

MỘT SỐ YẾU TỐ NỘI SINH CỦA CƠ SỞ TRỢ GIÚP XÃ HỘI TÁC ĐỘNG TỚI CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Thị Hoài Thu

Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh

Email: thu.nguyenhoai89@gmail.com

Đỗ Thị Hải Hà

Trường Kinh tế và Quản lý công – Đại học Kinh tế Quốc dân

Email: hadh@neu.edu.vn

Mã bài: JED-2026

Ngày nhận bài: 27/09/2024

Ngày nhận bài sửa: 01/10/2024

Ngày duyệt đăng: 02/11/2024

DOI: 10.33301/JED.VI.2026

Tóm tắt

Nghiên cứu này kiểm định tác động của một số yếu tố tới chất lượng chăm sóc người cao tuổi tại các cơ sở trợ giúp xã hội. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ khảo sát cán bộ, nhân viên thuộc 129 cơ sở. Kết quả ước lượng OLS cho biết: Cơ sở chăm sóc chuyên biệt có chất lượng chăm sóc tốt hơn cơ sở chăm sóc tổng hợp, cơ sở ngoài công lập chăm sóc tốt hơn cơ sở công lập. Nguồn chi trả chi phí chăm sóc (từ người cao tuổi thuộc đối tượng tự nguyện), Trình độ chuyên môn nghiệp vụ, Kinh nghiệm, kỹ năng trong công việc của nhân viên có tác động tích cực, làm nâng cao chất lượng chăm sóc. Ngược lại, Quy mô hoạt động của cơ sở và Độ tuổi của người cao tuổi được chăm sóc có tác động ngược chiều, làm hạn chế chất lượng chăm sóc.

Từ khóa: Chăm sóc người cao tuổi, chất lượng chăm sóc, cơ sở trợ giúp xã hội.

Mã JEL: A14, D6, H4, I1, J14, J38

Endogenous factors of social assistance facilities impact the quality of care for the elderly Abstract

This study examines the impact of some factors on the quality of elderly care at social assistance facilities. Research data is collected from a survey of staff at 129 facilities. The OLS estimation results show that Specialized elderly care facilities provide better quality of care than general care facilities. Non-public facilities provide better care than public facilities. Sources of payment for care costs, Professional qualifications, Experience and skills in the work of staff positively impact the quality of elderly care. On the contrary, the scale of operation of the facility and the age of the elderly being cared for have the opposite impact, limiting the quality of elderly care.

Keywords: Care for the elderly, quality of care, social assistance facilities.

JEL Codes: A14, D6, H4, I1, J14, J38

1. Đặt vấn đề

Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn “già hóa” từ năm 2011 với tỷ lệ người cao tuổi (NCT) từ 65 tuổi trở lên là 7% và trở thành một trong số những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới. Theo dự báo của Tổng cục Thống kê dựa trên số liệu Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 và kịch bản mức sinh trung bình cho giai đoạn 2009-2069, Việt Nam sẽ bước vào thời kỳ dân số già với tỷ lệ NCT từ 60 tuổi trở lên vượt mức 20% tổng dân số vào năm 2038 (Tổng cục Thống kê, 2021).

Khi nhu cầu được chăm sóc NCT tăng lên thì chức năng chăm sóc từ phía gia đình bị hạn chế do tác động của quá trình biến đổi của xã hội hiện đại, đặc biệt khu vực thành thị. Chăm sóc NCT trở thành một vấn đề xã hội cần được sự quan tâm của Nhà nước, xã hội và các cơ sở chăm sóc NCT (Giang Thanh Long, 2020; UNFPA, 2011). Mở rộng dịch vụ chăm sóc là một hướng giải pháp nhưng chất lượng chăm sóc của các cơ sở lại là một vấn đề khác làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của NCT.

Từ góc độ lý luận, có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề chăm sóc NCT. Tuy nhiên, theo hiểu biết của tác giả, đến nay có rất ít nghiên cứu một cách hệ thống những yếu tố tác động tới chất lượng chăm sóc NCT, đặc biệt tại các cơ sở trợ giúp xã hội (TGXH) ở Việt Nam. Một số hướng nghiên cứu chính có thể kể đến như: Yếu tố tác động tới nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc NCT hoặc tác động tới nguồn cung dịch vụ chăm sóc NCT. Ngoài ra, một số nghiên cứu về chăm sóc NCT ở Việt Nam mới chỉ tiếp cận nghiên cứu một dịch vụ cụ thể cho NCT như: dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ công tác xã hội, và dịch vụ TGXH.

Trên cơ sở khai thác tính đa dạng, đặc thù của mạng lưới cơ sở TGXH chăm sóc NCT ở Việt Nam, bài viết này kiểm định tác động của những yếu tố thuộc cơ sở chăm sóc tới chất lượng chăm sóc NCT, bao gồm: quy mô hoạt động, loại hình sở hữu, nguồn chi trả chi phí chăm sóc, đối tượng phục vụ và một số đặc điểm liên quan tới nhân viên chăm sóc và NCT được chăm sóc tại cơ sở. Dựa trên kết quả nghiên cứu, bài viết đưa ra một số hàm ý chính sách nhằm chuẩn bị và thích ứng với thời kỳ “dân số già” được dự báo trong khoảng hơn 10 năm nữa ở Việt Nam.

