NHÂN TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI Ý ĐỊNH SỬ DỤNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI NHÀ Ở VIỆT NAM: TIẾP CẬN NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH NIỀM TIN SỨC KHỎE

Nguyễn Thành Lâm* - PGS.TS. Phạm Văn Tuấn**

Việt Nam đang bước vào giai đoạn già hoá dân số với trên 16% dân số là người cao tuổi, kéo theo sự gia tăng tỷ lệ các bệnh mãn tính và nhu cầu chăm sóc sức khoẻ dài hạn. Dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (KCBTN) nổi lên như một giải pháp tiềm năng giúp giảm tải gánh nặng cho hệ thống y tế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới ý định sử dụng dịch vụ KCBTN dựa trên tiếp cận mô hình Niềm tin sức khoẻ (HBM). Kết quả phân tích cho thấy chi phí/khả năng chi trả (financial cost) có tác động trực tiếp mạnh nhất tới ý định sử dụng dịch vụ (β = 0,312). Đồng thời, nhận thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh (perceived severity) có tác động gián tiếp tới ý định thông qua nhận thức về mối đe doạ (β = 0,473). Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra có sự khác biệt về ý định sử dụng KCBTN giữa các nhóm thu nhập khác nhau. Từ những những phát hiện trên, nhóm tác giả đề xuất một số khuyến nghị cho các đơn vị cung cấp dịch vụ để gia tăng mức độ chấp nhận và thúc đẩy hành vi sử dụng dịch vụ KCBTN trong cộng đồng.

• Từ khóa: *ý định sử dụng, khám chữa bệnh tại nhà, mô hình niềm tin sức khỏe.*

Vietnam is experiencing a period of population aging, with older adults account for more than 16% of total population, accompanied by a rising prevalence of chronic diseases and an increasing demand for long-term healthcare. Home healthcare services have emerged as a potential solution to reduce the burden on public hospital systems. This study was conducted to evaluate factors influencing individuals' behavioral intention to use home healthcare services, employing Health Belief Model approach. The results indicate that, financial cost exerts the strongest direct effect on intention to use (β = 0.312). Additionally, perceived severity demonstrates the strongest indirect effect on intention through perceived threat (β = 0.473). The findings also reveal significant differences in usage intention across different income groups. Base on the results, several managerial implications are proposed for service providers to enhance public acceptance and promote intention to use home healthcare services within the community.

• Key words: *home healthcare services, intention to use, health belief model.*

Ngày nhận bài: 20/12/2025
Ngày gửi phản biện: 05/01/2026
Ngày duyệt đăng: 03/02/2026

DOI: https://doi.org/10.71374/jfarv.v26.i307.06

1. Giới thiệu

Dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (KCBTN) đã phát triển mạnh tại nhiều quốc gia trên thế giới như một giải pháp chăm sóc sức khỏe hiệu quả, linh hoạt và tiết kiệm chi phí. Theo báo cáo từ Bộ Y Tế, năm 2025, Việt Nam có khoảng 16,1 triệu người cao tuổi, chiếm trên 16% dân số. Quá trình già hóa dân số nhanh chóng kèm theo sự gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính dẫn tới nhu cầu ngày càng cao về thăm khám, chăm sóc và điều trị dài hạn. Trong bối cảnh hệ thống y tế đang chịu nhiều áp lực, dịch vụ KCBTN nổi bật như một giải pháp tiềm năng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thuận tiện và linh hoạt cho người sử dụng đồng thời giảm tải gánh nặng cho các cơ sở y tế. Xét từ góc độ học thuật, số lượng nghiên cứu về dịch vụ KCBTN trong nước còn khá hạn chế, phần lớn dừng lại ở mức đánh giá nhu cầu của người dân hoặc mức độ hài lòng của người ứng dụng dịch vụ (các y bác sĩ, chuyên gia y tế) mà chưa đi sâu vào nghiên cứu các yếu tố tác động tới ý định sử dụng, đặc biệt trong bối cảnh chuyển đổi số ngành y tế. Mặt khác, các nghiên cứu ngoài nước mặc dù khắc phục được các nhược điểm trên nhưng hầu hết dựa trên từng mô hình rời rạc, chưa có sự tích hợp lý thuyết để lý giải toàn diện sâu sắc tâm lý và hành vi người tiêu dùng. Do đó, việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng tới ý định sử dụng dịch vụ của người dùng là hết sức cần thiết. Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định các yếu tố tác động tới người tiêu dùng trong việc chấp nhận sử dụng dịch vụ KCBTN, lấy đó làm cơ sở khoa học đưa ra khuyến nghị cho các đơn vị cung cấp dịch vụ

