

ПАЦІЄНТ, СПОЖИВАЧ ЧИ КЛІЄНТ? ЯК НАЗИВАТИ ТИХ, ХТО ПО ЦЕЙ БІК ЛІКАРНІ?

У статті розглянуто процес трансформації поняття «пацієнт» з розвитком систем охорони здоров'я: від пасивного хворого до більш активного актора медичної галузі, або споживача. Останній має права та поділяє відповідальність за свій стан здоров'я, здійснює пошук інформації, оцінює переваги і недоліки медичних послуг, приймає рішення та оцінює спожиту послугу. Результати цього розвідувального дослідження свідчать про рідкісні випадки усвідомленого розмежування «пацієнта», «споживача» медичної послуги та «клієнта», враховуючи брак суттєвих змін у системі охорони здоров'я України. Проте для досліджень доступності, якості та ефективності послуг охорони здоров'я розуміння відмінностей між цими групами ідентичностей є вкрай важливе.

Ключові слова: пацієнт, споживач медичної послуги, клієнт, система охорони здоров'я, лікар, Україна.

Поняття «пацієнт» починає розширювати свої межі та розмиватись під впливом появи нових ідентичностей у галузі охорони здоров'я. Змінюються системи, принципи фінансування та організації надання послуг охорони здоров'я, а разом з тим переосмислюються права та обов'язки споживачів і надавачів медичної допомоги [14; 16]. Більше того, в багатьох взірцевих системах охорони здоров'я суто медична, клінічна галузь перетворилася на більш комплексну систему з потужними управлінськими та економічними складовими. Залежно від системи охорони здоров'я, соціокультурного середовища та інших особливостей, поняття «пацієнт», «споживач» медичних послуг та «клієнт» медичного закладу також різняться між собою за характером побудови взаємозв'язків з медичним персоналом [1; 6].

Таким чином, метою цієї статті є виявлення ключових факторів, які визначають та відрізняють поняття «пацієнт», «споживач» медичних послуг та «клієнт». Огляд літератури, здебільшого статей у міжнародних наукових журналах, а також емпірична розвідка в столиці України слугують підґрунтям для з'ясування особливостей у розумінні названих концептів.

Пацієнт як хвора людина

Факт настання хвороби визначався як ключовий момент для набуття статусу «хворого», або «пацієнта», та вимагав адаптації поведінки відповідно до очікувань соціуму [18]. Зазвичай адаптація до стану хвороби моделюється суспільством через взаємодію культурних, соціальних, інституціональних та біомедичних

аспектів [33]. У цьому випадку хвороба визначає особливий тип поведінки людини: роль пацієнта супроводжують права та обов'язки, притаманні такому соціальному статусу.

Уперше розуміння «ролі хворого» (sick role) як соціокультурного феномену було запропоновано американським соціологом Толкоттом Парсонсом [17], який пропонував трактувати це як вид соціального відхилення від норми та зазначав, що медична практика є механізмом у соціальній системі, яка опікується випадками хворих. До процесу реінтеграції хворого залучено спеціалізовані інституціональні ролі та взаємозв'язки між учасниками процесу, а також визначено основні обов'язки та права хворого [18]: а) особа повинна прийняти свій статус хворого та діяти (або дозволити іншим вдатися до дій) згідно з цим станом, тобто від хворого очікується обов'язкове виконання всіх приписаних дій, які ведуть до «повного одужання»; б) особа, яка перебуває у статусі хворого, відмежовує себе від повсякденних обов'язків та справ; в) хворі не вважаються винними за те, що захворіли, інакше кажучи, не є відповідальними за свій стан; г) хворі повинні намагатися отримати професійну (компетентну) медичну допомогу та виконувати рекомендації лікаря. Парсонс наголошує, що пацієнт не може самостійно визначити свій стан здоров'я та подбати про одужання, тому що володіє недостатньою кількістю інформації та досвіду, тобто модель підкреслює асиметрію інформації, яка притаманна ринку охорони здоров'я.

