

**ẢNH HƯỞNG CỦA NGUỒN LỰC TƯƠNG TÁC LÊN GIÁ TRỊ ĐỒNG TẠO SINH VÀ HIỆU
ỨNG TRUYỀN MIỆNG – MỘT NGHIÊN CỨU TRONG NGÀNH DỊCH VỤ Y TẾ.**

**THE INFLUENCE OF OPERANT RESOURCES ON CO-CREATION VALUE AND WORD-OF-
MOUTH – A STUDY OF HEALTH CARE SERVICES.**

Bùi Văn Dự¹

Phạm Ngọc Thúy²

¹Công ty Tư vấn Chiến lược Win-Win; bvdu365@gmail.com

²Khoa Quản lý Công nghiệp – Trường Đại học Bách Khoa, ĐHQG-HCM; pnthuy@hcmut.edu.vn

TÓM TẮT

Bài báo này nhằm xây dựng và kiểm định mô hình quan hệ giữa các yếu tố nguồn lực tương tác của bệnh viện và bệnh nhân với cảm nhận của bệnh nhân về giá trị đồng tạo sinh và hiệu ứng truyền miệng trong dịch vụ y tế. Dữ liệu được thu thập từ 461 bệnh nhân đã khám, chữa bệnh ở TPHCM trong vòng 3 tháng tính đến thời điểm khảo sát. Kết quả phân tích SEM cho thấy các yếu tố nguồn lực tương tác của bệnh viện có tác động đến giá trị đồng tạo sinh mạnh hơn các yếu tố nguồn lực tương tác của bệnh nhân. Nguồn lực tương tác của bệnh viện tác động đến cả giá trị đồng tạo sinh và hiệu ứng truyền miệng. Giá trị đồng tạo sinh cũng có tác động ý nghĩa lên hiệu ứng truyền miệng. Một số hàm ý quản trị cũng được rút ra từ nghiên cứu này.

Từ khóa: *Quan điểm trọng dịch vụ, Nguồn lực tương tác, Giá trị dịch vụ đồng tạo sinh, Hiệu ứng truyền miệng, Dịch vụ y tế.*

ABSTRACT

This paper aims to develop and test a relationship model of provider's operant resources and customer's operant resources on co-create value and word-of-mouth in health care services. Data were collected from 461 patients who have used health care services in HCMC. The SEM results show that the impact of provider's operant resources on co-creation value is stronger than the impact of customer's ones. The provider's operant resources influence both co-creation value and word-of-mouth; co-creation also has significant impact on word-of-mouth. Managerial implications were also discussed.

Key words: *Service dominant logic, Operant resource, Co-creation value, Word-of-Mouth, Health care service.*

1. GIỚI THIỆU

Quan điểm trọng dịch vụ (service dominant logic) cho rằng giá trị và tạo sinh giá trị là những vấn đề cốt lõi trong thực tiễn cũng như trong nghiên cứu ngành dịch vụ [1] hiện nay. Trong quá trình dịch vụ, giá trị dịch vụ được tạo sinh thông qua việc sử dụng các nguồn lực vật chất và tương tác của cả hai phía, tổ chức cung cấp dịch vụ và khách hàng [2; 27]. Đặc biệt đối với những ngành dịch vụ có mức độ tương tác cao như giáo dục, y tế [4; 5] thì quá trình tương tác đòi hỏi khách hàng phải sử dụng nguồn lực tương tác của mình nhiều hơn. Vấn đề đặt ra là phải chăng trong những ngành này, *so với nguồn lực vật chất, vai trò của nguồn lực tương tác cũng quan trọng đáng kể?* Nghiên cứu này nhằm xây dựng một mô hình quan hệ giữa các yếu tố thuộc nguồn lực tương tác của tổ chức dịch vụ và khách hàng với giá trị dịch vụ đồng tạo sinh và hiệu ứng truyền miệng theo quan điểm của khách hàng. Ngành dịch vụ y tế sẽ được nghiên cứu chọn để kiểm định mô hình quan hệ này. Lý do là Việt Nam hiện có hơn 65.000 tổ chức y tế tư nhân đang hoạt động trên toàn quốc, nhưng thực tế dù đã được đầu tư tốt về cơ sở vật chất nhưng số bệnh nhân đến khám chữa bệnh vẫn còn ít, trong khi các bệnh viện công, đặc biệt là tuyến trung ương vẫn luôn bị quá tải. Câu hỏi đặt ra là *tại sao các bệnh viện tư với nguồn lực vật chất tốt như vậy nhưng vẫn chưa được bệnh nhân tin tưởng lựa chọn khám chữa bệnh? Làm thế nào để cải thiện nhằm thu hút bệnh nhân?* Đây là vấn đề mà các nhà quản lý bệnh viện tư đang quan tâm.

