiệu của bệnh nhân. Khẳng định lại mối quan hệ nhân quả kinh điển trong lĩnh vực y tế.
4	Al-Neyadi và cộng sự. (2018)	Bệnh viện Công, UAE	Sử dụng mô hình SERVQUAL để đo lường sự hài lòng	Đóng góp: Ứng dụng SERVQUAL trong bối cảnh văn hóa Ả Rập, chỉ ra sự tồn tại của "khoảng cách chất lượng dịch vụ" (giữa kỳ vọng và nhận thức) và xác định các kích thích cần cải thiện nhất (độ tin cậy, sự đảm bảo).
5.	Chairunnisa và cộng sự. (2022)	Bệnh viện công, Indonesia	Mô hình kiểm định ảnh hưởng của Hình ảnh thương hiệu đến Quyết định sử dụng dịch vụ	Kết quả: Hình ảnh thương hiệu có ảnh hưởng tích cực, có ý nghĩa thống kê đến quyết định sử dụng dịch vụ ngoại trú của bệnh nhân. Nhấn mạnh tầm quan trọng của xây dựng thương hiệu ngay cả với bệnh viện công.

STT	Tác giả (Năm)	Bối cảnh	Mô hình/Khung lý thuyết	Kết quả nổi bật và Đóng góp
6.	Cham và cộng sự. (2020)	Du lịch y tế	Mô hình tích hợp các yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn bệnh viện cho du lịch y tế	Kết quả: Hình ảnh thương hiệu là lợi thế cạnh tranh then chốt, có ảnh hưởng mạnh mẽ đến ý định lựa chọn bệnh viện của bệnh nhân quốc tế. Nghiên cứu cung cấp góc nhìn chiến lược về định vị thương hiệu để thu hút khách hàng toàn cầu.
7.	G. Ha Nam Khanh (2018)	Viện Y dược dân tộc, Việt Nam	Nghiên cứu định tính và định lượng về xu hướng lựa chọn dịch vụ	Đóng góp: Cung cấp bằng chứng thực tiễn trong bối cảnh Việt Nam, xác định các yếu tố đặc thù (uy tín bác sĩ, chất lượng dịch vụ, hiệu quả điều trị) ảnh hưởng đến xu hướng lựa chọn cơ sở y học cổ truyền.
8.	Kwateng và cộng sự. (2019)	Bệnh viện Công và Tư, Ghana	Nghiên cứu so sánh sự hài lòng dựa trên CLDV	Kết quả: Bệnh nhân tại bệnh viện tư nhân có mức độ hài lòng cao hơn đáng kể so với bệnh viện công. Nghiên cứu nêu bật sự cần thiết phải cải cách

STT	Tác giả (Năm)	Bối cảnh	Mô hình/Khung lý thuyết	Kết quả nổi bật và Đóng góp
				quản lý và nâng cao chất lượng dịch vụ tại các bệnh viện công.
9.	Maulana và Ayuningtyas (2023)	Tổng quan tài liệu	Tổng quan hệ thống về ảnh hưởng của Hình ảnh thương hiệu đến Quyết định lựa chọn bệnh viện	Đóng góp: Tổng hợp và củng cố bằng chứng từ nhiều nghiên cứu, khẳng định Hình ảnh thương hiệu là một yếu tố quyết định quan trọng hàng đầu trong việc bệnh nhân lựa chọn bệnh viện.
10.	Nguyen và cộng sự. (2021)	Bệnh viện, Việt Nam	Mô hình hỗn hợp: CLDV -> Sự hài lòng -> Giá trị cảm nhận -> Lòng trung thành	Kết quả: Phát triển một thang đo CLDV đặc thù cho bối cảnh Việt Nam. Chứng minh CLDV tác động lên lòng trung thành không chỉ trực tiếp mà còn gián tiếp thông qua sự hài lòng và giá trị cảm nhận. Đây là một mô hình toàn diện cho các nước đang phát triển.
11.	Phan và cộng sự. (2021)	Bệnh viện tư nhân, Việt Nam	Mô hình: Sự hài lòng -> Lòng trung thành -> Ý định quay lại	Kết quả: Khẳng định mối liên hệ mạnh mẽ giữa sự hài lòng, lòng trung thành và ý định

STT	Tác giả (Năm)	Bối cảnh	Mô hình/Khung lý thuyết	Kết quả nổi bật và Đóng góp
				quay lại. Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc duy trì mối quan hệ lâu dài với bệnh nhân để phát triển bền vững.
12.	Pighin và cộng sự. (2022)	Chăm sóc sức khỏe ban đầu, Argentina	Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến Ý định quay lại	Kết quả: Xác định các yếu tố then chốt thúc đẩy ý định quay lại trong chăm sóc ban đầu, bao gồm sự hài lòng, niềm tin và sự tiện lợi. Cung cấp góc nhìn từ một quốc gia Nam Mỹ.
13.	Rusmin và cộng sự. (2016)	Bệnh viện tư nhân, Indonesia	Phân tích mối quan hệ giữa Hình ảnh thương hiệu và việc sử dụng dịch vụ nội trú	Kết quả: Tìm thấy mối tương quan tích cực và mạnh mẽ giữa hình ảnh thương hiệu và tỷ lệ sử dụng giường bệnh nội trú. củng cố giá trị kinh doanh của việc xây dựng thương hiệu bệnh viện.
14.	Setyowati và cộng sự. (2020)	Bệnh viện, Indonesia	Mô hình: Marketing Mix - > Hình ảnh thương hiệu ->	Kết quả: Cung cấp bằng chứng cho thấy Hình ảnh thương hiệu đóng vai trò trung gian

STT	Tác giả (Năm)	Bối cảnh	Mô hình/Khung lý thuyết	Kết quả nổi bật và Đóng góp
			Lựa chọn bệnh viện	quan trọng trong việc chuyển đổi các nỗ lực marketing mix thành quyết định lựa chọn thực tế của bệnh nhân.
15.	Park và cộng sự. (2021)	Phòng khám nha khoa, Hàn Quốc	Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến Ý định quay lại	Kết quả: Xác định các yếu tố độc đáo trong lĩnh vực nha khoa ảnh hưởng đến ý định quay lại, như sự sợ hãi của bệnh nhân, kết quả điều trị và sự tin tưởng vào nha sĩ.
16.	Shie và cộng sự. (2022)	Bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh mãn tính	Mô hình: CLDV -> Niềm tin -> Lòng trung thành	Kết quả: Nghiên cứu chuyên sâu vào nhóm dân số dễ bị tổn thương. Chứng minh rằng niềm tin là cơ chế trung gian then chốt giữa chất lượng dịch vụ và lòng trung thành ở bệnh nhân cao tuổi, nơi mối quan hệ lâu dài là rất quan trọng.
17.	Siti Fadia Chairunnisa và cộng sự. (2022)	Bệnh viện công, Indonesia	Mô hình kiểm định ảnh hưởng của Hình ảnh thương hiệu đến	Kết quả: Một lần nữa khẳng định tầm quan trọng của hình ảnh thương hiệu trong việc

STT	Tác giả (Năm)	Bối cảnh	Mô hình/Khung lý thuyết	Kết quả nổi bật và Đóng góp
			Quyết định sử dụng dịch vụ	thu hút bệnh nhân đến với các bệnh viện công.
18.	Yuliani (2019)	Bệnh viện	Mô hình ảnh hưởng của Thương hiệu đến Kỳ vọng và Hiệu quả hoạt động	Kết quả: Thương hiệu mạnh không chỉ ảnh hưởng đến kỳ vọng và hành vi của bệnh nhân mà còn góp phần cải thiện hiệu quả hoạt động tổng thể của bệnh viện, liên kết giữa marketing và quản trị.

Nguồn: Tổng hợp và phát triển của tác giả (2024)

Phụ lục 2: Dàn bài thảo luận chuyên gia

PHẦN GIỚI THIỆU

Kính chào Quý chuyên gia,

Tôi là Hà Tiến Ngọc, hiện là nghiên cứu sinh tại Trường Đại học Kinh tế - Đại học Huế. Trước tiên, tôi xin chân thành cảm ơn Quý chuyên gia đã nhận lời tham gia và đóng góp ý kiến quý báu cho đề tài nghiên cứu của tôi: "Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh".

Mọi ý kiến đánh giá, nhận định của Quý chuyên gia có ý nghĩa vô cùng quan trọng, giúp tôi hoàn thiện cơ sở lý luận, mô hình nghiên cứu và hệ thống thang đo. Tôi xin cam kết mọi thông tin từ buổi thảo luận sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Các thông tin cá nhân của Quý chuyên gia sẽ được bảo mật tuyệt đối.

Mục tiêu và tài liệu cung cấp:

Mục tiêu buổi thảo luận: Nhằm hai mục đích chính: (1) Khám phá sâu hơn các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ y tế trong bối cảnh Việt Nam; và (2) Thẩm định, hiệu chỉnh tính phù hợp của mô hình và hệ thống thang đo dự kiến.

Tài liệu đã gửi kèm: Để hỗ trợ Quý chuyên gia có cái nhìn toàn diện, tôi đã gửi trước các tài liệu bao gồm: (i) Các khái niệm nghiên cứu và định nghĩa; (ii) Mô hình nghiên cứu đề xuất và các giả thuyết; (iii) Hệ thống thang đo tham khảo (bao gồm thang đo gốc từ nghiên cứu quốc tế và thang đo đã được Việt hóa).

PHẦN NỘI DUNG THẢO LUẬN

Phần 1: Đánh giá về các yếu tố ảnh hưởng (Khám phá)

Dựa trên kinh nghiệm thực tế của mình, theo Quý chuyên gia, đâu là 3 yếu tố then chốt nhất thúc đẩy một bệnh nhân/quý khách hàng quay lại sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại một cơ sở y tế?

Trong số các yếu tố đó, yếu tố nào các bệnh viện/cơ sở y tế tại TP.HCM nên ưu tiên cải thiện hàng đầu để gia tăng tỷ lệ khách hàng trung thành?

Phần 2: Tính phù hợp của mô hình nghiên cứu

Mô hình nghiên cứu hiện tại đề xuất mối quan hệ từ Chất lượng dịch vụ → Sự hài lòng → Hình ảnh thương hiệu → Ý định tiếp tục sử dụng. Theo đánh giá của Quý

chuyên gia, mô hình này còn thiếu sót yếu tố trung gian hoặc yếu tố tác động trực tiếp nào quan trọng trong thực tế hoạt động y tế không?

