

# Quan hệ thầy thuốc-bệnh nhân với tác động của những yếu tố kinh tế-xã hội

NGUYỄN ĐỨC TRUYỀN

## I. Quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân trong quan niệm xã hội học

Quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân được coi là một trong những quan hệ xã hội sớm được hình thành và thể chế hóa ngay từ khi có xã hội con người. Sự thể chế hóa các quan hệ xã hội tức là làm cho chúng trở nên có tính hợp thức và ổn định, hạn chế được những tác động từ sở thích hay tình cảm chủ quan của mỗi cá nhân. Quá trình thể chế hóa này, cho dù chỉ tồn tại trong đầu óc con người hay thể hiện dưới dạng những quy định thành văn, vẫn có hiệu lực chi phối hành vi và các quan hệ xã hội của mỗi con người như nhau. Các quan hệ xã hội có thể được hình dung trong các mối liên hệ giữa con người với tự nhiên, giữa con người với nhau trong sản xuất và giữa con người với toàn bộ cuộc sống của họ. Trong quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân, chúng ta cũng có thể nhận thấy nó đã được thể chế hóa trong nhiều lĩnh vực xã hội như tôn giáo, kinh tế, xã hội, đạo đức và luật pháp,... Ngược lại, mỗi quan hệ này cũng bị chi phối bởi chính các lĩnh vực đó thông qua những quan niệm, biểu trưng, định hướng giá trị và quy tắc ứng xử gắn liền với chúng.

## II. Các nhân tố ảnh hưởng tới quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân

### 1. Yếu tố tôn giáo

Trước hết, chúng ta hãy xem xét sự tác động của tôn giáo với tư cách là những biểu trưng và thể chế tôn giáo tới mối quan hệ này. Như chúng ta đã biết, trong các xã hội cổ xưa, khi khoa học và y tế chưa giải thích được các hiện tượng ốm đau, bệnh tật, sự sống và cái chết của con người, lúc đó con người tin rằng sự sống hay cái chết, ốm đau hay bệnh tật không phải là những hiện tượng bình thường gắn với chu trình sống của mỗi con người và của thế giới sinh học trên trái đất. Người ta cho rằng những hiện tượng ấy là do ý chí của thánh thần hay ma quỷ áp đặt cho thế giới con người. Vì thế, song song với việc tìm cách chữa chạy cho người ốm bằng các vật liệu có sẵn trong tự nhiên, con người luôn luôn cầu xin những lực lượng siêu nhiên nhằm tìm thấy sự che chở, hay cứu giúp. Hiện tượng này, ngày nay vẫn còn phổ biến ở đồng bào các dân tộc ít người, qua vai trò chữa bệnh của các thầy mo, thầy cúng và thầy thuốc. Tuy nhiên, đối với nhóm đồng bào này, vai trò của thầy mo hay thầy thuốc ít khi có sự phân biệt rạch ròi. Bởi vì với họ, chữa bệnh không đơn giản là xử lý những nguyên nhân vật chất làm nảy sinh bệnh tật mà còn bao hàm cả những nguyên nhân tinh thần, đạo đức và tâm linh tôn giáo. Thầy thuốc khi không xử lý được bệnh tật cũng cho đó là do các nguyên nhân tôn giáo. Lúc đó họ trở thành thầy cúng. Đôi khi họ pha trộn cả hai phương thức để đề cao khả năng chữa bệnh của mình bằng hiệu quả pháp thuật.

