

BẤT CẬP TRONG TỰ CHỦ TÀI CHÍNH TẠI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG - TIẾP CẬN DƯỚI GÓC ĐỘ PHÂN TÍCH CHI PHÍ THEO MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG

Trương Bá Thanh*, Huỳnh Thị Hồng Hạnh**

Cơ chế tự chủ tài chính đã có những tác động tích cực trong đổi mới hoạt động tài chính của các đơn vị sự nghiệp tại Việt Nam. Tuy nhiên, đối với các bệnh viện công, việc thực hiện cơ chế tự chủ tài chính còn một số bất cập xuất phát từ những đặc thù riêng của hoạt động tài chính trong lĩnh vực y tế. Trên cơ sở phân tích chi phí theo mức độ hoạt động, bài báo chỉ ra những bất cập trong việc áp dụng cơ chế tự chủ tài chính tại các bệnh viện công. Những bất cập này được lý giải do phạm vi tự chủ tài chính của các bệnh viện công rất hạn chế. Do đó, việc xây dựng cơ chế tự chủ tài chính riêng cho các bệnh viện công cũng như điều chỉnh giá viện phí theo hướng tính đúng, tính đủ chi phí là cần thiết.

Từ khóa: cơ chế tự chủ tài chính; Nghị định 43, bất cập, bệnh viện công, phân tích chi phí;

1. Đặt vấn đề

Trước đây, tất cả đơn vị sự nghiệp (ĐVSN) đều chịu sự quản lý của Nhà nước về tài chính thông qua cơ chế tài chính theo dự toán năm. Nhà nước cấp toàn bộ kinh phí để đảm bảo hoạt động, đơn vị phải thực hiện chỉ tiêu đúng chế độ, đúng mục đích và trong phạm vi dự toán của từng nguồn kinh phí được giao. Theo đó, nếu đơn vị tiết kiệm được chi phí hoặc có khoản nào từ ngân sách Nhà nước (NSNN) cấp mà chưa sử dụng trong năm đều phải trả lại Nhà nước. Cơ chế tài chính này bộc lộ nhiều hạn chế, mang nặng tính áp đặt hành chính, không tạo ra động lực để các ĐVSN phát huy tính tích cực, chủ động nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động đi đôi với việc tiết kiệm chi phí và nâng cao đời sống cho người lao động... Chính vì thế, việc Chính phủ (2006) ban hành Nghị định 43/2006/NĐ-CP (gọi tắt là Nghị định 43) trao quyền tự chủ tài chính cho các ĐVSN là một chính sách quan trọng và phù hợp với xu hướng phát triển của đất nước, giúp các ĐVSN phát triển trong tình hình mới.

Trong những năm qua, việc áp dụng cơ chế tự chủ tài chính theo Nghị định 43 đã có tác động tích cực đến các ĐVSN trong nhiều lĩnh vực. Tuy vậy, đối với các ĐVSN hoạt động trong lĩnh vực y tế nói chung, các bệnh viện công nói riêng, việc áp dụng cơ chế này đã bộc lộ những biểu hiện không thuận lợi và chưa phù hợp (Bộ Y tế, Ngân hàng Thế giới, 2011). Nhiều nghiên cứu bàn về cơ chế tự chủ tài chính tại các bệnh viện công nhưng chưa đưa ra một sự lý giải hợp lý về những tác động không mong muốn của việc thực hiện tự chủ tài chính đối với các bệnh viện công. Trên cơ sở giải thích khái quát nguyên tắc và mục tiêu của cơ chế tự chủ tài chính

hiện nay, bài báo sử dụng phương pháp phân tích chi phí dựa trên mức độ hoạt động để làm rõ những bất cập trong việc thực hiện cơ chế tự chủ tài chính tại các bệnh viện công.

