

PHÁP LUẬT VỀ BẢO ĐẢM CHI THƯỜNG XUYÊN CHO BỆNH VIỆN TUYẾN CƠ SỞ: THỰC TIỄN TẠI TỈNH SƠN LA

VŨ THỊ HÀ TRANG

Phó trưởng phòng TC-HC, Bệnh viện Đa khoa khu vực Mộc Châu

Ngày nhận bài: 15/8/2026

Ngày sửa bài: 5/9/2026

Ngày duyệt đăng bài: 16/9/2026

Tóm tắt:

Tự chủ tài chính góp phần tăng quyền chủ động và trách nhiệm của bệnh viện công lập trong sử dụng nguồn lực. Tuy nhiên, đối với bệnh viện tuyến cơ sở tại địa bàn miền núi, khả năng bảo đảm chi thường xuyên chịu ảnh hưởng đáng kể bởi điều kiện kinh tế - xã hội, quy mô dân số, cơ cấu người bệnh và khả năng tạo nguồn thu. Bằng phương pháp phân tích pháp luật kết hợp nghiên cứu trường hợp tại tỉnh Sơn La, bài viết cho thấy, việc xác định mức độ tự chủ chủ yếu dựa trên khả năng cân đối thu - chi chưa phản ánh đầy đủ chi phí cần thiết để duy trì năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu tại địa bàn khó khăn. Trên cơ sở đó, bài viết đề xuất hoàn thiện cơ chế phân loại tự chủ và phân định trách nhiệm tài chính giữa Nhà nước với bệnh viện theo hướng bảo đảm nguồn lực nền tảng cho cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu, đồng thời duy trì động lực nâng cao hiệu quả hoạt động của bệnh viện.

Từ khóa: bệnh viện công lập, tự chủ tài chính, chi thường xuyên, y tế cơ sở, Sơn La.

The legal framework for ensuring recurrent expenditure funding for grassroots public hospitals: Evidence from Son La Province

Abstract:

Financial autonomy enhances the initiative and accountability of public hospitals in resource utilization. However, grassroots-level public hospitals in mountainous areas face significant constraints in covering recurrent expenditures due to local socio-economic conditions, population size, patient demographics and limited revenue-generating capacity. Using doctrinal legal analysis combined with a case study of Son La Province, this study argues that classifying hospitals according to their financial autonomy primarily based on revenue-expenditure balancing does not fully reflect the costs required to maintain essential healthcare service capacity in disadvantaged areas. The study therefore proposes refining the classification of financial autonomy and clarifying the allocation of financial responsibilities between the State and public hospitals.

Keywords: public hospitals, financial autonomy, recurrent expenditure funding, grassroots healthcare, Son La.

1. Đặt vấn đề

Tự chủ tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập là một trong những nội dung quan trọng của quá trình đổi mới cơ chế cung ứng dịch vụ công ở Việt Nam. Trong lĩnh vực y tế, cơ chế này góp phần tăng quyền chủ động của bệnh viện trong sử dụng nguồn lực, phát triển dịch vụ và nâng cao hiệu quả hoạt động. Nghị định số 60/2021/NĐ-CP và Nghị định số 111/2025/NĐ-CP tiếp tục xác lập, hoàn thiện cơ chế phân loại đơn vị sự nghiệp công lập theo mức độ tự chủ tài chính, qua đó gắn quyền tự chủ với trách nhiệm tài chính của đơn vị.

Thực tiễn cho thấy những tác động tích cực của cơ chế tự chủ không đồng đều giữa các đơn vị. Theo Nguyễn Thị Thúy Nguyệt (2019), tự chủ tài chính tạo điều kiện để đơn vị sự nghiệp công lập chủ động sử dụng nguồn lực, tăng nguồn thu và từng bước giảm gánh nặng ngân sách nhà nước; tuy nhiên, khả năng thực hiện tự chủ còn khác biệt đáng kể giữa các vùng, miền và giữa các loại hình đơn vị. Đối với bệnh viện tuyến cơ sở tại địa bàn miền núi, vấn đề này càng đáng chú ý bởi khả năng tạo nguồn thu bị giới hạn bởi quy mô thị trường dịch vụ y tế, điều kiện kinh tế của người dân và cơ cấu bệnh tật, trong khi bệnh viện vẫn phải duy trì nhân lực, trực cấp cứu, cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực chuyên môn cần thiết.

