

XUNG ĐỘT VÀ QUẢN LÝ XUNG ĐỘT TRONG HOẠT ĐỘNG Y TẾ Ở VIỆT NAM

★ TS ĐỖ VĂN QUÂN

Học viện Chính trị quốc gia Hồ Chí Minh

★ ThS NGUYỄN TRỌNG TUÂN

Trường Sĩ quan Chính trị, Bộ Quốc phòng

● **Tóm tắt:** Trong điều kiện phát triển kinh tế thị trường và hội nhập quốc tế, các xung đột trong hoạt động y tế ở Việt Nam đang có xu hướng gia tăng và để lại những hệ quả xã hội tiêu cực. Xem xét dưới góc độ lý thuyết xung đột xã hội có thể thấy một số biểu hiện xung đột trong hoạt động y tế ở Việt Nam hiện nay là: xung đột giữa bảo hiểm y tế, bệnh nhân và bác sỹ; xung đột giữa các cấp lãnh đạo và các y bác sỹ, nhân viên y tế; xung đột trong tinh thần công việc của hoạt động y tế; xung đột giữa bác sỹ và bệnh nhân, người nhà bệnh nhân... Để quản lý tốt các xung đột góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động y tế cần kiểm soát, điều chỉnh xung đột hướng đến giảm thiểu các tác động tiêu cực và thúc đẩy làm gia tăng các tác động tích cực có lợi trong lĩnh vực y tế.

● **Từ khóa:** quản lý xung đột, hoạt động y tế ở Việt Nam.

1. Một số biểu hiện xung đột trong hoạt động y tế ở Việt Nam hiện nay

Theo cách hiểu rộng, xung đột xã hội là những tranh chấp giữa hai hay nhiều cá nhân, nhóm (tổ chức, quốc gia...)⁽¹⁾. Cơ sở của mọi xung đột xã hội là quyền lợi khác nhau và đối lập giữa các nhóm xã hội về kinh tế, chính trị, văn hóa, xã hội. Các quyền lợi chỉ có thể được thỏa mãn với sự đồng thuận hay chấp nhận của những nhóm xã hội khác nhau. Theo cách lý giải của các nhà xã hội học theo trường phái xung đột, sự cải thiện những điều kiện hành động của một nhóm xã hội nào đó thường đe dọa sẽ làm

xấu đi điều kiện hành động của những nhóm xã hội khác. Và do vậy, quyền lợi luôn luôn đồng thời được tạo ra một cách đối lập.

Việt Nam đang xây dựng và phát triển nền y học theo cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Đây là vấn đề chưa có tiền lệ và phải đảm bảo mục tiêu xây dựng kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa trong từng bước vận động và phát triển của lĩnh vực y tế. Đường lối, chính sách và pháp luật của Đảng, Nhà nước Việt Nam luôn nhất quán và nhấn mạnh cần phát huy tối đa mặt mạnh, khắc phục mặt trái của kinh tế thị trường. Đồng thời, giữ vững

nguyên tắc của chủ nghĩa xã hội: nhân đạo, công bằng trong lĩnh vực y tế. Tuy nhiên, thực tiễn cho thấy, các thách thức trong hoạt động y tế ở nước ta hiện nay vẫn thường trực, gồm: 1) mặt trái của cơ chế kinh tế thị trường tạo gánh nặng cho y tế; 2) sự đối chọi giữa tính nhân đạo và lợi nhuận; 3) sự can dự trực tiếp của đồng tiền vào các khâu trong chăm sóc sức khỏe; 4) giữa nhu cầu ngày càng cao với thực trạng hiện có; 5) chi phí khám, chữa bệnh có xu hướng tăng cao trong khi đời sống người dân còn thấp; 6) quá trình hội nhập quốc tế hình thành những khó khăn nhất định trong kiểm soát dịch bệnh và sản xuất thuốc trong nước⁽²⁾.

