



NGHIÊN CỨU TÁC ĐỘNG TỰ CHỦ TÀI CHÍNH ĐẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN CÔNG LẬP TẠI VIỆT NAM

ĐỖ ĐỨC KIÊN

Sau 12 năm thực hiện Nghị định số 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ, nguồn thu hoạt động sự nghiệp y tế của các bệnh viện công lập không ngừng tăng qua các năm, góp phần đảm bảo các khoản chi thường xuyên, dần tiến tới tự chủ hoàn toàn về tài chính, giảm thiểu đáng kể sự lệ thuộc vào ngân sách nhà nước. Bài viết nghiên cứu tác động tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập tại Việt Nam nhằm cho thấy rõ hơn vai trò quan trọng của tự chủ tài chính đối với tiến trình xây dựng một hệ thống y tế công bằng, hiệu quả và phát triển trong bối cảnh hiện nay.

Từ khóa: Ngân sách nhà nước, tự chủ tài chính, bệnh viện công lập, chính sách tài chính

THE IMPACT OF FINANCIAL AUTONOMY ON THE PERFORMANCE OF THE PUBLIC HOSPITALS IN VIETNAM

Do Duc Kien

After more than 12 years since the Decree 43/2006/ND-CP of the Government, the income from health care services of the public hospitals has been increasing by years to secure the standing expenditures, initially approach the financial autonomy and mitigate the dependence on state budget. This paper studies the impact of financial autonomy on the performance of public hospitals in Vietnam to clarify the role of financial autonomy in building a health care system of equality and effectiveness in the new context.

Keywords: State budget, financial autonomy, public hospitals, financial policy

Ngày nhận bài: 11/4/2019

Ngày hoàn thiện biên tập: 6/5/2019

Ngày duyệt đăng: 10/5/2019

Thời gian qua, Việt Nam đã không ngừng đổi mới cơ chế, chính sách; thực hiện cải cách hệ thống y tế với trọng tâm là trao quyền tự chủ cho các bệnh viện công lập (BVCL), nâng cao chất lượng dịch vụ và hiệu quả hoạt động các BVCL. Khảo sát cho thấy, sau hơn 10 năm thực hiện Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25/4/2016 của Chính phủ quy định quyền tự chủ tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập, nguồn thu hoạt động sự

nh nghiệp y tế của các BVCL không ngừng tăng qua các năm, góp phần đảm bảo các khoản chi thường xuyên, dần tiến tới tự chủ hoàn toàn về tài chính, giảm thiểu đáng kể sự lệ thuộc vào ngân sách nhà nước (NSNN).

Tuy nhiên, thực tiễn triển khai cơ chế tự chủ tài chính (TCTC) còn một số tồn tại, khó khăn. Trước những yêu cầu tiếp tục đổi mới cơ chế chính sách đối với BVCL, việc nghiên cứu tác động của TCTC đến chất lượng BVCL là một hướng đi đúng đắn và cần thiết trong bối cảnh hiện nay.

Tổng quan nghiên cứu

TCTC là một phần quan trọng của quá trình tự chủ tại các BVCL trong công cuộc đổi mới cơ chế quản lý nói chung và cơ chế quản lý tài chính nói riêng tại nhiều quốc gia trên thế giới. Mục tiêu chính của tự chủ là giúp các BVCL vượt qua các khó khăn và sự kém hiệu quả của cơ chế quản lý tập trung trong khi Nhà nước vẫn nắm quyền sở hữu các cơ sở y tế để đảm bảo ngành Y tế vẫn thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ xã hội không vì mục đích lợi nhuận (Preker & Harding, 2003).

