

Конрада Аденауера в Україні. – 2013. – Режим доступу : http://www.irf.in.ua/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=38&Itemid=65&lang=uk. 4. *Перевізій В.* Відносини держави і церкви в контексті побудови громадянського суспільства / В. Перевізій // Політичний менеджмент. – 2003. – № 1. – С. 89. 5. *Августин*, архієпископ Львівський і Галицький УПЦ. Церква і держава на шляху до рівноправних взаємин / Августин // Вісник прес-служби УПЦ. – 2002. – № 15. 6. *В Грузії* государство профінансує еще четыре религиозные конфессии [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://newsgeorgia.ru/society/20140127/216317342.html> 7. *Козлов В. А.* Дипломатія Святого Престолу в пост біполярній системі міжнародних відносин за часів Понтифікату Іоанна Павла II : [монографія] / Козлов В. А. – Вінниця: Книга-Вега, 2008. – С. 124. 8. *Отрош М. І.* Статус Святого Престолу у міжнародному праві: дис. ... канд. юрид. наук / Отрош М. І. – К., 2010. – С. 183. 9. *Sobczak W.* Wolność myśli, sumienia i religii. Poszukiwanie standardu europejskiego / W. Sobczak. – Toruń : Dom Wydawniczy DUET, 2013. – С. 95. 10. *Krukowski J.* Konstytucyjny system relacji między państwem a Kościołem katolickim oraz innymi kościołami i związkami wyznaniowymi / J. Krukowski // Ustrój konstytucyjny Rzeczypospolitej Polskiej / [red. R. Mojak]. – Lublin, 2000. – Т. X. – С. 95–119; *Szymanek J.* Stosunki wyznaniowe we współczesnej Polsce (elementy prawa i praktyki) / J. Szymanek // Polska w Unii Europejskiej a stosunki wyznaniowe / [red. Cz. Janik]. – Toruń, 2005. – С. 73. 11. *Garlicki L.* Komentarz do art. 25 Konstytucji / L. Garlicki // Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej: Komentarz / [red. L. Garlicki]. – Warszawa, 2007. – Т. V.L. – С. 17. 12. *Ханстантинов В. О.* Політичний вимір толерантності: ідеї та проблеми : [монографія] / Ханстантинов В. О. – Миколаїв: Вид-во ЧДУ імені Петра Могили, 2011. – С. 328. 13. *Логвинчук В. В.* Толерантність як ціннісна детермінанта політичної культури: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. політ. наук / В. В. Логвинчук. – К., 2007. – С. 13. 14. *Кресіна І. О.* Проблеми утвердження толерантності в українському суспільстві / І. О. Кресіна // Толерантність та шляхи реалізації її принципів в українському суспільстві : тези учасників Круглого столу з питань толерантності з нагоди Міжнародного Дня толерантності (м. Київ, 16 листопада, 2010 р.). – К.: Логос, 2011. – С. 13.

УДК 37.01; 323.2

С. Д. МІСЕРЖИ

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПОЛІТОЛОГІЇ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Розглядаються вузлові проблеми політичної науки, що потребують акцентування під час викладання політології в вищих медичних навчальних закладах. Сфера охорони здоров'я аналізується як політична проблема. Увага приділена теоріям етатизму, егалітаризму та теорії груп як інструментам аналізу політики в сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: охорона здоров'я, групи інтересу, групи тиску, громадянське суспільство, держава, політичні цінності, солідарність, страхова медицина.

Мисерджи С.Д. Особенности преподавания политологии у высших медицинских учебных заведениях Украины

Рассматриваются узловые проблемы политической науки, требующие акцентирования во время преподавания политологии в высших медицинских учебных заведениях. Сфера здравоохранения анализируется как политическая проблема. Внимание уделяет-

© МІСЕРЖИ Світлана Дмитрівна – кандидат політичних наук, старший викладач Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

ся теоріям етатизма, егалітаризма и теоріи груп как інструментам аналізу політики в сфері здравоохранення.

Ключевые слова: здравоохранение, группы интересов, группы давления, гражданское общество, государство, политические ценности, солидарность, страховая медицина.

