

# ĐÁNH GIÁ TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH Y TẾ CÔNG LẬP CỦA NGƯỜI DÂN HUYỆN NHƯ XUÂN TỈNH THANH HÓA NĂM 2010

TRẦN ĐĂNG KHOA- Bộ Y tế

## TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** đánh giá tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập của người dân huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hóa năm 2010 để đề xuất các giải pháp can thiệp. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 3 đến tháng 6/2010 tại địa bàn huyện Như Xuân, đã điều tra 712 hộ gia đình, 02 cuộc thảo luận nhóm với nhân viên y tế tuyến huyện, 04 cuộc phỏng vấn sâu nhân viên y tế tuyến xã. **Kết quả** điều tra cho thấy thu nhập trung bình/người/năm của 20% nhóm hộ gia đình thu nhập cao nhất gấp 10,8 lần nhóm hộ gia đình có thu nhập thấp nhất. Nhóm thu nhập thấp bị hạn chế tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh như: điều trị nội trú, siêu âm, x-quang, mua thuốc, tiêm và truyền dịch ít hơn 2,6 lần so với nhóm thu nhập cao nhất; Kinh tế hộ gia đình và bảo hiểm y tế là yếu tố liên quan đến tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân; Kết quả điều tra cho thấy sự gánh nặng về chi phí cho y tế của các hộ gia đình, đặc biệt là nhóm hộ gia đình có thu nhập thấp nhất chi cho y tế chiếm 32,2% các chi phí của hộ gia đình/năm, hơn 16% người ốm không được sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập. Kết quả nghiên cứu còn cho thấy cần đầu tư cung cấp thuốc, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, đào tạo cán bộ cho bệnh viện huyện và một số trạm y tế xã khó khăn. Từ kết quả nghiên cứu đưa ra các **khuyến nghị** cần hỗ trợ cho các nhóm thu nhập thấp các chi phí trong khám, chữa bệnh và cần đầu tư về thuốc, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, đào tạo cán bộ cho y tế huyện và một số trạm y tế xã khó khăn của huyện Như Xuân.

**Từ khóa:** dịch vụ, khám chữa bệnh, tiếp cận

## SUMMARY:

**Objective:** This study on access and utilization of the treatment public services in Nhu Xuan district, Thanh Hoa province in 2010 was carried out a research for

developing solutions. **Methodology:** Cross-section, analysis and description. The research was done from April to June 2010 in Nhu Xuan district, 712 households were investigated, 02 discussion among district health workers, 04 interviews commune health workers. **Findings** of the investigation shows that an average income per person a year of 20% households in the highest income group 10.8 times as high as that in the lowest income group. The lowest income group is prevented from having access and utilization of the health service such as: a board treatment, ultrasound, X-ray, purchasing medicine, inject; fluid transmit less 2.6 times than that of the highest income group. Household economic and health insurance are factors that related to access and utilization of the health service. Result of the investigation shows a burden of expenditure spent on the households, particularly, the lowest income group, amount which spend on health only reach to 32.2% of the household total expense per year and over 16% of the patients not used treatment public services. It also shows that it is necessary to invest in drugs, infrastructure and equipments, training for district hospital staff and disadvantage commune health stations. **Recommendations:** to support the lowest income group during a board treatment period and need to invest in drugs, infrastructure, equipment and training for district hospital staff and health stations in difficult commnes in Nhu Xuan district.

**Keywords:** public services, Nhu Xuan

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đảng và Nhà nước ta chủ trương xây dựng một hệ thống y tế đảm bảo mọi người dân có thể tiếp cận được dịch vụ khám chữa bệnh thiết yếu [1]. Đảm bảo sử dụng có hiệu quả cao các nguồn lực y tế và có được một hệ thống y tế ổn định, hoà nhập với quá trình phát triển kinh tế văn hoá xã hội của đất nước. Nhằm giải quyết vấn đề thiết yếu và công bằng cho các vùng nghèo, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP, ngày 27

tháng 12 năm 2008 về Chương trình hỗ trợ giảm nghèo nhanh và bền vững đối với 61 (nay là 62) huyện nghèo [2]. Thực hiện Nghị quyết này, Bộ Y tế có kế hoạch đầu tư hỗ trợ cho y tế các huyện nghèo trong đó có huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hóa.