Xem xét dưới góc độ lý thuyết xung đột có thể thấy xung đột trong hoạt động y tế ở Việt Nam hiện nay biểu hiện trên các chiều cạnh: 1) bệnh nhân với thầy thuốc; 2) thầy thuốc với thầy thuốc; 3) bệnh nhân với bệnh nhân; 4) các nhà sản xuất thuốc với bệnh nhân; 5) các nhà sản xuất thuốc với các nhà sản xuất thuốc; 6) bệnh nhân và các nhà quản lý; 7) thầy thuốc và các nhà quản lý; 8) bệnh nhân và môi giới, thầy thuốc và môi giới, nhà quản lý và môi giới⁽³⁾. Trong khuôn khổ bài viết chúng tôi tập trung phân tích các biểu hiện xung đột sau:

- Xung đột giữa bảo hiểm y tế, bệnh nhân và ngành y tế, đội ngũ y bác sỹ.

Ngành y tế nói chung, đội ngũ y bác sĩ nói riêng, bệnh nhân và bảo hiểm y tế là những chiều cạnh của tam giác xung đột trong hoạt động y tế. Điều này được thể hiện ở chỗ, bệnh nhân muốn hưởng quyền lợi cao nhất với chi phí thấp nhất; ngành y tế, Hội đồng y khoa, đội ngũ y bác sỹ muốn sử dụng các công nghệ hiện đại cũng như thiết bị y tế, thuốc men chất lượng cao trong khám, chữa bệnh cho bệnh nhân. Tuy nhiên, bảo hiểm y tế lại là nơi giữ quỹ, để bảo đảm không phá vỡ quỹ lại cần có

mức chi phù hợp, hạn chế chi quá mức. Đó đó lúc nào giữa ba bên cũng có xu hướng giằng co và xung đột. Nếu kéo về bên nào hơn thì có thể gây ra tình trạng lạm dụng, trục lợi. Biểu hiện phổ biến thường thấy trong mối quan hệ xung đột ba bên trong hoạt động khám, chữa bệnh là đáng lẽ phải tính tiền duy nhất một xét nghiệm thì có thể tính tiền cho từng yếu tố trong cùng một xét nghiệm. Thí dụ thay vì tính tiền cho điện giải đồ như là một xét nghiệm, thì lại tính tiền cho Na⁺, K⁺, Cl⁻, v.v... như là ba bốn xét nghiệm riêng lẻ⁽⁴⁾. Như vậy, có tình trạng ngành y tế, đội ngũ y bác sỹ mong muốn có nhiều lợi nhuận trong hoạt động khám chữa bệnh, còn người bệnh lại luôn mong muốn khám, chữa bệnh với chi phí ít nhất. Khi chúng ta coi y tế là một dịch vụ (dù là dịch vụ đặc biệt) và bệnh nhân là khách hàng đặc biệt thì “khách hàng” nghèo sẽ ra sao nếu không có bảo hiểm y tế? Sản phẩm “bán” quan trọng nhất là kiến thức, trí tuệ, tình cảm và lương tâm của người thầy thuốc và sản phẩm này công bằng với mọi “khách hàng”. Bên cạnh đó, ngân sách dành cho y tế bởi sức khỏe nhân dân không chỉ phụ thuộc vào “dịch vụ đặc biệt” này.

- Xung đột giữa cấp lãnh đạo của tổ chức y tế với y bác sỹ trong hoạt động y tế.

Theo tác giả Phạm Mạnh Hùng, phát triển y tế trong nền kinh tế thị trường định hướng chủ nghĩa xã hội ở Việt Nam là hướng đến giải quyết ba mối quan hệ: 1) công bằng - hiệu quả và phát triển; 2) đáp ứng theo nhu cầu và đáp ứng theo yêu cầu; 3) hài hòa lợi ích. Đồng thời, động lực của cán bộ nhân viên trong lĩnh vực y tế, gồm: động lực tinh thần (động lực chính trị), tức là cứu chữa người bệnh và nâng cao sức khỏe nhân dân; động lực khoa học, gồm: ứng dụng và phát triển công nghệ mới và động lực lợi ích.