Ngay cả ở miền xuôi hay các thành phố lớn, khi mắc các căn bệnh hiểm nghèo, nhiều người không hẳn là do trình độ học vấn kém, vẫn xem bói, rút thẻ, cầu cúng,... để mong một

sự may rủi từ các sức mạnh thần bí. Trước cổng một số nhà hộ sinh ở Hà Nội, trên thân cây đa cổ thụ người ta đặt chỉ chít những bát hương và bàn thờ nhỏ để cầu mong sự che chở của thánh thần dù rằng dịch vụ y tế về thai sản ở Hà Nội hiện nay ít khi để xảy ra những sai sót. Như thế, quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân ở đây vẫn chịu sự tác động của các quan niệm và nghi lễ tôn giáo. Nó vừa là sự kích lệ tinh thần, vừa là sự che chở về tâm lý chủ yếu cho người bệnh. Người ta không đặt hết niềm tin vào y học và thầy thuốc mà còn đặt cả vào những lực lượng siêu nhiên.

## 2. Yếu tố văn hóa

Đối với những tác động văn hóa, những quan niệm và quy tắc ứng xử xã hội khác nhau luôn có vai trò chi phối mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Trước hết, ở nông thôn, sự hình thành mối quan hệ này chỉ nảy sinh trong những tình huống đặc biệt, có nghĩa là vượt ra ngoài sự hiểu biết và kinh nghiệm về bệnh tật của bệnh nhân hay của những người thân trong gia đình và cộng đồng của họ. Trong quan niệm về bệnh tật của người dân nông thôn, mọi triệu chứng bệnh tật đều chỉ là những biểu hiện của các bệnh thông thường và ai cũng có thể tự điều trị. Khi tự điều trị không khỏi, họ mới nhờ đến những người am hiểu đôi chút về y tế như người bị bệnh tương tự, người bán thuốc, những người không nhất thiết được đào tạo về y tế. Sau cùng, biết là nguy hiểm và không còn cách nào khác, họ mới ra trạm xá hay đến bệnh viện. Đối với người nông dân, khái niệm chăm sóc sức khỏe chỉ nảy sinh từ sau khi có triệu chứng bệnh tật, phải nghỉ lao động và nằm viện. Vì thế mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân ít khi được đề cao trong cuộc sống hàng ngày với vai trò người tư vấn chăm sóc sức khỏe và phòng bệnh. Tại bệnh viện huyện NG, tỉnh HD, chúng tôi được một phụ nữ cho biết con chị bị giun sán, gia đình tự đi mua thuốc tại các cửa hàng, cháu không khỏi, bỏ bú và phát sinh triệu chứng bất thường: bị tắc ruột, chị mới mang con lên bệnh viện. Có bệnh nhân bị cúm, cho là bị cảm, uống thuốc Sê - đa không khỏi, lại có nguy cơ liệt toàn thân, gia đình mới vội vàng đưa lên huyện. Những bệnh nhân bị bệnh lao ở đây cũng chỉ đến khám bác sĩ khi bệnh đã nặng. Còn khi mới ốm, họ cho là chỉ viêm họng hay bị các bệnh thông thường khác nên không cần đến thầy thuốc. Sự nhận thức không đầy đủ về sức khỏe và nguồn gốc bệnh tật đã đưa bệnh nhân tới chỗ hiểu không đúng vai trò thầy thuốc trong xã hội. Vì thế, mối quan hệ giữa họ và thầy thuốc chỉ mang tính chất nhất thời, nhất là những khi tai biến, và không còn cách lựa chọn nào khác. Người thầy thuốc, trong bối cảnh đó không thể phát huy vai trò tư vấn y học dự phòng trong cộng đồng và xã hội.