Thực tiễn tại tỉnh Sơn La cho thấy, sự phân hóa đáng kể về kết quả tài chính giữa các bệnh viện tuyến cơ sở. Hiện nay, hệ thống bệnh viện đa khoa khu vực của tỉnh có 11 đơn vị, gồm: Bệnh viện đa khoa khu vực Mộc Châu, Vân Hồ, Yên Châu, Mai Sơn, Phù Yên, Bắc Yên, Sông Mã, Sốp Cộp, Mường La, Thuận Châu và Quỳnh Nhai. Đây là các bệnh viện đa khoa huyện trước đây, thực hiện nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh cho người dân tại địa bàn cơ sở. Trong quá trình thực hiện cơ chế tự chủ tài chính, một số bệnh viện có khả năng cân đối và tạo chênh lệch thu lớn hơn chi, trong khi một số đơn vị gặp khó khăn trong bảo đảm chi thường xuyên, thậm chí có thời điểm không đủ nguồn chi trả tiền lương (Sở Y tế Sơn La, 2025). Thực trạng này đặt ra câu hỏi: việc xác định mức độ tự chủ chủ yếu trên cơ sở khả năng tự bảo đảm chi thường xuyên đã phản ánh đầy đủ điều kiện hoạt động của bệnh viện tuyến cơ sở hay chưa; phần chi phí cần thiết để duy trì năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu cần được phân bổ như thế nào giữa Nhà nước và bệnh viện? Bài viết phân tích các quy định pháp luật hiện hành kết hợp với thực tiễn tại Sơn La nhằm làm rõ vấn đề trên, từ đó đề xuất hướng hoàn thiện pháp luật về bảo đảm chi thường xuyên đối với bệnh viện công lập tuyến cơ sở.

2. Tổng quan nghiên cứu và khung phân tích

Tự chủ bệnh viện đã được nghiên cứu tương đối rộng trong các công trình quốc tế. Preker và Harding cho rằng việc trao quyền tự chủ có thể tạo động lực cải thiện hiệu quả quản trị và sử dụng nguồn lực, nhưng hiệu quả của mô hình phụ thuộc đáng kể vào thiết kế thể chế, cơ chế tài chính và trách nhiệm của Nhà nước (Preker, A. S. & Harding, 2003). Saltman, Durán và Dubois cũng nhấn mạnh tự chủ bệnh viện không đồng nghĩa với việc Nhà nước rút khỏi trách nhiệm tài chính và quản trị hệ thống; mức độ tự chủ cần gắn với cơ chế trách nhiệm giải trình và mục tiêu xã hội của hệ thống y tế (Saltman, R. B., Durán, A. & Dubois, H. F. W., 2011). Cách tiếp cận này tương đồng với quan điểm quản trị công mới khi nhấn mạnh quyền chủ động của tổ chức công phải đi kèm với trách nhiệm về kết quả hoạt động (Hood, C, 1991).

Ở Việt Nam, các nghiên cứu đã ghi nhận cả kết quả tích cực và những hạn chế của tự chủ tài chính. Nguyễn Thị Nguyệt cho rằng tự chủ, tự chịu trách nhiệm góp phần khơi dậy tính chủ động của đơn vị sự nghiệp công lập, tăng khả năng huy động nguồn lực và cải thiện hiệu quả hoạt động; tuy nhiên, việc thực hiện còn chậm và có khoảng cách đáng kể giữa các vùng, miền (Nguyễn Thị Nguyệt, 2019).