2. Tổng quan nghiên cứu và cơ sở lý thuyết

2.1. Tổng quan nghiên cứu

Với hướng nghiên cứu về chất lượng chăm sóc NCT, các nghiên cứu đã chỉ ra sự không rõ ràng trong khái niệm cũng như phạm vi của chăm sóc NCT. Đồng thời cho thấy những khó khăn, hạn chế trong việc đo lường chất lượng chăm sóc NCT xuất phát từ sự đa dạng trong quan điểm và góc độ tiếp cận của các chủ thể đánh giá. Việc lựa chọn các tiêu chí đánh giá chất lượng chăm sóc NCT thường bị hạn chế bởi nguồn lực cũng như khả năng tiếp cận số liệu, do vậy, cần phải tùy thuộc vào mục đích của nghiên cứu để cụ thể hóa bộ tiêu chí đánh giá phù hợp và tối ưu nhất có thể. Mỗi chỉ số đo lường chất lượng chăm sóc đều có những ưu điểm và nhược điểm khác nhau và cho đến nay vẫn chưa có sự thống nhất bộ chỉ số nào nên được sử dụng chung.

Với hướng nghiên cứu về những yếu tố tác động, hầu hết các nghiên cứu tập trung vào sự tác động của một yếu tố đơn lẻ hoặc một vài yếu tố tới chất lượng chăm sóc. Sự đa dạng về thang đo chất lượng chăm sóc NCT dẫn tới những kết quả nghiên cứu không nhất quán, thậm chí là đối lập về chiều tác động. Trong đó, có thể kể đến một số yếu tố như sau: Quy mô hoạt động của cơ sở (Penchansky & Taubenhau, 1965; Ullmann, 1981; Greenwald & Linn, 1971; Nyman, 1988; Wan & cộng sự, 2006), Mức độ tư nhân hóa của cơ sở (Stolt & cộng sự, 2011; Megginson & Netter, 2001, Hillmer & cộng sự, 2005; Comondore & cộng sự, 2009; Harrington & cộng sự, 2012; Amirhanyan, 2008), Nguồn thanh toán chi phí chăm sóc (Yang & cộng sự, 2021; Harrington & cộng sự, 2000; Harrington & cộng sự, 2001), Đối tượng phục vụ của cơ sở (Harrington & cộng sự, 2000; Harrington & cộng sự, 2001; Castle, 2001), Mức độ lợi nhuận của cơ sở (Megginson & Netter, 2001; Wan & cộng sự, 2006; Harrington & cộng sự, 2001; O’Neill & cộng sự, 2003). Các yếu tố liên quan tới nhân viên chăm sóc (Wan & cộng sự, 2006; Unruh & Wan, 2004; Schnelle & cộng sự, 2004; Castle, 2001), Các yếu tố liên quan tới NCT được chăm sóc tại cơ sở (Cohen & Spector, 1996; Kempen & Suuremeijer, 1991).

2.2. Cơ sở lý thuyết

Lý thuyết về chất lượng chăm sóc (SPO) do Avedis Donabedian (1988) khởi xướng, đến nay vẫn được chấp nhận rộng rãi và sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu về chất lượng chăm sóc (Hanae & cộng sự, 2013; Herman & cộng sự, 2000, Wan & cộng sự, 2006; Hjelmars & cộng sự, 2018; Nicholas & Jamie, 2010). Theo đó, chất lượng chăm sóc được cấu thành bởi 3 khía cạnh: Cấu trúc (S: Structure), Quy trình (P:

Process), và Kết quả (O: Outcome). Trong đó, “Cấu trúc” liên quan tới những đặc điểm tương đối ổn định của tổ chức, những điều kiện cần thiết để cung cấp sự chăm sóc. “Quy trình” liên quan tới toàn bộ hoạt động diễn ra trong thời gian cung ứng và thụ hưởng sự chăm sóc, thường được xem xét trên hai góc độ: (i) Góc độ lâm sàng: việc áp dụng các kỹ thuật, tiêu chuẩn mang tính chuyên môn trong quy trình chăm sóc, (ii) Góc độ phi lâm sàng: mối quan hệ tương tác xã hội giữa nhân viên chăm sóc và người được chăm sóc. “Kết quả” liên quan tới việc sử dụng tốt các nguồn lực hay những tác động của chăm sóc lên tình trạng sức khỏe, mức độ hài lòng, chất lượng cuộc sống; cảm xúc, tinh thần của người được chăm sóc. “Kết quả” cũng được xem xét trên hai góc độ: (i) Góc độ lâm sàng: tỷ lệ tử vong, tỷ lệ xuất viện, tỷ lệ NCT bị vết loét do nằm nhiều, mức độ hạn chế chức năng vận động, khả năng nhận thức, mức độ suy giảm/cải thiện tình trạng sức khỏe, (ii) Góc độ phi lâm sàng: sự hài lòng, chất lượng cuộc sống của NCT được chăm sóc (Cretien & cộng sự, 1995; Herman & cộng sự, 1998). So với góc độ tiếp cận của các lý thuyết khác thì đây là cách tiếp cận đảm bảo tính khách quan, dễ định lượng và có thể sử dụng được cho nhiều chủ thể đánh giá. Nghiên cứu này chỉ xem xét khía cạnh “Quy trình” và “Kết quả” ở góc độ phi lâm sàng nhằm loại bớt tác động nhiễu từ những yếu tố không liên quan tới hoạt động chăm sóc như: bệnh lý di truyền, thói quen sinh hoạt, môi trường sống và sự lão hóa theo quy luật tự nhiên của tuổi già.

Theo lý thuyết về các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng chăm sóc NCT của Vera & Irurita (1999), chất lượng chăm sóc phụ thuộc vào bối cảnh bên ngoài và yếu tố trong nội bộ cơ sở chăm sóc. Từ góc độ tiếp cận của NCT được chăm sóc, những yếu tố tác động tới chất lượng chăm sóc được hệ thống hóa thành 3 nhóm: (1) Nhóm yếu tố thuộc môi trường liên quan tới bối cảnh bên ngoài có tác động tới hoạt động của các cơ sở chăm sóc nói chung và chất lượng chăm sóc nói riêng, (2) Nhóm yếu tố thuộc tổ chức liên quan tới một số đặc điểm của cơ sở chăm sóc, (3) Nhóm yếu tố thuộc cá nhân liên quan tới đặc trưng của nhân viên chăm sóc và đặc trưng NCT được chăm sóc tại cơ sở.