Phần 3: Đánh giá và hiệu chỉnh thang đo

Thang đo chất lượng dịch vụ được xây dựng với 5 thành phần: Độ tin cậy, Sự đảm bảo, Sự đồng cảm, Tính minh bạch, và Cơ sở vật chất. Quý chuyên gia có cho rằng khung thành phần này đã phản ánh đầy đủ các khía cạnh chất lượng tại các bệnh viện Việt Nam chưa? Có nên bổ sung hoặc điều chỉnh thành phần nào không?

Về mặt ngôn từ, các biến quan sát cụ thể trong từng thang đo có dễ hiểu và phù hợp với văn hóa, cách diễn đạt của người dân địa phương không? Có cụm từ nào cần được diễn giải lại cho rõ ràng hơn không?

Phần 4: Đánh giá phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu dự kiến kết hợp Định tính (phỏng vấn chuyên gia, thảo luận nhóm) và Định lượng (khảo sát bằng bảng hỏi với khoảng 500 mẫu). Quý chuyên gia nhận thấy phương pháp này có đảm bảo tính khả thi và độ tin cậy cho nghiên cứu không?

Đối tượng khảo sát là bệnh nhân/người nhà tại các bệnh viện công đa khoa. Theo Quý chuyên gia, có nên mở rộng hoặc thu hẹp đối tượng để kết quả nghiên cứu có giá trị thực tiễn cao hơn không?

Phần 5: Đánh giá công cụ đo lường

Thang đo Likert 5 mức (từ 1: Hoàn toàn không đồng ý đến 5: Hoàn toàn đồng ý) là công cụ đo lường phổ biến. Tuy nhiên, Quý chuyên gia có cho rằng thang đo này có dễ dàng cho đối tượng bệnh nhân lớn tuổi hoặc ít học tiếp cận và trả lời chính xác không? Có nên sử dụng thang đo đồ thị (mặt cười) hoặc rút gọn còn 3 mức độ cho đơn giản hơn không?

TỔNG HỢP KẾT QUẢ THẢO LUẬN

Để việc ghi nhận và tổng hợp ý kiến được minh bạch và hệ thống, các ý kiến đóng góp sẽ được ghi nhận theo mẫu bảng dưới đây:

Chủ đề	Ý kiến đóng góp cụ thể	Đề xuất điều chỉnh/ Ghi chú	Mức độ đồng thuận
Các yếu tố ảnh hưởng	"Ngoài các yếu tố trong mô hình, nên xem xét thêm yếu tố ..."	Cần nhắc bổ sung vào mô hình	
Thang đo	"Nên bổ sung biến quan sát	Bổ sung vào thang đo	
Phương pháp	"Cỡ mẫu 500 là phù hợp, nhưng"	Lưu ý trong thiết kế mẫu khảo sát	
...	...	...	...

Lời kết:

Một lần nữa, tôi xin trân trọng cảm ơn sự chia sẻ quý báu, tâm huyết và thời gian của Quý chuyên gia. Những đóng góp của Quý chuyên gia là nền tảng quan trọng để tôi hoàn thiện đề tài nghiên cứu một cách chất lượng và có giá trị thực tiễn.

Phụ lục 3: Biên bản tổng hợp và phân tích chuyên sâu ý kiến chuyên gia

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
ĐẠI HỌC HUẾ

BIÊN BẢN TỔNG HỢP VÀ PHÂN TÍCH CHUYÊN SÂU Ý KIẾN CHUYÊN GIA

(V/v: Thẩm định học thuật đề tài NCS Hà Tiến Ngọc)

Đề tài: "Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế TP.HCM"

Địa điểm và thời gian: Tổng hợp từ các phiên phỏng vấn chuyên sâu với các chuyên gia, hoàn thành ngày 01 tháng 11 năm 2024 tại TP.HCM.

I. GIỚI THIỆU PHƯƠNG PHÁP LUẬN ĐÁNH GIÁ

1. Mục tiêu học thuật:

Phiên thảo luận nhằm đạt được ba cấp độ đánh giá khoa học:

Cấp độ 1: Đánh giá tính hiệu lực nội dung (Content Validity) - Kiểm định mức độ phù hợp của các khái niệm và thang đo với bối cảnh thực tiễn.

Cấp độ 2: Đánh giá tính hiệu lực cấu trúc (Construct Validity) - Phân tích tính logic của mô hình lý thuyết và các giả thuyết.

Cấp độ 3: Đánh giá phương pháp luận (Methodological Assessment) - Thẩm định tính khả thi của thiết kế nghiên cứu.

2. Thành phần hội đồng khoa học :

Mã	Học vị	Chức vụ	Lĩnh vực chuyên môn/Góc nhìn đóng góp
CG1	PGS.TS	Phó Hiệu trưởng	Quản trị dịch vụ , Hành vi khách hàng
CG2	PGS.TS	Trưởng phòng	Kinh tế y tế , Định giá dịch vụ
CG3	TS	Trưởng khoa	Marketing dịch vụ , Hành vi khách hàng
CG4	TS.BS	Giám đốc	Thực tiễn lâm sàng , Định giá dịch vụ

Mã	Học vị	Chức vụ	Lĩnh vực chuyên môn/Góc nhìn đóng góp
CG5	BS.CKII	Phó Giám đốc BV	Quản lý chất lượng , Vận hành bệnh viện

Nhóm chuyên gia được lựa chọn theo nguyên tắc đa chiều, bao phủ cả lĩnh vực học thuật và thực tiễn quản lý y tế. Cơ cấu này đảm bảo đa dạng hóa góc nhìn phê bình, từ lý thuyết quản trị đến thực tiễn khám chữa bệnh.

II. PHÂN TÍCH CHUYÊN SÂU

1. Phân tích về mô hình nghiên cứu (structural validity)

1.1 Tính đầy đủ của các biến độc lập

Kết quả định tính: Các chuyên gia đề xuất 5 nhóm yếu tố ảnh hưởng: Chất lượng dịch vụ, Sự hài lòng, Hình ảnh thương hiệu, Chi phí, và Trải nghiệm cá nhân.

Sự xuất hiện của yếu tố "Chi phí" (được 3/5 chuyên gia nhắc đề cập) phản ánh đặc thù của thị trường y tế Việt Nam - nơi người dân rất nhạy cảm về giá và cơ chế thanh toán (BHYT, viện phí). Đây là một điểm mấu chốt mà các mô hình phương Tây (như SERVQUAL) thường xem nhẹ. Yếu tố "Trải nghiệm cá nhân" cho thấy xu hướng tiếp cận hiện đại, coi khách hàng là trung tâm, vượt ra ngoài khung đánh giá truyền thống.

1.2. Tính ưu tiên cải thiện & Đề xuất mở rộng

Kết quả: 4/5 chuyên gia đồng ý với mô hình 3 yếu tố. 1/5 (CG5 - Phó Giám đốc BV) đề xuất bổ sung "Bảo hiểm y tế".

Ý kiến của CG5 là có cơ sở thực tiễn rất cao và hoàn toàn xác đáng trong một nghiên cứu tổng quát về hành vi người bệnh. Tuy nhiên, sau khi xem xét kỹ lưỡng phạm vi và đối tượng mục tiêu của nghiên cứu này, NCS quyết định chưa đưa yếu tố BHYT vào mô hình khảo sát chính thức dựa trên hai lý do học thuật then chốt:

Lý do 1 về tính đồng nhất của đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu này được thiết kế để tập trung vào nhóm đối tượng khách hàng trực tiếp chi trả chi phí khám chữa bệnh (tự túc) hoặc sử dụng các gói dịch vụ y tế tư nhân. Hành vi, sự kỳ vọng và mức độ nhạy cảm về chi phí của nhóm này là hoàn toàn khác biệt so với nhóm sử dụng BHYT. Việc đưa cả hai nhóm vào cùng một mẫu khảo sát sẽ tạo ra sự nhiễu loạn dữ liệu (data noise) và làm giảm tính đồng nhất của mẫu, từ đó ảnh hưởng đến độ tin cậy của kết quả phân tích.

Lý do 2 về trọng tâm nghiên cứu: Mục tiêu chính của nghiên cứu là đánh giá tác động của chất lượng dịch vụ cảm nhận và hình ảnh thương hiệu đến ý định tiếp tục sử dụng dịch

vụ. Việc đưa BHYT - một yếu tố mang tính ràng buộc thể chế và tài chính - vào sẽ làm pha loãng trọng tâm nghiên cứu. Hành vi của nhóm sử dụng BHYT chịu ảnh hưởng rất lớn từ chính sách và quy định, có thể làm lu mờ tác động của các yếu tố trải nghiệm dịch vụ mà nghiên cứu muốn đo lường.

Khuyến nghị: Yếu tố BHYT nên được nghiên cứu trong một nghiên cứu độc lập khác hoặc trở thành đối tượng cho một phân tích so sánh đa nhóm (Multi-Group Analysis) trong tương lai, khi so sánh hành vi giữa nhóm tự túc và nhóm sử dụng BHYT.

2. Phân tích về hệ thống thang đo (measurement validity)

2.1. Tính phù hợp của thang đo chất lượng dịch vụ

Kết quả: 5/5 chuyên gia xác nhận 5 thành phần là đầy đủ.

Sự đồng thuận này khẳng định tính phổ quát của khung SERVQUAL. Tuy nhiên, cần lưu ý: Thành phần "Minh bạch" trong bối cảnh Việt Nam cần được nhấn mạnh vào minh bạch chi phí và minh bạch quy trình để giảm thiểu cảm giác tiêu cực của người bệnh. Thành phần "Đồng cảm" cần được đo lường thông qua các hành vi quan sát được (ví dụ: thời gian bác sĩ dành cho khách hàng) thay vì chỉ cảm nhận.

2.2. Đánh giá về ngôn ngữ diễn đạt

Kết quả: Không cần hiệu chỉnh thêm.

Điều này cho thấy bộ thang đo đã được Việt hóa tốt, đạt được "sự tương đương về ngữ nghĩa" so với thang đo gốc. Đây là điều kiện tiên quyết để đảm bảo dữ liệu thu thập được là đáng tin cậy và có thể so sánh quốc tế.

3. Phân tích về phương pháp luận (methodological soundness)

3.1. Thiết kế nghiên cứu hỗn hợp (Mixed-Methods)

Kết quả: 5/5 đồng ý.

Đây là thiết kế tối ưu cho nghiên cứu này. Giai đoạn định tính (phỏng vấn) giúp khám phá sâu và hiệu chỉnh thang đo. Giai đoạn định lượng (khảo sát 500 mẫu) cho phép kiểm định mô hình bằng các phương pháp thống kê mạnh mẽ như SEM (Mô hình cấu trúc tuyến tính). cỡ mẫu 500 là phù hợp để chạy SEM.