## 3. Yếu tố kinh tế

Sự ảnh hưởng của các nhân tố kinh tế được biểu hiện qua cách quan niệm của bệnh nhân nông thôn về sức khỏe và bệnh tật. Điều này người dân nông thôn lại chỉ coi là những mối quan tâm thứ yếu so với những quan tâm kinh tế. Ngay cả khi sức khỏe không tốt nhiều người cũng không muốn nghỉ ngơi và đi khám bệnh vì sợ mất việc hay tốn kém. Các bệnh nhân nông thôn cho rằng hoàn cảnh kinh tế là trở lực cơ bản đối với họ trong quan hệ với thầy thuốc. Có người nói với y sĩ trạm xá địa phương rằng: “Tôi chỉ có chùng này tiền mong chị điều trị cho tôi làm sao cho khỏi thì làm còn đi viện thì tôi không đủ tiền”. Họ tính rằng ở trạm xá, chỉ mất tiền thuốc và dịch vụ chữa bệnh, còn lên bệnh viện huyện hay tỉnh phải tốn thêm tiền dịch vụ ăn uống và chi phí cho người trông nom. Nếu ở huyện chi phí cho bệnh nhân là vài trăm nghìn thì ở tỉnh lên tới tiền triệu. Chúng ta biết rằng thu nhập trung bình đầu người ở nông thôn miền Bắc hiện nay chỉ khoảng 2,5 triệu đồng/ năm. Với người nghèo khoản này chỉ còn trên dưới 1 triệu đồng. Nếu phải đi viện là hết ăn cả năm. Chỉ khi biết là

nguy hiểm họ mới đi gặp thầy thuốc. Người không có tiền chữa bệnh cho con phải chữa chịu, đến mùa trả thóc nên không dám đến bệnh viện và tìm thầy thuốc lạ.

Ở thành thị, người ta thường hình dung mối quan hệ giữa thầy thuốc - bệnh nhân và các quy tắc ứng xử của nó như với các quan hệ lợi ích khác trong đời sống xã hội. Một bệnh nhân lao ở thành phố H giải thích vì sao mình được tiếp nhận vào điều trị tại bệnh viện: “Thường chúng cháu vào viện nếu muốn nằm viện luôn thì nói nhỏ với một anh bác sĩ nào đó làm cho mình. Sau đó đưa một khoản tiền thì họ làm cho mình ngay. Nếu bệnh nhân có tiền lót tay cho bác sĩ ngay từ cổng bệnh viện vào thì thủ tục nhanh”. Những người đóng bảo hiểm do đó cũng bị phân biệt đối xử so với những bệnh nhân khám chữa theo dịch vụ. Quan hệ lợi ích cá nhân trực tiếp đã làm cho các thủ tục hành chính trở nên khó khăn rắc rối. Người đóng bảo hiểm không có quyền rút tiền bảo hiểm để thanh toán chi phí khám chữa bệnh của mình. Có bệnh viện lại cho phép rút tiền bảo hiểm nên người bệnh thường thích đóng bảo hiểm ở đó hơn. Quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân ở đây tùy thuộc vào các quan hệ kinh tế hơn là vào mục đích của bản thân ngành y tế là chăm sóc sức khỏe cho toàn xã hội.

Trong quá trình điều trị, bệnh nhân thường thấy các quan hệ lợi ích của thầy thuốc thông qua việc gợi ý bệnh nhân mua thuốc ở một cửa hàng thuốc nào đó mà thầy thuốc được chia lợi ích: “Trong bệnh viện có một số bác sĩ họ gợi ý nếu muốn chữa khỏi nhanh thì họ viết cho đơn thuốc ra ngoài cửa hàng tư nhân mua (họ được hưởng 8% lợi nhuận)”. Có những khoản thù lao cá nhân cho thầy thuốc thường được các bệnh nhân coi là quy tắc xử sự không thành văn của một vài bệnh viện. Một bệnh nhân tai nạn xe máy vào một bệnh viện kể lại: “Khi nhập viện các hộ lý chỉ thay băng ngày đầu tiên, bất kể vết thương nặng nhẹ ra sao. Thái độ thì lạnh nhạt. Sau khi người nhà thù lao cho các hộ lý 20.000đ một ngày, công việc thay băng trở nên chu đáo, đều đặn và thái độ của hộ lý cũng quan tâm hơn hẳn lúc trước. Những mẩu chuyện này cho dù thế nào cũng có một phần sự thật là đời sống thầy thuốc còn quá khó khăn mà công việc của họ thì rất nặng nhọc. Lót tay dần trở thành cử chỉ thông thường mà ai thiếu lại bị coi là những người không biết cư xử theo thời cuộc. Sự đồng tình từ cả hai phía đã làm cho các cử chỉ này trở thành quy tắc xã hội giữa bệnh viện và thầy thuốc.