2. Nội dung cơ bản của cơ chế tự chủ tài chính

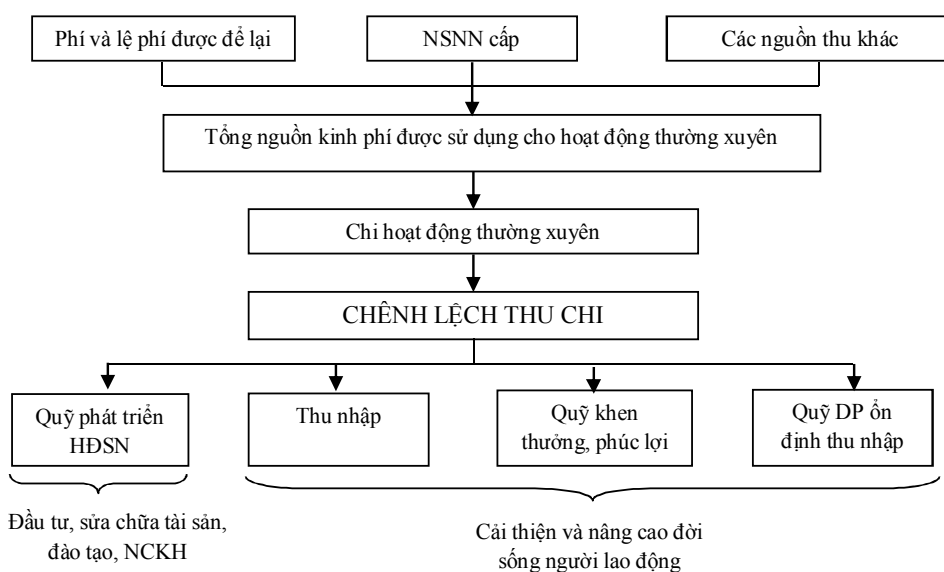
Theo cơ chế tự chủ tài chính hiện nay, các ĐVSN được chủ động trong việc huy động các nguồn thu và sử dụng các khoản chi cho hoạt động thường xuyên. Ngoài kinh phí Nhà nước cấp, các ĐVSN có thể chủ động tăng nguồn thu phí, lệ phí, các nguồn thu sự nghiệp khác và nguồn viện trợ, tài trợ, biếu, tặng. Bên cạnh đó, ĐVSN còn được phép huy động nguồn vốn của các tổ chức tín dụng, của người lao động, vốn liên doanh, liên kết với các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước.

ĐVSN được chủ động sử dụng nguồn thu để chi hoạt động thường xuyên và được toàn quyền chủ động trong việc chi trả thu nhập tăng thêm và trích lập các Quỹ từ chênh lệch thu chi. Đây là điều kiện cơ bản để các ĐVSN tháo gỡ những vướng mắc trong việc giải quyết bài toán thu nhập cho công chức, viên chức khi mà chế độ tiền lương của Nhà nước hiện còn nhiều bất cập. Có thể mô tả khái quát nội dung cơ chế tự chủ trong các ĐVSN như Hình 1.

Mục tiêu quan trọng của cơ chế tự chủ tài chính là khuyến khích các ĐVSN sử dụng hiệu quả nguồn lực. Nhờ đó, nhiều ĐVSN đã thực hiện tăng thu, tiết kiệm chi để tối đa khoản chênh lệch thu chi, đảm bảo và nâng cao đời sống người lao động, tạo nguồn tích lũy để bổ sung vốn đầu tư cơ sở vật chất, đào tạo nâng cao trình độ cho đội ngũ cán bộ...

3. Phân tích những bất cập của việc áp dụng cơ chế tự chủ tài chính tại bệnh viện công

Hình 1: Nội dung cơ chế tự chủ tài chính



Nguồn: Tác giả mô tả theo nội dung Nghị định 43

Theo số liệu thống kê, hiện nay 100% bệnh viện trung ương, khoảng 70% bệnh viện tỉnh, huyện đang thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 43 (Trần Hương, Thu Hằng, 2011). Với quyền tự chủ về tài chính, bệnh viện công được phép chủ động sử dụng nguồn kinh phí Nhà nước cấp cho hoạt động thường xuyên và nguồn thu từ viện phí và bảo hiểm y tế (*sau đây gọi chung là viện phí*) để thực hiện việc khám chữa bệnh theo chức năng nhiệm vụ của mình.