Більше того, роль пацієнта розглядається лише у взаємодії з лікарями, які є центральними у відповідальності за покращення стану здоров'я

пацієнтів [18]. Отже, пацієнт та лікар формують певну систему очікувань та поведінки, які вибудовуються через права та обов'язки обох сторін. Дотримуючись логіки моделі, пацієнт відіграє доволі пасивну роль у відповідальності за своє здоров'я, тому контроль лікаря за станом здоров'я пацієнта є домінуючим, лікар, власне, легітимізує роль хворого, що є «патерналістичними стосунками». Результатом такої логіки є система, яка спрямовується на лікаря (doctor centered approach), а не на пацієнта.

Пацієнт може бути здоровим?

Поняття «ролі хворого» зазнало багато критики за одновекторність з огляду на особливості розуміння «пацієнтів» з хронічними хворобами, вагітних, у випадках самолікування тощо, а також на конфліктні ситуації, що виникають за різних цінностей, інтересів і культур лікаря та пацієнта [11; 15; 22]. Зокрема, підкреслюється, що Парсонс переоцінює консенсус між пацієнтом та лікарем, оскільки лікар не може бути абсолютно вільний від контролю пацієнта [10]. У ситуації розбіжностей поглядів сторін, наприклад, за незгоди з лікарським рішенням, часто виникає конфлікт інтересів, який може призвести до зміни лікаря. Такі ситуації, коли пацієнти шукають іншого, на їхню думку, більш компетентного лікаря або повідомляють про свій стан здоров'я лише родині та не звертаються в подальшому за професійною допомогою, не є поодинокими.

Вважається, що аналіз концепту «ролі хворого» заклав подальший розвиток у сучасній соціології медицини: почали з'являтися нові погляди, які вивчали взаємозв'язки лікаря–пацієнта та поведінкові особливості ідентичностей охорони здоров'я [29].

Взаємовідносини лікаря та пацієнта як визначальний чинник

Основні детермінуючі характеристики ролей «пацієнт», «клієнт» чи «споживач» можна простежити безпосередньо через призму взаємовідносин з медичними працівниками або участі пацієнта в лікувальному процесі. Адже саме в архітектурі взаємозв'язків з лікарями виявляється характерна для системи охорони здоров'я ідентичність [1].

Сила та характер взаємостосунків (power of the relationship) лікаря та пацієнта є важливим елементом для визначення ролі «пацієнта» як «споживача». Передовсім у взаємостосунках розглядається ступінь залученості «пацієнта» в лікувальний процес та можливість прийняття

рішення щодо діагностики та лікування. Так, було запропоновано розрізняти «активного» та «пасивного» пацієнта в межах таких моделей [28]:

- активно-пасивна модель – лікар має активну позицію і сильний вплив на пацієнта та здійснює медичні маніпуляції над пасивним пацієнтом;
- модель «спрямування-співробітництва» – пацієнт співпрацює з лікарем, виконуючи його настанови;
- модель спільної участі – лікар та пацієнт спільно залучені до лікувального процесу.

Важливо звернути увагу на те, що ролі пацієнта здебільшого виокремлені, виходячи з тяжкості стану хвороби та власне з типів взаємин лікаря–пацієнта. Так, якщо в перших двох моделях пацієнт відіграє доволі пасивну роль, то в останній моделі «пацієнт», який насправді перетворюється на «активного споживача», використовує експертну допомогу, відіграє активну роль у лікувальному процесі і шукає собі лікаря, який «відповідає» та задовольняє його потреби [28].