Tuy nhiên, yêu cầu đặt ra là lợi ích cá nhân phải hài hòa với lợi ích chung; cấp lãnh đạo của tổ chức y tế và y bác sỹ phải thực hiện cam kết xã hội: làm giàu phù hợp với sự tiến bộ xã hội⁽⁵⁾.

Tại Việt Nam, cấp lãnh đạo y tế được xác định gồm ban lãnh đạo chuyên môn các tổ chức y tế và lãnh đạo chính trị/cấp ủy của cơ sở y tế. Thực tế cho thấy, xung đột giữa cấp lãnh đạo với y bác sỹ trong tổ chức cơ sở y tế càng lớn khi cá nhân có nhiều quyền hành và ít chịu sự kiểm soát của tổ chức. Các xung đột quyền lợi có khả năng xảy ra khi có các tình huống sau: 1) thành viên ban lãnh đạo hoặc người thân có các dịch vụ với tổ chức y tế, mua, bán, tham vấn...; 2) thành viên ban lãnh đạo chiếm lấy một cơ hội kinh doanh cho mình hoặc người thân, thay vì dành cho tổ chức; 3) thành viên ban lãnh đạo tham gia vào một tổ chức kinh doanh cạnh tranh với tổ chức mà mình đang lãnh đạo; 4) thành viên ban lãnh đạo dùng các hoạt động của tổ chức để thăng tiến các quyền lợi cá nhân hoặc nghề nghiệp, ngay cả khi liên quan đến vấn đề tiền bạc. Như vậy, về cơ bản, quan hệ lãnh đạo và nhân viên y tế là một quan hệ bất bình đẳng về quyền lực và lợi ích⁽⁶⁾. Đặc biệt, xung đột giữa cấp lãnh đạo trong tổ chức y tế với y bác sỹ thể hiện rõ nhất là người lãnh đạo trong tổ chức y tế có thể có hoa hồng từ các công ty được phẩm để ghi tên thuốc mà tính hiệu quả đối với bệnh của bệnh nhân có thể bị đặt thành vấn đề; trong khi trách nhiệm lại có thể "đổ lên đầu" bác sĩ trực tiếp điều trị.

- Xung đột trong tính chất công việc của hoạt động y tế.

Hoạt động y tế có áp dụng công nghệ cao sẽ nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị bệnh và giảm xâm nhập cơ thể bệnh nhân. Tuy nhiên, mặt trái là công nghệ cao luôn cần

không ít chi phí. Do đó, y bác sỹ để có cơ hội lạm dụng kỹ thuật để gian dối người bệnh. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Mạnh Hùng, hiện nay thầy thuốc có xu hướng xa cách bệnh nhân do một số lý do sau: dựa vào công nghệ để chẩn đoán bệnh thay cho chẩn đoán dựa trên kinh nghiệm lâm sàng; tính chuyên khoa sâu trong áp dụng công nghệ và chẩn đoán bệnh yêu cầu phải có nhiều thầy thuốc tham gia trong một trường hợp bệnh; áp lực công việc và mưu sinh ngày càng gia tăng hoặc do tâm lý đã khiến nhiều thầy thuốc có những hành vi xa cách người bệnh, từ đó coi nhẹ những hoạt động truyền thống như: bắt mạch, dùng ống nghe...⁽⁷⁾.