Y tế huyện, xã nơi cung cấp dịch khám chữa bệnh cơ bản và là nơi người dân có thể dễ dàng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh, nhất là đối với người nghèo, các huyện, xã vùng sâu vùng xa vì vậy đánh giá được thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại y tế huyện, xã và đề xuất các giải pháp can thiệp sẽ có ý nghĩa rất thiết thực nhất là trong hoạch định chính sách, lập kế hoạch đầu tư nâng cấp y tế cơ sở.

Như Xuân là huyện nghèo, có hệ thống y tế đến tận thôn, nhưng người dân ở nơi đây tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh như thế nào? Giải pháp can thiệp như thế nào để tăng cường tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cho người dân? Nhằm tìm hiểu sự tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh công lập của người dân huyện Như Xuân, cung cấp thông tin, cơ sở khoa học cho các giải pháp can thiệp phù hợp và hiệu quả, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu thực trạng và giải pháp tăng cường tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh công của người dân huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hoá”.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu thực trạng tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập của

người dân huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hóa năm 2010, là cơ sở khoa học các giải pháp can thiệp tăng cường tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập.

**PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

Mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

**Mẫu nghiên cứu**

- Với nghiên cứu định lượng: chúng tôi tiến hành phỏng vấn chủ hộ gia đình và người ốm trong vòng 4 tuần trước ngày điều tra của 712 hộ gia đình thuộc 02 xã của huyện Như Xuân.

- Với nghiên cứu định lượng: chúng tôi tiến hành 02 cuộc thảo luận nhóm 10 người gồm lãnh đạo và cán bộ của bệnh viện huyện và Trung tâm y tế dự phòng huyện Như Xuân; và tiến hành 04 cuộc phỏng vấn sâu gồm 02 Trưởng trạm của 02 TYTX và 02 nữ hộ sinh của 02 TYTX (mỗi xã 01 cán bộ).

**Xử lý phân tích số liệu**

- Tất cả các số liệu định lượng thu thập được trong quá trình nghiên cứu được làm sạch, mã hoá và nhập và phân tích xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 12.0, sử dụng test  $\chi^2$ , ANNOVA để phân tích thống kê có ý nghĩa với  $P < 0,05$ .

- Các thông tin thu thập được qua thảo luận nhóm và các cuộc phỏng vấn sâu được ghi băng và ghi chép, gõ băng và sau đó đọc, phân tích theo chủ đề.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

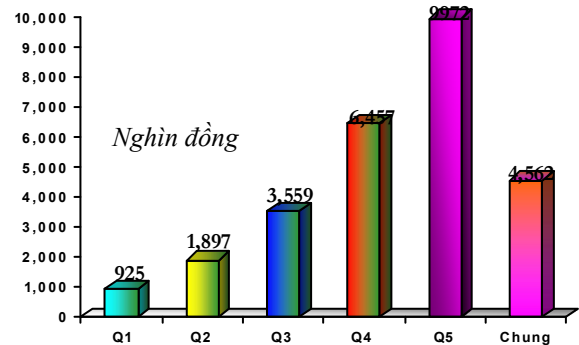
**1- Tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh**

Bảng 1: Tình hình sử dụng DVKCB tại các cơ sở KCB công lập trong vòng 4 tuần trước điều tra