Відмінності в значеннях «пацієнт», «споживач» та «клієнт»

Справді, активність, залученість та поінформованість пацієнта розглядаються Всесвітньою організацією здоров'я як інструмент зниження рівня ризиків, пов'язаних зі здоров'ям та отриманням медичної допомоги [9]. Із розумінням активної участі «пацієнта» в досягненні доброго стану здоров'я з'являються теорії про так званих «ідеальних» (у змозі ідентифікувати, з якими симптомами варто звертатися до лікаря) й «поганих пацієнтів» (які не виконують усіх приписів лікаря) [6]. Виникає поняття і «пацієнта-експерта» або «споживача-спеціаліста»: такий пацієнт використовує свій досвід та знання в лікувальному процесі та вузько вивчає свою хворобу [4; 32]. Нині поняття пацієнта-експерта та споживача медичної допомоги часто ототожнюються [4]. Так, «споживач» використовує інформацію для кращого орієнтування в лікувальному процесі та спроможний обирати на власний розсуд надавачів медичної допомоги. Однак бар'єр асиметрії інформації лишається неподоланим: «споживач» все ж таки має обмеження в розумінні медичної термінології та не має належної бази медичних знань (або вкрай фрагментарні знання). Зокрема, ці фактори можуть призвести до шкоди при самолікуванні та навіть до летальних випадків.

Також відмінним елементом у змістовому наповненні термінів «споживач» та «пацієнт» є певний «горизонт очікувань» від лікувального процесу: із переходом до «споживача» актуалізується

потреба оцінювання наданої послуги, виявлення задоволеності спожитою послугою [25], що в перспективі дає змогу приймати такі управлінські рішення, які наближають атрибути наданої послуги до очікувань пацієнта.

А от поняття «клієнт» саме в галузі охорони здоров'я з'явилося у середині XX ст. у психотерапії завдяки американському психологу Карлу Роджерсу. За допомогою цього терміна К. Роджерс передовсім намагався уникнути асоціації «клієнта» з «людиною, яка страждає чи хворіє» [24]. Концепція взаємин терапевт – клієнт широко почала використовуватись у 1950-ті роки у психотерапії та соціальній роботі, оскільки такий тип стосунків передбачав меншу патерналістичність та авторитарність з боку надавача послуг [21]. Однак у психотерапії вважається, що «пацієнт» одночасно асоціюється з «лікарем» і такий термін є більш влучним, коли відбувається консультація щодо хвороби [26].

Також при використанні концепту «пацієнт» акцент ставиться на дещо інших аспектах надання медичної допомоги: «клієнт» конотується переважно економічно-правовою сферою, на відміну від «пацієнта», який ближчий до морально-етичної традиції [23]. Так, клієнт маркується як споживач, який спроможний платити, а медична установа в цьому випадку розглядається як організація зі своїми бізнес-процесами, які мають медичну компоненту. Інакше кажучи, медичні процеси нівелюються бізнес-процесами, а взаємостосунки між лікарем та клієнтом переходять у сферу бізнесу, де клієнт користується порадами лікаря, за які платить. Таким чином, дух конкуренції стає основною рисою такого ринку, де відбувається боротьба за клієнтів.

Зазначається і про важливість культурного контексту у формуванні споживача в медичній галузі: крос-культурні відмінності в розумінні здоров'я і хвороби, різниця в ресурсах, як-от освіта, впливають на формування потреб та поведінку в пошуку інформації та на особливості використання послуг [7]. Культура споживача, його потреби та вибір завжди обмежуються наявними системами цінностей, які надають певний сенс і значення цій поведінці. Таким чином, філософія споживацтва, так само як і практика споживання, залежить від ступеня комерціалізації охорони здоров'я та розвитку медичного обслуговування.

Більше того, роль споживача полягає в тому, що він використовує товари або сервіси для своєї власної вигоди [5], що надає нових рис комунікації лікаря і пацієнта та переходить у площину, коли споживач обґрунтовує свій вибір щодо типу

діагностики та лікування, яке прийнятне йому. Важливо, що поінформованість та досвід щодо стану хвороби та запропонованих послуг в охороні здоров'я можуть сприяти отриманню більш якісних послуг [3]. Подібно до характеристик «клієнта», «споживачу» притаманні відповідальність, раціональність у виборі медичного сервісу та активність [8; 13].