Nghiên cứu này vận dụng lý thuyết chất lượng chăm sóc (SPO) để xây dựng hệ thống tiêu chí đánh giá chất lượng chăm sóc NCT tại các cơ sở TGXH thực hiện chăm sóc NCT. Trong đó, các tiêu chí được lựa chọn và điều chỉnh để phù hợp với bối cảnh nghiên cứu ở Việt Nam cũng như các chính sách, quy định hiện hành (chẳng hạn như thông tư của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, 2017).

Dựa trên các phân tích về tính đặc thù và đa dạng của hệ thống cơ sở TGXH tại Việt Nam, nghiên cứu này bổ sung thêm một yếu tố (Đối tượng phục vụ) vào mô hình nghiên cứu nhằm kiểm định tác động của 09 yếu tố tới chất lượng chăm sóc NCT và chia thành hai nhóm: Nhóm yếu tố thuộc cơ sở (Đối tượng phục vụ, Loại hình sở hữu, Quy mô hoạt động, Nguồn thanh toán) và Nhóm yếu tố thuộc cá nhân (Kinh nghiệm, kỹ năng của nhân viên chăm sóc, Trình độ chuyên môn, nghiệp vụ của nhân viên chăm sóc, Mức độ hài lòng trong công việc của nhân viên chăm sóc, Độ tuổi của NCT được chăm sóc tại cơ sở, Mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt hằng ngày).

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Dữ liệu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng kết hợp phương pháp định tính và định lượng trong đánh giá chất lượng chăm sóc nhằm đa dạng hóa góc độ tiếp cận từ các chủ thể khác nhau (NCT và thân nhân NCT được chăm sóc, đại diện Sở Lao động, Thương binh và Xã hội, Phòng Bảo trợ xã hội, dữ liệu thứ cấp của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội); đồng thời hạn chế tính chủ quan của đối tượng khảo sát định lượng (là cán bộ, nhân viên làm việc tại các cơ sở TGXH). Đây là những người trực tiếp tham gia vào hoạt động cung ứng chăm sóc NCT; đồng thời có đủ kiến thức chuyên môn, sự hiểu biết để tham gia trả lời một cách chính xác. Với quy mô tổng thể không quá lớn nên nghiên cứu tiến hành khảo sát với toàn bộ 129 cơ sở TGXH có chăm sóc NCT trên phạm vi toàn quốc. Kết quả thu về được 440 phiếu trả lời với cơ cấu như sau (Bảng 1).

3.2. Mô hình nghiên cứu

Mô hình hồi quy ước lượng bằng phương pháp bình phương nhỏ nhất (OLS) và được thể hiện như sau:

$$\text{QUALITY}_i = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ORG1}_i + \alpha_2 \text{ORG2}_i + \alpha_3 \text{ORG3}_i + \alpha_4 \text{ORG4}_i + \alpha_5 \text{PER1}_i + \alpha_6 \text{PER2}_i + \alpha_7 \text{PER3}_i + \alpha_8 \text{PER4}_i + \alpha_9 \text{PER5}_i + \beta_1 \text{ORG3}_i \times \text{ORG2}_i + \beta_2 \text{ORG4}_i \times \text{ORG2}_i + \beta_3 \text{PER1}_i \times \text{ORG2}_i + \beta_4 \text{PER3}_i \times \text{ORG2}_i + e_i$$

Chất lượng chăm sóc NCT (QUALITY) thể hiện nhận định của người trả lời về hoạt động chăm sóc NCT tại cơ sở TGXH với 5 mức độ đồng ý theo thang Likert tăng dần từ 1 (Rất không đồng ý) đến 5 (Rất đồng ý), được đo lường bởi 25 tiêu chí, phân chia thành 3 khía cạnh: Cấu trúc (Structure), Quy trình (Process), Kết quả (Outcome) (xem Phụ lục).

Bảng 1: Cơ cấu mẫu khảo sát

Tiêu chí	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Tổng	440	100%
<i>Theo độ tuổi</i>		
Dưới 30 tuổi	62	14,1
Từ 30 đến dưới 40 tuổi	208	47,3
Từ 40 đến dưới 50 tuổi	102	23,2
Từ 50 tuổi trở lên	68	15,1
<i>Theo giới</i>		
Nam	115	26,1
Nữ	325	73,9
Khác	0	0
<i>Theo số năm công tác</i>		
Dưới 5 năm	94	21,4
Từ 5 đến dưới 10 năm	70	15,9
Từ 10 đến dưới 15 năm	244	55,5
Từ 15 năm trở lên	32	7,2
<i>Theo vị trí việc làm</i>		
Cán bộ lãnh đạo, quản lý	92	20,9
Nhân viên khối hành chính, văn phòng	96	21,8
Nhân viên trực tiếp chăm sóc NCT	146	33
Nhân viên y tế	45	10,5
Kiểm nhiệm từ 2 nhiệm vụ trở lên.	61	13,8

Nguồn: Kết quả thu được từ dữ liệu khảo sát.