Từ những thập niên 1990, các công trình nghiên cứu phân tích chính sách về tự chủ bệnh viện đã được thực hiện rộng rãi (Govindaraj & Mukesh, 1996; Preker & Harding, 2003 và Saltman & cộng sự, 2011) và một số lượng lớn các bài viết tập trung đưa ra các đánh giá và kinh nghiệm về chính sách tự chủ bệnh viện. Theo Saltman & cộng sự (2011), mặc dù chính sách tự chủ đã được áp dụng rộng rãi theo nhiều mức độ khác nhau ở các quốc gia, tuy nhiên rất ít bằng chứng cho thấy, chính sách tự chủ thực sự cải thiện CLB, được thể hiện ở việc gia tăng hiệu quả hoạt động hay mức độ hài lòng của bệnh nhân. Nguyên nhân là các mô hình tự chủ tại các quốc gia là khác nhau, trong khi

CLBV cũng bị ảnh hưởng bởi bối cảnh chung, do đó, rất khó để đánh giá tác động của chính sách tự chủ riêng biệt (Saltman và cộng sự, 2011)...

Tại Việt Nam, nghiên cứu về các tác động của chính sách tự chủ (bao gồm cả TCTC) trong giai đoạn 2002 - 2006, London (2013) kết luận rằng, tự chủ đi kèm với việc tăng doanh thu, tăng thu nhập của cán bộ công nhân viên và tăng đầu tư vào trang thiết bị. Tuy nhiên, kết quả thực nghiệm chỉ ra rằng, tác động của tự chủ nói chung và tự TCTC nói riêng đến chất lượng dịch vụ là chưa rõ ràng, thậm chí tại một số bệnh viện, TCTC có tác động ngược chiều đến chất lượng dịch vụ bệnh viện. Tương tự, nghiên cứu về chính sách tự chủ bệnh viện tại Việt Nam, Wagstaff & Sarah (2012) cho rằng, tự chủ không làm tăng hiệu quả hoạt động, không ảnh hưởng đến cấu trúc chi phí và cũng không làm tăng tổng chi phí của bệnh viện. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cho thấy, tự chủ dẫn đến việc chi tiêu nhiều hơn cho mỗi đợt điều trị và việc chi trả ngoài bảo hiểm nhiều hơn. Tuy nhiên, tác giả không tìm thấy bằng chứng tác động của tự chủ đến CLBV.

Như vậy, quan điểm về tác động của TCTC đến chất lượng BVCL còn nhiều ý kiến trái chiều. Quan điểm thứ nhất cho rằng, TCTC có tác động tích cực đến CLBV vì cơ chế TCTC cho phép các bệnh viện nhiều quyền hơn trong quản lý chất lượng dịch vụ, do đó các bệnh viện có thể tăng chi cho con người và đầu tư cơ sở hạ tầng, mua sắm tài sản cố định, từ đó, tác động đến chất lượng dịch vụ bệnh viện. Quan điểm thứ hai cho rằng, TCTC tác động tiêu cực đến chất lượng dịch vụ (Homedes & Ugalde, 2005). Dưới áp lực tăng thu và động cơ lợi nhuận, cơ chế TCTC có thể dẫn đến những vấn đề về đạo đức như sự cố tình kéo dài thời gian điều trị của bệnh nhân, áp dụng các phương pháp điều trị không cần thiết, rút tiền bảo hiểm của bệnh nhân... Theo quan điểm này, tự chủ nói chung và TCTC nói riêng có tác dụng tiêu cực đến chất lượng dịch vụ bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp thu thập số liệu

Mẫu nghiên cứu tiến hành gồm 36 BVCL thuộc Bộ Y tế. Thời gian nghiên cứu là 10 năm, từ năm 2006 - 2016. Các chỉ tiêu TCTC được thu thập và tính toán từ báo cáo tài chính của Bộ Y tế, số liệu CLBV được thu thập từ tổng hợp giữ liệu về kết quả chất lượng hoạt động của các BVCL trong giai đoạn 2006 - 2016 tại cơ sở dữ liệu của Bộ Y tế và báo cáo đánh giá CLBV theo 83 tiêu chí của Bộ Y tế từ năm 2013-2016.

Các chỉ tiêu tài chính của các BVCL được thu thập từ Bộ Y tế và Bộ Tài chính, các tiêu chí đánh giá chất

lượng của các BVCL được thu thập từ cơ sở dữ liệu của Bộ Y tế.