Đáng chú ý, Lê Đình Thăng chỉ ra một bất cập của cơ chế hiện hành là các đơn vị sự nghiệp công lập thuộc những lĩnh vực, địa bàn và thực hiện nhiệm vụ khác nhau nhưng lại chịu sự điều chỉnh của một cơ chế tương đối giống nhau. Tác giả đồng thời nhận định việc xác định mức độ tự chủ còn có những điểm chưa phù hợp và cơ chế phân bổ ngân sách vẫn chưa thực sự gắn với chất lượng, kết quả đầu ra của dịch vụ công (Lê Đình Thăng, 2022). Nhận định này có ý nghĩa trực tiếp đối với bệnh viện tuyến cơ sở, bởi điều kiện tạo nguồn thu giữa bệnh viện tại đô thị, khu vực phát triển và bệnh viện tại địa bàn miền núi có sự khác biệt đáng kể.

Phạm Thị Thanh Vân, khi phân tích Nghị định số 60/2021/NĐ-CP, cho thấy cơ chế hiện hành đã chi tiết hóa việc phân loại đơn vị thành bốn nhóm và xác định mức tự bảo đảm chi thường xuyên, nhưng vẫn còn những vấn đề trong cách xác định mức độ tự chủ và mối quan hệ giữa nguồn thu với trách nhiệm ngân sách nhà nước (Phạm Thị Thanh Vân, 2022).

Như vậy, các nghiên cứu hiện có đã làm rõ nhiều khía cạnh của cơ chế tự chủ tài chính, song vẫn đề trách nhiệm tài chính của Nhà nước đối với phần chi phí cần thiết để duy trì năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu tại bệnh viện tuyến cơ sở có khả năng tạo nguồn thu hạn chế chưa được phân tích đầy đủ dưới góc độ pháp luật.

Trên cơ sở đó, bài viết sử dụng 3 yếu tố làm khung phân tích: (i) khả năng tạo nguồn thu của bệnh viện; (ii) chi phí cần thiết để duy trì năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu; và (iii) phạm vi trách nhiệm tài chính của Nhà nước trong điều kiện bệnh viện thực hiện tự chủ.

Trong phạm vi bài viết, chi phí duy trì năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu được hiểu là các chi phí cần thiết để bệnh viện duy trì nhân lực, cơ sở vật chất và điều kiện chuyên môn tối thiểu nhằm sẵn sàng thực hiện nhiệm vụ khám, chữa bệnh được giao, kể cả khi khối lượng dịch vụ thực tế chưa tạo đủ nguồn thu để bù đắp các chi phí này.

3. Phương pháp nghiên cứu

Bài viết sử dụng phương pháp phân tích pháp luật để làm rõ các quy định về phân loại mức độ tự chủ, nguồn tài chính và bảo đảm chi thường xuyên của đơn vị sự nghiệp công lập theo Nghị định số 60/2021/NĐ-CP, Nghị định số 111/2025/NĐ-CP và Thông tư số 56/2022/TT-BTC. Đồng thời, phương pháp nghiên cứu trường hợp được sử dụng đối với các bệnh viện công lập tại tỉnh Sơn La trên cơ sở phương án tự chủ tài chính, báo cáo của Sở Y tế và kết quả thanh tra liên quan đến thanh toán bảo hiểm y tế (Sở Y tế tỉnh Sơn La, 2025), (Thanh tra Bộ Y tế, 2024).

Dữ liệu được đối chiếu giữa các bệnh viện có kết quả thu lớn hơn chi và các đơn vị gặp khó khăn trong cân đối chi thường xuyên nhằm nhận diện mức độ ảnh hưởng của điều kiện địa bàn và khả năng tạo nguồn thu tới việc thực hiện tự chủ tài chính.