Нозологія як ідентифікатор «пацієнта», «споживача» та «клієнта»

Емпіричні дослідження виявляють, що використання терміна «пацієнт» не є найвдалішим рішенням, оскільки пов'язується з пасивністю в отриманні медичної послуги [12]. Натомість було з'ясовано, що «клієнт» є більш адекватним терміном, який підкреслює самостійність у відповідальності за власне здоров'я та активну роль у лікувальному процесі. Дослідження із психотерапії наводять свідчення того, що більшість опитуваних (39 %) віддають перевагу терміну «клієнт», 22 % обирають як більш адекватне звернення «пацієнт» та інші 39 % називають різноманіття ярликів, як-от «споживач» (16 %), «той, хто піддається експерименту» (11 %) [31]. Дослідження ж, до якого було включено хворих на рак, засвідчило, що більшість опитуваних «віддають перевагу термінові „пацієнт”» [20]. Інше дослідження показує, що ті, хто хворіє на рак, віддають перевагу «пасивній» участі в лікувальному процесі, однак 82 % респондентів все ж таки хочуть бути повністю поінформованими про лікувальний процес і стан хвороби, а 18 % – лише в деяких випадках [27]. В Україні результати немасштабної розвідки також підтверджують, що онкохворі не готові самостійно приймати рішення, однак український випадок відмінний тим, що тут немає джерел інформування пацієнтів у зручній та доступній їм формі, у той час як попит на інформацію про стан хвороби та участь у лікувальному процесі все більше зростає [2].

Конотації понять «пацієнт», «споживач» та «клієнт» в українській системі охорони здоров'я

У межах розвідувального дослідження ми опитали 5 надавачів та 7 споживачів медичної допомоги в місті Києві щодо їхнього розуміння відмінності між концептами «пацієнт», «споживач» та «клієнт», враховуючи особливий контекст української системи надання медичної допомоги. Лікаря-опитані варіювалися за своєю спеціалізацією та досвідом роботи (кардіологія,

нейрохірургія, акушер-гінеколог, дитячий лікар-онколог та лікар-інтерн), а пацієнти-респонденти – за тяжкістю пережитої хвороби: «легкі пацієнти», які звертались задля консультування з лікарем, та «важкі пацієнти», які в минулому були госпіталізовані з тяжкими станами, наприклад, постінфарктний кардіосклероз. Респондентам було поставлено декілька запитань щодо їхнього розуміння відмінностей між концептами, також використовуючи фотокартку оголошення з медичної установи про те, що «пацієнт не є клієнтом» (здобуту з соціальної мережі).

Цікаво, що респонденти – пацієнти та лікарі – з першого ж запитання розрізняли «приватні» й «державні» медичні заклади, часто відповідаючи запитанням на запитання: «Ви маєте на увазі приватний чи державний заклад?» («легкий» пацієнт). Таке розмежування закладів може бути пов'язане з типовими характеристиками лікаря, «клієнта» та їхніх взаємостосунків, які часто є принципово відмінними в державних та приватних медичних установах Києва.

Загалом, називаються такі риси «пацієнта», як: людина, яка постійно перебуває на обліку лікаря; потребує допомоги; перебуває у важкому стані; пасивний; може бути тільки в державній лікарні. Тоді як «клієнтом» називають того, хто платить за медичні послуги в приватних закладах; хто споживає послуги естетичної медицини; має мало спільного з лікуванням хвороб. «Споживачам» медичних послуг давали характеристики застрахованих осіб, а також близькі за змістом поняття до «клієнта», тобто «з нормальним самопочуттям», а отже, спроможність самостійно робити вибір, однак «споживач» вважається відмінним від «клієнта» тим, що може отримувати медичну послугу, не обов'язково даючи щось взамін. Так, ключовими відмінностями в характеристиках була спроможність клієнта оплатити кращу «обгортку» медичної послуги, тоді як пацієнт змушений приймати все як є: «если ты приходишь в госучреждение и сидишь 5 часов, то ты никак не клиент, ты какой-то пациент, который, как л**, сидит и ждет доктора» («легкий пацієнт»). Щоправда, думка одного з опитаних лікарів відрізняється від висловлювань інших респондентів: зазначається відсутність відмінності в розумінні «клієнта» й «пацієнта» в сучасній системі: «Зараз, у принципі, урівнюються права державних і недержавних закладів, кожен, хто прийшов, він є вже і клієнтом, і пацієнтом» (нейрохірург).