Bảng 2: Biến độc lập và giả thuyết nghiên cứu

Biến độc lập	Thang đo	Các giá trị	Giả thuyết tương ứng
Đối tượng phục vụ (ORG1)	Dummy	ORG1 = 1 nếu cơ sở chăm sóc chuyên biệt NCT; ORG1 = 0 nếu cơ sở chăm sóc tổng hợp.	H1: Cơ sở chăm sóc NCT chuyên biệt có chất lượng chăm sóc tốt hơn cơ sở chăm sóc tổng hợp.
Loại hình sở hữu (ORG2)	Dummy	ORG2 = 0 nếu cơ sở công lập ORG2 = 1 nếu cơ sở ngoài công lập	H2: Cơ sở ngoài công lập có chất lượng chăm sóc tốt hơn cơ sở công lập
Quy mô hoạt động (ORG3)	Số lượng NCT được chăm sóc tập trung tại cơ sở	ORG31: Dưới 10 NCT ORG32: Từ 10 - dưới 30 NCT ORG33: Từ 30 - dưới 50 NCT ORG34: Từ 50 NCT trở lên	H3: Quy mô hoạt động của cơ sở có mối quan hệ cùng chiều với chất lượng chăm sóc.
Nguồn chi trả chi phí chăm sóc (ORG4)	Tỷ lệ NCT tự chi trả chi phí chăm sóc (đối tượng tự nguyện) tại cơ sở	ORG41: Không có ORG42: Dưới 50% ORG43: Từ 50 - dưới 100% ORG44: 100%	H4: Tỷ lệ NCT thuộc đối tượng tự nguyện càng cao thì càng tác động tích cực tới chất lượng chăm sóc.
Trình độ chuyên môn, nghiệp vụ của nhân viên chăm sóc (PER1)	Mức độ đáp ứng với yêu cầu công việc của nhân viên chăm sóc	PER11: Chưa đáp ứng PER12: Đáp ứng một phần PER13: Hoàn toàn đáp ứng	H5: Nhân viên chăm sóc có trình độ chuyên môn, nghiệp vụ càng cao thì càng tác động tích cực đối với chất lượng chăm sóc.
Kinh nghiệm, kỹ năng chăm sóc NCT của nhân viên chăm sóc (PER2)	Mức độ đáp ứng với yêu cầu công việc của nhân viên chăm sóc	PER21: Chưa đáp ứng PER22: Đáp ứng một phần PER23: Hoàn toàn đáp ứng	H6: Nhân viên chăm sóc có kinh nghiệm, kỹ năng chăm sóc NCT càng cao thì càng tác động tích cực đối với chất lượng chăm sóc.
Mức độ hài lòng của nhân viên chăm sóc (PER3)	Mức độ hài lòng đối với công việc của nhân viên chăm sóc	PER31: Chưa hài lòng PER32: Hài lòng một phần PER33: Hoàn toàn hài lòng	H7: Nhân viên chăm sóc hài lòng trong công việc thì tác động tích cực tới chất lượng chăm sóc
Độ tuổi của NCT được chăm sóc tại cơ sở (PER4)	Tỷ lệ NCT tại cơ sở thuộc nhóm đại lão (từ 80 tuổi trở lên)	PER41: Không có PER42: Dưới 50% PER43: Từ 50 - dưới 100% PER44: 100%	H8: Tỷ lệ NCT trên 80 tuổi càng cao thì càng tác động tiêu cực tới chất lượng chăm sóc

Mức độ phụ thuộc của NCT được chăm sóc tại cơ sở (PER5)	Tỷ lệ NCT tại cơ sở không tự thực hiện được một số hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ăn uống, vệ sinh, đi lại)	PER51: Không có PER52: Dưới 50% PER53: Từ 50 - dưới 100% PER54: 100%	H9: Mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày của NCT có mối quan hệ ngược chiều tới chất lượng chăm sóc
---	---	---	--

Trong nghiên cứu này, các biến điều tiết nhằm so sánh khác biệt giữa cơ sở công lập và ngoài công lập đối với sự tác động của một số yếu tố tới chất lượng chăm sóc NCT. Hay nói cách khác, sự điều tiết của biến loại hình sở hữu (ORG2) đối với tác động của các biến ORG3, ORG4, PER1, PER3 tới chất lượng chăm sóc NCT.

Bảng 3: Biến điều tiết và giả thuyết mở rộng

Biến điều tiết	Giả thuyết mở rộng
ORG3 x ORG2	H3a: Tác động của quy mô hoạt động tới chất lượng chăm sóc có sự khác biệt giữa cơ sở công lập và ngoài công lập
ORG4 x ORG2	H4a: Tác động của nguồn chi trả chi phí tới chất lượng chăm sóc NCT có sự khác biệt giữa cơ sở công lập và ngoài công lập
PER1 x ORG2	H5a: Tác động của trình độ chuyên môn, nghiệp vụ tới chất lượng chăm sóc có sự khác biệt giữa nhân viên chăm sóc tại cơ sở công lập và ngoài công lập
PER3 x ORG2	H7a: Tác động của sự hài lòng trong công việc tới chất lượng chăm sóc có sự khác biệt giữa nhân viên chăm sóc tại cơ sở công lập và ngoài công lập.

4. Kết quả nghiên cứu

Tương ứng với các khía cạnh của chất lượng chăm sóc NCT: Cấu trúc, Quy trình, Kết quả, nghiên cứu ước lượng 3 mô hình hồi quy cho 3 biến phụ thuộc khác nhau bằng phương pháp bình phương nhỏ nhất (OLS) để làm rõ hơn tác động của các yếu tố tới từng khía cạnh của Chất lượng chăm sóc. Kết quả R2 bằng khoảng 0,8 cho thấy các yếu tố được xem xét trong mô hình giải thích được khoảng 80% sự thay đổi của chất lượng chăm sóc NCT (Bảng 4).