Chỉ số		Nhóm thu nhập					p, $\chi^2$	Chung
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5		
Năm điều trị nội trú	Tần số	8	11	12	16	19	$\chi^2=12,1$	66
	%	14,29%	24,44%	29,27%	44,44%	59,38%	$p < 0,05$	31,43%
Khám sức khỏe/ khám bệnh	Tần số	32	26	28	31	32	$\chi^2=1,9$	149
	%	57,14%	57,78%	68,29%	86,11%	100,00%	$p > 0,05$	70,95%
Tiêm/ truyền dịch	Tần số	10	12	15	21	26	$\chi^2=10,7$	84
	%	17,86%	26,67%	36,59%	58,33%	81,25%	$p < 0,05$	40,00%
Xét nghiệm	Tần số	14	17	25	26	29	$\chi^2=13,2$	111
	%	25,00%	37,78%	60,98%	72,22%	90,63%	$p < 0,05$	52,86%
XQ, siêu âm	Tần số	10	15	17	26	28	$\chi^2=13,9$	96
	%	17,86%	33,33%	41,46%	72,22%	87,50%	$p < 0,05$	45,71%
Mua thuốc theo đơn	Tần số	7	11	14	25	29	$\chi^2=22,3$	86
	%	12,50%	24,44%	34,15%	69,44%	90,63%	$p < 0,001$	40,95%
Tổng số người ốm có sử dụng DVKCB		56	45	41	36	32		210

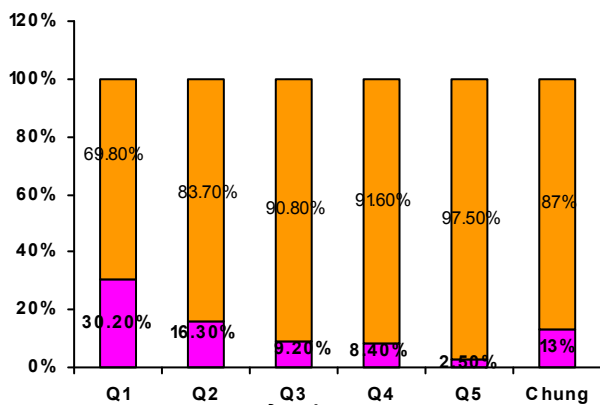
Điều trị nội trú tập trung cao ở nhóm Q5 (59,4%), thấp nhất nhóm Q1 (14,3%); Khám sức khỏe khám bệnh cao nhất nhóm Q5 (100,0%), thấp nhất ở nhóm Q1 (57,78%); tiêm/truyền dịch cao nhất ở nhóm Q5 (81,25%), thấp nhất ở nhóm Q1 (17,8%); xét nghiệm cao nhất nhóm Q5 (90,6%), thấp nhất nhóm Q1 (25,0%); chụp X-Quang, siêu âm cao nhất nhóm Q5 (87,5%), thấp nhất nhóm Q1 (17,8%); Mua thuốc theo đơn cao nhất ở nhóm Q5 (87,5%), thấp nhất ở nhóm Q1 (12,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sử dụng dịch vụ điều trị nội trú, tiêm truyền dịch, xét nghiệm, chụp x-quang và siêu âm, mua thuốc theo đơn giữa các nhóm thu nhập với  $p < 0,05$ .

**2- Thu nhập và chi phí cho y tế của các hộ gia đình**



Biểu đồ 1: Thu nhập trung bình/người/năm theo nhóm thu nhập

Thu nhập trung bình/người/năm của nhóm thu nhập cao nhất cao gấp 10,8 lần so với nhóm thu nhập thấp nhất.



Chi cho y tế của các HGD so với tổng thu nhập/năm

Chi phí cho y tế trung bình của các HGD/năm so với tổng thu nhập của HGD/năm chiếm 13%. Ở nhóm Q1 chiếm tỷ lệ cao nhất (30,2%) và thấp nhất ở nhóm Q5 (2,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm thu nhập HGD với  $p < 0,001$ .

### 3- Nhu cầu hỗ trợ cho người cung cấp và người sử dụng dịch vụ y tế

Bảng 2: Ý kiến của các hộ gia đình đối với các cơ sở y tế

TT	Nội dung	Tỷ lệ %
1	Cần phải có bác sỹ	86,7
2	Cần thái độ cán bộ y tế tốt hơn	85,2
3	Cần có trang thiết bị tốt hơn	76,1
4	Cần có nhiều thuốc tốt hơn	71,4
5	Cần có cơ sở hạ tầng tốt hơn	66,1
6	Cần mở cửa đúng giờ	63,5

Các HGD đều cho rằng các cơ sở y tế cần phải có bác sỹ, cán bộ y tế phải có thái độ phục vụ tốt hơn, có trang thiết bị tốt hơn, nhiều thuốc tốt hơn, cơ sở hạ tầng tốt hơn và các cơ sở y tế cần phải mở cửa đúng giờ.