Цікавою знахідкою є те, що респонденти-лікарі негативно сприймали термін «споживач» через те, що він, на їхню думку, конотується як

повинність пацієнтові: «але все-таки пацієнт має проблему і звертається, а не тому, що йому хтось зобов'язаний» (лікар-кардіолог).

Також доволі емоційними були реакції на візуальний компонент запитання: всі опитані пацієнти доволі негативно реагували на запропоновану дослідником фотокартку оголошення. Вони зазначають, що це радянський заклик, який спонукає споживача «відчутти себе ніким» у лікувальному процесі, а також «спроба посадити пацієнта на своє місце і наголосити на тому, що ми робимо тобі краще і не треба твого голосу з приводу того» («легкий пацієнт»).

Такі результати розвідки наштовхують на формулювання гіпотези про те, що наявне неконсистентне розуміння ролі «пацієнта» в українській охороні здоров'я, що призводить до (латентного) конфлікту між різними учасниками системи – надавачами та споживачами допомоги. Так, лікарі схильні до продовження патерналістських стосунків з пацієнтом, тоді як споживачі мають більш активну та раціональну позицію, яка також пов'язується з відповідальністю і прийняттям рішень.

Висновки

Отже, поняттю «пацієнт» притаманні такі атрибути, як пасивність та повне виконання приписів лікаря, відсутність залученості до прийняття рішень. «Пацієнт» є відповідником парсонсівського концепту «ролі хворого». Проте виникнення конфлікту в інтересах, цінностях лікаря та пацієнта, що викликаний нереалізованими очікуваннями пацієнта від лікувального процесу, призводить до варіацій у рольовій моделі пацієнта. Таким чином, коли йдеться про активність, поінформованість та вибір пацієнта, починають з'являтися інші «гравці» в отриманні медичної допомоги – «клієнт» та «споживач». У модерному суспільстві парсонсівська модель перестає бути актуальною, адже поінформованість та спільне прийняття рішень у лікувальному процесі є суттю орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров'я [30].

Парадигма в охороні здоров'я почала стрімко змінюватись як у культурних переконаннях, що людина повинна сама відповідати за своє здоров'я [4], так і з поширенням інформаційних технологій, що спонукає людей до пошуку інформації щодо нових можливостей у лікуванні хвороби. Це формує альтернативні варіанти у виборі медичної послуги та зменшує глибину асиметрії інформації. Інакше кажучи, «пацієнт», «клієнт» та «споживач» медичних послуг

перебувають у різних площинах координат, де «споживач» починає представляти нові потреби та переваги в галузі охорони здоров'я. Таким чином, модель патерналістських стосунків відмирає зі зростанням освіченості суспільства

[19]. Тож, наразі «по цей бік лікарні» зростає частка активних «споживачів», однак лишається нез'ясованою готовність українських надавачів медичної допомоги прийняти цей парадигмальний виклик.