Tiếp theo phần giới thiệu, bài báo sẽ trình bày cơ sở lý thuyết của các khái niệm bao gồm nguồn lực tương tác của tổ chức và khách hàng, giá trị đồng tạo sinh và hiệu ứng truyền miệng; kế đến là phương pháp nghiên cứu, phân tích và

thảo luận kết quả; cuối cùng là phần kết luận cùng với một số hàm ý quản trị và hạn chế của đề tài.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT VÀ MÔ HÌNH NGHIÊN CỨU

2.1. Các khái niệm nghiên cứu

Giá trị dịch vụ và giá trị dịch vụ đồng tạo sinh:

Giá trị dịch vụ là đánh giá tổng quan của khách hàng về tiện ích của dịch vụ sau khi so sánh giữa lợi ích nhận được và chi phí bỏ ra [6]. Vargo và cộng sự cho rằng doanh nghiệp dịch vụ chỉ đưa ra giá trị đề nghị (value proposal), còn giá trị chỉ được hiện thực hóa khi khách hàng tiêu dùng dịch vụ, gọi là giá trị sử dụng (value-in-use) [1]. Như vậy, giá trị dịch vụ có được là do sự tương tác giữa doanh nghiệp dịch vụ và khách hàng, doanh nghiệp tạo ra giá trị tiềm năng và khách hàng khi sử dụng dịch vụ sẽ tạo sinh giá trị thực sự. Từ đó, khái niệm Giá trị đồng tạo sinh được hình thành. Nói cách khác, doanh nghiệp cung cấp dịch vụ không thể tạo ra giá trị một cách đơn phương, cũng như khách hàng không chỉ đơn thuần nhận dịch vụ mà chính khách hàng cùng tham gia tạo ra những tiện ích/ trải nghiệm phù hợp với họ [2]. Trong quá trình đồng tạo sinh, cả hai phía sẽ sử dụng nguồn lực, bao gồm nguồn lực vật chất (operand resource) và nguồn lực tương tác (operant resource) của mình để tham gia. Nghiên cứu này thực hiện trong bối cảnh ngành y tế nên nguồn lực doanh nghiệp gọi là nguồn lực bệnh viện và nguồn lực của khách hàng sẽ gọi là nguồn lực bệnh nhân.

Nguồn lực tương tác của tổ chức: Nguồn lực tổ chức bao gồm tất cả các yếu tố đầu vào sử dụng trong quá trình hoạt động của tổ chức, đây là thế mạnh mà một tổ chức có thể vận dụng để

xây dựng và thực thi chiến lược [7]. Theo quan điểm trọng dịch vụ, quá trình tương tác để tạo sinh ra giá trị đòi hỏi các bên phải liên tục vận dụng các nguồn lực, chủ yếu là các nguồn lực tương tác của mình để tham gia [2; 3]. Đối với tổ chức thì các nguồn lực tương tác gồm kiến thức, kỹ năng, bí quyết, danh tiếng, các mối quan hệ, sở hữu trí tuệ, nhãn hiệu [8; 9]. Do bối cảnh thực hiện là ngành y tế nên nghiên cứu này chỉ tập trung vào hai yếu tố nguồn lực của bệnh viện là: **Danh tiếng bệnh viện** và **Kỹ năng chuyên môn của nhân viên**. **Danh tiếng bệnh viện** để chỉ điểm nhấn, ấn tượng của cộng đồng khi nói về bệnh viện, đây là kết quả tích lũy thông qua quá trình giao tiếp, tương tác [10]. Nhìn theo góc độ marketing, danh tiếng tổ chức gắn liền với ấn tượng của khách hàng đối với những nhân viên mà họ tiếp xúc. Do vậy, trong dịch vụ y tế, danh tiếng bệnh viện thường đến từ sự tin tưởng, đánh giá cao của cộng đồng đối với bệnh viện về chất lượng dịch vụ, khả năng điều trị, thủ tục khám chữa bệnh hợp lý, hoặc từ sự thân thiện, tận tâm của nhân viên. Danh tiếng tổ chức là một trong những tài sản vô hình có giá trị nhất [11] và là lợi thế cạnh tranh của tổ chức [12; 13]. **Kỹ năng nhân viên** để chỉ kỹ năng chuyên môn của nhân viên, đó là khả năng nhận thức vấn đề, tổ chức thông tin và xác định giải pháp cụ thể trong một tình huống cụ thể để hành động. Đôi khi nhờ có kỹ năng chuyên môn mà nhân viên (bác sĩ, nhân viên y tế) có thể hành động phản xạ để giải quyết vấn đề [14]. Đây là nguồn lực quan trọng trong quá trình tương tác để tạo sinh giá trị [2; 15; 16; 17].

Nguồn lực tương tác của khách hàng: Nguồn lực tương tác của khách hàng bao gồm năng lượng, cảm xúc, sức khỏe, kiến thức, kỹ năng, quan hệ xã hội, ... [15]. Theo quan điểm