Theo kết quả nghiên cứu của Bộ Y tế, Ngân hàng thế giới (2011), sau 3 năm thực hiện cơ chế tự chủ tài chính, tổng thu tăng 3 lần đối với bệnh viện công tuyến trung ương, 2,9 lần đối với bệnh viện công tuyến tỉnh và 2,5 lần đối với các bệnh viện tuyến huyện. Báo cáo của Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2008) cũng cho thấy các bệnh viện công đã tích cực thực hiện tiết kiệm chi bằng cách cắt giảm những khoản chi tiêu không hợp lý nên tỷ trọng chi cho hành chính có xu hướng giảm.

Theo tinh thần của Nghị định 43, kỳ vọng rằng các bệnh viện công hoạt động hiệu quả, nguồn thu tăng thêm, chi phí tiết kiệm, khoản chênh lệch thu chi sẽ gia tăng và được sử dụng chi trả thu nhập tăng thêm cho người lao động, đồng thời bổ sung vốn để tái đầu tư, mua sắm trang thiết bị... Tuy nhiên, thực tế cho thấy những tác động tích cực trên có thể đúng với các loại hình ĐVSN khác nhưng chưa hẳn đã phù hợp với các bệnh viện công. Điều này xuất phát từ những đặc thù riêng trong hoạt động tài chính tại các bệnh viện công như sẽ được phân tích dưới đây.

Trước hết cần thấy một thực tế là cơ chế tự chủ tài chính hiện nay cho phép các bệnh viện được thực hiện các hoạt động cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh theo yêu cầu (*trên nguyên tắc cung cấp dịch vụ chất lượng cao được quyền thu phí cao*). Do đó, khi phân tích cơ chế tự chủ tài chính tại bệnh viện công

cần xem xét riêng khoản chênh lệch thu chi từ hoạt động khám chữa bệnh theo chức năng nhiệm vụ của bệnh viện và chênh lệch thu chi từ các hoạt động khám chữa bệnh theo yêu cầu.

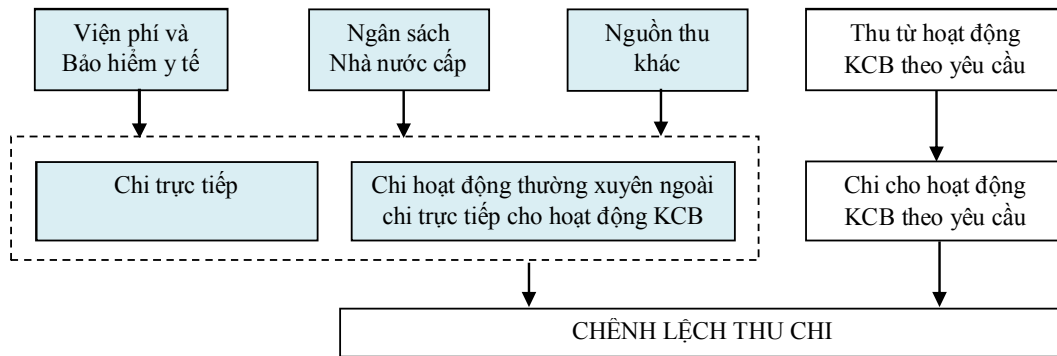
Để nghiên cứu hoạt động tự chủ tài chính tại các bệnh viện công, bài báo tiếp cận trên cơ sở phân tích mối quan hệ giữa tổng thu và tổng chi cho hoạt động thường xuyên của bệnh viện. Trước hết cần thiết phải nắm rõ nội dung và cơ cấu chi tại các bệnh viện, đặc biệt phải nhận diện được sự thay đổi của khoản chi trong mối quan hệ với mức hoạt động của bệnh viện (*thường được đo lường theo số lượt bệnh nhân*). Theo đó, toàn bộ các khoản chi của bệnh viện có thể chia thành hai nhóm lớn:

- *Định phí*: là những khoản chi về mặt tổng số không thay đổi hoặc thay đổi không đáng kể khi có sự thay đổi của mức hoạt động. Tại các bệnh viện công, định phí thường bao gồm các khoản chi như lương, phụ cấp lương, các khoản trích theo lương ngạch bậc, khấu hao tài sản cố định, chi phí duy tu, bảo dưỡng thiết bị, chi phí đào tạo, nghiên cứu khoa học, một phần chi phí tiền điện, nước, thông tin truyền thông, vật tư văn phòng, xử lý chất thải, vệ sinh môi trường để đảm bảo vận hành hoạt động bình thường của bệnh viện.