Bảng 4: Hệ số ước lượng của những yếu tố tác động tới chất lượng chăm sóc

Biến và giải thích biến	(1)	(2)	(3)
	Y_Struc (Cấu trúc)	Y_Process (Quy trình)	Y_Outcome (Kết quả)
ORG1: Đối tượng phục vụ (Chăm sóc NCT chuyên biệt)	0,299***	0,280***	0,272***
ORG2: Loại hình sở hữu (Ngoài công lập)	0,388**	0,441**	0,427**
Nhóm so sánh ORG34: Số NCT được chăm sóc tại cơ sở (Từ 50 NCT trở lên)			
ORG31	-0,564***	-0,643***	-0,589***
ORG32	-0,146**	-0,181**	-0,198**
ORG33	-0,734***	-0,877***	-0,945***
Nhóm so sánh ORG41: Tỷ lệ % NCT thuộc đối tượng tự nguyện (Không có)			
ORG42	0,541***	0,358***	0,347***
ORG43	0,877***	0,770***	0,802***
ORG44	0,889***	0,812***	0,851***
Nhóm so sánh PER11: Mức độ đáp ứng yêu cầu công việc của nhân viên chăm sóc về trình độ chuyên môn, nghiệp vụ (Chưa đáp ứng)			
PER12	0,372***	0,375***	0,407***
PER13	0,282**	0,200	0,153
Nhóm so sánh PER21: Mức độ đáp ứng yêu cầu công việc của nhân viên chăm sóc về kinh nghiệm, kỹ năng (Chưa đáp ứng)			
PER22	0,250***	0,269***	0,264***
PER23	0,389***	0,360***	0,345***
Nhóm so sánh PER33: Mức độ hài lòng của nhân viên chăm sóc đối với công việc (mức Hoàn toàn hài lòng)			
PER31	-0,090	-0,118	-0,103
PER32	-0,090	-0,084	-0,104

Nhóm so sánh PER44: Tỷ lệ % NCT trên 80 tuổi tại cơ sở (100%)			
PER41	-1,053***	-0,962***	-0,910***
PER42	-0,743***	-0,539***	-0,463**
PER43	-0,910***	-0,733***	-0,683***
Nhóm so sánh PER54: Tỷ lệ % NCT không tự phục vụ tại cơ sở (mức 100%)			
PER51	0,045	0,059	0,051
PER52	0,041	0,053	0,054
PER53	-0,078	-0,061	-0,068
ORG31 x ORG2	-0,234*	-0,317**	-0,314**
ORG32 x ORG2	-0,054	-0,005	0,003
ORG33 x ORG2	0,143	0,181	0,275**
ORG42 x ORG2	-0,190	-0,245**	-0,220*
ORG43 x ORG2	-0,162	-0,229	-0,303
ORG44 x ORG2	-0,371*	-0,499**	-0,552**
PER12 x ORG2	-0,033	-0,127	-0,188
PER13 x ORG2	0,095	0,145	0,212
PER31 x ORG2	-0,058	-0,018	-0,021
PER32 x ORG2	-0,016	0,023	0,049
Hằng số	-0,102 (0,151)	0,038 (0,160)	0,014 (0,164)
R bình phương	0,830	0,809	0,799

Sai số chuẩn trong ngoặc đơn
*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Tác động của Đối tượng phục vụ: Kết quả ước lượng cho thấy các cơ sở chăm sóc NCT chuyên biệt có quan hệ cùng chiều với Cấu trúc (hệ số ước lượng là 0,304), quan hệ cùng chiều với Quy trình (hệ số 0,284) và Kết quả (hệ số 0,270). Các hệ số ước lượng trên đều khác 0 và có ý nghĩa thống kê ở độ tin cậy 95%. Như vậy, giữa các cơ sở chăm sóc NCT, thì nhóm cơ sở có hình thức chăm sóc NCT chuyên biệt (tức là chỉ phục vụ chăm sóc đối tượng là NCT) có chất lượng chăm sóc NCT tốt hơn so với các cơ sở tổng hợp (tức là cơ sở chăm sóc NCT và các nhóm đối tượng khác).

Tác động của Loại hình sở hữu: Các hệ số ước lượng của biến ORG2 đối với các mô hình (1), (2) và (3) đều khác 0 và có ý nghĩa thống kê ở độ tin cậy 95%. Như vậy, có thể thấy chất lượng chăm sóc NCT ở nhóm cơ sở trợ giúp xã hội ngoài công lập đang được đánh giá tốt hơn so với nhóm cơ sở công lập.

Tác động của Quy mô hoạt động: Hệ số ước lượng của các biến số ORG32, ORG33 và ORG34 ở các mô hình đều nhỏ hơn 0. Có thể thấy ở mô hình (1), hệ số ước lượng lần lượt là -0,715, -0,183 và -0,656 có ý nghĩa thống kê. Tương tự hệ số ước lượng của các biến này đều nhỏ hơn 0 ở các mô hình (2) và (3). Như vậy so với các cơ sở TGXH có quy mô hoạt động nhỏ (tức là chăm sóc ít hơn 10 đối tượng NCT) thì ở các cơ sở có quy mô hoạt động lớn (từ 10 NCT trở lên) có quan hệ ngược chiều đến chất lượng chăm sóc NCT.

Tác động của Nguồn chi trả chi phí chăm sóc NCT: Kết quả ước lượng cho thấy hệ số của các biến ORG42, ORG43 và ORG44 đều lớn 0 và có ý nghĩa thống kê (xem hệ số ước lượng tại các mô hình (1), (2) và (3) dưới đây). Như vậy tỷ lệ phần trăm NCT tự chi trả chi phí chăm sóc (hay còn gọi tỷ lệ NCT là đối tượng tự nguyện) tại cơ sở có quan hệ cùng chiều với cả 3 chỉ tiêu của Chất lượng (Cấu trúc, Quy trình và Kết quả). Nói cách khác, nếu tỷ lệ NCT là đối tượng tự nguyện càng tăng thì chất lượng chăm sóc NCT càng tốt.

Tác động của Trình độ, chuyên môn nghiệp vụ nhân viên chăm sóc: Hệ số ước lượng các biến PER12, PER13 đều dương và có ý nghĩa thống kê cho biết: Nếu nhân viên chăm sóc NCT có trình độ chuyên môn nghiệp vụ tốt, đáp ứng yêu cầu công việc sẽ thúc đẩy tăng chất lượng chăm sóc NCT.