Thực tế cho thấy, khi thu nhập tăng lên thì nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân tăng lên gấp nhiều lần. Điều này dẫn đến gia tăng khoảng cách chênh lệch giữa nhu cầu y tế của xã hội và năng lực đáp ứng của nhà nước, đặc biệt là nguồn lực tài chính cho hệ thống y tế. Tại Việt Nam, chi phí trung bình/giường bệnh/năm trong một thập kỷ tăng 4 lần, trong khi nguồn thu có xu hướng giảm; cũng như sự hỗ trợ ngân sách nhà nước chỉ đạt dưới 50%. Theo thống kê chưa đầy đủ trong năm 2017, công suất sử dụng giường bệnh của các tuyến trung bình là 122,4%, trong đó các tuyến Trung ương quá tải 140%, tuyến tỉnh 125%, tuyến huyện 120%. Tại bệnh viện Bạch Mai, công suất sử dụng giường bệnh tại Trung tâm Y học hạt nhân và Điện tim ung bướu là 210%, khoa Thần kinh, khoa Truyền nhiễm khoảng 192%. Tại bệnh viện Chợ Rẫy có tới 5 khoa gồm: Ngoại tiêu hóa, Ngoại thần kinh, Tim mạch can thiệp, Nội tim mạch, Chấn thương sọ não đều quá tải lên đến trên 200%. Một nghiên cứu cho biết, chỉ có trên 40% bệnh nhân hài lòng với thủ tục giấy tờ khám chữa bệnh và bộ phận

đón tiếp tại bệnh viện. Mức độ bệnh nhân hài lòng với chi phí khám chưa cao, chủ yếu hài lòng ở mức bình thường (51%), tức là không thể hiện rõ là hài lòng hay không hài lòng. Trong khi có 36,4% người bệnh và người nhà hài lòng, và cũng có 9,6% bệnh nhân không hài lòng. Chỉ có gần một nửa số bệnh nhân được hỏi thể hiện sự hài lòng và “rất hài lòng” với cơ sở vật chất của bệnh viện. Có 28,4% bệnh nhân cho là “bình thường” và khoảng 22% bệnh nhân không và rất không hài lòng với cơ sở vật chất của bệnh viện⁽⁸⁾.

Lượng bệnh nhân lớn, cường độ công việc cao không chỉ đòi hỏi chuyên môn, tay nghề mà còn phải xử lý các tình huống tâm lý với bệnh nhân, người nhà bệnh nhân tạo thành áp lực không nhỏ đối với y bác sĩ, dễ khiến họ nản lòng, nổi cáu. Hàng ngày chứng kiến hàng ngàn lượt bệnh nhân có thể làm cho y bác sĩ trở nên miễn nhiễm trước các nỗi đau. Bên cạnh đó, vì nhiều lý do khác nhau, không ít bệnh nhân/người nhà bệnh nhân có cư xử, hành vi thô lỗ đối với y bác sĩ. Mặt khác, do bản chất công việc là biết nhiều bí mật về cuộc sống người bệnh, không ít thầy thuốc có xu hướng áp đặt hành vi lên tính mạng người bệnh. Chẳng hạn, có suy nghĩ rằng mình có quyền lực hoặc là người ban ơn mà lạm dụng người bệnh và người nhà bệnh nhân.

Ngoài ra, các yếu tố thuộc về cá nhân thầy thuốc hoặc nhân viên y tế cũng có thể gây ra các tình huống xung đột giữa nghĩa vụ phải chăm sóc bệnh nhân với năng lực và vai trò của thầy thuốc. Những vấn đề cá nhân có thể ảnh hưởng đến công việc của y bác sĩ như: sức khỏe của thầy thuốc; sử dụng các thuốc kích thích hoặc nghiện rượu; ly dị; thiếu nợ; có con còn nhỏ... Bên cạnh đó, năng lực quản lý của cán bộ y tế ở các cấp còn khá hạn chế. Điều tra của Bộ