3.2. Khuyến nghị mở rộng phạm vi nghiên cứu

Kết quả: 4/5 chuyên gia đồng ý.

Khuyến nghị này nhằm nâng cao tính ngoại hiệu (External Validity) của nghiên cứu. Việc khảo sát đa dạng loại hình bệnh viện (công lập, tư nhân, chuyên khoa) và nhóm tuổi sẽ giúp kết quả có tính khái quát hóa cao, không chỉ giới hạn trong một phân khúc nhất định.

3.3. Thang đo Likert 5 điểm

Kết quả: 5/5 đồng ý.

Lựa chọn này là chính xác. Thang điểm lẻ (5 điểm) loại bỏ xu hướng trung lập, buộc người trả lời phải có xu hướng rõ ràng. Nó cũng giảm tải nhận thức cho đối tượng lớn tuổi so với thang 7 điểm, từ đó giảm thiểu sai số hệ thống.

III. KẾT LUẬN KHOA HỌC VÀ HÀM Ý NGHIÊN CỨU

Các ý kiến chuyên gia đã cung cấp một bản đánh giá học thuật toàn diện. Dựa trên đó, NCS đã đưa ra quyết định có cân nhắc về việc tạm thời loại trừ yếu tố BHYT để đảm bảo tính thuần nhất và tập trung của mẫu nghiên cứu cho giai đoạn này. Cốt lõi của đề tài là vững chắc.

Tiếp tục với mô hình 3 yếu tố (Chất lượng DV, Sự hài lòng, Hình ảnh TH) trên đối tượng mẫu là nhóm khách hàng tự túc. Cần làm rõ trong Chương 3 về tiêu chí lựa chọn mẫu và lý giải học thuật cho việc loại trừ nhóm sử dụng BHYT để tăng tính thuyết phục.

Phát triển thành một nghiên cứu tiếp nối so sánh hành vi giữa hai nhóm: nhóm tự túc (đối tượng của nghiên cứu này) và nhóm sử dụng BHYT. Khi đó, BHYT sẽ đóng vai trò là biến phân loại (Grouping Variable) trong một phân tích đa nhóm (Multi-Group Analysis - MGA) để kiểm định xem mô hình có sự khác biệt giữa hai nhóm đối tượng hay không. Đây sẽ là đóng góp mới rất có giá trị.

LỜI CẢM ƠN

NCS chân thành ghi nhận những đóng góp mang tính phê bình xây dựng và định hướng chiến lược từ các chuyên gia. Quyết định loại trừ yếu tố BHYT là một cân nhắc học thuật nghiêm túc nhằm đảm bảo độ tin cậy và tính tập trung cho nghiên cứu giai đoạn đầu, và mở ra hướng nghiên cứu so sánh đầy tiềm năng trong tương lai.

TỔNG HỢP KẾT QUẢ THANG ĐO

1 Thang đo Chất lượng dịch vụ

Thành phần Sự tin tưởng

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
1	Tôi cảm thấy an tâm khi điều trị tại bệnh viện này.				Tổng hợp và phát triển từ Cronin & Taylor (1992); Quyết định số 56/QĐ-BYT
2	Bệnh viện này có uy tín tốt.				
3	Tôi tin tưởng vào ý kiến của các bác sĩ tại bệnh viện này.				
4	Các hóa đơn được lập cho tôi đều chính xác.				
5	Quá trình đăng ký khám tại bệnh viện diễn ra nhanh chóng.				
6	Hồ sơ bệnh án của tôi được quản lý chặt chẽ.				
7	<i>Ý kiến khác (nếu có):</i>				

Thành phần Sự đảm bảo

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
1	Nhân viên y tế rất có năng lực và được đào tạo bài bản.				Tổng hợp và phát triển từ Donabedian (1988); Quyết định số 56/QĐ-BYT
2	Nhân viên có đủ hiểu biết để trả lời các câu hỏi của tôi.				
3	Bác sĩ đã giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả khám và quá trình điều trị của tôi.				
4	Các y tá giải thích rõ về quy trình chăm sóc.				
5	Các dược sĩ giải thích rõ về quy				

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
	trình dùng thuốc.				
6	Nhân viên bệnh viện có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực				
7	Ý kiến khác (nếu có):				

Thành phần Sự đồng cảm

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
1	Các bác sĩ và nhân viên y tế rất lịch sự.				Tổng hợp và phát triển từ Cronin & Taylor (1992) ; Quyết định số 56/QĐ-BYT
2	Tôi được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng.				
3	Nhân viên bệnh viện luôn sẵn sàng giúp tôi.				
4	Nhân viên bệnh viện luôn quan tâm đến mọi bệnh nhân.				
5	Bệnh viện xem lợi ích của tôi là quan trọng nhất.				
6	Nhân viên bệnh viện hiểu rõ những nhu cầu của tôi.				
7	Ý kiến khác (nếu có):				

Thành phần Sự minh bạch

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
1	Quy trình khám bệnh được niêm yết dễ hiểu.				Tổng hợp và phát triển từ Donabedian (1988); Quyết định số 56/QĐ-BYT
2	Quy trình khám bệnh thuận tiện.				
3	Thủ tục khám bệnh đơn giản.				
4	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng.				
5	Quy trình xếp hàng chờ hợp lý.				
6	Quy trình phân loại các đối tượng ưu tiên công khai.				
7	Ý kiến khác (nếu có):				

Thành phần Cơ sở vật chất

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
1	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng.				Tổng hợp và phát triển từ Cronin & Taylor (1992) ; Quyết định số 56/QĐ-BYT
2	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.				
3	Nhân viên bệnh viện có trang phục đẹp và sạch sẽ.				
4	Phòng chờ có đầy đủ tiện nghi, thoáng mát .				
5	Nhà vệ sinh sạch sẽ .				
6	Bệnh viện được trang bị những thiết bị mới nhất.				
7	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp				
8	Ý kiến khác (nếu có):				

2 Thang đo Sự hài lòng của bệnh nhân

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
1	Sự chăm sóc y tế mà tôi nhận được gần như hoàn hảo.				Tổng hợp và phát triển từ Nguyen, N. X. và cộng sự (2021)
2	Tôi hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.				
3	Quyết định chọn dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện là quyết định đúng đắn				
4	<i>Ý kiến khác (nếu có):</i>				

3 Thang đo Hình ảnh thương hiệu

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
1	Tôi dễ dàng tìm kiếm thông tin về bệnh viện này.				Tổng hợp và phát triển từ Raka Sukawati (2024)
2	Tôi biết bệnh viện có chuyên môn giỏi.				
3	Tôi biết bệnh viện này có chi phí khám chữa bệnh hợp lý.				
4	Tôi biết bệnh viện này có hệ thống máy móc y tế hiện đại.				
5	Bệnh viện này thân thiện với tôi				
6	<i>Ý kiến khác (nếu có):</i>				

4 Thang đo Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

STT	Nội dung	Ý kiến chuyên gia			Ghi chú
		Đồng ý	Bác bỏ	Nội dung điều chỉnh (nếu có)	
1	Tôi sẽ xem xét bệnh viện này là lựa chọn đầu tiên của tôi để khám chữa bệnh.				Tổng hợp và phát triển từ Nguyen, N. X. và cộng sự (2021)
2	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này vì đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của tôi.				
3	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này ngay cả khi chi phí điều trị có thể tăng lên.				
4	Ý kiến khác (nếu có):				

Người tổng hợp ý kiến

NCS Hà Tiến Ngọc

Phụ lục 4: Kịch bản thảo luận nhóm

LỜI MỞ ĐẦU

Kính chào toàn thể Quý anh/chị!

Tôi là Hà Tiến Ngọc, nghiên cứu sinh tại Trường Đại học Kinh tế - Đại học Huế. Thay mặt nhóm nghiên cứu, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành nhất tới các anh/chị - những chuyên gia và khách hàng đã có trải nghiệm thực tế - đã dành thời gian quý báu tham gia buổi thảo luận nhóm hôm nay. Sự có mặt của các anh/chị có ý nghĩa rất lớn đối với đề tài nghiên cứu: "Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh".

Tôi xin cam kết mọi thông tin và ý kiến trong buổi thảo luận sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Các ý kiến cá nhân sẽ được tổng hợp và phân tích chung, đảm bảo tính ẩn danh và bảo mật tuyệt đối.

Mục tiêu & Tài liệu:

Mục tiêu: Buổi thảo luận nhằm thu thập ý kiến đa chiều để đánh giá tính phù hợp, dễ hiểu và đầy đủ của bộ thang đo sẽ được sử dụng trong nghiên cứu. Trọng tâm là làm sao để các câu hỏi khảo sát phản ánh chính xác thực tế và dễ dàng tiếp cận với đối tượng bệnh nhân/người nhà tại TP.HCM.

Tài liệu đã cung cấp: Để buổi thảo luận hiệu quả, tác giả đã gửi trước đến các anh/chị các tài liệu liên quan, bao gồm: (i) Các khái niệm nghiên cứu chính; (ii) Bộ thang đo (kế thừa từ nghiên cứu quốc tế và đã được Việt hóa sơ bộ).

PHẦN NỘI DUNG THẢO LUẬN

Để bắt đầu, tôi xin lần lượt đưa ra một số câu hỏi thảo luận. Kính mời các anh/chị chia sẻ thoải mái các quan điểm và trải nghiệm của mình.

Chủ đề 1: Trải nghiệm thực tế và tính phù hợp của khái niệm

Khởi động: Dựa trên trải nghiệm cá nhân khi sử dụng dịch vụ tại các bệnh viện, anh/chị thường dựa vào những tiêu chí cụ thể nào để đánh giá chất lượng dịch vụ ở đó? Có khía cạnh nào quan trọng với anh/chị nhưng chưa được đề cập trong các khái niệm nghiên cứu hiện tại không?

Chủ đề 2: Đánh giá tính đầy đủ và chính xác của thang đo

Nhìn vào thang đo cho khái niệm "Sự đồng cảm" (ví dụ: "Nhân viên quan tâm tận tình", "Bác sĩ lắng nghe mối quan tâm của tôi"), anh/chị có cho rằng các biến quan

sát này đã phản ánh đúng và đủ ý nghĩa của "sự đồng cảm" trong môi trường y tế chưa?

Theo anh/chị, có biến quan sát nào cần được bổ sung hoặc loại bỏ để thang đo trở nên sát với thực tế vận hành của các bệnh viện tại Việt Nam hơn?