Với những thầy thuốc có lương tâm giúp đỡ bệnh nhân, quy tắc này cũng thực sự trở thành lực cản cho lương tâm nghề nghiệp của họ. Có bác sĩ ở nông thôn, những người xung quanh đến nhờ khám cho người nhà nhưng việc trả tiền cũng làm cho họ khó nghĩ. Khi thầy thuốc cầm tiền nó không còn là quan hệ giúp đỡ mà là quan hệ thị trường. Nó làm thay đổi chính quan hệ cộng đồng của họ. Một bác sĩ trẻ ở nông thôn tâm sự: “Hàng xóm khi bị sốt, ho, họ vẫn đến nhờ khám. Nếu mình không đi, ngày mai họ lại trách mình. Nếu đi khám rồi, lấy tiền cũng khó”.

Điều kiện sống khó khăn của người thầy thuốc cũng là một yếu tố ảnh hưởng tiêu cực tới mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Người bác sĩ trẻ vừa nêu ở trên, với mức lương bậc 2, khoảng hơn 300.000đ/ tháng. Vợ anh là cán bộ thú y cho xã, mức lương cũng vậy. Cuộc sống của họ rất khó khăn vì đã có 1 con. Phụ cấp bệnh viện không đáng kể chỉ có khoảng 50.000đ/ tháng trích từ tiền trông xe đạp và thu hoạch từ rừng nhãn trồng trong bệnh viện. Với mức thu nhập thấp như vậy, việc nhận thêm một chút thù lao là dễ hiểu và không có gì đáng phải suy nghĩ. Song một khi đã trở thành nguồn thu nhập thường xuyên, nó cũng làm biến dạng mối quan hệ vô tư và nhân đạo giữa bệnh nhân và thầy thuốc. Nó trở thành điều kiện cho mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân.

#### 4. Yếu tố xã hội

Trong cơ chế tiền lương bất cập như vậy, để tồn tại, các thầy thuốc nhất là ở các trung tâm đô thị lớn, nơi có đông đảo những người thu nhập cao và có nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế cao, đã tranh thủ ngay cơ sở y tế công cộng, không gian và thời gian xã hội, những điều kiện và phương tiện y tế của toàn xã hội, để làm những dịch vụ y tế cá nhân nhằm cải thiện cuộc sống của mình. Người thầy thuốc nếu chỉ trung thành với nhiệm vụ tại nhiệm sở trong 8 tiếng đồng hồ sẽ chỉ có khoảng 30% tổng thu nhập của mình. Họ đã tranh thủ chừng 4/8 giờ đó để làm dịch vụ tư nhân không chính thức và có thêm 50% tổng thu nhập của mình. Thời gian còn lại, tức 4 giờ ngoài giờ hành chính, họ kiếm thêm 20% tổng thu nhập của mình tại cơ sở y tế tư nhân<sup>1</sup>.

Về hình thức mà nói, hoạt động chăm sóc sức khỏe của toàn xã hội đã đa dạng hóa và linh hoạt hơn nhiều. Nhưng trong thực tế xã hội, chỉ có một nhóm những người có khả năng chi trả các dịch vụ y tế tư nhân phi chính thức đó. Phần đông những người thu nhập trung bình và thấp như công nhân, nông dân và viên chức bậc thấp không thể tham gia vào mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân đã thị trường hóa tới 70% này.