trọng dịch vụ, để có thể tương tác tốt trong quá trình khám, chữa bệnh thì bệnh nhân cũng phải bỏ ra nguồn lực tương ứng để có thể sử dụng dịch vụ. Nói cách khác, để quá trình khám và chữa bệnh đạt hiệu quả thì ngoài năng lực chuyên môn của nhân viên bác sĩ, đòi hỏi bệnh nhân phải biết cách hợp tác tốt bằng cách mô tả rõ triệu chứng bệnh/tình trạng sức khỏe của mình ra sao, đang sử dụng thuốc gì, dị ứng với thuốc gì, ... để bác sĩ có thể chọn cách điều trị/kê toa thuốc phù hợp. Do đó, nghiên cứu này tập trung vào 3 yếu tố là **Trạng thái tâm lý bệnh nhân** (cảm xúc), **Kiến thức bệnh nhân** và **Thời gian tiêu tốn của bệnh nhân** cho việc khám và chữa bệnh. **Trạng thái tâm lý** còn gọi là tâm trạng, để chỉ trạng thái cảm xúc nhất thời của một người nào đó trong một tình huống cụ thể [16]. Các tác giả McNair và cộng sự đã xây dựng bộ thang đo POMS (Profile of Mood States) gồm 65 biến để đo lường khái niệm trạng thái tâm lý con người ứng với 6 trạng thái tâm lý khác nhau [16]. Xét trong bối cảnh dịch vụ y tế, trạng thái tâm lý của bệnh nhân thường thiên về cảm xúc tiêu cực vì liên quan đến sức khỏe, đôi khi là tính mạng nên bệnh nhân thường lo lắng, hồi hộp chờ nghe thông tin (bác sĩ chẩn đoán bệnh, kết quả xét nghiệm, ...) về tình trạng sức khỏe của mình. Do vậy, nghiên cứu tập trung vào trạng thái tâm lý căng thẳng của bộ thang đo POMS (tension - gồm 9 biến). **Kiến thức bệnh nhân** là những hiểu biết, trải nghiệm của bệnh nhân về các vấn đề có liên quan đến quá trình khám, chữa bệnh cũng như vấn đề sức khỏe mà họ đang gặp phải. Theo các tác giả Cegala và cộng sự, trao đổi thông tin giữa bác sĩ và bệnh nhân là rất quan trọng, để đo lường hiệu quả của quá trình giao tiếp giữa bác sĩ và bệnh nhân các tác giả này đã xây dựng bộ thang đo MCCS (Medical Communication Competence Scale) [29]. Trong đó, 16 biến thể hiện việc bệnh

nhân tự đánh giá năng lực giao tiếp có một phần thể hiện kiến thức của bệnh nhân về quá trình khám chữa bệnh. Do vậy, nghiên cứu này sẽ căn cứ vào MCCS để xây dựng thang đo kiến thức bệnh nhân. **Thời gian tiêu tốn của bệnh nhân** để chỉ thời gian mà bệnh nhân phải bỏ ra để sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh. Đây là nguồn lực tương tác có liên quan đến quá trình trao đổi/tương tác giữa bên cung cấp và bên nhận dịch vụ [18]. Thời gian này cần thiết cho việc khám, chữa bệnh (thời gian khám, chờ kết quả xét nghiệm...). Tuy nhiên, nếu bệnh nhân phải chờ đợi lâu họ sẽ có cảm giác mệt mỏi, không hài lòng.

Hiệu ứng truyền miệng: Hiệu ứng truyền miệng để chỉ xu hướng nói với người khác về cảm nhận của khách hàng đối với dịch vụ/nhà cung cấp mà họ đã trải nghiệm dịch vụ [19], khi khách hàng gặp dịch vụ lỗi hoặc cảm thấy họ không được đối xử công bằng thì họ có xu hướng nói xấu về dịch vụ/nhà cung cấp với người khác [20]. Ngược lại, khách hàng sẽ nói tốt về dịch vụ/nhà cung cấp với người khác nếu họ cảm thấy hài lòng [21] hoặc cảm nhận được giá trị dịch vụ là xứng đáng [22]. Nghiên cứu này chỉ xem xét hiệu ứng truyền miệng tích cực.

2.2. Mô hình nghiên cứu và các giả thuyết

Quan hệ giữa nguồn lực bệnh viện và giá trị dịch vụ đồng tạo sinh: các học giả theo quan điểm trọng dịch vụ cho rằng kiến thức, kỹ năng là nguồn lực tương tác có vai trò rất quan trọng trong quá trình tương tác nhằm cùng tạo sinh giá trị [1; 2; 15; 16; 17]. Do vậy, khi khám chữa bệnh, bệnh nhân sẽ cảm thấy an tâm hơn, tin tưởng hơn nếu thấy nhân viên bệnh viện thực hiện các thao tác, công việc một cách thành thạo, điềm tĩnh, không sai sót; khi đó bệnh nhân sẽ sẵn

sàng phối hợp và tập trung tương tác nhiều hơn với bệnh viện dẫn đến giá trị đồng tạo sinh tốt hơn. Kế đến, bệnh nhân khi tìm chỗ khám chữa bệnh thường chọn các bệnh viện có uy tín để sử dụng dịch vụ. Uy tín hay danh tiếng bệnh viện là ấn tượng của cộng đồng đối với tổ chức được tích lũy theo thời gian [10], được xem là nguồn lực tương tác của bệnh viện và cũng có mối tương quan dương với nhận thức của khách hàng về dịch vụ. Vì vậy, nếu bệnh nhân đánh giá danh tiếng bệnh viện cao thì họ sẽ cảm nhận giá trị đồng tạo sinh cao tương ứng. Từ đó, giả thuyết H1a và H2a được phát biểu như sau:

H1a: Kỹ năng nhân viên bệnh viện có tác động dương đến giá trị dịch vụ đồng tạo sinh.