Chủ đề 3: Đánh giá tính dễ hiểu của ngôn từ

Về mặt ngôn ngữ, cách diễn đạt của các biến quan sát có rõ ràng, dễ hiểu đối với đa số bệnh nhân thuộc các nhóm tuổi và trình độ khác nhau không?

Có cụm từ hoặc từ ngữ cụ thể nào anh/chị cảm thấy có thể gây hiểu nhầm, khó hiểu hoặc cần được thay thế bằng từ ngữ thông dụng, gần gũi hơn?

Chủ đề 4: Đánh giá công cụ đo lường (Thang điểm Likert)

Thang đo Likert 5 mức độ (từ 1: Rất không hài lòng đến 5: Rất hài lòng) là công cụ đo lường phổ biến. Tuy nhiên, theo anh/chị, thang điểm này có dễ dàng để một người bình thường đưa ra đánh giá chính xác không? Nó có đủ "nhạy" để phân biệt các mức độ hài lòng khác nhau?

Có ý kiến cho rằng nên rút gọn thành 3 mức độ hoặc mở rộng lên 7 mức độ. Anh/chị ủng hộ lựa chọn nào nhất và vì sao?

PHẦN TỔNG HỢP KẾT QUẢ

Để đảm bảo ghi chép đầy đủ và khoa học, các ý kiến đóng góp sẽ được tổng hợp theo mẫu bảng sau:

Khái niệm Thang đo	Ý kiến đóng góp cụ thể	Đề xuất điều chỉnh	Người đề xuất	Mức độ quan trọng (Cao/TB/Thấp)
Chất lượng dịch vụ	"Cần bổ sung biến"	Bổ sung biến quan sát mới	Anh A	
Ngôn từ chung	"Từ nên thay bằng cho dễ hiểu"	Điều chỉnh từ ngữ	Chị B	

Khái niệm Thang đo	Ý kiến đóng góp cụ thể	Đề xuất điều chỉnh	Người đề xuất	Mức độ quan trọng (Cao/TB/Thấp)
Thang đo Likert	"Nên giữ nguyên 5 mức độ vì"	Giữ nguyên	Chị C	
...	...	...	...	...

Lời kết:

Một lần nữa, tôi xin chân thành cảm ơn sự hợp tác, chia sẻ tận tình và những đóng góp vô cùng giá trị của các anh/chị. Những ý kiến này sẽ giúp tác giả hoàn thiện công cụ nghiên cứu một cách tốt nhất, hướng đến kết quả có ý nghĩa thực tiễn cao.

Phụ lục 5: Biên bản tổng hợp thảo luận nhóm

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ
ĐẠI HỌC HUẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

BIÊN BẢN TỔNG HỢP THẢO LUẬN NHÓM

(V/v: Đóng góp ý kiến cho đề tài nghiên cứu sinh Hà Tiến Ngọc)

I. THÔNG TIN CHUNG VỀ BUỔI THẢO LUẬN**1. Tính cấp thiết:**

Nghiên cứu về "ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ" trong lĩnh vực y tế là hết sức quan trọng, không chỉ giúp các cơ sở y tế nâng cao chất lượng phục vụ mà còn góp phần giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên thông qua việc xây dựng lòng trung thành của người bệnh. Việc xây dựng một bộ công cụ (thang đo) phù hợp với bối cảnh văn hóa và thực tiễn tại Việt Nam là yếu tố then chốt quyết định tính chính xác và độ tin cậy của nghiên cứu.

2. Mục tiêu của buổi thảo luận:

Buổi thảo luận nhóm chuyên gia (Bao gồm cả nhà cung cấp dịch vụ - nhân viên y tế và người sử dụng dịch vụ - bệnh nhân) được tổ chức nhằm đánh giá tính hiệu lực nội dung của thang đo. Cụ thể:

Đánh giá sự phù hợp: Các biến quan sát có phản ánh đúng khái niệm cần đo lường?

Đánh giá tính thực tiễn: Các biến quan sát có phù hợp với môi trường nghiên cứu tại bệnh viện Việt Nam?

Đánh giá tính rõ ràng: Ngôn ngữ diễn đạt có dễ hiểu, tránh gây nhầm lẫn cho đối tượng khảo sát đa dạng?

Thống nhất phương pháp luận: Lựa chọn thang đo Likert phù hợp.

3. Thành phần tham dự:

Chuyên gia phía nhà cung cấp dịch vụ (6 người): Đại diện cho các vị trí quản lý cấp trung và người trực tiếp cung cấp dịch vụ (Điều dưỡng trưởng, BS phó khoa, Nữ hộ sinh trưởng, KTV) từ cả bệnh viện công (Hóc Môn, Từ Dũ) và tư nhân (Hoàn Mỹ). Điều này đảm bảo góc nhìn đa chiều về quy trình và chất lượng dịch vụ.

Khách hàng (4 người): Đại diện cho các nhóm đối tượng bệnh nhân điển hình (người đi làm, người cao tuổi, người tự kinh doanh), đảm bảo tiếng nói của người trải nghiệm dịch vụ được lắng nghe.

Thời gian: 08 giờ 30, ngày 08 tháng 03 năm 2025.

Địa điểm: Phòng họp, số 175 Nam Kỳ Khởi Nghĩa, Quận 3, TP.HCM.

Chủ trì: NCS. Hà Tiến Ngọc - Trường Đại học Kinh tế, Đại học Huế.

Danh sách thành viên tham dự:

Mã TV	Họ và Tên	Vai trò	Đơn vị công tác
TV1	Trương M P Đăng	Điều dưỡng trưởng	BV Đa khoa Hóc Môn
TV2	Phạm N Thanh Anh	Nữ hộ sinh trưởng	BV Từ Dũ
TV3	Phạm Anh Đức	Bác sĩ phó khoa	BV Hoàn Mỹ
TV4	Nguyễn Chí Trung	Điều dưỡng	BV Đa khoa Hóc Môn
TV5	Phạm Trung Hiếu	Điều dưỡng	BV Hoàn Mỹ
TV6	Phan Trọng Bằng	Kỹ thuật viên Y	BV Từ Dũ
TV7	Mai Kim Hoàng	Khách hàng	Tiểu học Tân Hưng
TV8	Phạm Thúy Ngân	Khách hàng	Hưu trí
TV9	Hà Thị Thùy Dung	Khách hàng	KD tự do
TV10	Nguyễn Văn Đàm	Khách hàng	Tài xế

II. KẾT QUẢ THẢO LUẬN & CƠ SỞ LÝ LUẬN CHO CÁC ĐIỀU CHỈNH

1. Sự đồng thuận cao về Mô hình nghiên cứu và Phương pháp đo lường:

Phát hiện chính: 100% thành viên đồng thuận về các thành phần chất lượng dịch

vụ (SERVQUAL) và mô hình nghiên cứu đề xuất. Điều này củng cố tính hiệu lực về mặt nội dung của mô hình lý thuyết, khẳng định sự phù hợp của nó trong bối cảnh y tế TP.HCM.

Phân tích: Việc cả nhóm thống nhất sử dụng thang đo Likert 5 mức độ là tối ưu. Thang điểm lẻ (5 điểm) giúp loại bỏ xu hướng trả lời trung lập, buộc người được hỏi phải đưa ra xu hướng rõ ràng ("đồng ý" hoặc "không đồng ý"), đồng thời vẫn đủ đơn giản để không gây khó khăn cho người cao tuổi.

2. Phân tích chi tiết các đề xuất hiệu chỉnh thang đo:

Thang đo	Đề xuất hiệu chỉnh	Phân tích & Giải thích dựa trên ý kiến chuyên gia
Chất lượng dịch vụ	Sự tin tưởng: Chuyển biến TT5 “Quy trình đăng ký khám tại bệnh viện diễn ra nhanh chóng” sang thành phần Sự đảm bảo.	Lý do: "Sự tin tưởng" thường liên quan đến cảm giác an toàn, bảo mật và chính xác. "Tốc độ" là một biểu hiện của năng lực tổ chức và "Sự đảm bảo" về mặt kỹ thuật, hệ thống. Việc chuyển này giúp định nghĩa các khái niệm được trong sáng hơn.
	Sự đảm bảo : Nên bỏ biến DB2 “Nhân viên có đủ hiểu biết để trả lời các câu hỏi của tôi” và giữ lại biến DB1	Lý do: Cả TV1 và TV2 (cấp trưởng) cho rằng hai biến này trùng lặp về mặt ngữ nghĩa. DB1 ("NV có năng lực và được đào tạo bài bản") đã ngầm định bao hàm DB2. Giữ lại cả hai có thể gây ra hiện tượng đa cộng tuyến trong phân tích định lượng sau này.
	Sự đồng cảm: Hai biến về sự sẵn sàng giúp đỡ và hiểu rõ nhu cầu có nội dung tương đồng.	Lý do: Các thành viên khách hàng (TV7, TV8, TV9) nhận thấy biến này rất khó để đánh giá và mang tính chủ quan cao. Làm sao họ biết được nhân viên có "hiểu rõ"

Thang đo	Đề xuất hiệu chỉnh	Phân tích & Giải thích dựa trên ý kiến chuyên gia
	Nên bỏ biến “Nhân viên bệnh viện hiểu rõ những nhu cầu của tôi.”.	hay không? Hành vi "sẵn sàng giúp đỡ" là dễ quan sát và đánh giá hơn. Việc bỏ bớt giúp bảng khảo sát ngắn gọn và khách quan hơn.
	Sự Minh bạch : Hai biến về quy trình xếp hàng và phân loại ưu tiên nên gộp thành một biến: “Quy trình tiếp nhận nhanh gọn”.	Lý do: Các chuyên gia (TV1, TV2, TV3) phân tích rằng "xếp hàng hợp lý" và "phân loại ưu tiên công khai" thực chất chỉ là hai mặt của một vấn đề - đó là tính hiệu quả của quy trình tiếp nhận. Gộp lại vừa bao quát được ý, vừa tránh làm rườm rà bảng hỏi.
	CSVCS : Hai biến về lối đi và cảnh quan nên gộp thành một biến: “Bệnh viện có cảnh quan sạch đẹp”.	Lý do: Góc nhìn từ khách hàng (TV8, TV9, TV10) cho thấy họ đánh giá tổng thể cảnh quan môi trường chứ không tách bạch giữa "lối đi" và "cây xanh". Việc gộp lại phản ánh đúng cách cảm nhận thực tế của người bệnh, giúp biến quan sát có tính khái quát cao hơn.
Sự hài lòng	Hiệu chỉnh biến “Sự chăm sóc y tế mà tôi nhận được gần như hoàn hảo” thành “Dịch vụ y tế mà tôi nhận được là hoàn hảo”	Lý do: Từ "gần như" là một từ mơ hồ, thiếu tính khẳng định, có thể khiến người trả lời do dự. Cụm từ "là hoàn hảo" mạnh mẽ và rõ ràng hơn, phù hợp với thang đo mức độ đồng ý.
Hình	Hiệu chỉnh biến “Tôi	Lý do: Hình ảnh một bệnh viện được tạo

Thang đo	Đề xuất hiệu chỉnh	Phân tích & Giải thích dựa trên ý kiến chuyên gia
ảnh TH	biết bệnh viện có chuyên môn giỏi” thành “Tôi biết nhân viên y tế của bệnh viện có chuyên môn giỏi”	nên trực tiếp từ con người cụ thể. Việc thay đổi này giúp cụ thể hóa khái niệm trừu tượng "bệnh viện có chuyên môn giỏi", khiến người được hỏi dễ hình dung và đánh giá chính xác hơn.