** Cục quản lý Dược, Bộ Y tế; email: TS4250MA@st.neu.edu.vn; ORCID iD: 0009-0005-9765-2076*
*** Đại học Kinh tế Quốc dân; email: phamvantuan@neu.edu.vn; ORCID iD: 0000-0003-0001-7331*

nhằm nâng cao mức độ chấp nhận trong cộng đồng.

2. Cơ sở lý thuyết và mô hình nghiên cứu

2.1. Cơ sở lý thuyết

2.1.1. Dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà (KCBTN)

Dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà lần đầu tiên xuất hiện tại Mỹ và được coi như giải pháp chăm sóc y tế cho các bệnh nhân mắc bệnh mãn tính hoặc người có hoàn cảnh khó khăn ngoài bệnh viện (Lucille Blumenkranz et al., 1968). Các định nghĩa ban đầu nhấn mạnh vào việc cung cấp các dịch vụ y tế tại nhà nhằm duy trì, nâng cao hoặc phục hồi sức khỏe cho người bệnh (Hughes, 2008; MacConnell & Imaizumi, 2001). Qua thời gian, cùng với sự phát triển của công nghệ số, dịch vụ KCBTN đã không còn gói gọn trong việc thăm khám tại gia mà còn mở rộng sang mô hình quản lý, theo dõi và tư vấn từ xa dưới sự hỗ trợ của các thiết bị thông minh (N. Philip et al., 2021). Từ cơ sở đó, nhóm tác giả định nghĩa "Dịch vụ KCBTN bao gồm một loạt các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp bởi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đa ngành được cấp phép tại nơi cư trú của người bệnh, bao gồm các hình thức thăm khám trực tiếp, tư vấn, theo dõi và thăm khám trực tuyến từ xa".

2.1.2. Mô hình niềm tin sức khoẻ (Health Belief Model)

Mô hình Niềm tin sức khỏe do Rosenstock và cộng sự phát triển được xem là một trong các nền tảng lý thuyết quan trọng trong các nghiên cứu về hành vi liên quan tới sức khoẻ. Theo Rosenstock et al. (1974), để một hành vi phòng bệnh được thực hiện, cá nhân cần tin rằng: (1) họ có khả năng đối mặt với nguy cơ mắc căn bệnh; (2) căn bệnh đó có khả năng gây ra những ảnh hưởng đáng kể tới hoạt động đời sống hằng ngày và (3) việc thực hiện hành động cụ thể sẽ mang lại lợi ích trong việc giảm khả năng mắc bệnh hoặc giảm mức độ nghiệm trọng nếu bệnh xảy ra. Trong bối cảnh nghiên cứu, nhóm tác giả lựa chọn ứng dụng mô hình HBM nhằm đánh giá phương thức cá nhân hình thành nhận thức về rủi ro sức khỏe, xác định cơ sở hình thành ý định sử dụng vụ KCBTN.

2.2. Mô hình đề xuất và giả thuyết nghiên cứu

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng khi cá nhân cảm nhận được nguy cơ mắc bệnh ở mức cao, họ có xu hướng nâng cao nhận thức về mối đe dọa từ bệnh tật, từ đó thúc đẩy khả năng thực hiện các hành động phòng ngừa (Janz & Becker, 1984; Champion & Skinner, 2008). Một nghiên cứu có quy mô toàn quốc tại Mỹ khám phá về ý định tiêm vacxin đậu mùa khỉ (Margaret L. Walsh-Buhi et al., 2024) chỉ ra rằng cảm nhận về khả năng mắc bệnh là yếu tố dự báo mạnh nhất đối với nhận thức về mối đe dọa cũng như ý định hành vi, vượt trội so với yếu tố cảm nhận mức độ nghiêm trọng hoặc cảm xúc sợ hãi. Tương tự, nghiên cứu của Helen Clondia Siregar et al. (2025) cho thấy cảm nhận về khả năng mắc bệnh là nhân tố then chốt ảnh hưởng tới nhận thức về mối đe dọa và gián tiếp tác động tới các hành vi kiểm tra và phòng ngừa ung thư cổ tử cung tại phụ nữ. Kết quả từ các nghiên cứu trên đều rút ra trong bối cảnh các quốc gia phát triển, tuy nhiên ảnh hưởng của nó trong bối cảnh Việt Nam vẫn còn cần kiểm chứng, từ đó tác giả đã hình thành giả thuyết sau:

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

Các nghiên cứu thực nghiệm đã chứng minh mối quan hệ tích cực giữa cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh và nhận thức tổng thể về mối đe dọa sức khỏe của bệnh tật. Strecher và Rosenstock (1997) khẳng định, khi cá nhân đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh cao thì càng có xu hướng coi bệnh là một mối đe dọa đáng kể. Tương tự, Brewer và cộng sự (2007) sau khi tổng hợp 36 nghiên cứu đã khẳng định cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh có ảnh hưởng đáng kể đến nhận thức về mối đe dọa và là yếu tố dự báo quan trọng đối với hành vi tiêm vắc xin. Trong hành vi phòng ngừa bệnh tiểu đường, cảm nhận về mức độ nghiêm trọng có ảnh hưởng tích cực tới các hành vi bảo vệ sức khỏe, đặc biệt ở những người có chỉ số BMI cao (Paige et al., 2018). Tóm lại, các phân tích trước đây đều nhấn mạnh nhận thức về mức độ nghiêm trọng là một thành tố then chốt của nhận thức về mối đe dọa, do đó, giả thuyết sau đây được đề xuất:

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

Sự lựa chọn của khách hàng không phải lúc nào cũng mang tính cá nhân thuần tuý mà trong nhiều trường hợp họ còn phải dung hoà và tiếp nhận các lựa chọn khác nhau, đồng thời tuân theo các chuẩn mực và kỳ vọng từ những người xung quanh (Olsen & Grunert, 2010). Trong các nghiên cứu về hành vi sử dụng dịch vụ sức khoẻ, nghiên cứu tại Ý của Ahmad Alaiad et al., (2014) chỉ ra ảnh hưởng xã hội là yếu tố dự báo mạnh mẽ nhất ý định sử dụng robot chăm sóc sức khoẻ tại nhà. Tương tự, I Putu Kresna

Saniscara Dewanta Putra và cộng sự (2023) đã chỉ ra ảnh hưởng xã hội có tác động tích cực mạnh mẽ tới ý định áp dụng nền tảng y tế từ xa của thế hệ Millennials. Những kết quả này cho thấy trong bối cảnh một dịch vụ đòi hỏi nhiều cân nhắc, chẳng hạn như KCTBN, tác động từ các nhóm tham khảo xung quanh cá nhân giữ vai trò quan trọng trong việc hình thành ý định sử dụng. Hơn nữa, trong bối cảnh xã hội Việt Nam giàu tính tập thể, tác động từ các nhóm tham khảo có thể càng mạnh mẽ hơn, do đó, nhóm tác giả đề xuất giả thuyết sau:

H3: Ảnh hưởng xã hội có tác động tích cực tới ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

Nghiên cứu dựa trên HBM cho thấy rằng khi cá nhân cảm nhận được mức độ đe dọa cao, họ có xu hướng chủ động tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế. Cụ thể, nghiên cứu của Yang Zhao et al. (2017) chỉ ra rằng nhận thức về mối đe doạ của bệnh đóng vai trò quyết định trong việc hình thành thái độ và ý định sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe qua điện thoại tại nhóm người trung niên và cao tuổi. Trong bối cảnh tầm soát ung thư, nhân tố này tiếp tục được chứng minh là một yếu tố dự đoán mạnh mẽ ý định thực hiện hành vi nội soi (Becker et al., 2018). Tại Việt Nam, tình trạng quá tải bệnh viện và nguy cơ lây nhiễm chéo khi tới khám trực tiếp đặt ra nhu cầu tìm kiếm giải pháp an toàn, tiện lợi. Do đó, nhận thức về mức độ đe dọa từ bệnh nhiều khả năng sẽ thúc đẩy người dân cân nhắc sử dụng dịch vụ KCBTN như một lựa chọn thay thế phù hợp, do đó giả thuyết sau được đề xuất:

H4: Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật tới sức khỏe có tác động tích cực tới ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