H2a: Danh tiếng bệnh viện có tác động dương đến giá trị dịch vụ đồng tạo sinh

Quan hệ giữa nguồn lực bệnh nhân và giá trị dịch vụ đồng tạo sinh: Trước hết là kiến thức bệnh nhân, kiến thức của khách hàng là một trong các nguồn lực tác động đến giá trị dịch vụ [23]. Đối với dịch vụ y tế, để xác định bệnh, bác sĩ phải hỏi bệnh nhân về các triệu chứng đang gặp là gì, nếu bệnh nhân trình bày cụ thể, rõ ràng thì bác sĩ sẽ dễ dàng chẩn đoán và điều trị bệnh hơn là không nói được các triệu chứng gặp phải. Kế đến là trạng thái tâm lý bệnh nhân, khi đi khám chữa bệnh thì hầu hết bệnh nhân đều có tâm lý lo lắng, căng thẳng. Theo đó, tình trạng sức khỏe càng xấu thì trạng thái tâm lý của bệnh nhân càng căng thẳng hơn. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân nào có tâm lý càng căng thẳng, hồi hộp nhưng trong quá trình chữa bệnh được bác sĩ giải thích cặn kẽ, tư vấn hướng điều trị rõ ràng thì họ sẽ cảm nhận giá trị đồng tạo sinh cao hơn. Ngoài ra, việc tiêu tốn nguồn lực thời gian chờ đợi để được phục vụ thường có ảnh hưởng tiêu cực đến cảm nhận của khách hàng về dịch vụ [24]. Việc

cùng phối hợp, tương tác để tạo ra giá trị dịch vụ với mức thời gian không hợp lý sẽ làm cho bệnh nhân cảm thấy giá trị dịch vụ đồng tạo sinh chưa thật sự tốt như mong muốn. Do vậy, nếu bệnh nhân phải tiêu tốn nhiều thời gian hơn thì họ có xu hướng đánh giá giá trị dịch vụ đồng tạo sinh không cao. Từ các biện luận trên, giả thuyết H3, H4 và H5 được phát biểu như sau:

H3: Kiến thức về bệnh của bệnh nhân có tác động dương đến giá trị dịch vụ đồng tạo sinh.

H4: Trạng thái tâm lý của bệnh nhân có tác động dương đến giá trị dịch vụ đồng tạo sinh.

H5: Thời gian tiêu tốn của bệnh nhân có tác động âm đến giá trị dịch vụ đồng tạo sinh.

Tác động của nguồn lực bệnh viện, giá trị dịch vụ đồng tạo sinh đến hiệu ứng truyền miệng: Khi bệnh nhân cảm nhận giá trị dịch vụ mà họ cùng tạo sinh thông qua tương tác với bệnh viện là xứng đáng thì họ sẽ nói tốt với người khác về những ấn tượng và những trải

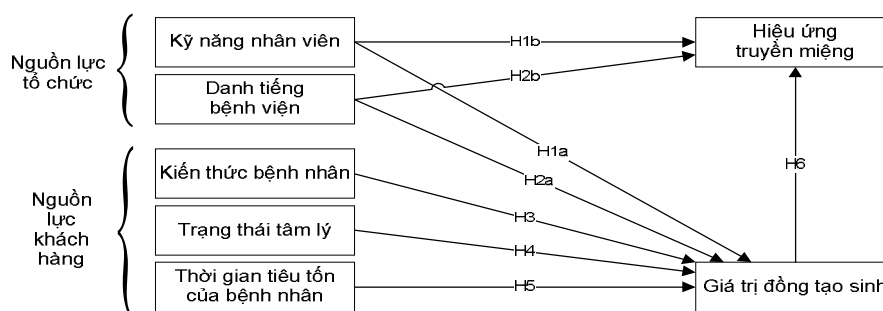
nh nghiệm tốt mà họ đã có khi khám chữa bệnh tại đây. Hơn nữa, nếu bệnh nhân đánh giá nguồn lực bệnh viện cao thì họ cũng sẽ nói tốt về bệnh viện với người khác. Đó là do đặc điểm của dịch vụ y tế, người đi khám chữa bệnh thường tìm hiểu thông tin về bệnh viện trước khi đi, còn người đã khám và có kết quả tốt thì cũng thường giới thiệu cơ sở y tế/bác sĩ đã khám cho người khác khi có nhu cầu. Do đó, có thể phát biểu rằng: nguồn lực bệnh viện theo cảm nhận của bệnh nhân có tác động dương đến hiệu ứng truyền miệng của bệnh nhân. Từ biện luận trên, các giả thuyết H6, H1b và H2b được phát biểu như sau:

H6: Giá trị dịch vụ đồng tạo sinh có tác động dương đến hiệu ứng truyền miệng

H1b: Kỹ năng của nhân viên bệnh viện có tác động dương đến hiệu ứng truyền miệng.