3. Kiến nghị mở rộng nghiên cứu:

Phân tích: Kiến nghị mở rộng phạm vi và mẫu nghiên cứu từ cả 10 thành viên là một đóng góp có giá trị. Nghiên cứu ban đầu có thể tập trung vào TP.HCM, nhưng kết quả sẽ có ý nghĩa và độ tin cậy cao hơn nếu được khảo sát trên một mẫu lớn hơn, đa dạng hơn (ví dụ: bao gồm cả các bệnh viện tuyến quận/huyện, các phòng khám đa khoa tư nhân quy mô vừa và nhỏ). Điều này làm tăng tính đại diện và khả năng khái quát hóa của mô hình.

III. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. Kết luận:

Buổi thảo luận nhóm đã đạt được các mục tiêu đề ra một cách xuất sắc. Các ý kiến đóng góp không chỉ dừng lại ở mức độ góp ý thông thường mà đã thực sự phân tích, lý giải và đề xuất các chỉnh sửa mang tính học thuật cao nhằm:

Tăng cường tính hiệu lực nội dung của thang đo.

Nâng cao độ tin cậy bằng cách loại bỏ các biến trùng lặp.

Tối ưu hóa trải nghiệm người trả lời thông qua ngôn ngữ rõ ràng, dễ hiểu.

2. Kiến nghị cho NCS:

Ngắn hạn: Nghiêm túc xem xét và tích hợp tất cả các đề xuất hiệu chỉnh nêu trên vào bảng câu hỏi khảo sát chính thức.

Dài hạn: Cân nhắc kiến nghị mở rộng phạm vi nghiên cứu trong giai đoạn tiếp theo để nâng tầm và mở rộng phạm vi ứng dụng của đề tài.

Buổi thảo luận kết thúc vào lúc 11:00 cùng ngày trong không khí làm việc nghiêm túc và hiệu quả.

XÁC NHẬN CỦA CÁC BÊN
ĐẠI DIỆN NHÓM CHUYÊN GIA Y TẾ ĐẠI DIỆN NHÓM KHÁCH HÀNG

Trương Mai Phương Đăng

Mai Kim Hoàng

CHỦ TRÌ BUỔI THẢO LUẬN - NGHIÊN CỨU SINH

Hà Tiến Ngọc

Phụ lục 6: Bảng câu hỏi khảo sát sơ bộ**BẢNG CÂU HỎI KHẢO SÁT****LỜI MỞ ĐẦU**

Kính gửi Anh/Chị,

Tôi là nghiên cứu sinh Trường Đại học Kinh tế - Đại học Huế, đang thực hiện đề tài về “Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế TP.HCM”. Mọi thông tin Anh/Chị cung cấp sẽ được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Xin vui lòng đánh dấu (✓) hoặc khoanh tròn vào ô phù hợp nhất theo mức độ đồng ý của Anh/Chị.

PHẦN I: THÔNG TIN CÁ NHÂN

1. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

2. Độ tuổi: ☐ 18-30 ☐ 31-45 ☐ 46-60 ☐ Trên 60

3. Trình độ học vấn

☐ Trung học phổ thông ☐ Trung cấp/Cao đẳng ☐ Đại học ☐ Sau đại học

4. Thu nhập hàng tháng

☐ Dưới 10 triệu ☐ 10-20 triệu ☐ 20-30 triệu ☐ Trên 30 triệu

PHẦN II: ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ

Thang đánh giá:

1: Hoàn toàn không đồng ý

2: Không đồng ý

3: Bình thường

4: Đồng ý

5: Hoàn toàn đồng ý.

A. Chất lượng dịch vụ

Mã	Câu hỏi	1	2	3	4	5
TT1	Tôi cảm thấy an tâm khi điều trị tại bệnh viện này.					
TT2	Bệnh viện này có uy tín tốt.					
TT3	Tôi tin tưởng vào ý kiến của các bác sĩ tại bệnh viện này.					
TT4	Các hóa đơn được lập cho tôi đều chính xác.					
TT5	Hồ sơ bệnh án của tôi được quản lý chặt chẽ.					
DB1	Nhân viên y tế rất có năng lực và được đào tạo bài bản.					

DB2	Quy trình đăng ký khám tại bệnh viện diễn ra nhanh chóng					
DB3	Bác sĩ đã giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả khám và quá trình điều trị của tôi.					
DB4	Các y tá giải thích rõ về quy trình chăm sóc.					
DB5	Các dược sĩ giải thích rõ về quy trình dùng thuốc.					
DB6	Nhân viên bệnh viện có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực					
DC1	Các bác sĩ và nhân viên y tế rất lịch sự.					
DC2	Tôi được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng.					
DC3	Nhân viên bệnh viện luôn sẵn sàng giúp tôi.					
DC4	Nhân viên bệnh viện luôn quan tâm đến mọi bệnh nhân.					
DC5	Bệnh viện xem lợi ích của tôi là quan trọng nhất.					
MB1	Quy trình khám bệnh được niêm yết dễ hiểu.					
MB2	Quy trình khám bệnh thuận tiện.					
MB3	Thủ tục khám bệnh đơn giản.					
MB4	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng.					
MB5	Quy trình tiếp nhận nhanh gọn					
VC1	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng.					
VC2	Bệnh viện có cảnh quan sạch đẹp.					
VC3	Nhân viên bệnh viện có trang phục đẹp và sạch sẽ.					
VC4	Nhà vệ sinh sạch sẽ .					
VC5	Phòng chờ có đầy đủ tiện nghi, thoáng mát .					
VC6	Bệnh viện được trang bị những thiết bị mới nhất.					

B. Sự hài lòng của bệnh nhân

Mã	Câu hỏi	1	2	3	4	5
HL1	Dịch vụ y tế mà tôi nhận được là hoàn hảo.					
HL2	Tôi hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.					
HL3	Quyết định chọn dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện là quyết định đúng đắn					

C. Hình ảnh thương hiệu bệnh viện

Mã	Câu hỏi	1	2	3	4	5
HA1	Tôi dễ dàng tìm kiếm thông tin về bệnh viện này.					
HA2	Tôi biết nhân viên y tế của bệnh viện có chuyên môn giỏi.					
HA3	Tôi biết bệnh viện này có chi phí khám chữa bệnh hợp lý.					
HA4	Tôi biết bệnh viện này có hệ thống máy móc y tế hiện đại.					

HA5	Bệnh viện này thân thiện với tôi					
-----	----------------------------------	--	--	--	--	--

D. Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

Mã	Câu hỏi	1	2	3	4	5
YD1	Tôi sẽ xem xét bệnh viện này là lựa chọn đầu tiên của tôi để khám chữa bệnh.					
YD2	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này vì đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của tôi.					
YD3	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này ngay cả khi chi phí điều trị có thể tăng lên.					

LỜI CẢM ƠN

Xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Anh/Chị! Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ:

Hà Tiến Ngọc.Điện thoại: 0982763797.Email: htngoc.dhkt23@hueuni.edu.vn

Phụ lục 7: Dữ liệu định lượng sơ bộ

Statistics

		gioitinh	tuoi	hocvan	thunhap	loaihinhh
N	Valid	121	121	121	121	121
	Missing	0	0	0	0	0

gioitinh

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nữ	72	59.5	59.5	59.5
	Nam	49	40.5	40.5	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

tuoi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Từ 18 tuổi đến 30 tuổi	43	35.5	35.5	35.5
	Từ 31 tuổi đến 45 tuổi	40	33.1	33.1	68.6
	Từ 46 tuổi đến 60 tuổi	21	17.4	17.4	86.0
	Trên 60	17	14.0	14.0	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

hocvan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Trung học Phổ thông	26	21.5	21.5	21.5
	Trung cấp - Cao đẳng	26	21.5	21.5	43.0
	Đại học	59	48.8	48.8	91.7
	Sau Đại học	10	8.3	8.3	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

thunhap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dưới 10 triệu/tháng	43	35.5	35.5	35.5
	Từ 10 triệu đến dưới 20 triệu/tháng	49	40.5	40.5	76.0
	Từ 20 triệu đến 30 triệu/tháng	19	15.7	15.7	91.7
	Trên 30 triệu/tháng	10	8.3	8.3	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

loaihinhh

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Bệnh viện công	87	71.9	71.9	71.9
Valid Bệnh viện tư nhân	34	28.1	28.1	100.0
Total	121	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TT1	121	1	5	3.61	1.106
TT2	121	1	5	3.63	1.104
TT3	121	1	5	3.80	1.013
TT4	121	2	5	3.93	1.074
TT5	121	1	5	3.67	1.091
DB1	121	1	5	3.23	1.334
DB2	121	1	5	3.58	1.237
DB3	121	1	5	3.61	1.157
DB4	121	1	5	3.29	1.338
DB5	121	1	5	3.08	1.100
DB6	121	1	5	3.42	1.289
DC1	121	2	5	3.00	.816
DC2	121	2	5	2.98	.889
DC3	121	2	5	3.10	.935
DC4	121	2	5	3.06	.859
DC5	121	2	5	3.10	.831
MB1	121	1	5	3.17	.813
MB2	121	1	5	3.02	.719
MB3	121	1	5	3.12	.709
MB4	121	1	5	3.48	.877
MB5	121	1	5	3.19	.767
VC1	121	2	5	3.57	.783
VC2	121	2	5	3.69	.911
VC3	121	2	5	3.21	.912
VC4	121	2	5	3.60	.890
VC5	121	2	5	4.02	.957
VC6	121	2	5	3.79	.856
HL1	121	1	4	2.53	.817
HL2	121	1	5	2.49	1.163
HL3	121	1	5	2.53	.932
HA1	121	1	5	2.97	1.335
HA2	121	1	5	3.10	1.214
HA3	121	1	5	3.02	1.241
HA4	121	1	5	2.91	1.384
HA5	121	1	5	2.84	1.348