Phương pháp phân tích

Phương pháp phân tích dữ liệu: Dữ liệu được phân tích thông qua 2 phương pháp sau:

- *Phương pháp 1:* So sánh giá trị trung bình: Áp dụng phương pháp nghiên cứu của London (2013) và Wagstaff & Sarah (2012), tác giả sử dụng phương pháp so sánh giá trị trung bình để đánh giá tác động của TCTC đến chất lượng BVCL.

- *Phương pháp 2:* Mô hình hồi quy bội được sử dụng để phân tích đánh giá tác động của TCTC đến CLBV. Trên cơ sở phương pháp nghiên cứu của Encinosa và Bernard (2005); Bazzoli và cộng sự (2007), tác giả xây dựng hàm hồi quy bội để mô tả mối quan hệ và sự tác động của TCTC đến CLBV.

Cụ thể, tác giả tiến hành nghiên cứu sự tác động của TCTC đến CLBV của 36 BVCL thuộc Bộ Y tế trong giai đoạn 2006–2016 để đo lường TCTC của BVCL. Theo đó, đối với mô hình chỉ có biến độc lập, tác giả sử dụng các biến như: Mức độ TCTC (=Tổng thu hoạt động sự nghiệp/Tổng chi hoạt động thường xuyên) (MTC); Trích lập các quỹ (Q), Chi thu nhập tăng thêm cho người lao động (TN); Chi đầu tư mua sắm tài sản (ĐT).

Đối với mô hình có biến độc lập và có thêm cả các biến kiểm soát, tác giả sử dụng các biến như: Mức độ TCTC; Trích lập các quỹ; Chi thu nhập tăng thêm cho người lao động; Chi đầu tư mua sắm tài sản; Các biến kiểm soát: Số lượng giường bệnh thực tế (GB), hạng bệnh viện (HBV), loại bệnh viện (LBV).

Đối với CLBV, tác giả sử dụng: Công suất sử dụng giường bệnh (CS); Số lượt khám bệnh (LKB); Số lượt người bệnh nội trú (LNB); Số ngày điều trị của người bệnh nội trú (NĐT); Số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện (CPT); Số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện (CTT). Hàm số này có dạng: $CLBV = \beta_0 + \beta_1 ctt_x MTC + \beta_2 ctt_x Q + \beta_3 ctt_x TN + \beta_4 ctt_x DT + \beta_5 ctt_x GB + \beta_6 ctt_x HBV + \beta_7 ctt_x LBV + e_i$

Kết quả và thảo luận

Kết quả nghiên cứu thực nghiệm mô hình hồi quy

Kết quả nghiên cứu thực nghiệm mô hình hồi quy cho thấy, TCTC tác động mạnh đến 5/6 chỉ tiêu phản ánh CLBV là số lượt khám bệnh, số lượt người bệnh nội trú, số ngày điều trị của người bệnh nội trú, số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện, số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện. Cụ thể:

- Biến “mức TCTC” tác động thuận chiều tới các biến phụ thuộc phản ánh CLBV, như vậy số lượt khám bệnh, số lượt người bệnh nội trú, số ca phẫu thuật



thực hiện tại bệnh viện là các biến phản ánh CLBV (hệ số hồi quy chuẩn hóa β mang dấu dương), có thể kết luận mức TCTC tác động tốt đến các chỉ tiêu phản ánh CLBV. Điều đó cho thấy, khi các BVCL TCTC càng cao thì lại có nhiều nguồn thu đảm bảo được các khoản chi cho công tác khám chữa bệnh (KCB), giảm sự phụ thuộc vào kinh phí của NSNN thông qua việc huy động các tổ chức, cá nhân tham gia vào công tác KCB; tăng chi đầu tư cơ sở vật chất, mua sắm máy móc trang thiết bị y tế; tăng số lượng bác sỹ, tăng chi thu nhập cho cán bộ bác sỹ... từ đó, số lượt khám bệnh, số lượt người bệnh nội trú, số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện tăng, qua đó đáp ứng tốt hơn nhu cầu KCB cho người bệnh, nâng cao CLBV.