H2b: Danh tiếng bệnh viện có tác động dương đến hiệu ứng truyền miệng

Từ các biện luận trên, mô hình nghiên cứu được đề nghị như sau:



Hình 1. Mô hình nghiên cứu

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện qua hai giai đoạn, nghiên cứu sơ bộ và nghiên cứu chính thức. Giai đoạn sơ bộ phỏng vấn 5 nhân viên y tế và 5 người có sử dụng dịch vụ y tế để điều chỉnh,

bổ sung các thang đo kế thừa từ các nghiên cứu trước cho phù hợp với bối cảnh nghiên cứu. Nghiên cứu chính thức thực hiện phỏng vấn trực tiếp bằng bản câu hỏi có cấu trúc, đáp viên là những người đã khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế ở TP.HCM trong vòng 3 tháng tính từ thời

điểm khảo sát. Có 565 phiếu khảo sát được thu thập, trong đó có 104 phiếu không đạt yêu cầu, 461 phiếu còn lại được sử dụng cho nghiên cứu. Thang đo Giá trị đồng tạo sinh (6 biến) kế thừa của Ngo & O' Cass [2] và Auh & ctg. [25]; Danh tiếng bệnh viện (7 biến) kế thừa của Chun [12] và Ponzi & ctg. [26]; Kỹ năng nhân viên (5 biến) được phát triển từ định nghĩa; Kiến thức của bệnh nhân (4 biến) kế thừa của Cegala & ctg. [30] và Streeter [27]; Hiệu ứng truyền miệng (3+1 biến) kế thừa của Ammari [21] và 1 biến bổ sung; Trạng thái tâm lý bệnh nhân (3+1 biến) kế thừa của McNair & ctg. [29] và 1 biến bổ sung; Thời gian tiêu tốn của bệnh nhân (5 biến) được xây dựng mới. Nghiên cứu sử dụng thang Likert 5 điểm. Phương pháp phân tích dữ liệu sử dụng là SEM với sự hỗ trợ của phần mềm AMOS 20.0.

4. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

4.1. Mô tả mẫu

Kết quả mẫu khảo sát cho thấy số đáp viên có số lần khám chữa bệnh 1–2 lần trong vòng ba tháng tính đến thời điểm khảo sát chiếm tỷ lệ cao nhất (87.6%). Có đến 86.6% đáp viên khám ngoại trú vì khu vực lấy mẫu là ở TP.HCM, là nơi tập trung nhiều bệnh viện và cơ sở khám chữa bệnh. Trừ bệnh nhân đến từ các tỉnh, cư dân TP. HCM thường khám ngoại trú đối với các trường hợp bệnh thông thường hoặc điều trị dài ngày vì nhà gần. Mẫu dữ liệu cũng cho thấy người khám chủ yếu khi phát hiện có bệnh khoảng 65% còn số đi khám sức khỏe định kỳ chỉ chiếm 26%. Đây là thói quen của đa số người dân Việt Nam, chỉ đi bệnh viện khi phát hiện bệnh.

Về đặc điểm nhân khẩu học, mẫu khảo sát có tỷ lệ phân bố giữa nam và nữ khá đồng đều. Tuy nhiên, về độ tuổi, phần lớn đáp viên dưới 35 tuổi, tỷ lệ đáp viên thuộc nhóm trên 55 chỉ đạt

1.7% vì rất khó tiếp cận phòng vấn nhóm đối tượng này. Đây là một điểm hạn chế của mẫu nghiên cứu. Về tình trạng gia đình, có 64.6% đáp viên độc thân và chỉ 35.4% lập gia đình. Về nguồn ngân sách chi trả chi phí khám chữa bệnh, mẫu khảo sát bao gồm cả những người tự chi trả phí khám chữa bệnh và người được chi trả bởi BHYT.

4.2. Kiểm định thang đo

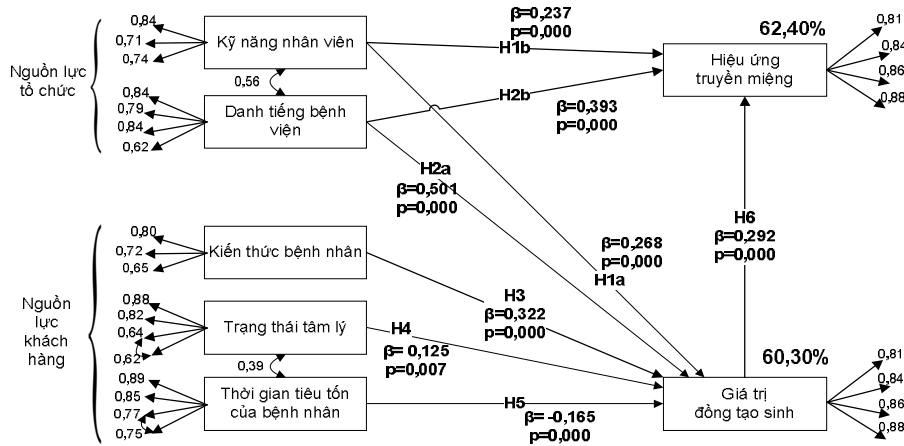
Thang đo trước hết được đánh giá sơ bộ bằng EFA và độ tin cậy Cronbach Alpha, có 9 biến bị loại trong giai đoạn này (từ 35 biến, rút trích được 7 nhân tố với 26 biến). Sau đó, 26 biến còn lại tiếp tục được kiểm định CFA bằng phần mềm AMOS 20.0, không có nhân tố nào bị loại bỏ trong giai đoạn này. Với phương pháp ước lượng ML cho 26 biến còn lại có các chỉ số phù hợp như sau: chi-square = 422,50; df = 277; chi-square/df = 1,53; p = 0,000; CFI = 0,978; TLI = 0,974; RMSEA = 0,034. Kết quả này cho thấy mô hình là phù hợp. Hệ số tải chuẩn hóa của tất cả các biến trong khoảng từ 0,615 đến 0,891; giá trị phương sai trích (AVE - Average Variance Extracted) trong khoảng 0,529 đến 0,728. Các chỉ số này đều trên mức tối thiểu 0,50 nên các thang đo đạt yêu cầu về độ giá trị hội tụ (Hair & ctg., 2010). Độ tin cậy tổng hợp (CR - Composite Reliability) của 7 khái niệm nằm trong khoảng 0,770 đến 0,914 lớn hơn chuẩn chấp nhận là 0,60 nên các thang đo đạt độ tin cậy [28]. Tất cả các giá trị hệ số tương quan bình phương của các cặp khái niệm đều nhỏ

hơn AVE tương ứng của khái niệm cho thấy các thang đo đạt được độ giá trị phân biệt.