Miserzhi Svitlana. The features of teaching of politology in higher medical schools in Ukraine

The key problems of political science, which are required to emphasise while teaching politology in higher medical schools, are researched in the article. The public health is analyzed as a political issue. The attention is paid to theories of statism, of egalitarianism and to the interest-group approach as to the instruments of policy analysis in health care.

Key words: health care, interest groups, pressure groups, civic society, state, political values, solidarity, the medical insurance.

Зростання розуміння в суспільстві необхідності реформування соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я (далі – ОЗ), свідчить про усвідомлення значення гуманітарної складової розвитку. Останнє актуалізує проблеми викладання суспільно-гуманітарних дисциплін у вищих навчальних закладах, перш за все політології. Політична реальність є не лише результатом зовнішнього впливу, а й активності самої особи – людини політичної. Політичне є тим, яким ми його утворюємо через свою повсякденну діяльність, відповідно до наших уявлень та знань про політику. Конструктивістська роль науки, зокрема завдяки системі освіти, зростає, що накладає на викладачів політології велику відповідальність.

Соціологічні дослідження показують, що здоров'я як цінність посідає перші місця в структурі ціннісних настанов громадян. Проблема особистого здоров'я та здоров'я близьких дедалі більше турбує людину. На оцінки, щодо цінності здоров'я, його стану впливає низка факторів, починаючи від підвищення загального рівня освіти у сучасному суспільстві до зміни екологічних та техногенних умов життя людини. Перетворення потреби у здоров'ї в суспільний інтерес в умовах обмеженості ресурсів дедалі політизує сферу ОЗ. Тому роль соціальної групи, що задовольняє зростаючу потребу суспільства у медичній допомозі та медичних послугах, зростає.

Важко перебільшити потенційні можливості медичної спільноти впливати на формування суспільної думки. Її можливості базуються на визнанні її як носія знань, вмінь та інформації, що мають високу суспільну значущість та затребуваність з боку кожної особи. Які політичні цінності, знання та поведінку засвоює нове покоління лікарів, таким вони й будуть конструювати український політичний простір, зокрема політику в сфері ОЗ. Лікар повинен бути вільним від своїх політичних, етнічних, етнічних та інших уподобань, бачити у хворому перш за все людину, а не чужого або супротивника, бути готовим надати медичну допомогу в різних обставинах.

Сфера медицини все більше привертає увагу українських вчених-гуманітаріїв. Деякі політичні аспекти розвитку галузі розглядаються соціологами, філософами, економістами (Головаха Є.І, Паніна Н.В, Попов М.В., Камінська Т.М. та ін.). Особливе місце займають роботи з соціальних проблем медицини (Москаленко В.Ф., Сердюк А.М., Слабкий Г.О. та ін.). Певний масив дослідницьких робіт здійснений в межах галузі держуправління (Карамішев Д.В., Волков В.В., Євсєєв В.І. та ін.). Політична складова цих досліджень пов'язана перш за все з політикою держави в галузі. Враховуюче це, стає зрозумілим, чому, на

відміну, наприклад, від філософії та економічної теорії, немає вітчизняного підручника з політології, який би враховував особливості підготовки майбутніх лікарів, що є неможливим без обговорення в науковому середовищі особливостей політологічного дослідження цієї сфери та викладання нашої науки для майбутніх лікарів.

Однією з найважливіших проблем викладання політології є подолання поширеного в підручниках етатизму. Абсолютизація ролі держави має давні (радянські) та нові (розбудова незалежності) коріння. Але в політичній науці це призводить до неспроможності вийти за межі донаукової традиції розуміння політики як сфери державного врядування. Ототожнення політики з держуправлінням не лише не відбиває реалії розвитку політичного, а й унеможливує засвоєння таких цінностей як політична свобода, права людини, громадянське суспільство, соціальна справедливість, соціальний захист, громадянська солідарність тощо. Такий підхід заперечує пріоритетність інтересів громадянина та громадянського суспільства щодо держави, яка є лише «механізмом» задоволення цих інтересів. Від того, чи зможемо ми довести до студента, що нервом політичного є взаємодія між груповим та суспільним інтересом, що політика – це сфера відносин на рівні великих соціальних груп та суспільства (державна не є єдиним владним суб'єктом), залежить, в якому суспільстві вони житимуть.