Trong bối cảnh nghiên cứu về sự chấp nhận các dịch vụ y tế có sự tham gia của công nghệ, nhiều bằng chứng thực nghiệm đã cho thấy năng lực tự thân có ảnh hưởng tích cực tới quá trình người bệnh tiếp nhận dịch vụ này. Điều này xuất phát từ việc những cá nhân có khả năng vượt qua thử thách khi sử dụng dịch vụ, ví dụ như sở hữu đủ kiến thức để thao tác hiệu quả với công nghệ, thường có mức độ tự tin và trải nghiệm tích cực hơn khi sử dụng. Nhờ vậy, giá trị chức năng được cải thiện, qua đó làm tăng giá trị cảm nhận tổng thể đối với dịch vụ sức khoẻ (Kum Fai Yuen et al., 2023). Mặc dù nhiều nghiên cứu quốc tế đã khẳng định năng lực cá nhân là yếu tố góp phần ảnh hưởng tới việc chấp nhận các dịch vụ y tế ứng dụng công nghệ, tuy nhiên trong bối cảnh Việt Nam, việc áp dụng công nghệ vào KCB còn khá mới mẻ, vẫn thiếu bằng chứng thực nghiệm về ảnh hưởng yếu tố năng lực tự thân đến ý định sử dụng dịch vụ y tế. Từ khoảng trống đó kết hợp với lý thuyết COM-B, tác giả đề xuất giả thuyết nghiên cứu sau:

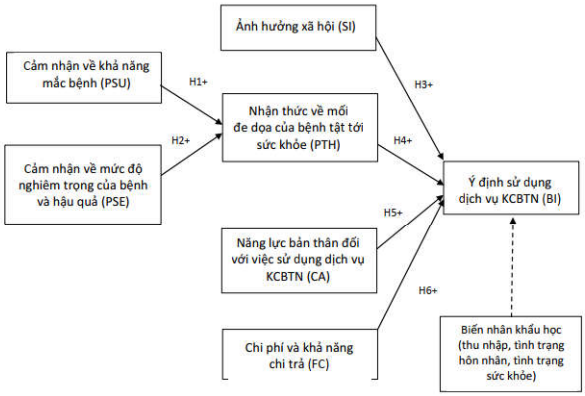
H5: Năng lực của bản thân đối với việc sử dụng dịch vụ KCBTN có tác động tích cực tới ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

Chi phí và khả năng chi trả là một trong những yếu tố tác động đáng kể tới ý định sử dụng các dịch vụ nói chung của người tiêu dùng. Mặc dù KCBTN thường được nhìn nhận như một lựa chọn tiết kiệm hơn so với điều trị nội trú, các mối lo ngại về chi phí ẩn, phạm vi bảo hiểm và khoản tự trả có thể cản trở quyết định của người tiêu dùng (Guo et al., 2021). Khi cá nhân cho rằng chi phí hợp lý, họ có xu hướng hình thành thái độ tích cực và thể hiện ý định mạnh mẽ hơn trong việc sử dụng dịch vụ KCBTN (Lin et al, 2020). Tại Việt Nam, khi các dịch vụ y tế được đánh giá là có chi phí đắt đỏ, nhân tố này có thể là coi là chỉ báo rõ ràng cho ý định sử dụng dịch vụ KCBTN. Xuất phát từ thực tiễn trên và dựa trên khung lý thuyết COM-B, tác giả đề xuất giả thuyết:

H6: Chi phí và khả năng chi trả có tác động tích cực tới ý định sử dụng dịch vụ KCBTN

Từ các lập luận trên, nhóm tác giả đề xuất mô hình nghiên cứu:

Hình 1: Mô hình nghiên cứu đề xuất



Nguồn: Nhóm tác giả đề xuất

3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thang đo Likert 5 mức độ được nhóm tác giả kế thừa và phát triển dựa trên nền tảng các công trình nghiên cứu trước đây. Sau khi hoàn hiện bảng hỏi, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu các nhà khoa học nghiên cứu trong lĩnh vực hành vi và sức khoẻ và các chuyên gia thực tiễn nhằm đánh giá và hiệu chỉnh thang đo để đảm bảo phù hợp với bối cảnh nghiên cứu tại Việt Nam

và tiến hành thu thập dữ liệu.