Phần lớn những người thu nhập thấp đành phải tới các dịch vụ y tế tư nhân cơ sở để điều trị các căn bệnh mà lẽ ra phải dành cho các cơ sở y tế nhà nước. Chi phí của người dân cho các cơ sở y tế tư nhân cơ sở lên tới gần 70% tại ngoại thành Hà Nội năm 1996. Ngân hàng thế giới cho rằng chỉ có chừng 20% các tiếp xúc thầy thuốc bệnh nhân là diễn ra tại các khu vực điều trị công cộng<sup>2</sup>.

Sự phân hóa xã hội trong đời sống kinh tế đã tác động tới khả năng tiếp xúc giữa thầy thuốc với bệnh nhân qua các nghi lễ quà biếu vừa cầu kỳ vừa tốn kém. Một nghiên cứu của nhóm sinh viên Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn Quốc gia thực hiện năm 1996, tại 4 bệnh viện trung ương và địa phương tại Hà Nội cho thấy tính phổ biến của hiện tượng này như sau:

1. Số bệnh nhân và người nhà bệnh nhân có biếu quà (tiền và hiện vật) cho thầy thuốc:	54,40%
2. Tỷ lệ biếu quà	
Ở nhóm khá giả:	84,20%
Ở nhóm trung bình:	63,00%
Ở nhóm thu nhập thấp:	57,40%
3. Động cơ biếu quà:	
Cán bộ y tế yêu cầu:	8,25%
Người khác khuyên:	18,34%
Tự nguyện:	73,41%

Những con số trên cho thấy rằng, những quy tắc lợi ích trong quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân đã được hầu hết các nhóm trong xã hội chấp nhận. Tuy nhiên, con số những người không thực hiện hay không có khả năng thực hiện chế độ quà biếu này cũng có tỷ lệ rất quan

<sup>1</sup> Ngô Quốc Phương: *Bước đầu nghiên cứu vai trò của khu vực y tế tư nhân trong chăm sóc sức khỏe tuyến cơ sở, thông qua khảo sát tại hai xã Phú Minh và Minh Trí, huyện Sóc Sơn, Hà Nội, 1997*. Luận văn cử nhân xã hội học. Trang: 35.

<sup>2</sup> Ngân hàng thế giới: *Khu vực Đông Á và Thái Bình Dương, Việt Nam đánh giá sự nghèo đói và chiến lược*. 1/95. Trang 93.

trọng (gần 50%). Sự không tham gia vào nghi lễ quà biếu này có lẽ do hoàn cảnh kinh tế không cho phép hơn là do họ không muốn. Bởi vì tỷ lệ tự nguyện biếu quà ở đây rất cao (73,1%), và chỉ ở các nhóm thu nhập thấp, tỷ lệ biếu quà mới có sự giảm sút. Hơn nữa, chỉ số miễn cưỡng biếu quà ở đây lại rất thấp (26,59%).

Như thế, tiền bạc và quà biếu đã tham gia vào việc xác lập, củng cố hay ngăn cản các quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân vốn đã được hình thành trên các giá trị nhân đạo và phúc lợi xã hội thông qua sự tạo ra những khác biệt xã hội trong sự tiếp cận các dịch vụ y tế.

### 5. Yếu tố tổ chức

Vấn đề tổ chức các dịch vụ y tế cũng là một nhân tố quan trọng trong việc xác lập và tăng cường quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Cũng là mối quan hệ đó, với cùng những thầy thuốc và bệnh nhân đó, song trong một thiết chế xã hội khác, trong một không gian xã hội khác, tính chất của quan hệ đó cũng đổi khác. Đó là trường hợp chúng ta so sánh tính chất và hiệu quả của hai loại dịch vụ y tế tư nhân và công cộng dựa trên quan điểm của các bệnh nhân. Một điều tra xã hội học về sự so sánh của người bệnh về ưu thế của hai dịch vụ trên cho thấy<sup>3</sup>: “ Dịch vụ y tế tư nhân có lợi thế hơn hẳn về ***khoảng cách đi lại, thủ tục rõ ràng và đơn giản, chăm sóc ân cần và động viên bệnh nhân chu đáo và tinh thần phục vụ tốt***. Trong khi đó dịch vụ y tế công cộng chỉ ưu trội hơn hẳn về ***khả năng chữa trị bệnh khỏi nhanh***. Còn hai yếu tố khác là ***giá cả và chất lượng thuốc điều trị*** thì cả hai hệ thống này đều không khác nhau lắm. Phải chăng bộ máy tổ chức y tế công kên đã là nguyên nhân chính gây ra không chỉ sự phiền hà, phức tạp, mà cả sự kém chất lượng và hiệu quả cho mối quan hệ giữa bệnh nhân và thầy thuốc.