Виходячи з цієї парадигми, викладач політології вступає в складну конкуренцію з політичною елітою, яка, використовуючи шкільну освіту, ЗМІ, монополізує «виробництво» політичних цінностей. Обмеження політичної суб'єктності держави є обмеженням можливостей еліти як бенефіціаріїв. Основною ставкою в політичній грі є не лише і не стільки монополія використання об'єктивованих ресурсів політичної влади (фінансів, права, армії), скільки монополія виробництва та поширення політичних уявлень та думок: саме вони мають «мобілізуючу» силу, яка дає життя партіям та правлячим угрупованням. Місце вченого, викладача полягає в тому, щоб не полишати виробництво політичного продукту на одних політиків, щоб запобігти домінуванню їх точок зору в політичному полі¹.

Ця проблема набуває особливого змісту при опануванні майбутніми лікарями закономірностей розвитку політичного в сфері ОЗ. В цій сфері взаємодіють інтереси великої кількості груп, які політизуються у зв'язку з обмеженістю її ресурсів. За умов ринкової трансформації медична допомога набула вартісного вираження. Неухильно зростають середні витрати світового медичного виробництва. Розробка та впровадження новітніх технічних та технологічних рішень є складовими цього зростання. Попит на медичні послуги зростає під впливом старіння населення, скорочення народжуваності, екологічного та техногенного навантаження, зміни відношення людей до здоров'я як цінності. Так, витрати на лікування людей похилого віку на 75% вище, ніж на молодих². Витрати на профілактику, лікування та реабілітацію однієї дитини в однодітних родинах вище, ніж в родинях з більшою кількістю дітей³. Щорічний приріст витрат на ОЗ в розвинених країнах складає більше 2%. За прогнозами вчених доля цих витрат в найближчому майбутньому становитиме не менше 30% ВВП⁴. При цьому різниця в доходах соціальних груп теж зростає. Ринкові відносини в сфері медичного виробництва з невід'ємними конкуренцією та лібералізацією цін, маркетингізацією; обмеженість медичних ресурсів та зростання попиту на них; юридичні права громадян на медобслуговування при посиленні поляризації в доходах

сприятимуть подальшій політизації сфери. Отже, зростає роль опанування майбутніми лікарями політологічного інструментарію аналізу проблем розвитку цієї сфери, які загострюються.

Тому, розглядаючи предмет політичної науки, слід виокремити соціологічний підхід до нього, зокрема, теорію груп А. Бентлі. Дослідження політики в галузі ОЗ, зокрема її реформування, є обмеженим без аналізу діяльності груп тиску (pressure groups) та груп інтересів (interest groups). Аналіз діяльності державних інститутів не дасть, наприклад, відповіді на питання, чому від початку експерименту щодо реформи ОЗ («пілотний проект» І. Акімової, з початку 2011 р.) пішли з посади два міністри ОЗ (І. Ємець, О. Андрущенко). Крім офіційних заяв, ніякої інформації щодо причин їх відставки суспільство не має. Безумовно, політична еліта від медицини не має єдиного бачення реформи. Мають місце суперечності між бізнесом, що розгортається під егідою держструктур, політичними діячами та приватним бізнесом. На думку глави Комітету з питань ОЗ ВР України, головна перешкода на шляху реформування – відсутність зацікавленості, інертність управлінців системи ОЗ всіх рівнів⁵. Суть політичного процесу полягає в динамічному тиску на уряд зацікавлених груп, що здатні змінювати політичні інститути, їх суперництві. В медичному середовищі точаться дискусії щодо співвідношення державних та недержавних установ при реалізації обов'язкового медичного страхування. Частина чиновників вважає, що слід вивести приватні компанії за межі цього процесу і залишити їм лише добровільне страхування. Самі компанії виступають проти цього і мають в цьому підтримку частини медичної еліти, перш за все науковців, які вважають, що це знищить конкуренцію на ринку медичних страхових послуг, монополізує контроль за страховими ресурсами, викличе корупцію та неефективність системи. Але позицію приватних страховиків не слід ідеалізувати. Вони теж виходять із власних інтересів, намагаючись долучитись до держпрограм⁶. Групи тиску намагаються просунути своє бачення, впливаючи на прийняття державних рішень. Так, экс-глава МОЗ Ю. Поляченко, коментуючи поширення в ЗМІ інформації про ситуацію із закупівлями машин швидкої допомоги, сказав: «Це було в усі часи. Але коли було менше закупівель – тоді і менше звертали увагу на роботу МОЗ... Є зацікавлені особи, від яких йде вкидання неправдивої інформації. Існує якась лобі, яке сьогодні дестабілізує ситуацію...»⁷. Політизація процесу прийняття управлінських рішень неминуче викликає все більшу кількість міжгрупових конфліктів⁸.