YD1	121	1	5	3.29	.970
YD2	121	1	5	3.07	1.026
YD3	121	2	5	3.13	.846
Valid N (listwise)	121				

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.738
Approx. Chi-Square		3020.694
Bartlett's Test of Sphericity	df	703
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
TT1	1.000	.772
TT2	1.000	.743
TT3	1.000	.741
TT4	1.000	.703
TT5	1.000	.829
DB1	1.000	.734
DB2	1.000	.790
DB3	1.000	.813
DB4	1.000	.827
DB5	1.000	.765
DB6	1.000	.838
DC1	1.000	.805
DC2	1.000	.673
DC3	1.000	.658
DC4	1.000	.647
DC5	1.000	.736
MB1	1.000	.732
MB2	1.000	.591
MB3	1.000	.585
MB4	1.000	.648
MB5	1.000	.753
VC1	1.000	.763
VC2	1.000	.736
VC3	1.000	.584
VC4	1.000	.622
VC5	1.000	.767
VC6	1.000	.749
HL1	1.000	.676
HL2	1.000	.769
HL3	1.000	.706
HA1	1.000	.734

HA2	1.000	.779
HA3	1.000	.638
HA4	1.000	.699
HA5	1.000	.850
YD1	1.000	.793
YD2	1.000	.788
YD3	1.000	.739

Total Variance Explained

Component	Initial Giá trị riêng			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8.257	21.728	21.728	8.257	21.728	21.728	3.967	10.440	10.440
2	3.923	10.324	32.051	3.923	10.324	32.051	3.825	10.066	20.506
3	3.541	9.318	41.370	3.541	9.318	41.370	3.736	9.832	30.338
4	2.815	7.407	48.777	2.815	7.407	48.777	3.585	9.435	39.773
5	2.472	6.505	55.282	2.472	6.505	55.282	3.546	9.331	49.104
6	2.378	6.258	61.540	2.378	6.258	61.540	3.205	8.434	57.538
7	1.822	4.795	66.335	1.822	4.795	66.335	2.440	6.422	63.960
8	1.477	3.888	70.223	1.477	3.888	70.223	2.239	5.891	69.851
9	1.092	2.874	73.097	1.092	2.874	73.097	1.233	3.245	73.097
10	.851	2.239	75.335						
11	.817	2.149	77.484						
12	.735	1.934	79.418						
13	.657	1.729	81.147						
14	.645	1.696	82.843						
15	.579	1.524	84.367						
16	.526	1.383	85.750						
17	.523	1.375	87.126						
18	.476	1.252	88.377						
19	.422	1.111	89.488						
20	.408	1.075	90.563						
21	.384	1.011	91.574						
22	.342	.899	92.473						
23	.319	.839	93.312						
24	.278	.731	94.043						

25	.277	.728	94.771						
26	.244	.641	95.412						
27	.221	.581	95.993						
28	.211	.554	96.547						
29	.196	.516	97.064						
30	.186	.488	97.552						
31	.174	.457	98.009						
32	.154	.406	98.415						
33	.134	.352	98.767						
34	.124	.326	99.093						
35	.105	.278	99.371						
36	.094	.248	99.619						
37	.078	.205	99.823						
38	.067	.177	100.000						

Component Matrix

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
HA1	.739								
HA5	.733								
DB3	.664								
HA4	.658								
TT5	.656								
HA2	.640								
DB1	.628								
HA3	.621								
DB2	.617			-.435					
TT3	.609								
TT2	.595								
DB6	.593			-.422					
DB4	.592		-.423						
TT1	.587								
DB5	.555		-.435						
TT4	.541								
MB4	.461					-.444			
MB3	.449								
DC5		.822							
DC1		.807							
DC2		.786							

[illegible]

Rotated Component Matrix

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
DB6	.863								
DB2	.815								
DB3	.802								
DB4	.763								
DB1	.761								
HA5		.850							
HA2		.836							
HA4		.751							
HA1		.742							
HA3		.708							
DC1			.870						
DC5			.848						
DC2			.811						
DC3			.774						
DC4			.763						
VC3			.535						
VC6				.839					
VC1				.811					
VC5				.800					
VC2				.793					
VC4				.739					

TT5					.845				
TT1					.819				
TT3					.784				
TT2					.765				
TT4					.703				
MB1						.836			
MB5						.826			
MB3						.677			
MB2						.676			
MB4						.640			
DB5	.507					.531			.438
YD2							.868		
YD1							.862		
YD3							.838		
HL3								.796	
HL2								.789	
HL1								.774	

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	.497	.537	.058	.326	.466	.304	.033	.211	.034
2	-.059	.063	.934	-.073	-.199	.247	.039	-.076	-.083
3	-.341	.130	.134	.738	-.100	-.469	-.014	.221	-.160
4	-.525	.017	-.044	-.101	.400	.202	.695	.099	-.138
5	.297	-.455	-.117	.399	-.427	.401	.397	.171	.034
6	.360	-.224	.225	-.294	.128	-.535	.272	.544	.099
7	-.203	-.547	.111	.122	.456	.271	-.492	.325	.055
8	.238	-.351	.156	.258	.406	-.254	.187	-.679	.070
9	-.207	.106	.058	.081	-.047	.006	.071	.006	.964

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.729
Approx. Chi-Square		2891.578
Bartlett's Test of Sphericity	df	666
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
TT1	1.000	.770
TT2	1.000	.735
TT3	1.000	.724

TT4	1.000	.728
TT5	1.000	.819
DB1	1.000	.739
DB2	1.000	.779
DB3	1.000	.793
DB4	1.000	.761
DB6	1.000	.839
DC1	1.000	.806
DC2	1.000	.677
DC3	1.000	.659
DC4	1.000	.718
DC5	1.000	.736
MB1	1.000	.715
MB2	1.000	.598
MB3	1.000	.630
MB4	1.000	.638
MB5	1.000	.757
VC1	1.000	.760
VC2	1.000	.736
VC3	1.000	.664
VC4	1.000	.626
VC5	1.000	.772
VC6	1.000	.750
HL1	1.000	.684
HL2	1.000	.769
HL3	1.000	.726
HA1	1.000	.733
HA2	1.000	.773
HA3	1.000	.632
HA4	1.000	.702
HA5	1.000	.850
YD1	1.000	.790
YD2	1.000	.784
YD3	1.000	.742

Total Variance Explained

Component	Initial Giá trị riêng			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7.982	21.573	21.573	7.982	21.573	21.573	3.811	10.299	10.299
2	3.913	10.576	32.149	3.913	10.576	32.149	3.744	10.120	20.419

3	3.385	9.149	41.297	3.385	9.149	41.297	3.713	10.036	30.456
4	2.782	7.518	48.815	2.782	7.518	48.815	3.586	9.691	40.146
5	2.386	6.448	55.262	2.386	6.448	55.262	3.545	9.580	49.727
6	2.361	6.381	61.644	2.361	6.381	61.644	2.937	7.939	57.665
7	1.820	4.920	66.564	1.820	4.920	66.564	2.433	6.576	64.241
8	1.476	3.988	70.552	1.476	3.988	70.552	2.229	6.025	70.267
9	1.010	2.731	73.283	1.010	2.731	73.283	1.116	3.016	73.283
10	.843	2.278	75.560						
11	.766	2.071	77.632						
12	.712	1.924	79.556						
13	.650	1.757	81.313						
14	.644	1.740	83.053						
15	.579	1.564	84.617						
16	.525	1.420	86.036						
17	.519	1.402	87.439						
18	.471	1.272	88.710						
19	.421	1.137	89.848						
20	.389	1.050	90.898						
21	.348	.941	91.840						
22	.339	.917	92.757						
23	.308	.833	93.590						
24	.278	.750	94.340						
25	.273	.738	95.078						
26	.243	.658	95.736						
27	.221	.597	96.332						
28	.210	.567	96.900						
29	.193	.522	97.422						
30	.174	.470	97.892						
31	.155	.418	98.310						
32	.147	.399	98.709						
33	.131	.353	99.062						
34	.106	.285	99.347						
35	.095	.256	99.603						
36	.078	.211	99.814						
37	.069	.186	100.000						

Component Matrix

[illegible]

Rotated Component Matrix

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
HA5	.851								
HA2	.835								
HA4	.753								
HA1	.742								
HA3	.709								
DB6		.871							
DB2		.811							
DB3		.798							
DB4		.773							
DB1		.761							
DC1			.872						
DC5			.849						
DC2			.806						
DC4			.776						
DC3			.770						
VC6				.840					
VC1				.809					
VC5				.800					
VC2				.792					
VC4				.738					
TT5					.841				
TT1					.822				
TT3					.778				
TT2					.767				
TT4					.714				
MB5						.834			
MB1						.824			
MB3						.686			
MB2						.676			
MB4						.651			
YD2							.866		
YD1							.864		
YD3							.840		
HL3								.801	
HL2								.789	
HL1								.769	
VC3			.515						.536

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	.552	.472	.051	.346	.483	.261	.035	.218	.009
2	.089	-.098	.940	-.010	-.190	.205	.043	-.054	.125
3	.051	-.276	.038	.780	-.201	-.459	-.064	.219	.089
4	-.051	-.521	-.077	.039	.308	.221	.734	.141	.125
5	-.448	.546	.120	-.037	-.169	-.180	.406	.507	-.045
6	-.218	.153	-.216	.424	-.442	.667	.070	-.237	.044
7	-.555	-.183	.113	.126	.449	.285	-.487	.324	-.067
8	-.341	.222	.162	.260	.406	-.262	.192	-.680	-.090
9	.096	-.127	.077	.067	-.079	.058	.095	.040	-.972

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.744
Approx. Chi-Square		2799.320
Bartlett's Test of Sphericity	df	630
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
TT1	1.000	.767
TT2	1.000	.688
TT3	1.000	.708
TT4	1.000	.703
TT5	1.000	.801
DB1	1.000	.713
DB2	1.000	.745
DB3	1.000	.750
DB4	1.000	.719
DB6	1.000	.834
DC1	1.000	.821
DC2	1.000	.655
DC3	1.000	.638
DC4	1.000	.616
DC5	1.000	.745
MB1	1.000	.715
MB2	1.000	.573
MB3	1.000	.548

MB4	1.000	.613
MB5	1.000	.748
VC1	1.000	.735
VC2	1.000	.725
VC4	1.000	.570
VC5	1.000	.760
VC6	1.000	.749
HL1	1.000	.666
HL2	1.000	.768
HL3	1.000	.694
HA1	1.000	.735
HA2	1.000	.764
HA3	1.000	.610
HA4	1.000	.670
HA5	1.000	.838
YD1	1.000	.784
YD2	1.000	.792
YD3	1.000	.741