4.3 Kiểm định mô hình cấu trúc và các giả thuyết

Tiếp theo, mô hình lý thuyết được kiểm định bằng phương pháp phân tích cấu trúc tuyến tính SEM. Kết quả cho thấy mô hình phù hợp với Chi-square = 499,393; df = 287; p = 0.000; Chi-square/df = 1,740; GFI = 0,924; TLI = 0,963; CFI = 0,967; RMSEA = 0,040. Kết quả kiểm định cho thấy các độ lệch có xuất hiện nhưng rất nhỏ (từ 0,001 đến 0,003) và giá trị tới hạn đều

nhỏ hơn 1,96; như vậy, các ước lượng của mô hình là có thể tin cậy được. Kiểm định cho thấy tất cả các giả thuyết của nghiên cứu đều được ủng hộ ở mức ý nghĩa 95%. Mô hình giải thích được 60,30% biến thiên của yếu tố Giá trị đồng tạo sinh và 62,40% biến thiên của yếu tố Hiệu ứng truyền miệng. Kết quả kiểm định SEM được trình bày tại Hình 2.



Hình 2. Kết quả kiểm định mô hình cấu trúc

5. THẢO LUẬN KẾT QUẢ

Về tác động nguồn lực bệnh viện lên giá trị đồng tạo sinh: Kết quả cho thấy tất cả các giả thuyết trong nghiên cứu này đều được ủng hộ. Hai yếu tố nguồn lực bệnh viện bao gồm Danh tiếng bệnh viện và Kiến thức nhân viên đều có tác động mạnh đến giá trị đồng tạo sinh với giá trị beta (β) lần lượt là 0,501 và 0,268. Điều này giải thích rằng nếu bệnh nhân thấy tin tưởng, có cảm nhận tốt đối với bệnh viện thì họ sẽ có xu hướng đánh giá cao giá trị dịch vụ tạo ra từ việc tương tác với nhân viên bệnh viện. Kết quả này hợp lý vì dịch vụ y tế là một loại dịch vụ đặc biệt, có ảnh hưởng đến sức khỏe, mạng sống con người nên khi đi khám, người ta thường tìm hiểu kỹ để chọn nhưng cơ sở khám có uy tín để khám.

Còn yếu tố kỹ năng nhân viên cũng có tác động tương đối cao với giá trị đồng tạo sinh với xuất phát từ cảm nhận của bệnh nhân khi tiếp xúc với nhân viên, khi họ thấy đội ngũ nhân viên (bác sĩ, y tá, điều dưỡng, nhân viên hành chính) có kỹ năng, tác phong làm việc bình tĩnh, nhanh nhẹn, tận tâm thì họ sẽ đánh giá cao giá trị dịch vụ nhận được.

Về tác động nguồn lực bệnh nhân lên giá trị đồng tạo sinh: Yếu tố tác động mạnh nhất đến giá trị đồng tạo sinh là Kiến thức của bệnh nhân với β=0,322. Kết quả này cho thấy nếu bệnh nhân khi đi khám chữa bệnh và có những hiểu biết nhất định về triệu chứng bệnh của mình, mô tả càng cụ thể, chi tiết thì càng giúp bác sĩ chẩn đoán bệnh chính xác hơn. Từ đó, họ sẽ cảm

nhận giá trị đồng tạo sinh cao hơn những người đến khám nhưng thiếu kiến thức, thiếu thông tin. Kiến thức bệnh nhân là yếu tố quan trọng nhất trong 3 yếu tố vì nếu bệnh nhân hiểu rõ về các triệu chứng bệnh của mình để có thể trao đổi với bác sĩ thì họ sẽ đánh giá giá trị dịch vụ đồng tạo sinh cao hơn những người không biết. Tiếp theo là trạng thái tâm lý của bệnh nhân, kết quả nghiên cứu cho thấy tác động của yếu tố này lên giá trị đồng tạo sinh có $\beta=0,125$. Bệnh nhân càng có tâm lý lo lắng, hồi hộp thì càng có xu hướng đánh giá giá trị đồng tạo sinh cao hơn. Điều này có thể giải thích là khi vượt qua trạng thái lo lắng, có sự hiểu biết về bệnh tật thì bệnh nhân sẽ đánh giá tốt dịch vụ. Giả thuyết về thời gian tiêu tốn của bệnh nhân và giá trị đồng tạo sinh có tương quan âm với $\beta=-0,165$ cũng được ủng hộ. Đây là do tình trạng quá tải của hầu hết các bệnh viện ở Việt Nam, dẫn đến việc bệnh nhân phải tốn khá nhiều thời gian chờ đợi khi đi khám chữa bệnh. Sự mệt mỏi, lo lắng càng kéo dài thì bệnh nhân càng có xu hướng đánh giá thấp giá trị đồng tạo sinh.