Список літератури

1. Денісова Н. С. Лікувальний процес як об'єкт соціологічного дослідження : автореф. дис. ... канд. соц. наук : 22.00.04 [Електронний ресурс] / Н. С. Денісова ; Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя, 2009. – 16 с. – Режим доступу: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=EC&P21DBN=EC&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=fullweb&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A&S21COLORTERMS=1&S21STR=Денісова%20Н.С. – Назва з екрана.
2. Хришук О. Непопереджені, беззахисні: як в Україні відбувається інформування онкологічних пацієнтів / О. Хришук // PRO Менеджмент в охороні здоров'я. – 2012. – № 3. – С. 24–27.
3. Andaleeb S. S. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country / S. S. Andaleeb // Social science & medicine. – 2001. – Vol. 52, № 9. – P. 1359–1370.
4. Calabretta N. Consumer-driven, patient-centered health care in the age of electronic information [Electronic resource] / N. Calabretta // Journal of the Medical Library Association. – 2002. – Vol. 90, № 1. – P. 32.
5. Calnan M. Health, medicine and society: key theories, future agendas [Electronic resource] / M. Calnan, J. Gabe, S. J. Williams // Routledge. – 2002. – P. 369. – Mode of access: http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781134598267_sample_527419.pdf. – Title from the screen.
6. Clarke A. The sociology of healthcare [Electronic resource] / A. Clarke // Malaysia : Pearson Education Malaysia Sdn Bhd, 2001. – P. 243. – Mode of access: https://books.google.com.ua/books?id=UCglZyF3Vi8C&printsec=frontcover&hl=uk&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. – Title from the screen.
7. Consuming health: the commodification of healthcare [Electronic resource] / ed. by S. Henderson, A. Petersen. – NY : Routledge, 2001. – 217 p. – Mode of access: https://books.google.com.ua/books?id=dXyBAGAAQBAJ&pg=PA9&lpg=PA9&dq=Frank+All+the+things+which+do+not+fit+baudrillard&source=bl&ots=q8wTNU_Y_&sig=8jXFKQ6v8yYg8BVas16yxfwM5ZY&hl=uk&sa=X&ei=qCVmVdjhIYGsswGPjYGwCg&ved=0CEAQ6AEwBA#v=onepage&q=Frank%20All%20the%20things%20which%20do%20not%20fit%20baudrillard&f=false. – Title from the screen.
8. Davison C. Lay epidemiology and prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education / C. Davison, D. Smith, S. Frankel // Sociology of Health & Illness. – 1991. – Vol. 13, № 1. – P. 1–19.
9. Delnoij D. Exploring patient participation in reducing healthcare-related safety risks [Electronic resource] / D. Delnoij, V. Hafner // Tranzo, Scientific center for care and welfare. – 2013. – Mode of access: [https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/exploring-patient-participation-in-reducing-healthcare-related-safety-risks\(38a0366c-53b8-4e3b-8f10-126f766184d8\).html](https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/exploring-patient-participation-in-reducing-healthcare-related-safety-risks(38a0366c-53b8-4e3b-8f10-126f766184d8).html). – Title from the screen.
10. Freidson E. Client control and medical practice / E. Freidson // American journal of sociology. – 1960. – Vol. 65, № 4. – P. 374–382.
11. Gallagher E. B. Lines of reconstruction and extension in the Parsonian sociology of illness / E. B. Gallagher // Social Science & Medicine. – 1976. – Vol. 10, № 5. – P. 207–218.
12. Herzberg S. R. Client or patient: Which term is more appropriate for use in occupational therapy? / S. R. Herzberg // American Journal of Occupational Therapy. – 1990. – Vol. 44, № 6. – P. 561–564.
13. 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information / F. Henwood, S. Wyatt, A. Hart, J. Smith // Sociology of health & Illness. – 2003. – Vol. 25, № 6. – P. 589–607.
14. Jones M. From therapeutic community to self-sufficient community / M. Jones, E. M. Bonn // Psychiatric Services. – 1973. – Vol. 24, № 10. – P. 675–680.
15. McKinlay J. B. The sick role – Illness and pregnancy / J. B. McKinlay // Social Science & Medicine. – 1972. – Vol. 6, № 5. – P. 561–572.
16. Mead N. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature / N. Mead, P. Bower // Social science & medicine. – 2000. – Vol. 51, № 7. – P. 1087–1110.
17. Parsons T. Social System [Electronic resource] / T. Parsons // Glencoe, Ill: Free Press, 1951. – 556 p. – Mode of access: <https://archive.org/details/socialsystem00pars>. – Title from the screen.
18. Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered / T. Parsons // The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society. – 1975. – Vol. 53, № 3. – P. 257–278.
19. Parsons T. Toward a general theory of action / T. Parsons // Cambridge : Harvard University Press, 1962. – 479 p. – Mode of access: <https://archive.org/details/towardgeneralthe00pars>. – Title from the screen.
20. Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called? [Electronic resource] / R. Deber, N. Kraetschmer, S. Urowits, N. Sharpe // Health expectations. – 2005. – Vol. 8, № 4. – P. 345–351.
21. Rada R. The health care revolution: From patient to client to customer / R. Rada // The Journal of Consultation and Liaison Psychiatry. – 1986. – Vol. 27, № 4. – P. 276–279.
22. Segall A. The sick role concept: Understanding illness behavior / A. Segall // Journal of Health and Social Behavior. – 1976. – Vol. 17, № 2. – P. 162–169.
23. Sarrott G. Promises to keep: implications of the referent "patient" versus Client for those served by occupational therapy / G. Sarrott, E. Yerxa // The American Journal of Occupational Therapy. – 1985. – Vol. 39, № 6. – P. 401–405.
24. Shevell M. I. What do we call 'them?': the 'patient' versus 'client' dichotomy / M. Shevell // Developmental Medicine & Neurology. – 2009. – Vol. 51, № 10. – P. 770–772.
25. Sitzia J. Patient satisfaction: a review of issues and concepts / J. Sitzia, N. Wood // Social Science & Medicine. – 1997. – Vol. 45, № 12. – P. 1829–1843.
26. Sluzki C. E. Patients, clients, consumers: the politics of words / C. E. Sluzki // Family, Systems and Health. – 2000. – Vol. 18, № 3. – P. 347.
27. Stiggelbout A. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making / A. Stiggelbout, M. Gwendoline, M. Kiebert // Canadian Medical Association. – 1997. – Vol. 157, № 4. – P. 383.
28. Szasz T. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship / T. Szasz, M. Hollender // Archives of International Medicine. – 1956. – Vol. 97, № 5. – P. 585–592.
29. Turner B. S. The body and society: Explorations in social theory / B. S. Turner. – Oxford : Basil Blackwell, 1986. – 254 p.