4. Kết quả nghiên cứu và thảo luận

4.1. Cơ chế pháp luật hiện hành và vấn đề đặt ra

Nghị định số 60/2021/NĐ-CP, được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 111/2025/NĐ-CP, phân loại đơn vị sự nghiệp công lập theo mức độ tự chủ tài chính, qua đó xác định trách nhiệm tự bảo đảm chi thường xuyên của đơn vị và phạm vi hỗ trợ từ ngân sách nhà nước. Thông tư số 56/2022/TT-BTC hướng dẫn một số nội dung về cơ chế tự chủ tài chính, trong đó có việc xác định mức tự bảo đảm chi thường xuyên. Cơ chế này góp phần gắn quyền tự chủ với trách nhiệm tài chính, tạo động lực tăng nguồn thu, tiết kiệm chi và nâng cao hiệu quả hoạt động.

Tuy nhiên, việc lấy khả năng tự bảo đảm chi thường xuyên làm căn cứ quan trọng để xác định mức độ tự chủ đặt ra vấn đề khi áp dụng đối với những đơn vị có điều kiện cung ứng dịch vụ rất khác nhau. Nhận định của Lê Đình Thăng về tình trạng các đơn vị ở các lĩnh vực, địa bàn và thực hiện nhiệm vụ khác nhau nhưng cùng chịu sự điều chỉnh của một cơ chế cho thấy yêu cầu cần tính đến sự khác biệt khách quan trong thiết kế chính sách tự chủ (Lê Đình Thăng, 2022).

Đối với bệnh viện công lập tuyến cơ sở, khả năng tự bảo đảm chi thường xuyên không chỉ phụ thuộc vào năng lực quản trị mà còn chịu tác động của quy mô dân số, điều kiện kinh tế - xã hội, cơ cấu bệnh tật và khả năng phát triển dịch vụ. Trong khi đó, bệnh viện vẫn phải duy trì nhân lực, trực cấp cứu, cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực chuyên môn cần thiết để thực hiện nhiệm vụ khám, chữa bệnh. Một bộ phận chi phí vì vậy phát sinh từ yêu cầu duy trì năng lực sẵn sàng cung ứng dịch vụ y tế, không hoàn toàn phụ thuộc vào số lượng dịch vụ thực tế được cung cấp.

Như vậy, hạn chế đặt ra không phải pháp luật chưa có cơ chế ngân sách hỗ trợ đối với đơn vị có mức tự chủ thấp, mà ở chỗ tiêu chí xác định mức độ tự chủ chưa trực tiếp phản ánh phần chi phí mà bệnh viện bắt buộc phải duy trì để bảo đảm năng lực cung ứng dịch vụ thiết yếu trong điều kiện khả năng tạo nguồn thu bị giới hạn khách quan.

4.2. Thực tiễn bảo đảm chi thường xuyên tại các bệnh viện công lập ở tỉnh Sơn La

Thực tiễn Sơn La cho thấy, khả năng thực hiện tự chủ giữa các bệnh viện có sự phân hóa đáng kể. Theo Báo cáo số 658/BC-SYT của Sở Y tế tỉnh Sơn La về phương án tự chủ tài chính giai đoạn 2026-2030, năm 2024, Bệnh viện đa khoa khu vực Vân Hồ có chênh lệch thu lớn hơn chi 41.839,9 triệu đồng; Bệnh viện đa khoa khu vực Mộc Châu 22.844,3 triệu đồng; Bệnh viện đa khoa khu vực Phù Yên 7.500 triệu đồng và Bệnh viện đa khoa khu vực Sông Mã 5.607 triệu đồng. Ngược lại, Bệnh viện đa khoa khu vực Mường La có chênh lệch thu nhỏ hơn chi 7.034 triệu đồng và Bệnh viện đa khoa khu vực Sốp Cộp âm 4.634,7 triệu đồng (Sở Y tế Sơn La, 2025).