Có thể nói rằng, yếu tố tổ chức là sự phát huy đồng thời nhiều yếu tố tích cực hay tiêu cực của mỗi loại dịch vụ y tế. Dịch vụ y tế công cộng do chưa chuyển kịp theo quá trình đổi mới nên chưa giải quyết được vấn đề lợi ích và thù lao xứng đáng của đội ngũ thầy thuốc, nên nó đã phải chấp nhận ngay trong lòng nó một dịch vụ y tế tư nhân phi chính thức bên cạnh các dịch vụ y tế công cộng và chính thức. Sự mâu thuẫn bên trong này đã đẻ ra đủ thứ phiền hà phức tạp cho mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Sự khó khăn ở dịch vụ công cộng sẽ là tiền đề cho sự chấp nhận dịch vụ tư nhân phi chính thức mặc dầu tốn kém. Trong khi hệ thống y tế tư nhân chính thức, nhờ sự công khai và sòng phẳng vấn đề lợi ích trong quan hệ với bệnh nhân nên đã đơn giản được rất nhiều thủ tục, dễ dàng phục vụ bệnh nhân tốt hơn.

### III. Một số kết luận và khuyến nghị

Quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân là một quan hệ chức năng của mọi xã hội nên nó cần được xã hội hóa và định chế hóa theo những tiêu chuẩn và quy tắc của từng xã hội. Ngay cả trong từng nhóm xã hội, nông thôn hay đô thị, miền núi hay miền xuôi, các vai trò thầy thuốc hay bệnh nhân cũng đều có những quan niệm, chuẩn mực và giá trị chi phối. Những yếu tố tôn giáo, văn hóa, kinh tế hay xã hội đều chỉ là sự phản ánh những nhu cầu định chế hóa và kiểm soát mối quan hệ hết sức quan trọng này.

Các xã hội cộng đồng có thể đề cao một kiểu quan hệ thầy thuốc, bệnh nhân thuần túy theo truyền thống nhân nghĩa và đạo đức. Nhưng kiểu quan hệ này không thể tồn tại trong một xã hội đa dạng hóa về lợi ích kinh tế và xã hội. Các nguyên tắc kinh tế tự mở con đường đi cho nó trong mọi lĩnh vực khác của đời sống xã hội, trong đó có y tế. Vấn đề lợi ích

<sup>3</sup> Ngô Quốc Phương: *Bước đầu nghiên cứu vai trò của khu vực y tế tư nhân trong chăm sóc sức khỏe tuyến cơ sở, thông qua khảo sát tại hai xã Phú Minh và Minh Trí, huyện Sóc Sơn, Hà Nội, 1997*. Luận văn cử nhân xã hội học. Trang: 62.

kinh tế, do đó không thể không đặt ra trong mối quan hệ này. Có điều là giá trị vật chất không thể là động cơ duy nhất cho mối quan hệ này. Nó phải được hài hòa với các giá trị nhân văn hay cộng đồng mà mỗi xã hội đã tạo ra cho mình. Có những cơ chế tổ chức cho phép sự hài hòa các giá trị đó thay vì đẩy chúng tới những mâu thuẫn và xung đột. Việc công khai hóa các dịch vụ y tế thu tiền của các đơn vị y tế công cộng cũng có thể là sáng kiến nhằm giảm bớt những mâu thuẫn bên trong của nó và cải thiện đáng kể mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Việc chú ý lợi ích và cuộc sống vật chất của thầy thuốc là một yếu tố quan trọng để thay đổi điều kiện hành nghề của họ theo hướng tập trung cho chuyên môn và thực hành đạo lý nghề thuốc.