30. Weston W. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care / W. Weston // Canadian Medical Association Journal. – 2001. – Vol. 165, № 4. – P. 438–439.
31. What's in a name? Terms preferred by service recipients / N. H. Covell, B. H. McCorkle, E. M. Weissman [et al.] // Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. – 2007. – Vol. 34, № 5. – P. 443–447.
32. Wilson P. The expert patient programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance / P. Wilson, S. Kendall, F. Brooks // Health and social care. – 2007. – Vol. 15, № 5. – P. 426–438.
33. Young J. T. Illness behaviour: a selective review and synthesis / J. T. Young // Sociology of health & illness. – 2004. – Vol. 26, № 1. – P. 1–31.

D. Kutuzova, T. Stepurko, P. Kovtoniuk

PATIENT, CONSUMER OR CLIENT? WHO ARE THOSE WHO ARE OUTSIDE OF THE HOSPITAL?

With health care system development, the term “patient” is transformed from a passive sick person to more active actor of medical field, or “consumer”. The latter searches information, evaluates the advantages and disadvantages of health care services, decides and evaluates service used. The results of this explorative study suggest rare distinction between “patient”, “health care service consumer” or “client” taking into account lack of essential system changes in Ukraine. Further research on health care service accessibility, quality and efficiency such understanding of differences across these concepts is very important.

Keywords: patient, health care service consumer, client, health care system, Ukraine.

Матеріал надійшов 10.06.2015