Y tế năm 2013 cho thấy khoảng trống lớn về năng lực quản lý của các cán bộ hiện nay so với nhu cầu. Cán bộ quản lý các cơ sở y tế chủ yếu là bác sĩ có chuyên môn giỏi (đặc biệt là ở các bệnh viện), có tham gia vào khám chữa bệnh nên thời gian và kinh nghiệm cho công tác quản lý còn hạn chế. Mặc dù nhiều cán bộ ở vị trí quản lý bệnh viện trong nhiều năm nhưng chỉ có 30% trong số họ được đào tạo về quản lý. Trên 95% cán bộ quản lý y tế cho rằng họ thiếu các kỹ năng quản lý⁽⁹⁾. Người bệnh có mức độ hài lòng với hoạt động tư vấn bệnh tật của y bác sĩ chưa cao (dưới 50%). Với hoạt động tiếp cận và trao đổi với y bác sĩ thì bệnh nhân và người nhà đã cảm thấy hài lòng tuy nhiên tỷ lệ này chưa thực sự cao⁽¹⁰⁾.

Xung đột giữa bác sĩ và bệnh nhân/người nhà bệnh nhân.

Trong quan hệ bệnh nhân - thầy thuốc thường có hai quan niệm cực đoan. Quan niệm thứ nhất nặng về duy lý cho rằng thầy thuốc làm thiên chức cứu người nên phải phục vụ vô điều kiện mà quên mất thầy thuốc cũng là người hành nghề như các nghề khác. Vì thế mà có nhiều trường hợp bệnh nhân và người nhà bệnh nhân thấy thầy thuốc không chăm sóc người bệnh hoặc có những hành vi không đúng đã có những hành vi hành hung, bạo lực. Quan niệm thứ hai nặng về duy tình khi cho rằng, bệnh nhân đến bệnh viện là “trăm sự nhờ bác sĩ”, từ đó hình thành văn hóa “phong bì” để cảm ơn hoặc qua đó coi như gặt gùi, thân thiết để yên tâm.

Mối quan hệ xung đột giữa y bác sĩ và bệnh nhân/người nhà bệnh nhân được một nghiên cứu cho biết có thể xảy ra trên các khía cạnh: 1) quan hệ chuyên môn; 2) quan hệ tương tác; 3) quan hệ giá trị; 4) quan hệ thân quen. Cụ thể là:

Đối với quan hệ chuyên môn (chức năng), có 24,9% các bác sĩ cho rằng bệnh nhân hiểu biết về các quy trình khám chữa bệnh và 71,4% cho rằng họ hiểu biết rất ít. Như vậy, theo nhận định của các bác sĩ, số bệnh nhân - người nhà không hiểu biết về quy trình cao gấp gần 3 lần số có hiểu biết. Trong khi đó, bệnh nhân - người nhà lại cho rằng, tỷ lệ họ có hiểu biết là 43,6%, biết rất ít chiếm 40,6% - không quá nhiều như nhận định của các bác sĩ - điều dưỡng. Điều này cho thấy bác sĩ đánh giá thấp hiểu biết của bệnh nhân, và ngược lại bệnh nhân lại cho rằng mình cũng có những hiểu biết nhất định. Điều này ít nhiều ảnh hưởng tới mối quan hệ và sự hiểu biết lẫn nhau giữa bác sĩ với bệnh nhân, đặc biệt trong tương tác về chuyên môn.

Đối với quan hệ tương tác (giao tiếp), có 57,5% nhóm bác sĩ thăm hỏi bệnh nhân ở mức độ vừa phải thì 50,7% bệnh nhân cho rằng, họ chưa từng/không bao giờ được các bác sĩ, điều dưỡng hỏi những chuyện ngoài tình trạng bệnh. Sự khác biệt này cho thấy mối tương tác giao tiếp giữa bác sĩ và bệnh nhân không thống nhất từ hai góc nhìn, bác sĩ cho rằng bản thân họ đã thực hiện tương tác tốt nhưng người bệnh thì đa số không hài lòng và đánh giá thấp về sự tương tác này.