Total Variance Explained

Component	Initial Giá trị riêng			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7.977	22.159	22.159	7.977	22.159	22.159	3.787	10.521	10.521
2	3.669	10.190	32.350	3.669	10.190	32.350	3.760	10.445	20.965
3	3.317	9.215	41.565	3.317	9.215	41.565	3.570	9.915	30.881
4	2.707	7.519	49.084	2.707	7.519	49.084	3.546	9.849	40.730
5	2.382	6.617	55.702	2.382	6.617	55.702	3.477	9.658	50.388
6	2.360	6.557	62.259	2.360	6.557	62.259	2.948	8.188	58.576
7	1.814	5.040	67.299	1.814	5.040	67.299	2.386	6.629	65.205
8	1.475	4.097	71.395	1.475	4.097	71.395	2.229	6.190	71.395
9	.932	2.588	73.984						
10	.825	2.292	76.275						
11	.764	2.121	78.396						
12	.669	1.859	80.256						
13	.644	1.789	82.045						
14	.589	1.635	83.680						
15	.554	1.538	85.218						
16	.525	1.459	86.676						
17	.473	1.313	87.989						

18	.423	1.174	89.163					
19	.406	1.128	90.291					
20	.368	1.022	91.313					
21	.340	.944	92.258					
22	.315	.875	93.133					
23	.283	.786	93.919					
24	.275	.765	94.683					
25	.264	.734	95.417					
26	.243	.676	96.093					
27	.217	.603	96.696					
28	.194	.540	97.236					
29	.180	.501	97.737					
30	.161	.447	98.184					
31	.148	.410	98.594					
32	.141	.392	98.987					
33	.110	.305	99.292					
34	.104	.289	99.581					
35	.081	.226	99.807					
36	.069	.193	100.000					

Component Matrix

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
HA1	.746							
HA5	.741							
TT5	.674							
HA4	.670							
DB3	.655							
HA2	.649							
HA3	.632							
TT3	.622							
DB1	.616							
DB2	.609			-.456				
TT2	.601							
TT1	.593							
DB6	.569			-.499				
TT4	.561							

DB4	.554							
MB4	.449							
MB3	.432							
DC5		.810						
DC1		.780						
DC2		.748						
DC4		.725						
DC3		.670						
VC5	.441		.660					
VC6	.410		.623					
VC4			.552					
VC2	.492		.549					
VC1	.443		.512					
YD1				.671				
YD2				.667			-.440	
YD3				.588	.436			
HL2	.438				.540			
HL3					.498			
MB5			-.428			.538		
MB1						.502		
MB2			-.421			.435		
HL1								-.605

Rotated Component Matrix

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
HA5	.842							
HA2	.828							
HA1	.744							
HA4	.736							
HA3	.723							
DB6		.889						
DB4		.806						
DB2		.793						
DB3		.777						
DB1		.749						
VC6			.849					
VC5			.809					
VC1			.803					
VC2			.793					
VC4			.726					
TT5				.833				
TT1				.827				
TT2				.785				

TT3				.771				
TT4				.704				
DC1					.882			
DC5					.855			
DC2					.803			
DC4					.779			
DC3					.766			
MB5						.839		
MB1						.824		
MB3						.673		
MB4						.667		
MB2						.665		
YD2							.879	
YD1							.862	
YD3							.838	
HL3								.793
HL2								.787
HL1								.778

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7	8
1	.547	.476	.347	.483	.045	.265	.034	.217
2	.083	.028	-.242	-.146	.891	.319	-.026	-.128
3	.093	-.244	.738	-.280	.315	-.391	-.155	.181
4	-.009	-.595	.109	.276	.059	.219	.696	.150
5	-.438	.505	-.049	-.132	.155	-.214	.425	.532
6	-.250	.169	.424	-.450	-.202	.660	.106	-.199
7	-.562	-.165	.112	.458	.094	.273	-.508	.306
8	-.339	.221	.264	.401	.167	-.269	.200	-.682

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded	0	.0
	Total	121	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.891	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TT1	15.02	13.158	.730	.868
TT2	15.01	13.242	.718	.871
TT3	14.83	13.706	.733	.868
TT4	14.71	13.774	.666	.882
TT5	14.97	12.632	.827	.846

Case Processing Summary

	N	%
Valid	121	100.0
Cases Excluded	0	.0
Total	121	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.901	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DB1	13.90	18.757	.732	.884
DB2	13.55	19.299	.752	.879
DB3	13.52	19.902	.751	.880
DB4	13.84	18.917	.712	.889
DB6	13.71	18.224	.828	.862

Case Processing Summary

	N	%
Valid	121	100.0
Cases Excluded	0	.0
Total	121	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.876	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DC1	12.23	8.179	.799	.829
DC2	12.26	8.275	.686	.855
DC3	12.13	8.266	.640	.868
DC4	12.17	8.545	.656	.862
DC5	12.13	8.232	.767	.836

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

	N	%
Valid	121	100.0
Cases Excluded	0	.0
Total	121	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.811	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MB1	12.80	5.360	.696	.742
MB2	12.96	6.307	.504	.800
MB3	12.86	6.222	.541	.790
MB4	12.50	5.585	.552	.792
MB5	12.79	5.487	.714	.738

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded	0	.0
	Total	121	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.875	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VC1	15.10	8.990	.714	.848
VC2	14.98	8.308	.727	.843
VC4	15.07	8.986	.595	.874
VC5	14.65	8.012	.743	.839
VC6	14.88	8.460	.757	.836

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded	0	.0
	Total	121	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.764	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HL1	5.02	3.583	.528	.761
HL2	5.06	2.238	.659	.628
HL3	5.02	2.950	.646	.630

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded	0	.0
	Total	121	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.900	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HA1	11.88	19.743	.752	.878
HA2	11.74	20.259	.798	.869
HA3	11.82	21.400	.654	.898
HA4	11.93	19.779	.711	.888
HA5	12.00	18.700	.852	.855

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded	0	.0
	Total	121	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.834	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
YD1	6.21	2.815	.721	.744
YD2	6.42	2.613	.735	.732
YD3	6.36	3.383	.644	.822

Phụ lục 8: Bảng câu hỏi khảo sát chính thức**BẢNG CÂU HỎI KHẢO SÁT****LỜI MỞ ĐẦU**

Kính gửi Anh/Chị,

Tôi là nghiên cứu sinh Trường Đại học Kinh tế - Đại học Huế, đang thực hiện đề tài về “Các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế TP.HCM”. Mọi thông tin Anh/Chị cung cấp sẽ được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Xin vui lòng đánh dấu (✓) hoặc khoanh tròn vào ô phù hợp nhất theo mức độ đồng ý của Anh/Chị.

PHẦN I: THÔNG TIN CÁ NHÂN

1. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

2. Độ tuổi: ☐ 18-30 ☐ 31-45 ☐ 46-60 ☐ Trên 60

3. Trình độ học vấn

☐ Trung học phổ thông ☐ Trung cấp/Cao đẳng ☐ Đại học ☐ Sau đại học

4. Thu nhập hàng tháng

☐ Dưới 10 triệu ☐ 10-20 triệu ☐ 20-30 triệu ☐ Trên 30 triệu

PHẦN II: ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ

Thang đánh giá:

1: Hoàn toàn không đồng ý

2: Không đồng ý

3: Bình thường

4: Đồng ý

5: Hoàn toàn đồng ý.

A. Chất lượng dịch vụ

Mã	Câu hỏi	1	2	3	4	5
TT1	Tôi cảm thấy an tâm khi điều trị tại bệnh viện này.					
TT2	Bệnh viện này có uy tín tốt.					
TT3	Tôi tin tưởng vào ý kiến của các bác sĩ tại bệnh viện này.					
TT4	Các hóa đơn được lập cho tôi đều chính xác.					
TT5	Hồ sơ bệnh án của tôi được quản lý chặt chẽ.					
DB1	Nhân viên y tế rất có năng lực và được đào tạo bài bản.					
DB2	Quy trình đăng ký khám tại bệnh viện diễn ra nhanh chóng					

DB3	Bác sĩ đã giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả khám và quá trình điều trị của tôi.					
DB4	Các y tá giải thích rõ về quy trình chăm sóc.					
DB5	Nhân viên bệnh viện có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực					
DC1	Các bác sĩ và nhân viên y tế rất lịch sự.					
DC2	Tôi được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng.					
DC3	Nhân viên bệnh viện luôn sẵn sàng giúp tôi.					
DC4	Nhân viên bệnh viện luôn quan tâm đến mọi bệnh nhân.					
DC5	Bệnh viện xem lợi ích của tôi là quan trọng nhất.					
MB1	Quy trình khám bệnh được niêm yết dễ hiểu.					
MB2	Quy trình khám bệnh thuận tiện.					
MB3	Thủ tục khám bệnh đơn giản.					
MB4	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng.					
MB5	Quy trình tiếp nhận nhanh gọn					
VC1	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng.					
VC2	Bệnh viện có cảnh quan sạch đẹp.					
VC3	Nhà vệ sinh sạch sẽ .					
VC4	Phòng chờ có đầy đủ tiện nghi, thoáng mát .					
VC5	Bệnh viện được trang bị những thiết bị mới nhất.					

B. Sự hài lòng của bệnh nhân

Mã	Câu hỏi	1	2	3	4	5
HL1	Dịch vụ y tế mà tôi nhận được là hoàn hảo.					
HL2	Tôi hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.					
HL3	Quyết định chọn dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện là quyết định đúng đắn					

C. Hình ảnh thương hiệu bệnh viện

Mã	Câu hỏi	1	2	3	4	5
HA1	Tôi dễ dàng tìm kiếm thông tin về bệnh viện này.					
HA2	Tôi biết nhân viên y tế của bệnh viện có chuyên môn giỏi.					
HA3	Tôi biết bệnh viện này có chi phí khám chữa bệnh hợp lý.					
HA4	Tôi biết bệnh viện này có hệ thống máy móc y tế hiện đại.					
HA5	Bệnh viện này thân thiện với tôi					

D. Ý định tiếp tục sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

Mã	Câu hỏi	1	2	3	4	5
YD1	Tôi sẽ xem xét bệnh viện này là lựa chọn đầu tiên của tôi để khám chữa bệnh.					
YD2	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này vì đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của tôi.					
YD3	Tôi sẽ tiếp tục đến bệnh viện này ngay cả khi chi phí điều trị có thể tăng lên.					