Về tác động nguồn lực bệnh viện và giá trị đồng tạo sinh đến hiệu ứng truyền miệng: Hai yếu tố nguồn lực bệnh viện bao gồm danh tiếng bệnh viện và kỹ năng nhân viên có mức tác động ý nghĩa đến hiệu ứng truyền miệng với giá trị beta lần lượt là $\beta=0,393$ và $\beta=0,237$. Kết quả này có thể giải thích được vì tâm lý người bệnh trước khi đi khám thường tìm hiểu kỹ thông tin về bệnh viện, bác sĩ có liên quan đến bệnh của mình. Họ có thể hỏi từ những người quen, hoặc tìm kiếm thông tin trên các diễn đàn có liên quan. Hiệu ứng truyền miệng thường cũng có hai hình thức, chủ động và thụ động. Chủ động là sau khi khám chữa bệnh có kết quả tốt, thấy người khác có nhu cầu thì nói giúp, cho lời khuyên. Thường

với ý niệm là giúp người khác. Còn thụ động là khi có người hỏi thì mới nói. Do vậy, nếu bệnh nhân cảm thấy tin tưởng vào danh tiếng bệnh viện, có ấn tượng tốt với đội ngũ nhân viên, bác sĩ của một bệnh viện nào đó thì họ sẽ nói tốt về nó với người khác. Họ sẽ cho lời khuyên hoặc giới thiệu người khác đến khám và chữa bệnh tại đó khi có nhu cầu. Khi bệnh nhân cảm nhận tốt về giá trị đồng tạo sinh thì họ sẽ dễ dàng nói tốt về dịch vụ của bệnh viện với người khác. Do vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy tác động của giá trị đồng tạo sinh lên hiệu ứng truyền miệng với $\beta=0,292$ là có thể giải thích được.

5.1. Kết luận và hàm ý quản trị

Tóm lại, nghiên cứu đã xác định được tác động của yếu tố nguồn lực tương tác của bệnh viện và bệnh nhân có tác động đến giá trị đồng tạo sinh. Trong đó, các yếu tố thuộc nguồn lực bệnh viện có tác động mạnh hơn. Các yếu tố này giải thích được 60,30% biến thiên của khái niệm Giá trị đồng tạo sinh. Đối với hiệu ứng truyền miệng, thì ngoài tác động của yếu tố giá trị đồng tạo sinh, hai yếu tố nguồn lực bệnh viện là danh tiếng bệnh viện và kỹ năng nhân viên cũng tác động khá mạnh và giải thích được 62,40% biến thiên của khái niệm Hiệu ứng truyền miệng. Từ đó, có thể rút ra một số hàm ý quản trị.

Về phía bệnh viện, kết quả này cho thấy nguồn lực bệnh viện (danh tiếng bệnh viện và kỹ năng nhân viên) có tác động khá mạnh đến cả giá trị đồng tạo sinh và hiệu ứng truyền miệng. Do vậy, các nhà quản lý bệnh viện nên tập trung các công tác sau:

Xây dựng danh tiếng bệnh viện, tạo ấn tượng tốt trong cộng đồng về các kết quả khám chữa bệnh của đơn vị để xây dựng niềm tin của

các bệnh nhân đã, đang khám chữa bệnh và tiềm năng.

Huấn luyện và đào tạo kỹ năng chuyên môn cho nhân viên nhằm xây dựng đội ngũ nhân viên có trình độ chuyên môn giỏi, chuyên nghiệp, nhiệt tình, tận tâm với bệnh nhân.

Tổ chức quy trình khám chữa bệnh tốt, cả trong việc bố trí không gian và thời gian hợp lý để giảm thời gian chờ đợi lâu, làm bệnh nhân mệt mỏi, không hài lòng.

Về phía bệnh nhân, do kiến thức bệnh nhân giữ vai trò quan trọng đến giá trị dịch vụ đồng tạo sinh, nên trước khi đi khám chữa bệnh thì bệnh nhân phải chuẩn bị đầy đủ thông tin về các triệu chứng bệnh để có thể trình bày rõ ràng, qua đó, bác sĩ có thể sử dụng để chẩn đoán bệnh. Thường nếu không chuẩn bị trước, bệnh nhân sẽ mất

nhiều thời gian để nhớ lại và sẽ không thể trả lời đầy đủ và chính xác ngay. Do vậy, bệnh nhân phải tự theo dõi các triệu chứng để mô tả đúng và đủ cho bác sĩ nghe vì bác sĩ cần có thông tin để chẩn đoán bệnh.