Đối với quan hệ giá trị (trao đổi, có đi có lại), có 67,8% cho rằng mục đích của khoản chi phí này nhằm thể hiện "sự cảm ơn thật lòng" đối với bác sĩ và có 36,7% "cảm ơn thật lòng" với điều dưỡng. Bên cạnh đó, cũng có tới 41,1% kỳ vọng "được hưởng dịch vụ tốt hơn" với bác sĩ và 36,7% với điều dưỡng. Cùng với đó là các mong đợi như "không phải chờ đợi" hay "để yên tâm". Tuy nhiên cũng có 5,6% chi phí cho bác sĩ và 4,4% cho điều dưỡng với lý do "bị gọt y". Còn đối với các bác

sĩ điều dưỡng, khoản chi phí này biểu thị như một giá trị trong tương tác trao đổi giữa bệnh nhân - bác sĩ, họ có nhiều tiêu chí đánh giá khác nhau về nội dung này, quan điểm nhận hay không nhận khoản bồi dưỡng này theo các bác sĩ, điều dưỡng đều có những lý do chính đáng thể hiện sự có đi có lại trong mối quan hệ giữa y bác sĩ với người bệnh.

Đối với quan hệ thân quen, có 41,0% bác sĩ và 43,5% bệnh nhân cho rằng hiện tượng gửi gắm là bình thường. Trong khi đó chỉ có 7% trong nhóm bệnh nhân cảm thấy khó chịu và 0,9% trong nhóm bác sĩ cho rằng cần nghiêm cấm. Mối quan hệ quen biết chủ yếu để người bệnh rút ngắn thời gian. Cụ thể là hai tiêu chí được đánh giá nhiều nhất trong ba thuận lợi theo quan điểm của y bác sĩ là về thời gian. Có 41,2% y bác sĩ cho rằng, để nhanh hơn và không phải chờ đợi và cũng 41,2% cho rằng, ngoài việc không phải đợi thì không có lợi nào khác⁽¹⁾.

Một trong những mối quan ngại thể hiện sự xung đột lên đến đỉnh cao giữa bác sĩ và bệnh nhân/người nhà bệnh nhân chính là hành vi bạo lực. Theo thống kê chưa đầy đủ của Bộ Y tế cho biết, tổng số vụ hành hung do người nhà bệnh nhân gây ra có 70% là đối với bác sĩ và 15% y tá. Có tới 90% số vụ việc xảy ra trong khuôn viên bệnh viện, trong khi thấy thuốc đang cấp cứu, chăm sóc cho người bệnh (chiếm tới 60%) và 30% số vụ việc là xảy ra khi thấy thuốc đang giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh. Đặc biệt, sự manh động hay sự xuống cấp trong đạo đức xã hội của một số nhóm đối tượng đã dẫn tới những hành vi tiêu cực đối với người cán bộ y tế. Một số đối tượng đã lợi dụng các tình huống sự cố y khoa không mong muốn để thực hiện các hành vi vi phạm pháp luật như đe dọa, tống tiền... để trục lợi. Trong một trường hợp khác, gia đình

cho rằng chẩn đoán của bác sỹ là sai và có thể tấn công bác sỹ.

2. Một số giải pháp tăng cường quản lý xung đột trong hoạt động y tế

Quản lý xung đột là quá trình giới hạn tiêu cực khía cạnh của xung đột trong khi làm tăng lên khía cạnh tích cực của xung đột. Quản lý xung đột liên quan đến việc làm giảm các tác động tiêu cực của xung đột; kiểm soát, điều khiển chuyển hóa các hình thức và dạng xung đột, nhằm làm cho xung đột ít để lại các hệ quả tiêu cực đối với con người, tổ chức và xã hội. Hay nói cách khác, quản lý xung đột là hoạt động nhằm mục tiêu giảm thiểu các kết quả tiêu cực của xung đột và thúc đẩy làm gia tăng các kết quả tích cực của xung đột. Các nhà nghiên cứu đã tổng kết và đưa ra các mô hình quản lý xung đột và 4 cách xử lý xung đột xã hội gồm: giải quyết, dung hòa, giải tòa, thù tiêu.