Khó khăn tại một số đơn vị không chỉ thể hiện ở kết quả cân đối tài chính. Theo Báo cáo số 658/BC-SYT, Bệnh viện đa khoa khu vực Quỳnh Nhai năm 2021 có kết quả tài chính âm 991,38 triệu đồng và không đủ kinh phí chi trả tiền lương tháng 12/2021; năm 2022 tiếp tục âm 1.953,98 triệu đồng. Báo cáo cũng ghi nhận khó khăn về nguồn chi trả tiền lương tại Bệnh viện đa khoa khu vực Sốp Cộp. Trong phương án tự chủ giai đoạn tiếp theo, Quỳnh Nhai, Sốp Cộp và Mường La đã đề xuất chuyển từ nhóm tự bảo đảm chi thường xuyên sang nhóm tự bảo đảm một phần chi thường xuyên (Sở Y tế Sơn La, 2025).

Những số liệu trên đồng thời cho thấy, không thể mặc nhiên đồng nhất bệnh viện miền núi với tình trạng không có khả năng tự chủ. Mộc Châu, Vân Hồ, Phù Yên và Sông Mã vẫn đạt kết quả thu lớn hơn chi. Vì vậy, khó khăn của một số bệnh viện không phải là cơ sở để phủ nhận cơ chế tự chủ tài chính nói chung, nhưng cho thấy mô hình phân loại dựa chủ yếu vào khả năng cân đối tài chính cần có cơ chế điều chỉnh phù hợp với sự khác biệt về điều kiện cung ứng dịch vụ.

Một yếu tố khác cần xem xét là cơ cấu nguồn thu. Đối với bệnh viện tuyến cơ sở, nguồn thu khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữ vai trò quan trọng, trong khi khả năng phát triển các nguồn thu khác phụ thuộc nhiều vào điều kiện kinh tế của địa bàn. Nguồn thu bảo hiểm y tế còn chịu tác động của giá dịch vụ, phương thức thanh toán, giám định và quyết toán chi phí. Kết luận số 11/KL-TTrB ngày 11/7/2024 của Thanh tra Bộ Y tế về việc thanh tra trách nhiệm thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh Sơn La ghi nhận những vấn đề trong thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, trong đó có hoạt động giám định và xử lý chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế (Thanh tra Bộ Y tế, 2024). Điều này

cho thấy một phần nguồn thu dùng để bảo đảm chi thường xuyên của bệnh viện chịu tác động của những yếu tố mà đơn vị không hoàn toàn chủ động quyết định.

4.3. Kết quả nghiên cứu và thảo luận

Từ phân tích pháp luật và thực tiễn Sơn La có thể rút ra 3 kết quả chính.

Thứ nhất, tỷ lệ tự bảo đảm chi thường xuyên là căn cứ quan trọng nhưng chưa đủ để phản ánh toàn diện khả năng thực hiện tự chủ của bệnh viện tuyến cơ sở. Kết quả tài chính chịu tác động đồng thời của năng lực quản trị và các điều kiện khách quan của địa bàn. Kết quả này cũng củng cố nhận định trong các nghiên cứu trước đây rằng việc áp dụng cơ chế tương đối thống nhất đối với các đơn vị có điều kiện hoạt động khác nhau có thể phát sinh bất cập (Lê Đình Thăng, 2019, Phạm Thị Thanh Vân, 2022).

Thứ hai, pháp luật cần nhận diện rõ hơn phần chi phí gắn với việc duy trì năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu. Bệnh viện tuyến cơ sở phải duy trì một mức nhân lực, cơ sở vật chất và năng lực chuyên môn nhất định ngay cả khi số lượng người bệnh hoặc doanh thu thấp. Nếu toàn bộ chi phí này được đặt trong yêu cầu tự bảo đảm từ nguồn thu dịch vụ, rủi ro tài chính do đặc thù địa bàn được chuyển đáng kể sang bệnh viện.