Nghiên cứu về chính sách tự chủ bệnh viện tại Việt Nam, Wagstaff & Sarah (2012) cho rằng, tự chủ không làm tăng hiệu quả hoạt động, không ảnh hưởng đến cấu trúc chi phí và cũng không làm tăng tổng chi phí của bệnh viện. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cho thấy, tự chủ dẫn đến việc chi tiêu nhiều hơn cho mỗi đợt điều trị và việc chi trả ngoài bảo hiểm nhiều hơn.

Biến “mức TCTC” tác động ngược chiều tới các biến phụ thuộc là số ca thủ thuật tại bệnh viện (hệ số hồi quy chuẩn hóa β mang dấu âm), có thể kết luận mức TCTC tác động không tốt đến chỉ tiêu phản ánh CLBV, khi mức độ TCTC của các BVCL càng cao thì số lượng ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện lại giảm. Nguyên nhân là do TCTC tại các bệnh viện tuyến trung ương hiệu quả, đã tăng chi đầu tư máy móc trang thiết bị y tế hiện đại, ưu tiên thực hiện các ca phẫu thuật đòi hỏi kỹ thuật chuyên môn cao.

- Biến “thu nhập tăng thêm cho người lao động” có mức ảnh hưởng mạnh nhất và thuận chiều tới các biến phụ thuộc phản ánh CLBV, đó là số ngày điều trị của bệnh nhân nội trú ($\beta = 0.752$), số lượt người bệnh nội trú ($\beta = 0.648$), số lượt khám bệnh ($\beta = 0.59$), số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện ($\beta = 0.429$), số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện ($\beta = 0.405$). Như vậy, trong 6 chỉ tiêu phản ánh CLBV, thì thu nhập tăng thêm cho người lao động tác động theo chiều hướng thuận đến 5 chỉ tiêu (01 chỉ tiêu công suất giường bệnh là không tác động với giá trị $\text{Sig} = 0.291 > 0.05$). Điều này cho thấy, khi thực hiện TCTC, các bệnh viện đã chủ động mở rộng cả về số lượng dịch vụ và chất lượng dịch vụ y tế, thu hút bệnh nhân đến KCB để tăng nguồn thu sự nghiệp. Song song với đó, tăng cường tiết kiệm các khoản chi phí để tăng thu nhập cho người lao động, khuyến khích người lao động tăng năng suất lao động. Thực tế này dẫn đến

số ngày điều trị của bệnh nhân nội trú, số lượt người bệnh nội trú, số lượt khám bệnh, số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện, số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện đã tăng lên, đáp ứng ngày càng cao nhu cầu của người bệnh, giúp tăng CLBV.

- Biến “đầu tư mua sắm tài sản” có tác động thuận chiều (hệ số hồi quy chuẩn hóa β mang dấu dương) tới các chỉ tiêu phản ánh CLBV như: Số lượt khám bệnh ($\beta = 0.147$ với mô hình 1 và $\beta = 0.067$ với mô hình 2), số ngày điều trị của người bệnh nội trú ($\beta = 0.115$ với mô hình 1), số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện ($\beta = 0.192$ với mô hình 1 và $\beta = 0.159$ với mô hình 2). Từ đó, có thể kết luận, đầu tư mua sắm tài sản tác động tốt đến các chỉ tiêu phản ánh CLBV như: Số lượt khám bệnh, số ngày điều trị của người bệnh nội trú, số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện. Ngược lại, biến đầu tư mua sắm tài sản tác động ngược chiều tới các biến phụ thuộc là số ca phẫu thuật ($\beta = -.130$ ở mô hình 1, $\beta = -.124$ ở mô hình 2).

- Biến “trích lập các quỹ” tác động thuận chiều tới các biến phụ thuộc là số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện (hệ số hồi quy chuẩn hóa β mang dấu dương). Qua phân tích có thể kết luận rằng, việc trích lập các quỹ sẽ tác động nhất định đến chỉ tiêu phản ánh CLBV (số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện). Nghĩa là khi các BVCL trích lập các quỹ (Quỹ khen thưởng phúc lợi, Quỹ dự phòng ổn định thu nhập, Quỹ Phát triển hoạt động sự nghiệp, Quỹ dự phòng tài chính) tăng lên thì nhu cầu của bệnh nhân, số ca thủ thuật tại bệnh viện được tăng lên, góp phần nâng cao CLBV.