Còn về các cơ sở y tế, các nhu cầu cần đầu tư cụ thể thông qua thảo luận nhóm cán bộ y tế huyện, các đại biểu đều cho rằng: "Để nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ KCB và thu hút người dân đến KCB tại bệnh viện huyện, trạm y tế xã thì cần phải đầu tư nâng cấp xây dựng, trang thiết bị y tế rất thiếu và lạc hậu, cần phải cung cấp trang thiết bị y tế đầy đủ, hiện đại và đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, đồng thời bổ sung đội ngũ cán bộ y tế nhất là bác sỹ cho cả tuyến huyện và các trạm y tế xã, cần phải tăng cường quản lý bệnh viện, tin học hoá quản lý bệnh viện."

Đối với các hộ gia đình, kết quả nghiên cứu cho thấy trên 96% người dân đều có nhu cầu hỗ trợ cấp thẻ BHYT cho người dân để được khám chữa bệnh miễn phí không phải trả tiền.

#### BÀN LUẬN:

Như Xuân với mức chênh lệch về thu nhập trung bình/người/năm giữa nhóm giàu nhất Q5 và nhóm nghèo nhất Q1 là 10,8 lần, trong khi chênh lệch thu nhập chung toàn quốc giữa nhóm nghèo nhất và giàu nhất là 8,4 lần [6]; và chênh lệch giữa nhóm nghèo Q1 và nhóm trung bình Q2 là 2,05 lần cũng cho thấy sự phân hoá

giàu nghèo rõ rệt tại Như Xuân, điều đó sẽ làm gia tăng nguy cơ mất công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân nơi đây.

Để phân tích sâu hơn tình hình sử dụng DVKCB y tế công lập của người dân Như Xuân và phân tích tính công bằng trong sử dụng DVKCB, chúng tôi đã hỏi về tình hình sử dụng dịch vụ của người dân tại các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên trong đợt ốm 4 tuần trước điều tra. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự bất công bằng trong việc sử dụng DVKCB tại tuyến huyện và tuyến tỉnh. Người giàu nhóm Q5 sử dụng các dịch vụ: điều trị nội trú Q5 (59,4%), thấp nhất nhóm Q1 (14,3%); Khám sức khoẻ khám bệnh cao nhất nhóm Q5 (100,0%), thấp nhất ở nhóm Q1 (57,78%); tiêm/truyền dịch cao nhất ở nhóm Q5 (81,25%), thấp nhất ở nhóm Q1 (17,8%); xét nghiệm cao nhất nhóm Q5 (90,6%), thấp nhất nhóm Q1 (25,0%); chụp X-Quang, siêu âm cao nhất nhóm Q5 (87,5%), thấp nhất nhóm Q1 (17,8%); Mua thuốc theo đơn cao nhất ở nhóm Q5 (87,5%), thấp nhất ở nhóm Q1 (12,5%) trong khi về mức độ nặng nhẹ của bệnh cho thấy nhóm nghèo Q1 có tình trạng ốm, bệnh nặng hơn, còn nhóm Q5 tình trạng ốm nhưng vẫn sinh hoạt bình thường chiếm đa phần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Dự tại Vị Xuyên- Hà Giang [3] cũng cho kết quả nhóm nghèo sử dụng các DVKCB điều trị nội trú, tiêm truyền, xét nghiệm, x-quang, siêu âm, mua thuốc ít hơn so với nhóm thu nhập khá, giàu. Tuy nhiên, về mức độ chênh lệch sử dụng DVKCB giữa nhóm thu nhập thấp nhất và cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tại Vị Xuyên. Điều đó cũng thấy rằng tại huyện Như Xuân-Hà Tĩnh mức độ chênh lệch thu nhập trung bình/người/năm giữa nhóm nghèo nhất và nhóm giàu nhất (10,8 lần) cao hơn tại Vị Xuyên-Hà Giang, tại đây chênh lệch là 6,8 lần. Vậy thì lý do chính ở đây đó là lý do về kinh tế, chi phí khi KCB tại tuyến huyện, và các tuyến cao hơn là rào cản đối với người nghèo khi mà họ có nhu cầu KCB tại đây.