Nhóm nghiên cứu đã tiến thành thu thập dữ liệu bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện phi xác suất với nhóm đối tượng trên 18 tuổi đang sinh sống và làm việc tại 03 thành phố lớn bao gồm Hà Nội, Hồ Chí Minh và Đà Nẵng. Kết quả thu về được 802 phiếu khảo sát, sau quá trình sàng lọc còn lại 766 câu trả lời hợp lệ để tiến hành phân tích.

4. Kết quả nghiên cứu

Trong 766 câu trả lời hợp lệ, nam giới chiếm 42,8% và nữ giới chiếm 57,2%. Trong đó, nhóm độ tuổi từ 45-dưới 60 chiếm phần lớn nhất (32,6%), tiếp đến là nhóm tuổi trên 60 và từ 30-45 tuổi. Về thu nhập, 64,2% người tham gia có mức thu nhập từ 10 triệu đồng/tháng và hơn 70% người tham gia khảo sát sinh sống tập trung tại 02 thành phố Hà Nội và Hồ Chí Minh.

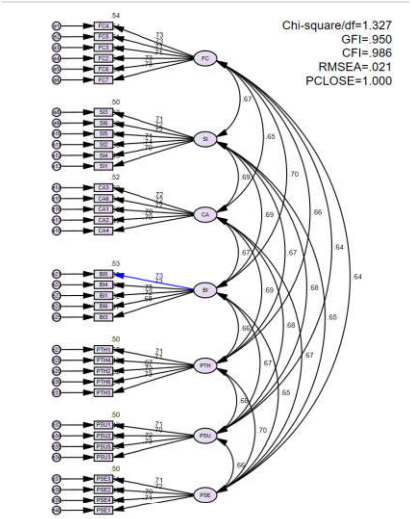
Đầu tiên, tác giả tiến hành phân tích Cronbach's Alpha để kiểm định độ tin cậy thang đo. Kết quả cho thấy tất cả các nhân tố đều có hệ số Cronbach's Alpha >0,6 và hệ số tương quan biến tổng >0,3, do đó thang đo có độ tin cậy tốt, đủ điều kiện tiến hành các bước phân tích tiếp theo. Trong bước kiểm định EFA, các chỉ số đánh giá mức độ phù hợp của thang đo đều đạt yêu cầu. Cụ thể hệ số KMO = 0,969 nằm trong khoảng [0,5; 1]; kiểm định Bartlett có giá trị Sig. = 0,000<0,05; tải lên được 8 nhân tố có trị số Eigenvalue >1; tổng phương sai giải thích tích luỹ đạt 56,781% >50%. Kết quả rút trích cho thấy cả 40 biến quan sát đều có hệ số tải >0,5 là mức hệ số tải tốt, các biến quan sát trong cùng nhóm đều hội tụ về cùng một thang đo như ban đầu.

Tiếp theo, nhóm tác giả tiến hành phân tích CFA để kiểm định độ phù hợp của mô hình. Trong bước này, nhóm tác giả đã thực hiện phân tích hai lần do lần 1 tính hội tụ của thang đo chưa được đảm bảo (chỉ số AVE < 0.5 đối với một số biến quan sát). Sau khi loại bỏ các biến quan sát không đạt, kết quả phân tích lần 2 cho thấy các chỉ số đánh giá mức độ phù hợp của mô hình đều nằm trong ngưỡng chấp nhận và tốt, kết quả cụ thể được thể hiện trong Hình 2.

Các nhóm nhân tố đều có độ tin cậy tổng hợp CR >0,7 và phương sai trích trung bình AVE >0,5. Đồng thời, các phương sai chia sẻ lớn nhất (MSV) đều nhỏ hơn phương sai trích trung bình (AVE) và căn bậc hai của AVE đều lớn hơn tương quan giữa các biến tiềm ẩn. Do vậy thang đo đảm bảo được tính tin cậy, hội tụ và phân biệt.