Thứ ba, vấn đề không phải là loại bỏ tự chủ tài chính đối với bệnh viện tuyến cơ sở mà là phân bổ hợp lý trách nhiệm và rủi ro tài chính giữa Nhà nước với bệnh viện. Tự chủ vẫn cần thiết để khuyến khích đơn vị phát triển kỹ thuật, nâng cao chất lượng, sử dụng tiết kiệm nguồn lực và cải thiện thu nhập của người lao động. Các nghiên cứu về tự chủ bệnh viện cũng cho thấy, trao quyền tự chủ phải gắn với cơ chế tài chính và trách nhiệm phù hợp, trong khi Nhà nước vẫn giữ vai trò bảo đảm các mục tiêu xã hội của hệ thống y tế (Preker, A. S. & Harding, 2003, Saltman, R. B., Durán, A. & Dubois, H. F. W, 2011).

Từ đó, bài viết đề xuất chuyển trọng tâm từ cách tiếp cận đơn thuần “bệnh viện có tự bảo đảm được chi thường xuyên hay không” sang xem xét đồng thời khả năng tạo nguồn thu, nhiệm vụ cung ứng dịch vụ và chi phí cần thiết để duy trì năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu.

Cách tiếp cận này không quay trở lại cơ chế ngân sách bao cấp toàn bộ mà hướng tới nguyên tắc “Nhà nước bảo đảm năng lực cung ứng dịch vụ thiết yếu - bệnh viện tự chủ trong hoạt động và phát triển”.

5. Kiến nghị hoàn thiện pháp luật

Từ kết quả nghiên cứu, việc hoàn thiện pháp luật không nên theo hướng loại bỏ tự chủ tài chính đối với bệnh viện tuyến cơ sở, mà cần điều chỉnh cơ chế phân loại tự chủ và trách nhiệm bảo đảm nguồn lực của Nhà nước phù hợp với đặc thù cung ứng dịch vụ y tế công.

Thứ nhất, hoàn thiện căn cứ xác định mức độ tự chủ tài chính. Bên cạnh tỷ lệ tự bảo đảm chi thường xuyên, cần xem xét các yếu tố ảnh hưởng khách quan đến khả năng tạo nguồn thu và nghĩa vụ cung ứng dịch vụ như điều kiện kinh tế - xã hội của địa bàn, quy mô dân số phục vụ, cơ cấu người bệnh, mức độ phụ thuộc vào nguồn thu bảo hiểm y tế và nhiệm vụ duy trì dịch vụ y tế thiết yếu. Theo đó, khi tiếp tục hoàn thiện Nghị định số 60/2021/NĐ-CP đã được sửa đổi, bổ sung, cần bổ sung vào cơ chế xác định mức độ tự chủ và xây dựng, phê duyệt phương án tự chủ các tiêu chí về điều kiện kinh tế - xã hội của địa bàn, quy mô dân số phục vụ, nhiệm vụ cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu và các giới hạn khách quan đối với khả năng tạo nguồn thu của đơn vị. Đồng thời, cần có cơ chế điều chỉnh mức độ tự chủ trong kỳ ổn định khi khả năng cân đối tài chính thay đổi đáng kể do nguyên nhân khách quan.

Thứ hai, thiết lập cơ chế ngân sách bảo đảm chi phí duy trì năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu. Đối với bệnh viện tuyến cơ sở tại địa bàn miền núi, vùng khó khăn có khả năng tạo nguồn thu hạn chế, ngân sách nhà nước cần bảo đảm phần chi phí nền tảng gắn với nhiệm vụ công, đặc biệt là nhân lực và điều kiện

chuyên môn tối thiểu cần duy trì. Việc hỗ trợ không nên theo phương thức cấp bù toàn bộ phần thiếu hụt thu - chi mà cần căn cứ vào nhiệm vụ và năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu được giao.

Thứ ba, gắn bảo đảm ngân sách với trách nhiệm giải trình và kết quả cung ứng dịch vụ. Kinh phí ngân sách cần được giao nhiệm vụ hoặc đặt hàng gắn với phạm vi phục vụ, năng lực chuyên môn, chất lượng và khả năng đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh; đồng thời bệnh viện phải công khai, giải trình việc sử dụng nguồn lực và kết quả thực hiện nhiệm vụ.