Trên cơ sở vận dụng lý luận quản lý xung đột vào việc giải quyết các biểu hiện xung đột trong hoạt động y tế Việt Nam hiện nay, bài viết đề xuất một số giải pháp sau:

Một là, từ góc độ tiếp cận lý thuyết xung đột xã hội và những gợi ý của khoa học xã hội học, cần kiểm soát, điều chỉnh xung đột chứ không phải là loại bỏ chúng, “chuyển lực lượng phá hoại hoạt động y tế thành lực lượng sáng tạo”, biến xung đột thành lực lượng phục vụ sự phát triển của y tế. Muốn kiểm soát, điều chỉnh xung đột thành công trong hoạt động y tế cần quản trị trong tư duy, nhận thức và hành động rằng xung đột trong y tế là hiện tượng xã hội tất yếu, khách quan. Đó là tìm ra những hình thức biểu hiện của nó và chuyển nó sang những hình thức biểu hiện khác ít nguy hiểm hơn, thậm chí là có lợi. Đó đó, trách nhiệm của các cấp lãnh đạo ngành y tế là phải có năng lực và kiểm soát,

điều chỉnh thành công xung đột trong hoạt động y tế.

Hai là, trong hoạt động y tế cần nhấn mạnh tư duy coi bệnh nhân là khách hàng đặc biệt. Đây là bản chất công việc của người thầy thuốc nhất là trong bối cảnh kinh tế thị trường. Quan niệm bệnh nhân là khách hàng giúp các chủ thể hiểu rõ bản chất trong quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân và mang tính cách mạng trong hoạt động khám chữa bệnh của ngành y tế. Khi nhận thức bệnh nhân là “khách hàng” thì thái độ ứng xử của bác sĩ sẽ thay đổi. Theo quy luật kinh tế thị trường, y bác sĩ phải làm hài lòng khách hàng như một điều kiện sống còn của cơ sở y tế. Mặt khác, dịch vụ y tế là hoạt động đặc biệt vì liên quan đến thứ quý giá nhất của con người là sức khỏe, mạng sống. Do đó, người thực hiện dịch vụ này với vị thế vai trò được xã hội kỳ vọng là thầy thuốc. Xác định rõ mối quan hệ này có thể thúc đẩy sự chia sẻ, thấu hiểu và tôn trọng nhau giữa các chủ thể liên quan đến hoạt động y tế.

Ba là, để cao tính tự kiểm soát của y bác sỹ trong hoạt động y tế. Với các mục tiêu y bác sỹ phải hướng đến như: làm chủ bản thân mình (tự trọng); biết hợp tác chia sẻ với đồng nghiệp; kiểm soát hành nghề của đồng nghiệp; làm gương cho bệnh nhân và học trò; cam kết trách nhiệm với xã hội; hoạt động vì cộng đồng⁽¹²⁾.

Bốn là, tăng cường chuyển giao các kiến thức về quan hệ xã hội trong hoạt động y tế nhằm hiểu bản chất của các vấn đề xã hội nhạy cảm hiện nay. Từ đó có các giải pháp can thiệp mềm như nâng cao năng lực đội ngũ cán bộ nhân viên y tế, phát triển hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện và xây dựng những mô hình ứng xử, giao tiếp giữa bác sỹ, nhân viên y tế với bệnh nhân, người nhà bệnh nhân nhằm khắc phục và cải thiện mối quan hệ xã hội

trong bệnh viện theo hướng tích cực và hoàn thiện hơn.