Cuối cùng, tuy đã đạt được kết quả nhất định nhưng nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế: 1) Nghiên cứu chỉ thực hiện kiểm định mô hình trên 1 ngành là dịch vụ y tế, thu thập dữ liệu theo phương pháp thuận tiện nên kết quả chưa mang tính đại diện cao; 2) Mẫu khảo sát đa phần là trẻ vì khó tiếp cận phỏng vấn các đối tượng lớn tuổi nên thông tin có thể bị thiên lệch đối với loại dịch vụ này; 3) Các khái niệm trong mô hình nghiên cứu chỉ được xem xét và đánh giá từ phía khách hàng nên kết quả có thể thiên lệch. Các nghiên cứu tiếp theo nên thực hiện đồng thời cả hai phía để có kết quả thuyết phục hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. L. S. Vargo, P. P. Maglio, A. M. Akaka, On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal* 26, 145-152 (2008).
- [2]. L. V. Ngo, A. O'Cass, Creating value offerings via operant resource-based capabilities. *Industrial Marketing Management* 38, 45-59 (2009).
- [3]. L. S. Vargo, F. R. Lusch, Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing* 68, 1-17 (2004).
- [4]. J. R. McColl-Kennedy, S. L. Vargo, T. S. Dagger, J. C. Sweeney, Y. Van Kasteren, Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research* (2012)
- [5]. M. Elg, J. Engström, L. Witell, B. Poksinska, Co-creation and learning in health-care service development. *Journal of Service Management* 23(3), 328-343 (2012)
- [6]. A. V. Zeithaml, Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: a Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing* 52, 2-22 (1988).
- [7]. J. Barney, Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management* 1991 17(1), 99-120 (1991).
- [8]. V. Clulow, C. Barry, J. Gerstman, The resource-based view and value: the customer-based view of the firm. *Journal of European Industrial Training* 3(1), 19-35 (2007).
- [9]. G. Warnaby, S. Baron, P. Konjier, (2009). Toward an Understanding of Customer Perspectives on Organizational Operant Resources. *Paper presented at Australian and New Zealand Marketing Academy Conference 2009 –(ANZMAC 2009), Melbourne, 30 November - 2 December 2009.*
- [10]. C. Fombrun, M. Shanley, What's in a name? Reputation building and corporate strategy.

- Academy of Management Journal* 33, 233-258 (1990).
- [11]. R. M. Grant, *Contemporary Strategy Analysis: Concepts, Techniques, Applications 2nd edition* (Blackwell Publishing, 1995).
- [12]. R. Chun, Corporate reputation: Meaning and measurement. *International Journal of Management Reviews* 7(2), 91-109 (2005).
- [13]. R. Hall, The strategic analysis of intangible resources. *Strategic Management Journal* 13, 135-144 (1992).
- [14]. F. M. MCBride, A. M. Burgman, In *Expert Knowledge and Its Application in Landscape Ecology*, A. H. Perera, C. A. Drew, C. J. Johnson, Eds. (Springer Science + Business Media, New York, 2012), chap. 2
- [15]. J. E. Arnoould, L. L. Price, A. Malshe, Toward a Cultural Resource-Based Theory of the Customer. In F. R. Lusch, L. S. Vargo, *The Service-Dominant Logic of Marketing – Dialog, Debate, and Directions*. M.E. Sharpe, Inc. (2006).
- [16]. S. Madhavaram, D. S. Hunt, The service-dominant logic and a hierarchy of operant resources: developing masterful operant resources and implications for marketing strategy. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36, 67-82 (2008).
- [17]. F. A. Payne, K. Storbacka, P. Frow, Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36, 83-96 (2008).
- [18]. Y. Wang, H. P. Lo, R. Chi, Y. Yang, An integrated framework for customer value and customer relationship management performance: A customer based perspective from China. *Managing Service Quality* 14, 169-182 (2004).
- [19]. F. C. Braga, D. G. D. Nascimento, A. L. Pereira, The word of mouth communication and management services. *African Journal of Marketing Management* 3(4), 89-93 (2011).
- [20]. [20] K. Seiders, L. L. Berry, Service fairness: What it is and why it matters. *The Academy of Management Executive* 12, 8-20 (1998).
- [21]. B. N. Ammari, The effects of Loyalty Program Quality on Word-of-Mouth Recommendations Intentions. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 64 (2012).
- [22]. F. J. Blodgett, J. D. Hill, S. S. Tax, The effects of distributive, procedural, and interactional justice on postcomplaint behavior. *Journal of Retailing* 73, 185-221 (1997).
- [23]. L. S. Vargo, R. Lusch, Why service?. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36(1), 25 -38 (2008a).
- [24]. [24] K. M. Brady, J. J. Jr. Cronin, Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *The Journal of Marketing* 65(3), 34-39 (2001).
- [25]. S. Auh, J. S. Bell, S. C. McLeod, E. Shih, Co-production and customer loyalty in financial services. *Journal of Retailing* 83(3), 359-370 (2007).
- [26]. J. L. Ponzi, J. C. , Fombrun, A. N. Gardberg, Conceptualizing and Validating a Short-Form Measure of Corporate Reputation. *Corporate Reputation Review* 14, 15-35 (2011).
- [27]. A. C. R. Streeter, Doctoral Dissertation, *What nurses say: communication behaviors associated with the competent nursing handoff*, University of Kentucky (2010).
- [28]. Jr. J. F. Hair, W. C. Black, B. J. Babin, R. E. Anderson, *Multivariate Data Analysis* 6th edition (Prentice Hall, 2010).
- [29]. M. D. McNair, M. Lorr, F. L. Droppleman, *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services (1971).
- [30]. J. D. Cegala, T. M. Coleman, W. J. Turner, The development and partial assessment of the medical communication competence scale. *Health Communication* 10(3), 261-288 (1998).