Theo đó, pháp luật cần hướng tới nguyên tắc Nhà nước bảo đảm năng lực cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu, bệnh viện tự chủ trong hoạt động và phát triển, qua đó dung hòa yêu cầu bảo đảm dịch vụ công với động lực nâng cao hiệu quả của cơ chế tự chủ.

6. Kết luận

Tự chủ tài chính là cần thiết để nâng cao tính chủ động và hiệu quả hoạt động của bệnh viện công lập. Tuy nhiên, thực tiễn tại Sơn La cho thấy, khả năng tự bảo đảm chi thường xuyên của bệnh viện tuyến cơ sở chịu ảnh hưởng đáng kể bởi điều kiện địa bàn và khả năng tạo nguồn thu. Vì vậy, cơ chế pháp luật cần chuyển từ việc chủ yếu dựa trên khả năng cân đối thu - chi sang xem xét đồng thời nhiệm vụ cung ứng dịch vụ y tế thiết yếu và các điều kiện khách quan của đơn vị. Nhà nước cần bảo đảm nguồn lực nền tảng để duy trì năng lực cung ứng dịch vụ thiết yếu tại địa bàn khó khăn, đồng thời tiếp tục trao quyền tự chủ cho bệnh viện trong tổ chức hoạt động và phát triển dịch vụ ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Bộ Tài chính (2022), Thông tư số 56/2022/TT-BTC ngày 16/9/2022 hướng dẫn một số nội dung về cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập; xử lý tài sản, tài chính khi tổ chức lại, giải thể đơn vị sự nghiệp công lập.

Chính phủ (2021), Nghị định số 60/2021/NĐ-CP ngày 21/6/2021 quy định cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập.

Chính phủ (2025), Nghị định số 111/2025/NĐ-CP ngày 22/5/2025 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 60/2021/NĐ-CP ngày 21/6/2021 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập.

Nguyễn Thị Nguyệt (2019), “Cơ chế tự chủ tài chính của những đơn vị sự nghiệp công lập”, Tạp chí Công Thương, <https://ojs.tapchicongthuong.vn/vi/ojs-post/co-che-tu-chu-tai-chinh-cua-nhung-don-vi-su-nghiep-cong-lap-60970.htm>.

Sở Y tế tỉnh Sơn La (2025), Báo cáo số 658/BC-SYT ngày 23/9/2025 tổng hợp phương án phân loại tự chủ tài chính và dự toán thu, chi của các đơn vị sự nghiệp công lập giai đoạn 2026-2030 (lần 2).

Lê Đình Thăng (2022), “Đổi mới cơ chế tự chủ tài chính tại đơn vị sự nghiệp công lập: Bài 1: Các đơn vị khác nhau nhưng lại cùng chung một cơ chế”, Báo Kiểm toán, <https://baokiemtoan.vn/doi-moi-co-che-tu-chu-tai-chinh-tai-don-vi-su-nghiep-cong-lap-bai-1-cac-don-vi-khac-nhau-nhung-lai-cung-chung-mot-co-che-21177.html>.

Thanh tra Bộ Y tế (2024), Kết luận số 11/KL-TTrB ngày 11/7/2024 về việc thanh tra trách nhiệm thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh Sơn La.

Phạm Thị Thanh Vân (2022), “Hoàn thiện cơ chế tự chủ tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập”, Tạp chí Quản lý nhà nước, đăng ngày 14/6/2022, <https://www.quanlynhanuoc.vn/2022/06/14/hoan-thien-co-che-tu-chu-tai-chinh-doi-voi-don-vi-su-nghiep-cong-lap/>.

Hood, C. (1991), “A Public Management for All Seasons?”, Public Administration, Vol. 69, No. 1, pp. 3–19.

Preker, A. S. & Harding, A. (eds.) (2003), Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals, World Bank, Washington, D.C.

Saltman, R. B., Durán, A. & Dubois, H. F. W. (eds.) (2011), Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.