Tác động của Kinh nghiệm, kỹ năng của nhân viên chăm sóc: Hệ số ước lượng các biến PER22, PER23 đều lớn hơn 0 và có ý nghĩa thống kê cho biết: Nếu nhân viên chăm sóc có nhiều kinh nghiệm, kỹ năng, đáp ứng tốt yêu cầu công việc sẽ làm gia tăng chất lượng chăm sóc NCT.

Tác động của Mức độ hài lòng trong công việc của nhân viên chăm sóc: Hệ số ước lượng biến PER31 (thể hiện cho mức độ chưa hài lòng) nhỏ hơn 0 và có ý nghĩa thống kê cho biết: các cơ sở có nhân viên chăm sóc chưa hài lòng trong công việc có chất lượng chăm sóc NCT thấp hơn so với nhóm cơ sở chăm sóc NCT có nhân viên chăm sóc hài lòng trong công việc. Bên cạnh đó, biến PER32 (thể hiện cho mức độ hài lòng

một phần) đều không có ý nghĩa thống kê. Như vậy, chưa có bằng chứng để kết luận mức độ hài lòng một phần trong công việc của nhân viên chăm sóc có sự khác biệt về chất lượng chăm sóc NCT đối với các cơ sở có nhân viên chăm sóc hài lòng trong công việc. Như vậy, mức độ chưa hài lòng trong công việc của nhân viên chăm sóc tác động tiêu cực với chất lượng chăm sóc, nói cách khác mức độ hài lòng trong công việc của nhân viên chăm sóc tác động tích cực đến chất lượng chăm sóc NCT.

Tác động của Độ tuổi của NCT được chăm sóc: Hệ số ước lượng các biến PER41, PER42, PER43 đều nhỏ hơn 0 và có ý nghĩa thống kê cho biết: Nếu tỷ lệ NCT (trên 80 tuổi) càng cao thì ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng chăm sóc NCT tại cơ sở TGXH.

Tác động của Mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày của NCT được chăm sóc: Hệ số ước lượng các biến PER51, PER52, PER53 đều không có ý nghĩa thống kê. Như vậy, chưa có bằng chứng để kết luận mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày của NCT tác động đến chất lượng chăm sóc NCT.

Kết quả kiểm định giả thuyết có 03/11 giả thuyết bị bác bỏ (H3, H7 và H9). Việc bác bỏ những giả thuyết này được lý giải bằng kết quả của nghiên cứu định tính. Cụ thể như sau:

Đối với việc bác bỏ H3: Trong bối cảnh các cơ sở TGXH công lập đang trong tình trạng quá tải do nhu cầu chăm sóc ngày càng gia tăng và lớn hơn so với khả năng phục vụ của cơ sở. Việc mở rộng và nâng cấp các cơ sở TGXH đòi hỏi nguồn kinh phí rất lớn nên không thể đầu tư một cách đồng bộ, kịp thời. Bởi vậy, khi quy mô chăm sóc lớn hơn sẽ ảnh hưởng tiêu cực tới chất lượng chăm sóc NCT.

Đối với việc bác bỏ H7: Nhân viên chăm sóc chưa hài lòng trong công việc xuất phát từ nhiều nguyên nhân như: mức thu nhập, chế độ đãi ngộ, đặc thù công việc, môi trường làm việc... thì họ sẽ không có nhiều động lực để cống hiến và làm việc. Điều này chắc chắn sẽ dẫn tác động tiêu cực tới chất lượng chăm sóc. Ngược lại, những người hài lòng và hài lòng một phần lại chưa có tác động tích cực rõ ràng tới chất lượng chăm sóc NCT. Do vậy, chưa đủ bằng chứng để kết luận mức độ hài lòng trong công việc tác động tới chất lượng chăm sóc NCT.

Đối với việc bác bỏ H9: Những cơ sở TGXH ngoài công lập thường chú trọng thiết kế những gói chăm sóc đặc biệt, có nhân viên trực 24/24 hoặc chế độ chăm sóc phòng đơn với trang thiết bị chăm sóc, phục hồi chức năng hiện đại dành cho NCT bị phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày. Ngược lại, trong đa số trường hợp, nhiều NCT có mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày càng cao thì chất lượng chăm sóc NCT (thể hiện qua tiêu chí thành phần Kết quả) cũng bị giảm sút. Do vậy, với số liệu khảo sát của đề tài chưa đủ bằng chứng để kết luận mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày của NCT tác động tiêu cực tới chất lượng chăm sóc NCT.

5. Kết luận

Một số kết luận rút ra từ kết quả nghiên cứu như sau: (1) Cơ sở chăm sóc NCT chuyên biệt có chất lượng chăm sóc tốt hơn cơ sở chăm sóc tổng hợp; (2) Cơ sở ngoài công lập chăm sóc tốt hơn cơ sở công lập; (3) Những yếu tố tác động tích cực, làm nâng cao chất lượng chăm sóc NCT, đó là: Nguồn chi trả chi phí chăm sóc (từ NCT thuộc đối tượng tự nguyện), Trình độ chuyên môn nghiệp vụ, Kinh nghiệm, kỹ năng trong công việc của nhân viên chăm sóc NCT; (4) Những yếu tố tác động ngược chiều, làm hạn chế chất lượng chăm sóc NCT, đó là: Quy mô hoạt động của cơ sở và Độ tuổi của NCT được chăm sóc; (5) Với nguồn dữ liệu nghiên cứu thu thập được, luận án chưa đủ bằng chứng để kết luận sự tác động tới chất lượng chăm sóc NCT của các yếu tố sau: Mức độ hài lòng trong công việc của nhân viên chăm sóc và Mức độ phụ thuộc trong sinh hoạt của NCT; (6) Tác động của Nguồn chi trả chi phí chăm sóc từ NCT thuộc đối tượng tự nguyện tới chất lượng chăm sóc NCT có sự khác biệt giữa cơ sở TGXH công lập và ngoài công lập.