- *Biến phí*: là những khoản chi thay đổi một cách tỷ lệ với mức hoạt động của bệnh viện, trong đó các khoản chi trực tiếp cho bệnh nhân như thuốc, hóa chất, vật tư y tế chiếm một tỷ trọng lớn, ngoài ra còn có các chi khác như chi phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật.

Cơ chế tự chủ tài chính chỉ được xem là động lực để tác động tích cực đến các bệnh viện công khi cơ chế này khuyến khích các bệnh viện hoạt động để có được tổng thu (*từ viện phí và NSNN cấp*) lớn hơn tổng chi, bao gồm định phí để duy trì hoạt động bình

Hình 2: Xác định chênh lệch thu chi tại các bệnh viện công



Nguồn: Tác giả tự xây dựng

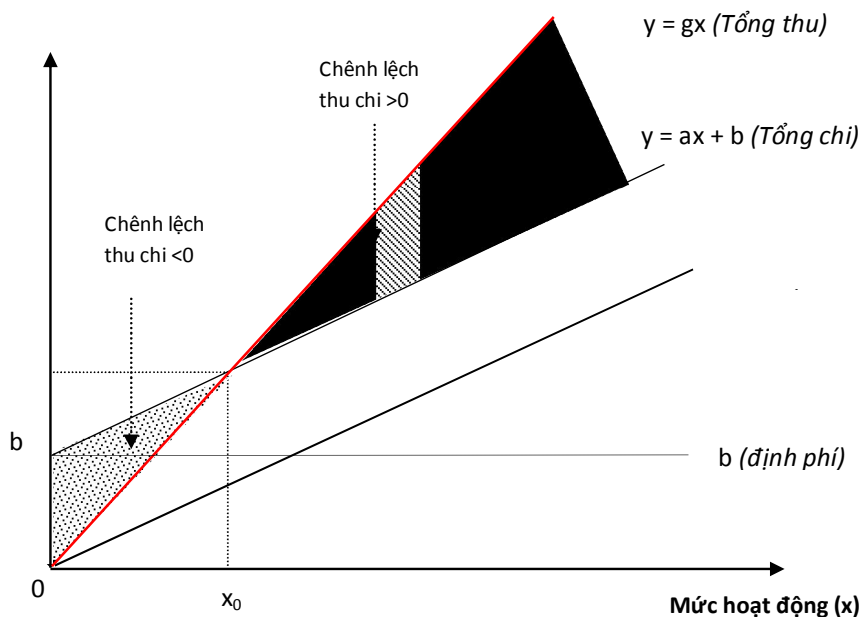
thường và tổng biến phí theo mức hoạt động của bệnh viện nhằm tạo ra khoản chênh lệch thu chi dương. Tuy nhiên, cơ chế tự chủ tài chính tại các bệnh viện công hiện nay chưa tạo ra được những tác nhân giúp phát huy khả năng chủ động của bệnh viện trong việc tạo ra khoản chênh lệch thu chi dương từ hoạt động khám chữa bệnh theo chức năng nhiệm vụ. Để hiểu rõ hơn vấn đề này có thể xem xét mối quan hệ giữa tổng thu và tổng phí thường xuyên theo các mức hoạt động tại bệnh viện công như ở Hình 3.

Để bệnh viện công tồn tại và phát triển thì khoản chênh lệch thu chi phải lớn hơn 0. Điều này xảy ra khi đường biểu diễn tổng thu ($y = gx$, với g là mức thu bình quân/lượt bệnh nhân) nằm phía trên đường biểu diễn tổng chi ($y = ax + b$, với a là biến phí bình quân/lượt bệnh nhân, b là tổng định phí). Khi mức hoạt động của bệnh viện càng cao, vượt xa mức hoạt

động x_0 (là mức mà ở đó tổng thu vừa đủ bù đắp tổng chi) thì khoản chênh lệch thu chi càng lớn, hoạt động của bệnh viện được xem là có hiệu quả kinh tế.