Акцентування на доступі до здоров'я як природному праві людини, принципів соціальної справедливості, рівному доступі до медичних ресурсів залишиться виразом благих намірів, якщо політсистема не створюватиме умов для артикуляції та агрегації інтересів соціальних груп. Головна роль у функціонуванні справедливої та ефективної системи ОЗ належить громадянському суспільству. Тому йому як суб'єкту політичного процесу в сфері медицини має бути приділена особлива увага викладачем. Рівень розвитку громадянського суспільства визначається наявністю каналів, за допомогою яких різні групи (пенсіонери, діти, виробники ліків, інваліди, лікарі тощо) можуть бути почутими, вплинути на державні рішення. Держава не є в демократичному суспільстві єдиним суб'єктом політики. Документи ВООЗ виходять з розуміння високої ролі громадянського суспільства в їх реалізації на національному ґрунті. У Оттавській хартії з укріплення здоров'я від 1996 р. зауважено: «...Дії зі зміцнення здоров'я спрямовані на скорочення нерівності по показниках здоров'я та надання рівних можли-

востей і ресурсів, що сприяють найбільш повній реалізації людьми свого потенціалу здоров'я... Людина тільки тоді зможе повністю реалізувати свій потенціал здоров'я, коли вона буде спроможною управляти обставинами, від яких воно залежить... Всі соціальні прошарки представлені в цій діяльності на рівні окремих осіб, сімей, спільнот. Перед професійними та суспільними групами, працівниками охорони здоров'я відповідальне завдання – виступити в якості посередників, домагаючись узгодження різних суспільних інтересів заради покращення здоров'я людей»⁹. Не можна применшувати роль держави як політичного інституту, зокрема в реалізації політики щодо охорони здоров'я. Йдеться лише про утворення механізмів контролю за державною владою, діалогу з громадянським суспільством, розуміння того, що «сумніви ніколи не бувають надмірними, коли маєш сумніви щодо держави»¹⁰.

Викладач політології часто на початку роботи в аудиторії зустрічається з негативним ставленням до політики, але одночасно з інтересом до політичних процесів. Досвід показує, що формування позитивної настанови на опанування політологічних знань можливе через розуміння того, що нині в суспільстві система соціального контролю концентрується на політичному рівні¹¹. Політичні цінності соціальної справедливості, рівності, свободи, солідарності, громадянського суспільства невід'ємні від соціальних цінностей співчуття, ввічливості, відповідальності, взаєморозуміння, співдружності, які не є поза політикою. Ці цінності є складовою демократії. Остання є не лише культурою виборів, а, як показує сучасна історія, може уживатися з бюрократією, елітизмом в певних сферах.