Chi phí bình quân cho y tế của các HGD/năm là 13% so với tổng thu nhập của các HGD trong năm; ở nhóm thu nhập thấp nhất Q1 chiếm 30,2% thu nhập của gia đình trong năm đó, còn nhóm thu nhập cao nhất Q5 chỉ mất có 2,5% thu nhập của HGD, sự khác biệt chi phí này giữa nhóm HGD có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ . Báo cáo nghiên cứu của Bjorn Olof Ekman [7] cho kết quả tỷ lệ chi cho y tế so với tổng thu nhập HGD/năm của toàn vùng Bắc Trung Bộ là 11%. Nghiên cứu đã cho thấy nhóm thu nhập thấp phải chịu gánh nặng chi phí lớn hơn nhóm có thu nhập cao nhất. Điều này cũng đã lý giải tại sao người nghèo lại ít đi KCB tại các bệnh viện, đặc biệt là những bệnh viện tuyến trên. Qua chi phí trên cho chúng ta thấy đó là nguyên nhân dẫn đến nghèo đói cũng như sự mất công bằng trong tiếp cận và sử dụng DVKCB của người dân. Những chi phí mà họ phải trả cho một lần KCB ở đây không hoàn toàn chỉ là chi phí cho điều trị, thuốc thang mà bao gồm cả chi phí ăn ở, đi lại, người nhà trông nom, chi phí không chính thức khác, những chi phí này cũng chiếm một tỷ lệ lớn [5].

Để tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng DVKCB của người dân chúng ta có rất nhiều cách tác động, nhưng sự tác động và đầu tư phải xuất phát chủ yếu từ 02 phía: phía người sử dụng DVKCB (đó là người dân) và phía người cung cấp dịch vụ (cơ sở y tế).

Về phía người sử dụng DVKCB chúng tôi tiến hành nghiên cứu cho thấy: hình thức khám chữa bệnh ngoại trú hay nội trú, đối tượng là người nghèo hay phụ nữ mang thai, trẻ em suy dinh dưỡng và kể cả những người thuộc nhóm kinh tế khả giả đều có nhu cầu hỗ trợ các chi phí trong điều trị, tuy nhiên nhóm giàu nhu cầu ít hơn nhóm nghèo. Các chi phí trong KCB chiếm một tỷ lệ chi không nhỏ đối với các HGD, những người cận nghèo và kể cả những người giàu sau một, một vài đợt ốm là trở nên nghèo khó, do vậy thực sự là họ có nhu cầu hỗ trợ.

Từ kết quả phân tích sử dụng các DVKCB ở phần trên cho thấy hiện tượng người nghèo ít nằm điều trị nội trú trong bệnh viện hơn, ít sử dụng chụp x-quang, siêu âm, xét nghiệm... hơn so với nhóm người giàu đã cho chúng ta thấy một bức tranh chưa công bằng trong việc sử dụng DVKCB. Thực tế đúng là như vậy, khi không có tiền, đặc biệt là những người nghèo, cận nghèo không có tiền sẵn có chi trả cho các DVKCB, và đặc điểm chi cho y tế là đột xuất không thể chủ động được [4], do vậy đa phần người nghèo sẽ rất phải cân nhắc trong việc quyết định có nên nằm điều trị nội trú trong bệnh viện để điều trị bệnh không? Nếu như bệnh không quá nặng thì họ có thể sẽ xin mua thuốc về nhà điều trị ngoại trú để đỡ tốn kém hơn điều trị nội trú [8]. Đây cũng là một khoảng trống để chúng ta xem xét can thiệp hỗ trợ làm sao cho người nghèo, các đối tượng khó khăn sẽ được có điều kiện để hưởng các DVKCB cần thiết, giảm tối đa khoảng cách biệt với các đối tượng khá, giàu trong việc sử dụng các DVKCB, tạo tính công bằng về chăm sóc sức khỏe cho mọi người dân.