Kết quả kiểm định khác biệt giá trị trung bình

Kết quả kiểm định bằng chứng thực nghiệm về tác động của TCTC đến các chỉ tiêu CLBV:

- Kiểm định T-test cho thấy, có sự khác biệt rõ ràng giữa nhóm bệnh viện TCTC toàn bộ và nhóm bệnh viện TCTC một phần về các chỉ tiêu CLBV, thể hiện qua 4/6 chỉ tiêu CLBV (số lượt khám bệnh, số lượt người bệnh nội trú, số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện, số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện) ở các bệnh viện thuộc nhóm bệnh viện TCTC toàn bộ đều cao hơn so với các bệnh viện tự chủ một phần. Tuy nhiên, kết quả kiểm định cũng cho thấy, giữa 2 nhóm bệnh viện không có sự khác biệt về chỉ tiêu công suất sử dụng giường bệnh và số ngày điều trị của người bệnh nội trú.

Tương tự, kiểm định T-test cho thấy, có sự khác biệt rất rõ ràng giữa nhóm bệnh viện TCTC một phần cao và nhóm bệnh viện TCTC một phần thấp về các chỉ tiêu CLBV, thể hiện qua 5/6 chỉ tiêu CLBV ở các bệnh viện thuộc nhóm bệnh viện TCTC một phần cao đều cao hơn so với các bệnh viện TCTC một phần thấp; chỉ



có chỉ tiêu công suất sử dụng giường bệnh là không có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh viện. Điều này cho thấy, khi các bệnh viện càng tự TCTC thì có khả năng tăng quy mô để đáp ứng tốt nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân, góp phần nâng cao CLB.V.

- Kết quả kiểm định T-Test so sánh giữa hai loại hình bệnh viện đa khoa và chuyên khoa về các chỉ tiêu chất lượng cho thấy, các bệnh viện thuộc loại hình bệnh viện đa khoa có các chỉ tiêu phản ánh CLB.V lớn hơn so với các bệnh viện thuộc loại hình bệnh viện chuyên khoa như: số lượt khám bệnh, số lượt người bệnh nội trú, số ngày điều trị của người bệnh nội trú, số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện, số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện. Kết quả kiểm định T-Test cho thấy, chỉ có 01 chỉ tiêu phản ánh CLB.V (công suất sử dụng giường bệnh) là không có sự khác biệt giữa hai loại hình bệnh viện đa khoa và chuyên khoa.

- Kết quả kiểm định Oneway ANOVA, so sánh giữa các hạng bệnh viện (hạng đặc biệt, hạng 1, hạng 2) về các chỉ tiêu phản ánh CLB.V cho thấy, bệnh viện hạng đặc biệt có số lượt khám bệnh, số lượt người bệnh nội trú, số ngày điều trị của người bệnh nội trú, số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện, số ca thủ thuật thực hiện tại bệnh viện là các chỉ tiêu phản ánh chất lượng bệnh viện lớn nhất, sau đó đến bệnh viện hạng 2 và hạng 1.