Cùng với bối cảnh tác động của sự phát triển kinh tế xã hội và mức độ già hóa dân số trong thời gian tới ở Việt Nam, một số hàm ý chính sách đặt ra nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc NCT tại cơ sở TGXH cần được ưu tiên là: Phát triển cơ sở chăm sóc NCT chuyên biệt, Khuyến khích xã hội hóa các cơ sở TGXH, Mở rộng NCT được thụ hưởng dịch vụ chăm sóc, Phát triển nguồn nhân lực chăm sóc NCT.

Phụ lục: Hệ thống tiêu chí đánh giá chất lượng chăm sóc người cao tuổi

Khía cạnh	Chỉ báo	Diễn giải	Tiêu chí
Cấu trúc	1. Định mức nhân viên chăm sóc NCT	Số NCT trên mỗi nhân viên chăm sóc trực tiếp	S1
	2. Định mức cán bộ lãnh đạo, quản lý	Tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý trên tổng số cán bộ, nhân viên	S2
	3. Cơ sở hạ tầng	Môi trường có cây xanh; không khí trong lành, có lợi cho sức khỏe NCT	S3
		Có không gian cho NCT tham gia các hoạt động ngoài trời, có khu sinh hoạt chung để giao lưu, trò chuyện	S4
		Có hệ thống thoát nước, nơi đổ rác, chất thải thường xuyên và các biện pháp xử lý rác, chất thải	S5
	4. Vị trí địa điểm	Cơ sở đặt tại địa điểm thuận tiện về tiếp cận giao thông, gần bệnh viện	S6
	5. Cơ sở vật chất, trang thiết bị	Có phòng y tế đảm bảo công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho NCT	S7
		Trang thiết bị của cơ sở đảm bảo tiêu chuẩn chăm sóc NCT	S8
		Cơ sở xây dựng đảm bảo tính an toàn, không có nguy cơ tai nạn cho NCT	S9
		Các công trình được thiết kế theo tiêu chuẩn, bảo đảm NCT tiếp cận và sử dụng thuận lợi	S10
Quy trình	6. Kế hoạch chăm sóc NCT	Mức độ tham gia của NCT trong việc lập kế hoạch chăm sóc	P1
		Kế hoạch chăm sóc đáp ứng nhu cầu của NCT	P2
	7. Đánh giá nội bộ	Đánh giá tổng thể về tình trạng của NCT theo định kỳ	P3
		Đánh giá đột xuất khi có vấn đề phát sinh hoặc thay đổi trong kế hoạch chăm sóc	P4
	8. Hoạt động nghỉ ngơi cho NCT	NCT được sắp xếp chỗ ngủ nghỉ phù hợp, không có tình trạng NCT nằm ghép giường	P5
	9. Hoạt động sinh hoạt cho NCT	NCT được tạo điều kiện tham gia các hoạt động tập thể phù hợp	P6
	10. Hoạt động phục hồi chức năng cho NCT	Các biện pháp phục hồi chức năng được thiết kế phù hợp với thể trạng của NCT	P7
	11. Chăm sóc dinh dưỡng cho NCT	Thực đơn hàng ngày đa dạng, đảm bảo chế độ dinh dưỡng cân bằng, đầy đủ	P8
		NCT theo chế độ ăn kiêng được cung cấp thực đơn và dinh dưỡng riêng	P9
	12. Hoạt động giao tiếp giữa NCT với nhân viên chăm sóc trực tiếp	Mức độ thường xuyên trong giao tiếp giữa NCT với nhân viên chăm sóc trực tiếp	P10
		Nhân viên chăm sóc hiểu rõ những vấn đề của NCT; quan tâm, chia sẻ và hỗ trợ NCT thể hiện tình cảm, suy nghĩ	P11
		NCT được đối xử với sự tôn trọng	P12
Kết quả	14. Chất lượng cuộc sống	NCT được duy trì hoạt động sinh hoạt hàng ngày, không bị những hạn chế về thể chất	O1
		NCT mong muốn được gắn bó lâu dài tại cơ sở	O2
	15. Sự hài lòng	Khi sống tại cơ sở, NCT vui vẻ, thoải mái, tinh thần lạc quan hơn trước	O3

Tài liệu tham khảo

- Amirkhanyan, Anna (2008), ‘Privatizing public nursing homes: examining the effects on quality and access’, *Public Administration Review*, 68, 665-680. DOI: 10.1111/j.1540-6210.2008.00906.x.
- Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (2017), *Thông tư 33/2017/TT-BLĐTBXH, Hướng dẫn về cơ cấu tổ chức, định mức nhân viên và quy trình, tiêu chuẩn trợ giúp xã hội tại cơ sở trợ giúp xã hội*, ban hành ngày 29/12/2017.
- Castle, Nicholas G. (2001), ‘Administrator turnover and quality of care in nursing homes’, *Gerontologist*, 41, 757–767. DOI: 10.1093/geront/41.6.757.
- Cohen, Joel W. & Spector, William D. (1996), ‘The effect of Medicaid reimbursement on quality of care in nursing

homes', *Journal of Health Economics*, 15, 23-48. DOI: 10.1016/0167-6296(95)00030-5.