Để tăng cường khả năng của người cung cấp dịch vụ, chúng tôi có nghiên cứu về các giải pháp để nâng cao chất lượng DVKCB của các cơ sở y tế trong huyện cho thấy: người dân có ý kiến đối với các cơ sở y tế cần phải có cơ sở vật chất nhà cửa tốt, sạch sẽ, trang thiết bị đầy đủ và hiện đại, cán bộ có chuyên môn giỏi và có thái độ phục vụ nhiệt tình, chu đáo, và có nhiều thuốc tốt, với hiện trạng và năng lực cơ sở y tế như hiện nay chưa đáp ứng. Đó là những ý kiến thực sự xác đáng của người dân mà những người quản lý không thể không quan tâm để làm cơ sở, căn cứ xác định nhu cầu đối với cơ sở y tế của mình trong việc đầu tư phát triển cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Còn đối với các cơ sở y tế, 100% người được phỏng vấn, thảo luận nhóm thấy được "*Hiện trạng về y tế huyện, xã còn khó khăn, trang thiết bị thiếu, lạc hậu, thiếu cán bộ... Để nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ*

*KCB và thu hút người dân đến KCB tại TYTX và bệnh viện huyện thì các giải pháp là phải đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất nhà cửa, cung cấp trang thiết bị đầy đủ, hiện đại và đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, đồng thời bổ sung đội ngũ cán bộ y tế nhất là bác sĩ và tăng cường quản lý bệnh viện, tin học hoá quản lý bệnh viện".* Chúng tôi thấy rằng đó là những điều kiện thiết yếu và cơ bản để cho các cơ sở y tế hoạt động và cung cấp DVKCB một cách có chất lượng cho người dân.

#### **KHUYẾN NGHỊ**

- Đầu tư cho bệnh viện huyện và trạm y tế xã (khó khăn) cả về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và đào tạo cán bộ y tế để đáp ứng nhu cầu KCB ngày một tăng cao cả về số lượng và chất lượng của nhân dân.

- Hỗ trợ mua thẻ BHYT cho người nghèo, dân tộc thiểu số, cận nghèo để các đối tượng khó khăn này có điều kiện tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập.

- Tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe để người dân nâng cao ý thức chăm sóc sức khỏe, hiểu biết về các chế độ chính sách về y tế, đi khám chữa bệnh khi bị ốm.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Ban chấp hành Trung ương (2005), *Nghị quyết của Bộ chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, Nghị Quyết số 46-NQ/TW, ngày 23 tháng 02 năm 2005.
2. Chính phủ (2008), *Chương trình hỗ trợ giảm nghèo nhanh và bền vững đối với 61 huyện nghèo*, Nghị Quyết số 30a/2008/NQ-CP, ngày 27 tháng 12 năm 2008.
3. Nguyễn Đình Dự (2007), *Mô tả sự tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Vị Xuyên tỉnh Hà Giang năm 2007*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Trường đại học y tế công cộng Hà Nội.
4. Phạm Mạnh Hùng (2002), *Một số định hướng về kinh tế y tế ở Việt Nam. Những vấn đề cơ bản của kinh tế y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.19-44.
5. Trịnh Văn Mạnh (2007), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở trạm y tế xã Ngũ Hùng, huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương năm 2007*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Trường Đại học y tế công cộng Hà Nội.
6. Tổng cục Thống kê (2007), *Điều tra mức sống dân cư 2002-2006 (VLSS)*, Nhà xuất bản thống kê, Hà Nội.
7. Bjorn Olof Ekman (2008), *Report to north central region health support project*.
8. World Bank (2008), *Health financing and Delivery in VietNam*.