Kết luận

Bản chất của cơ chế chính sách TCTC đối với các BVCL là tăng tính chủ động trong công tác quản lý, sử dụng và huy động các nguồn lực tài chính cho BVCL nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động KCB của bệnh viện. Mặc dù, cơ chế chính sách TCTC có nhiều ưu điểm nhưng trong thực tế triển khai vẫn còn tồn tại nhiều hạn chế cần khắc phục như: Khi thực hiện TCTC các BVCL mở rộng các hoạt động dịch vụ với mục đích tăng nguồn thu, dẫn đến tăng chi phí KCB do lạm dụng dịch vụ, kéo dài thời gian điều trị tại bệnh viện; việc giao quyền TCTC mới chỉ phát huy tác dụng trong một số BVCL đã được Nhà nước đầu tư trang thiết bị đầy đủ, cán bộ y tế có trình độ chuyên môn cao... Có sự khác biệt rất lớn về mức TCTC giữa các bệnh viện, các bệnh viện đa khoa lớn và chuyên khoa đặc thù (ngoại, sản, răng hàm mặt, tai mũi họng...). Nguyên nhân là do các bệnh viện đa khoa lớn và chuyên khoa đặc thù có ưu thế về nguồn lực, máy móc thiết bị được Nhà nước trang bị hiện đại và khả năng huy động nguồn lực tài chính tốt hơn giúp tăng nguồn thu sự nghiệp làm giảm sự phụ thuộc vào kinh phí NSNN. Số liệu thống kê cho thấy, mặc dù, các bệnh viện cùng trong nhóm bệnh viện tự chủ một phần chi hoạt động nhưng số thu hoạt động sự nghiệp là khác nhau, nên khoảng dao động của chỉ tiêu mức

TCTC của các bệnh viện này là rất lớn, từ 10% đến dưới 100%; Các bệnh viện có xu hướng tăng cường nguồn thu cho bệnh viện, chủ yếu thu trực tiếp của người bệnh thông qua việc KCB theo yêu cầu, xã hội hóa các dịch vụ y tế, dẫn đến nguy cơ chạy theo lợi nhuận và thương mại hóa hệ thống y tế, trong khi các cơ chế chính sách và giải pháp phù hợp trong giám sát, kiểm tra còn yếu, chưa đồng bộ, chưa minh bạch về tài chính và chất lượng KCB...

Để cải thiện hiệu quả của cơ chế chính sách TCTC đến CLB.V tại các BVCL, thời gian tới, Bộ Y tế cần phối hợp với Bộ Tài chính và các bộ, ngành liên quan nghiên cứu đưa ra cơ chế chính sách TCTC phù hợp với thực tiễn của từng loại hình bệnh viện, từng nhóm bệnh viện; đưa ra các chính sách về giá dịch vụ KCB phù hợp, cơ chế huy động và sử dụng hiệu quả các nguồn lực tài chính. Các BVCL cũng không ngừng nâng cao khả năng TCTC bằng cách đưa ra lộ trình tính giá dịch vụ y tế sử dụng NSNN để Nhà nước có cơ sở ban hành chính sách cấp kinh phí cho các BVCL; xây dựng một bộ tiêu chuẩn định mức kỹ thuật để tính toán giá dịch vụ y tế chính xác, phù hợp với thực tế và thu nhập của người dân, hạn chế việc kinh phí NSNN vẫn phải cấp bù cho các hoạt động sự nghiệp do không được tính đủ chi phí vào giá dịch vụ KCB như hiện nay... Mặt khác, cũng cần có cơ chế giám sát chặt chẽ hơn trong việc quản lý và vận hành bệnh viện, thực hiện chính sách TCTC, góp phần nâng cao CLB.V và đảm bảo sự công bằng cho người dân.

Tài liệu tham khảo:

1. Chính phủ (2006), Nghị định số 43/2006/NĐ-CP về quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập;
2. Allen, P., Qi, C. & Hufeng, W. (2014), 'Public hospital autonomy in China in an international context', *The International journal of health planning and management*, 29(2), 141-159;
3. Bossert, T., Soewarta, K., Budi, H. & Ascobat, G. (1997), *Hospital autonomy in Indonesia*, Nhà xuất bản Harvard School of Public Health, USA;
4. London, J. D. (2013), 'The promises and perils of hospital autonomy: reform by decree in Viet Nam', *Social Science & Medicine*, 96, 232-240;
5. Pearson, M. (2000), *International Experience of Hospital Autonomy*, Institute for Health Sector Development, London;
6. Preker, A., S. & Harding, A., (2003), *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*, Nhà xuất bản World Bank Publications, USA;
7. Saltman, R. B., Antonio, D. & Hans, F., W., D., (2011), *Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Thông tin tác giả:

NCS., ThS. Đỗ Đức Kiên - Thanh tra Tài chính (Bộ Tài chính)

Email: doduckien@mof.gov.vn