Hiện nay, mức thu bình quân/lượt bệnh nhân (g) tại các bệnh viện công ở nước ta bao gồm: mức thu viện phí/lượt bệnh nhân ($g1$) và mức NSNN tài trợ bình quân/lượt bệnh nhân ($g2$). Trên thực tế, thu từ viện phí vẫn là nguồn thu chính của các bệnh viện, thường chiếm tỷ lệ từ 50-90% tổng các nguồn thu của bệnh viện. Tuy nhiên, nguồn thu viện phí được sử dụng toàn bộ để phục vụ hoạt động khám chữa bệnh trực tiếp cho bệnh nhân. Bởi lẽ, giá viện phí hiện nay chỉ tính trên cơ sở các khoản mục chi trực tiếp cho bệnh nhân như tiền thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao, tiền điện, nước, xử lý chất thải, vệ sinh môi trường trực tiếp để thực hiện dịch vụ, chi phí phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật... Các khoản chi này là biến phí ($g1=a$) cho nên khi bệnh viện tăng công

Hình 3: Đồ thị mối quan hệ giữa tổng thu và tổng chi theo mức hoạt động



Nguồn: Tác giả tự xây dựng

suất khám chữa bệnh để tăng thu viện phí thì các khoản chi trực tiếp cho bệnh nhân cũng tăng lên tương ứng.

Như vậy, việc áp dụng cơ chế tự chủ tài chính theo Nghị định 43 vào các bệnh viện công bộc lộ những bất cập sau:

Thứ nhất, cơ chế tự chủ tài chính cho phép các bệnh viện công chủ động tăng nguồn thu nhưng việc quy định giá viện phí chỉ đủ bù đắp các khoản biến phí như hiện nay dẫn đến thực tế là mặc dù có nguồn thu viện phí lớn nhưng để đảm bảo chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh thì bệnh viện không thể thực hiện “tiết kiệm” từ nguồn thu viện phí để tái đầu tư trang bị cơ sở vật chất và cải thiện đời sống cán bộ viên chức. Đây là điểm khác biệt lớn nhất giữa các bệnh viện công với các ĐVSN có thu khác.

Thứ hai, bệnh viện gần như không có quyền tự chủ từ nguồn thu viện phí nên chỉ có thể thực hiện tự chủ tài chính đối với nguồn kinh phí Nhà nước cấp. Kinh phí Nhà nước cấp hàng năm được dùng để chi trả các khoản chi hoạt động thường xuyên chưa được tính vào giá viện phí, trong đó các khoản chi lương thường chiếm trên 70%. Đây là khoản chi mà bệnh viện khó có thể cắt giảm được vì việc tiết kiệm chi có thể dẫn đến tình trạng không đảm bảo chất lượng cung cấp dịch vụ y tế. Hơn nữa, việc áp dụng cơ chế tự chủ tài chính thường đi đôi với việc cắt giảm khoản kinh phí Nhà nước và nguồn kinh phí này thường chỉ chiếm khoảng 20% tổng thu của bệnh viện (Bộ Y tế, Nhóm đối tác Y tế, 2008). Có thể thấy, phạm vi tự chủ tài chính của các bệnh viện công rất hạn chế. Đối với nhiều bệnh viện thậm chí không có “không gian” để thực hiện tự chủ tài chính nên tác động của cơ chế tự chủ tài chính đến bệnh viện công là không nhiều.

Thứ ba, cơ chế tự chủ tài chính không tạo được động lực khuyến khích các bệnh viện công tăng công suất hoạt động để tăng nguồn thu viện phí vì khi đó khoản chi trực tiếp (được tính vào giá viện phí) cũng tăng lên tương ứng. Thậm chí nếu lượng bệnh nhân đến khám chữa bệnh càng đông càng làm bệnh viện bị thâm hụt về tài chính vì định phí phải tăng lên trong giới hạn phạm vi phù hợp mới trong khi kinh phí Nhà nước không dễ dàng tăng theo để bù đắp khoảng tăng lên này.