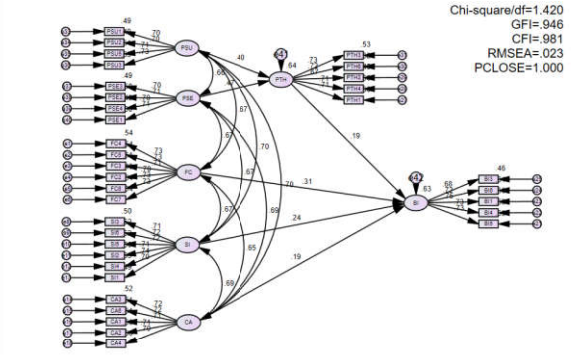
Để kiểm định các giả thuyết đã đề xuất, tác giả tiếp tục sử dụng phân tích mô hình cấu trúc tuyến tính (SEM). Theo Hu và Bentler (1999), kết quả các chỉ số đo lường mức độ phù hợp của mô hình đều nằm trong ngưỡng chấp nhận được, khẳng định rằng mô hình nghiên cứu phù hợp với dữ liệu nghiên cứu.

Hình 2: Kết quả kiểm định mức độ phù hợp của mô hình



Nguồn: Nhóm tác giả phân tích

Hình 3: Kết quả phân tích mô hình cấu trúc tuyến tính SEM



Nguồn: Nhóm tác giả phân tích

Kết quả kiểm định giả thuyết cho thấy, giá trị P-value của tất cả giả thuyết đều <0,05, do đó, nhóm tác giả kết luận tất cả các giả thuyết đã đề xuất đều được chấp nhận. Kết quả này chỉ ra Ảnh hưởng xã hội (SI), Chi phí và khả năng chi trả (FC) và Năng lực của cá nhân (CA) có tác động tích cực tới ý định sử dụng dịch vụ. Mặt khác, kết quả cũng chỉ ra Cảm nhận về khả năng mắc bệnh (PSU) và Cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh và hậu quả (PSE) cũng có tác động gián tiếp tới Ý định sử dụng thông qua Nhận thức về mối đe dọa của bệnh tật (PTH).

Trong các mối quan hệ trực tiếp, nhân tố Chi phí và khả năng chi trả (FC) có tác động mạnh mẽ nhất

tới Ý định sử dụng dịch vụ KCBTN với β = 0,312, tiếp theo đó là Ảnh hưởng xã hội (SI) với β = 0,241, ngược lại Năng lực cá nhân (CA) và Nhận thức về mối đe dọa của bệnh (PTH) có tác động tương đối yếu với hệ số chuẩn hóa β = 0,186. Trong các mối quan hệ gián tiếp, Cảm nhận về mức độ nghiêm trọng của bệnh (PSE) có tác động tới Nhận thức về mối đe dọa (PTH) mạnh hơn so với Cảm nhận về khả năng mắc bệnh (PSU) với hệ số chuẩn hóa lần lượt là β = 0,473 và β = 0,404.

Bảng 1: Kết quả kiểm định giả thuyết

Giả thuyết	Mối quan hệ	Hệ số chưa chuẩn hoá	S.E.	C.R.	P-value	Hệ số chuẩn hoá	Kết luận
H1	PTH <--- PSU	0,392	0,052	7,502	***	0,404	Chấp nhận
H2	PTH <--- PSE	0,469	0,055	8,503	***	0,473	Chấp nhận
H3	BI <--- SI	0,252	0,056	4,503	***	0,241	Chấp nhận
H4	BI <--- PTH	0,190	0,047	4,032	***	0,186	Chấp nhận
H5	BI <--- CA	0,182	0,053	3,465	***	0,186	Chấp nhận
H6	BI <--- FC	0,302	0,049	6,101	***	0,312	Chấp nhận

Nguồn: Nhóm tác giả phân tích

Kiểm định ANOVA

Để đánh giá sự khác biệt về ý định sử dụng dịch vụ giữa các nhóm đối tượng khác biệt về thu nhập, tình trạng hôn nhân và tình trạng sức khỏe, nhóm tác giả đã tiến hành kiểm định ANOVA. Kết quả phát hiện có sự khác biệt về ý định sử dụng dịch vụ KCBTN giữa các nhóm thu nhập của người tiêu dùng. Cụ thể người có thu nhập càng cao có ý định sử dụng dịch vụ cao hơn và ngược lại. Tuy nhiên đối với hai biến định tính tình trạng hôn nhân và tình trạng sức khỏe, nhóm tác giả không phát hiện có sự khác biệt về ý định sử dụng dịch vụ giữa các nhóm khác nhau.