- Comondore, V.R. & Deveraux, P.J., Zhou, Q., Stone, S.B, Busse, J.W, Ravindran, N.C, Burns, K.E., Haines, T., Stringer, B., Cook, D.J., Walter, S.D., Sullivan, T., Berwanger, O., Bhandari, M., Banglawala, S., Lavis, J.N., Petrisor, B., Schunamann, H., Walsh, K., Bhatnagar, N. & Guyatt, G.H. (2009), 'Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes systematic review and meta-analysis', *British Medical Journal*, 339, b2732. DOI: 10.1136/bmj.b2732.
- Donabedian, Avedis (1988), 'The quality of care. How can it be assessed?', *Journal of American Medical Association*, 260, 1743-1748. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743.
- Giang Thanh Long (2020), *NCT Việt Nam: Sức khỏe, sử dụng dịch vụ y tế và các vấn đề chính sách*, Nhà xuất bản Đại học Kinh tế Quốc dân, Hà Nội.
- Greenwald, Shayna.R. & Linn, Margaret W. (1971), 'Intercorrelation of data on nursing homes', *The Gerontologist*, 11, 337-340. DOI: 10.1093/geront/11.4_part_1.337.
- Hanae, Ibn El Haj, Lamrini, Mohamed & Rais, Noureddine (2013), 'Quality of care between Donabedian model and ISO9001V2008', *International Journal for Quality Research*, 7(1), 17-30.
- Harrington, C., Zimmerman, D., Karon, S.L., Robinson J. and Beutel P. (2000), 'Nursing home staffing and its relationship to deficiencies', *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, 278-287. DOI: 10.1093/geronb/55.5.s278.
- Harrington, C., Woolhandler, S. & Mullan, J. (2001), 'Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care', *American Journal of Public Health*, 9, 1452-1455. DOI: 10.2190/EBCN-WECV-C0NT-676R.
- Harrington, C., Olney, B., Carrillo, H., Kang T (2012), 'Nursing staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies', *Health Services Research*, 47(1), 16-128. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2011.01311.x.
- Hillmer, M.P., Wodchis, W.P. & Gill, S.S. (2005), 'Nursing home profit status and quality of care: Is there any evidence of an association', *Medicine Care Research Review*, 62, 139-166. DOI: 10.1177/1077558704273769.
- Hjelmar, U., Bhatti, Y., Petersen, O.H., Rostgaard, T. & Vrangbæk, K. (2018), 'Public/private ownership and quality of care: Evidence from Danish nursing homes', *Social Science & Medicine*, 216, 41-49. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.09.029.
- Kempen, G.I. & Suuremeijer, T.P. (1991), 'Factors influencing professional home care utilisation among the elderly', *Social Science and Medicine*, 32, 77-81. DOI: 10.1016/0277-9536(91)90130-5
- Megginson, J. & Netter, J. (2001), 'From state to market: a survey of empirical studies on privatization', *Journal of Economic Literature*, 39, 321-389. DOI: 10.1257/jel.39.2.321.
- Nyman, J.A. (1988), 'Improving the quality of nursing home outcomes: Are adequacy or incentive-orientated policies more effective?', *Medical Care*, 26, 1158-1171. DOI: 10.1097/00005650-198812000-00006.
- O'Neill, Ciaran, Harrington, Charlene, Kitchener, Martin & Saliba, Debra (2003), 'Quality of care in nursing homes: An analysis of relationships among profit, quality and ownership', *Medical Care*, 41(12), 1318-1330. DOI: 10.1097/01.MLR.0000100586.33970.58.
- Penchansky, R. & Taubehaus, L.J. (1965), 'Institutional Factors affecting the quality of care in nursing homes', *Geriatrics*, 20, 591-598.
- Schnelle, John F., Bates-Jensen, Barbara M., Levy-Storms, Lene, Grbic, Valena, Yoshii, June, Cadogan, Mary, & Simmons, Sandra F. (2004), 'The minimum data set prevalence of restraint quality indicator: Does it reflect differences in care?', *The Gerontologist*, 44(2), 245-255. DOI: 10.1093/geront/44.2.245.
- Sixma, Herman J., Kerssens, Jan J., Van Campen, Cretien & Peters, Loe (1998), 'Quality of care from the patient's perspective: From theoretical concept to a new measuring', *Health Expectations*, 1, 82-95, DOI: 10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x.
- Stolt, Ragnar, Blomqvist, Paula & Winblad, Ulrika (2011), 'Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care', *Social Science & Medicine*, 72, 560-567. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.11.012.

-
- Tổng Cục Thống kê (2021), *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019: Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*, Hà Nội.
- Ullmann S. G. (1981), 'Assessment of facility quality and its relationship to facility size in the long-term health care industry', *The Gerontologist*, 21(1), 91-97.
- UNFPA (2011), *Già hóa dân số và NCT ở Việt Nam. Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách*, Hà Nội.
- Unruh, Lynn, & Wan, Thomas T.H. (2004), 'A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes', *Journal of Medical Systems*, 28(2), 197-214. DOI: 10.1023/b:joms.0000023302.80118.74.
- Van Campen, Cretien, Sixma, Herman J., Friele, Roland D., Kerssens, Jan J. & Peters, Loe (1995), 'Quality of care and patient satisfaction: A review of measuring instruments', *Medical Care Research and Review*, 52 (1), 109-133. DOI: 10.1177/107755879505200107.
- Vera, F. & Irurita, R.N. (1999), 'Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective', *International Journal of Nursing Practice*, 5, 86-94. DOI: 10.1046/j.1440-172x.1999.00156.x.
- Yang, Ou, Yong, Jongsay & Scott, Anthony (2021), *Nursing home competition, prices and quality: A Scoping review and policy lessons*, The Gerontological Society of America, Oxford University Press. DOI: 10.1093/geront/gnab050.
- Wan, Thomas T.H., Zhang, Ning Jackie & Unruh, Lynn (2006), 'Predictors of resident outcome improvement in nursing home', *Western Journal of Nursing Research*, 28(8), 974-933. DOI: 10.1177/0193945906289331.