Thứ tư, có thể nhận thấy nếu đơn thuần chỉ thực hiện các hoạt động khám chữa bệnh theo chức năng, nhiệm vụ được giao thì bệnh viện công không thể phát huy tác động tích cực của tự chủ tài chính. Do đó, để giải quyết bài toán thu nhập cho người lao động, tạo động lực phát triển thì bệnh viện công sẽ mở rộng các hoạt động khám chữa bệnh dịch vụ thu viện phí cao vì khoản chênh lệch thu chi chủ yếu được tạo ra từ hoạt động này. Theo kết quả khảo sát của Viện chiến lược và chính sách y tế (2009), có những minh chứng cho thấy các bệnh viện có xu hướng tập trung đầu tư vào lĩnh vực sinh lợi cao,

phục vụ nhóm bệnh nhân có khả năng chi trả. Tuy nhiên, trên thực tế không phải bệnh viện công nào cũng có thể thực hiện huy động vốn, liên kết, liên doanh để đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị kỹ thuật cao, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, thực hiện cung cấp dịch vụ cao để có thể thu phí cao. Chỉ có những bệnh viện lớn ở tuyến trung ương, tuyến tỉnh đã được Nhà nước đầu tư ban đầu, đã tạo được uy tín trong hoạt động khám chữa bệnh, đóng tại các thành phố lớn - nơi người dân có khả năng trả tiền viện phí ở mức cao - mới có thể thực hiện được. Như vậy, cơ chế tự chủ tài chính hiện nay chỉ có tác động đối với các bệnh viện có khả năng, điều kiện thực hiện các hoạt động khám chữa bệnh dịch vụ chất lượng cao theo yêu cầu. Tuy nhiên, những lợi ích cục bộ này có thể sẽ là động cơ để các bệnh viện công sử dụng các nguồn lực đã được Nhà nước đầu tư cho hoạt động dịch vụ, từ đó tạo ra xu hướng dịch chuyển các nguồn lực vật chất và con người để phát triển mạnh loại hình dịch vụ thu phí cao. Đây là vấn đề mà các nhà hoạch định chính sách cần quan tâm nhằm đảm bảo sự phát triển của các bệnh viện công không bị lệch hướng, không chạy theo lợi ích thương mại.

4. Kết luận

Như vậy, việc thực hiện cơ chế tự chủ tài chính theo Nghị định 43 áp dụng cho tất cả các ĐVSN công lập chứ không phải áp dụng riêng cho các bệnh viện công, với rất nhiều đặc thù, nên chưa thật sự phù hợp, chưa cho phép phát huy những tác động tích cực như đối với các loại hình ĐVSN công lập có thu khác. Do đó, việc áp dụng một cơ chế tự chủ tài chính riêng cho các bệnh viện công là cần thiết. Thêm vào đó cần nhìn nhận là gần hai phần ba các bệnh viện công ở nước ta là bệnh viện tuyến huyện phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh của đông đảo người dân, nhất là đông bào ở các khu vực nông thôn, miền núi (Bộ Y tế, 2010). Các bệnh viện này đa phần có quy mô nhỏ, điều kiện cơ sở vật chất và nguồn lực con người còn hạn chế nên khả năng và điều kiện thực hiện tự chủ tài chính là rất thấp. Khi được giao tự chủ càng lớn đi đôi với cắt giảm phần kinh phí Nhà nước cấp, các bệnh viện tuyến huyện có thể sẽ càng khó khăn hơn trong hoạt động. Do đó, xây dựng cơ chế tự chủ tài chính áp dụng cho các bệnh viện công cũng cần chú trọng đến đặc thù hoạt động của các bệnh viện tuyến huyện.

Qua phân tích bất cập của cơ chế tự chủ tài chính tại các bệnh viện công cho thấy, cơ chế giá viện phí hiện nay không khuyến khích các bệnh viện tiếp nhận và đáp ứng nhiều hơn yêu cầu khám chữa bệnh cũng như đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của người dân. Chính vì vậy, việc Chính phủ (2012) đưa ra lộ trình điều chỉnh giá viện phí theo hướng tính đúng, tính đủ chi phí là rất cần thiết và kịp thời. Khi giá viện phí tính đủ các chi phí sẽ là động lực để bệnh viện sử dụng có hiệu quả hơn các nguồn lực nhằm

nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ, thu hút người dân đến khám chữa bệnh.