Bảng 2: Phân tích ANOVA biến định tính thu nhập

Levene statistics	df1	df2	Sig.
11.030	3	762	0.000
Welch	**df1**	**df2**	**Sig.**
87.768	3	337.673	0.000

Nguồn: Nhóm tác giả phân tích

5. Kết luận và khuyến nghị

Dịch vụ KCBTN vẫn còn tương đối mới tại Việt Nam dù có tiềm năng phát triển lớn, do đó việc hiểu rõ các động lực thúc đẩy ý định sử dụng của người dân là cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy Nhận thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh có tác động đáng kể đến Nhận thức về mối đe dọa, từ đó ảnh hưởng gián tiếp đến ý định sử dụng KCBTN. Nói cách khác, khi cá nhân hình thành nhận thức về những hậu quả và rủi ro tiềm ẩn của căn bệnh, cảm giác về mối đe doạ từ bệnh tật cũng sẽ tăng lên tương ứng. Bên cạnh đó nghiên cứu còn chỉ ra Chi phí và khả năng chi trả (FC) ảnh hưởng mạnh nhất tới ý định sử dụng dịch vụ. Phát hiện này hàm ý khi người tiêu dùng cảm thấy chi phí hợp lý trong tầm chi trả, ý định sử dụng dịch vụ KCBTN của họ sẽ gia tăng. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu còn chỉ ra các nhóm tham khảo, bao gồm bạn bè, gia đình, chuyên gia y tế,.. cũng có góp phần hình thành ý định sử dụng.

Từ kết quả nghiên cứu, nhóm tác giả đề xuất một số khuyến nghị cho các đơn vị cung cấp dịch vụ KCBTN nhằm cải thiện mức độ chấp nhận và gia tăng ý định sử dụng dịch vụ. Cụ thể, cần làm nổi bật những rủi ro và hậu quả tiềm tàng của bệnh tật, đồng thời thực hiện các chiến dịch marketing và giáo dục nhấn mạnh vào hậu quả nghiêm trọng của căn bệnh nếu không có biện pháp nào được thực hiện. Thứ hai, tận dụng mạng xã hội để truyền thông cho dịch vụ KCBTN, những hình mẫu người đã sử dụng, lời chứng thực từ nhóm gia đình, bạn bè, đồng nghiệp là những yếu tố ảnh hưởng tới người sử dụng tiềm năng. Đặc biệt, do yếu tố chi phí/khả năng chi trả có tác động mạnh nhất tới ý định sử dụng, các cơ sở cung cấp dịch vụ nên thiết kế các chiến lược định giá phù hợp với người tiêu dùng Việt Nam, kèm các phương thức thanh toán linh hoạt. Ngoài ra, các nhà hoạch định chính sách có thể xem xét trợ cấp hoặc hợp tác bảo hiểm để giảm bớt rào cản tài chính.

Mặc dù đã đạt được một số đóng góp đáng kể, nghiên cứu vẫn còn tồn tại một số hạn chế sau. Thứ nhất, nghiên cứu thực hiện tại phạm vi các thành phố lớn, trong khi đó chưa tiếp cận tới các vùng ngoài thành thị dẫn tới kết quả đủ tính đại diện toàn bộ người tiêu dùng Việt Nam. Thứ hai, nghiên cứu mới chỉ dừng lại ở việc khai thác các yếu tố về mặt nhận thức của người sử dụng mà chưa đề cập tới các yếu tố về mặt tâm lý, cảm xúc trong khi đây có thể là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp tới ý định sử dụng dịch vụ. Đây có thể là những hướng đi tiếp theo cho các nghiên cứu trong tương lai về chủ đề khám chữa bệnh tại nhà.

Tài liệu tham khảo:

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed., pp. 45-65). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Gopinath, K., Selvam, G., & Narayanamurthy, G. (2022). Determinants of the Adoption of Wearable Devices for Health and Fitness: A Meta-analytical Study. Communications of the Association for Information Systems, 50(1), 445-450. https://doi.org/10.17705/1cais.05019

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a Decade Later. Health Education Quarterly, 11(1), 1-47. https://doi.org/10.1177/109019818401100101

Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science, 6(42). https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs, 2(4), 354-386. https://doi.org/10.1177/109019817400200405

Tang, S., Yao, L., Ye, C., Li, Z., Yuan, J., Tang, K., & Qian, D. (2021). Can health service equity alleviate the health expenditure poverty of Chinese patients? Evidence from the CFPS and China health statistics yearbook. BMC Health Services Research, 21(1). https://doi.org/10.1186/s12913-021-06675-y.