Năm là, tăng cường các hoạt động nghiên cứu, đào tạo và áp dụng Y nghiệp. Y nghiệp là khái niệm mới bao hàm cả nội dung ý đức và chuyên môn. Xây dựng tính chuyên nghiệp Y nghiệp là việc làm cấp bách nhằm đáp ứng nhiệm vụ của y tế trong kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa và lấy lại niềm tin của người bệnh và nhân dân⁽¹³⁾. Cụ thể hóa và linh hoạt hơn trong quy định và thực hiện Y nghiệp có tính đến các quan hệ xã hội trong hoạt động y tế hiện nay. Do đó, cần nhìn nhận vai trò của quan hệ xã hội trong y tế, từ đó tác động nhiều hơn vào các quan hệ này thông qua các văn bản pháp quy, điều chỉnh theo những chuẩn mực nhất định trong lĩnh vực khám bệnh và điều trị nhằm thúc đẩy sự hiểu biết, hợp tác, chia sẻ tốt hơn giữa bên cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh với bên có nhu cầu thụ hưởng các dịch vụ đó⁽¹⁴⁾.

Sáu là, nâng cao chất lượng xây dựng và hiệu quả thực hiện chính sách y tế. Đối mới phương thức quản lý và tổ chức hoạt động của mạng lưới các cơ sở y tế tại trung ương và địa phương. Phát huy vai trò và nâng cao hiệu quả giám sát hoạt động y tế của các cơ quan thanh tra, kiểm tra và của các tổ chức xã hội nghề nghiệp. Tiếp tục đẩy mạnh cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế. Bên cạnh đó, cần mở rộng và nâng cao chất lượng cơ sở vật chất trong hoạt động y tế để tránh quá tải bệnh nhân, ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Khuyến khích, vận động (rộng khắp, quy mô quốc gia) về mua bảo hiểm y tế tự nguyện để giảm gánh nặng viện phí cho bệnh nhân và cải thiện quan hệ xã hội trong hoạt động y tế.

Bảy là, đẩy mạnh truyền thông đại chúng và truyền thông trong hoạt động y tế về các quan

hệ thân thiện, hợp tác trong môi trường y tế. Tránh tình trạng đưa những thông tin một chiều phản ánh không tổng quát về hệ thống y tế. Bên cạnh thông tin các vụ việc tiêu cực, các phương tiện truyền thông cũng nên đề cập đến những gương “người tốt, việc tốt” trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe để công đồng nhìn nhận ngành y tế nói chung và vị thế xã hội của người thầy thuốc nói riêng một cách toàn diện hơn⁽¹⁵⁾. Tăng cường nâng cao hiệu quả công tác thông tin, truyền thông, tư vấn hỗ trợ bệnh nhân, người nhà bệnh nhân về các quy trình, thủ tục và văn hóa ứng xử trong bệnh viện. Truyền thông nhằm giảm thiểu hiện tượng quá tải, phong bì trong bệnh viện, giảm thiểu việc lạm dụng các quan hệ thân quen trong môi trường bệnh viện. Hoàn thiện các quan hệ chức năng, củng cố niềm tin để bệnh nhân không phải tìm đến các nguồn lực trợ giúp từ các quan hệ xã hội. Tiếp tục các nghiên cứu hàn lâm, dịch tễ học và xã hội học trên chủ đề quan hệ xã hội trong hoạt động y tế và các giải pháp can thiệp mềm trong thời gian tới □

(1) G. Endrweit và G. Trommsdorff: Từ điển Xã hội học, Nhà xuất bản Thế giới, 2002, tr.890

(2), (3), (5), (7), (12), (13) Phạm Mạnh Hùng: *Rèn luyện, nâng cao ý đức và tính chuyên nghiệp y học, Tài liệu tập huấn cán bộ ngành y tế*, 2012.

(4), (6) Huỳnh Tấn Tài: “Xung đột quyền lợi trong y tế”, <http://ykhoanet>, 2008.

(8), (9), (10), (11), (14), (15) Đặng Kim Khánh Lý: *Quan hệ xã hội trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe người dân tại bệnh viện công hiện nay*, Luận án Tiến sĩ Xã hội học, Đại học Quốc gia Hà Nội, 2016.