Dựa trên cách tiếp cận phân tích chi phí theo mức độ hoạt động gắn với những đặc thù trong hoạt động, bài viết đã nhận diện những bất cập trong thực

hiện tự chủ tài chính tại các bệnh viện công. Tuy nhiên, bài viết chỉ dừng lại ở góc độ nghiên cứu lý thuyết, việc thu thập các số liệu thực tế để làm sáng tỏ những bất cập trong tự chủ tài chính tại các bệnh viện công vẫn cần được tiếp tục nghiên cứu. □

Tài liệu tham khảo:

Bộ Y tế (2010), *Tóm tắt thống kê Y tế*, truy cập ngày 30/10/2013 từ

<<http://203.162.20.210/homebyt/vn/tkth/upload/shared/files/VietnamcountryprofileVN2.pdf>>

Bộ Y tế, Ngân hàng thế giới (2011), *Phân tích việc thực hiện chính sách tự chủ bệnh viện trên thế giới và thực tế ở Việt Nam*, truy cập ngày 25/10/2013 từ

<http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/12/15/000333037_20111215022530/Rendered/PDF/660140VIETNAME0Lessons0for0Hospital.pdf>

Bộ Y tế, Nhóm đối tác y tế (2011), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2011: Nâng cao năng lực quản lý, đổi mới tài chính y tế để thực hiện kế hoạch 5 năm ngành y tế, 2011-2015*, Hà Nội.

Bộ Y tế, Nhóm đối tác y tế (2008), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008: Tài chính y tế ở Việt Nam*, Hà Nội.

Chính phủ (2012), *Nghị định 85/2012/NĐ-CP về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập*, ban hành ngày 15/10/2012.

Chính phủ (2006), *Nghị định 43/2006/NĐ-CP 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*, ban hành ngày 25/04/2006.

Trần Hương, Thu Hằng (2011), *Xã hội hóa và tự chủ tài chính bệnh viện*, truy cập ngày 25/10/2013 từ

<http://www.ven.vn/xa-hoi-hoa-va-tu-chu-tai-chinh-benh-vien_t77c441n22323tn.aspx>

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2009), *Đánh giá tác động ban đầu của việc thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện đối với cung ứng và chi trả dịch vụ y tế*, truy cập ngày 25/10/2013 từ

<<http://www.hspl.org.vn/vcl/daNH-GIa-TaC-doNG-BAN-daU-CuA-VIeC-THu, C-HIeN-Tu-CHu-TaI-CHiNH-BeNH-VIeN-doi-Voi-CUNG-uNG-Va-CHI-TRa-DiCH-Vu-y-Te-t56-1113.html>>

Inadequacies in financial autonomy in public hospitals – A cost analysis based on performance level approach

Abstract:

Financial autonomy had a positive impact on financial activities of non-profit organization in Vietnam. However, it seems to be unsuitable for public hospitals due to the unique characteristics of financial activities in the health sector. Based on the cost analysis according to performance level, the paper points out the inadequacies in the application of financial autonomy in public hospitals. These inadequacies can be explained by the range of financial autonomy which is very limited. Thus, it is critical to design a mechanism for financial autonomy in public hospitals as well as to adjust hospital fee towards accurate and sufficient cost.

Thông tin tác giả:

***Trương Bá Thanh**, Giáo sư, tiến sĩ

- Nơi công tác: Trường Đại học Kinh tế, Đại học Đà Nẵng

- Lĩnh vực nghiên cứu chính: Kế toán quản trị, Phân tích tài chính, Kinh tế lượng, Ứng dụng mô hình cân bằng tổng thể, mô hình cân đối liên ngành, liên vùng, phân tích dữ liệu, kinh tế công nghiệp.

- Một số tạp chí tiêu biểu: *Journal of Applied Global Research, Tạp chí Kinh tế và Phát triển, Tạp chí Phát triển kinh tế, Tạp chí Vietnam's Socio-Economic Development, Journal of Applied Global Research, Tạp chí Khoa học và Công nghệ*

Email: tbthanh@gmail.com

****Huỳnh Thị Hồng Hạnh**, thạc sĩ

- Nơi công tác: Trường Đại học Kinh tế, Đại học Đà Nẵng

- Lĩnh vực nghiên cứu chính: Kế toán

- Một số tạp chí tiêu biểu: *Tạp chí Kinh tế và Phát triển, Tạp chí Phát triển kinh tế, Tạp chí Kế toán và Kiểm toán, Tạp chí Khoa học và Công nghệ*

Email: hanhkt2000@yahoo.com