Về phía các bệnh nhân, vấn đề cũng có tầm vóc xã hội, bởi họ là những nhóm dân cư hết sức đông đảo và đa dạng. Trước hết là vấn đề nhận thức xã hội đối với mối quan hệ giữa bệnh nhân và thầy thuốc. Ảnh hưởng tôn giáo là một biểu hiện cực đoan nhất về mối quan hệ giữa bệnh nhân với thầy thuốc. Sự đánh mất niềm tin vào y học đã khiến bệnh nhân luôn đi tìm thầy cúng hơn là thầy thuốc. Sự kiện các ông thầy cúng trở tài chữa bệnh bằng pháp thuật không chỉ là thủ đoạn lừa đảo kiếm sống của họ mà điều căn bản là ánh sáng khoa học y tế chưa tới những con người bất hạnh là những bệnh nhân đó để giảm bớt những cơn cuồng tín do đám đông đưa lại.

Vấn đề giáo dục sức khỏe ban đầu luôn là vấn đề được ưu tiên đối với mọi nhóm dân cư nông thôn và đô thị. Quan niệm về sức khỏe và bệnh tật ở đông đảo các nhóm dân cư vẫn chưa thoát khỏi ý nghĩ rằng cứ không ốm là còn khỏe dẫn tới tình trạng không ai biết phòng ngừa bệnh tật và chăm sóc sức khỏe cho mình. Trạm xá cơ sở, thay vì là nơi giáo dục và tổ chức y tế dự phòng lại trở thành nơi thu gom bệnh nhân và gửi lên các tuyến trên. Quan hệ giữa thầy thuốc bệnh nhân chỉ xảy ra khi có tai biến hay bệnh cấp cứu. Còn trong cuộc sống chung dường như nó không tồn tại. Đó là sự lãng phí lớn lao một nguồn lực xã hội hết sức quan trọng cho cuộc sống mỗi người và toàn xã hội.

Các quan hệ xã hội đổi thay thì các quy tắc của chúng cũng luôn thay đổi. Những hành vi tiêu cực trong quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân là đáng lên án, nhưng nó không phải là chuyện cá nhân. Việc nhận thức những nguyên nhân và hoàn cảnh xã hội dẫn tới sự ra đời của nó, để thay đổi nó mới là quan trọng. Sự bất bình đẳng trong xã hội ở một chừng mực nào đó là không tránh khỏi. Nhưng đồng thời, việc tăng cường chế độ phúc lợi cho người nghèo trong dịch vụ y tế là cần thiết thay vì hạ giá các dịch vụ y tế để ai cũng có thể tiếp cận là phi kinh tế và bất hợp lý. Chế độ bảo hiểm y tế đang là một thử nghiệm cho một cơ chế phúc lợi do dân và vì dân. Sự kém hiệu quả của nó hiện nay vừa do nhận thức người dân chỉ *nước đến chân mới nhảy*, vừa do các cơ sở y tế không chứng minh được tính ưu việt của nó cho dù rất nhỏ. Thu tiền thì dễ, trả tiền thì khó là di chứng của thời bao cấp, của quyền với chính đối tác của mình. Người dân vẫn quen với hình thức bảo hiểm truyền thống nên họ không thiết tha với những gì không chắc chắn có ích, tiện lợi và thiết thực. Mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân lành mạnh cũng cần phải là một quan hệ dân chủ và bình đẳng trên bình diện tổ chức và xã hội.