LỜI CẢM ƠN

Xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Anh/Chị! Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ:

Hà Tiến Ngọc.Điện thoại: 0982763797.Email: htngoc.dhkt23@hueuni.edu.vn

Phụ lục 9: Dữ liệu định lượng chính thức

		gioitinh	tuoi	hocvan	thunhap	loaihinh
N	Valid	464	464	464	464	464
	Missing	0	0	0	0	0

gioitinh

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nữ	259	55.8	55.8	55.8
	Nam	205	44.2	44.2	100.0
	Total	464	100.0	100.0	

tuoi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Từ 18 tuổi đến 30 tuổi	146	31.5	31.5	31.5
	Từ 31 tuổi đến 45 tuổi	135	29.1	29.1	60.6
	Từ 46 tuổi đến 60 tuổi	101	21.8	21.8	82.3
	Trên 60	82	17.7	17.7	100.0
	Total	464	100.0	100.0	

hocvan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Trung học Phổ thông	84	18.1	18.1	18.1
	Trung cấp - Cao đẳng	124	26.7	26.7	44.8
	Đại học	208	44.8	44.8	89.7
	Sau Đại học	48	10.3	10.3	100.0
	Total	464	100.0	100.0	

thunhap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dưới 10 triệu/tháng	154	33.2	33.2	33.2
	Từ 10 triệu đến dưới 20 triệu/tháng	186	40.1	40.1	73.3
	Từ 20 triệu đến 30 triệu/tháng	72	15.5	15.5	88.8
	Trên 30 triệu/tháng	52	11.2	11.2	100.0
	Total	464	100.0	100.0	

loaihin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Bệnh viện công	308	66.4	66.4	66.4
Valid Bệnh viện tư nhân	156	33.6	33.6	100.0
Total	464	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TT1	464	1	5	3.54	1.134
TT2	464	1	5	3.56	1.127
TT3	464	1	5	3.68	1.134
TT4	464	1	5	3.83	1.116
TT5	464	1	5	3.62	1.153
DB1	464	1	5	3.29	1.266
DB2	464	1	5	3.66	1.206
DB3	464	1	5	3.65	1.127
DB4	464	1	5	3.18	1.322
DB5	464	1	5	3.44	1.282
DC1	464	2	5	3.01	.746
DC2	464	2	5	3.06	.854
DC3	464	2	5	3.11	.855
DC4	464	2	5	3.14	.848
DC5	464	2	5	3.09	.847
MB1	464	2	5	3.37	.860
MB2	464	2	5	3.16	.798
MB3	464	2	5	3.24	.761
MB4	464	2	5	3.62	.861
MB5	464	2	5	3.36	.810
VC1	464	1	5	3.54	.801
VC2	464	2	5	3.63	.887
VC3	464	2	5	3.56	.855
VC4	464	1	5	3.98	.902
VC5	464	1	5	3.63	.889
HL1	464	1	5	3.45	.916
HL2	464	1	5	3.15	.930
HL3	464	1	5	3.22	.814
HA1	464	1	5	2.58	.961
HA2	464	1	5	2.47	1.162
HA3	464	1	5	2.51	.929
HA4	464	1	5	2.56	.950

HA5	464	1	4	2.41	.829
YD1	464	1	5	2.87	1.247
YD2	464	1	5	2.96	1.253
YD3	464	1	5	2.87	1.262
Valid N (listwise)	464				

Group Statistics

	gioitinh	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
YD	Nữ	259	2.9035	1.09010	.06774
	Nam	205	2.8943	1.06345	.07427

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
YD	Equal variances assumed	.327	.568	.091	462	.928	.00917	.10081	-.18894	.20728
	Equal variances not assumed			.091	442.447	.927	.00917	.10052	-.18840	.20673

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

YD

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.909	3	460	.127

ANOVA

YD

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8.357	3	2.786	2.423	.065
Within Groups	528.949	460	1.150		
Total	537.307	463			

Oneway**Descriptives**

YD

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Trung học Phổ thông	84	2.2659	.97736	.10664	2.0538	2.4780	1.00	4.00
Trung cấp - Cao đẳng	124	2.7581	1.00706	.09044	2.5791	2.9371	1.33	4.33
Đại học	208	3.1619	1.05764	.07333	3.0173	3.3064	1.67	4.67
Sau Đại học	48	3.2361	.98681	.14243	2.9496	3.5227	1.67	5.00
Total	464	2.8994	1.07726	.05001	2.8011	2.9977	1.00	5.00

Test of Homogeneity of Variances

YD

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.010	3	460	.112

ANOVA

YD

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	55.961	3	18.654	17.826	.000
Within Groups	481.346	460	1.046		
Total	537.307	463			

Oneway**Descriptives**

YD

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Dưới 10 triệu/tháng	154	2.5498	1.04824	.08447	2.3829	2.7167	1.00	4.33
Từ 10 triệu đến dưới 20 triệu/tháng	186	2.9677	1.03229	.07569	2.8184	3.1171	1.33	4.67
Từ 20 triệu đến 30 triệu/tháng	72	3.1991	1.04314	.12293	2.9539	3.4442	1.67	4.67
Trên 30 triệu/tháng	52	3.2756	1.09608	.15200	2.9705	3.5808	1.67	5.00
Total	464	2.8994	1.07726	.05001	2.8011	2.9977	1.00	5.00

Test of Homogeneity of Variances

YD

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.289	3	460	.834

ANOVA

YD

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	33.519	3	11.173	10.202	.000
Within Groups	503.787	460	1.095		
Total	537.307	463			

T-Test**Group Statistics**

	loaihin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
YD	Bệnh viện công	308	2.8690	1.07205	.06109
	Bệnh viện tư nhân	156	2.9594	1.08845	.08715

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
YD	Equal variances assumed	.072	.788	-.853	462	.394	-.09035	.10589	-.29845	.11774
	Equal variances not assumed			-.849	307.282	.397	-.09035	.10642	-.29976	.11906

<u>Mean, STDEV, T values,</u> <u>p values</u>					
	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
DB -> HL	0.250	0.250	0.029	8.714	0.000
DC -> HL	0.228	0.229	0.034	6.707	0.000
HA -> YD	0.132	0.134	0.036	3.672	0.000
HL -> HA	0.495	0.499	0.029	17.129	0.000
HL -> YD	0.636	0.635	0.024	25.982	0.000
MB -> HL	0.254	0.250	0.040	6.331	0.000
TT -> HL	0.294	0.293	0.031	9.599	0.000
VC -> HL	0.207	0.209	0.029	7.046	0.000

<u>Confidence intervals</u>				
	Original sample (O)	Sample mean (M)	2.5%	97.5%
DB -> HL	0.250	0.250	0.197	0.306
DC -> HL	0.228	0.229	0.156	0.291
HA -> YD	0.132	0.134	0.069	0.196
HL -> HA	0.495	0.499	0.441	0.561
HL -> YD	0.636	0.635	0.589	0.681
MB -> HL	0.254	0.250	0.175	0.331
TT -> HL	0.294	0.293	0.233	0.349
VC -> HL	0.207	0.209	0.156	0.269

<u>Mean, STDEV, T values,</u> <u>p values</u>					
	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
DB -> HA	0.124	0.125	0.017	7.275	0.000
DB -> YD	0.175	0.176	0.020	8.589	0.000
DC -> HA	0.113	0.114	0.019	6.044	0.000
DC -> YD	0.160	0.161	0.024	6.595	0.000
HL -> YD	0.066	0.067	0.019	3.507	0.000
MB -> HA	0.125	0.125	0.020	6.396	0.000
MB -> YD	0.178	0.176	0.029	6.240	0.000
TT -> HA	0.145	0.146	0.018	8.216	0.000
TT -> YD	0.206	0.206	0.022	9.417	0.000
VC -> HA	0.103	0.104	0.017	5.982	0.000
VC -> YD	0.145	0.147	0.020	7.112	0.000

<u>Matrix</u>								
	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB				0.250				
DC				0.228				
HA								0.132
HL			0.495					0.636
MB				0.254				
TT				0.294				
VC				0.207				
YD								

<u>Outer loadings</u>								
<u>Matrix</u>								
	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB1	0.830							
DB2	0.881							
DB3	0.865							
DB4	0.790							
DB5	0.912							
DC1		0.882						
DC2		0.841						
DC3		0.815						
DC4		0.743						
DC5		0.873						
HA1			0.756					
HA2			0.793					
HA3			0.842					
HA4			0.753					
HA5			0.820					
HL1				0.870				
HL2				0.879				
HL3				0.835				
MB1					0.905			
MB2					0.845			
MB3					0.879			
MB4					0.804			
MB5					0.891			
TT1						0.870		
TT2						0.888		
TT3						0.880		
TT4						0.880		
TT5						0.926		
VC1							0.785	
VC2							0.817	

VC3							0.777	
VC4							0.821	
VC5							0.892	
YD1								0.871
YD2								0.858
YD3								0.849

<u>Quality criteria</u>		
<u>R-square</u>		
<u>Overview</u>		
	R-square	R-square adjusted
HA	0.245	0.243
HL	0.622	0.618
YD	0.505	0.503

<u>f-square</u>								
<u>Matrix</u>								
	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB				0.135				
DC				0.121				
HA								0.027
HL			0.324					0.617
MB				0.127				
TT				0.183				
VC				0.099				
YD								

<u>Construct reliability and validity</u>				
<u>Overview</u>				
	Cronbach's alpha	Composite reliability (rho_a)	Composite reliability (rho_c)	Average variance extracted (AVE)
DB	0.909	0.911	0.932	0.734

DC	0.888	0.901	0.918	0.693
HA	0.853	0.854	0.895	0.630
HL	0.827	0.831	0.896	0.743
MB	0.916	0.921	0.937	0.749
TT	0.934	0.936	0.950	0.790
VC	0.877	0.885	0.911	0.671
YD	0.823	0.824	0.894	0.738

<u>Discriminant validity</u>								
<u>Heterotrait-monotrait ratio (HTMT) - Matrix</u>								
	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB								
DC	0.322							
HA	0.113	0.295						
HL	0.586	0.507	0.574					
MB	0.365	0.283	0.209	0.652				
TT	0.311	0.218	0.298	0.635	0.395			
VC	0.133	0.111	0.225	0.481	0.350	0.294		
YD	0.354	0.323	0.525	0.844	0.551	0.579	0.434	

<u>Inner model - Matrix</u>								
	DB	DC	HA	HL	MB	TT	VC	YD
DB				1.219				
DC				1.133				
HA								1.324
HL			1.000					1.324
MB				1.343				
TT				1.247				
VC				1.144				
YD								