Визнанням пріоритетності права на здоров'я, суб'єктності за особою та асоціаціями індивідів в формуванні та реалізації політики в сфері ОЗ проізані документи Всесвітньої організації ОЗ (далі – ВООЗ). Акцентування на ідеї соціальної справедливості, рівного доступу до здоров'я має місце майже у всіх документах ВООЗ. Так, документ, що визначатиме європейську політику в ОЗ «Здоров'я – 2020», виокремлює як одне з двох її стратегічних завдань «поліпшення здоров'я для всіх і скорочення нерівностей у відношенні здоров'я»¹². Це потребує акцентування уваги майбутніх лікарів на особливостях теорії егалітаризму. Трансформаційний шлях, який обрало українське суспільство – лібералізацію економіки, демократизацію політичної системи – потребує опанування особливостей розуміння представниками різних напрямів цієї теорії, зокрема, подолання абсолютизації ідеї рівності майна та умов, що врешті решт призводить до безконтрольної діяльності держави в перерозподілі, використанні насильства та примусу для забезпечення зрівнялівки, підкорення особистості. Це постійний пошук компромісу між рівністю можливостей та рівністю результатів, внеском та винагородою, здібностями та потребами. Держава має здійснювати регуляторну політику (податкова політика, дотації, соцпрограми). Подолання розбіжностей можливе не через посилення держави, а через посилення впливу на нього громадянського суспільства як сфери солідарності та самоврядування. Так, абсолютна більшість представників медичної еліти, зокрема наукової, є прихильниками диверсифікації джерел фінансування ОЗ через впровадження обов'язкового медичного страхування (системи Бисмарка). Лише через солідарність можна забезпечити наближення медичної допомоги до пацієнта.

Серед визначальних чинників впливу на розвиток системи ОЗ вважаються витрати на ОЗ на душу населення, частка держвитрат у структурі загальних витрат. Але вплив цих чинників на якість медобслуговування, показники тривалості жит-

тя, рівня дитячої смертності тощо не є лінійним. Якщо взяти ці показники на зламі ХХ–ХХІ ст., то у США при витратах 14% ВВП на ОЗ середня тривалість життя складала 76 років, рівень дитячої смертності – 6,7 промілле. Аналогічні показники по Німеччині становлять: 10,7% ВВП; 77 років; 5,1. Переконливими є дані по Японії – 7,2%, 80 років, 4,1¹³.

Згідно зі звітом Мінфіна України про виконання бюджету 2012 р., на ОЗ були надані рекордні 58,5 млрд.грн., або 4,2% ВВП. Крім того, прямі платежі громадян склали 30 млрд.грн., неофіційні платежі – 9,8 млрд. Отже, загальні витрати на ОЗ склали 98,3 млрд.грн., або 7% ВВП, що відповідає і навіть перевищує рекомендації ВООЗ. До речі, середнє фінансування по Європейському регіону складає 7,65% ВВП, зокрема, у Польщі – 7%, Чехії – 7,5%, Угорщині – 7,8%. При цьому середня очікувана тривалість життя в Україні складає 71 рік, Польщі – 76 років, Чехії – 78 років, Угорщині – 75 років. Це свідчить, що пацієнти в Україні не можуть контролювати кількість та якість медпослуг. Світовий досвід показує: чим більше ресурсів розподіляється через публічний сектор, тим більше шансів отримати необхідний ефект від реформ. Більшість країн, що створили ефективні системи ОЗ, розподіляють через публічний сектор не менше 70% видатків на ОЗ. Чиновники прямо не зацікавлені у підвищенні ефективності управління системою ОЗ. Їх зацікавленість полягає у збереженні ручного управління за більшою кількістю питань. Дехто з них прямо пов'язує з цим своє матеріальне благополуччя¹⁴. Ухвалення бюджету є наслідком діяльності лобістських угруповань. Тому закладений в ньому прогноз видатків на ОЗ не завжди корелює з можливостями держави, отже, цей «показник можна вважати політичним, який визначає, насамперед, ставлення держави до охорони здоров'я»¹⁵.

Варто процитувати Люблінську хартію з реформування охорони здоров'я від 1996 р.: «Реформи охорони здоров'я повинні задовольняти потреби людей, враховуючи за допомогою демократичного процесу їх очікування в плані здоров'я та медичного обслуговування... Хід реформ повинен постійно відслідковуватися та оцінюватися з публікацією результатів»¹⁶. Відтак активність громадянського суспільства в процесі реформування медичної сфери є його запорукою. Система фінансування потенційно сприятиме оновленню системи, її модернізації лише при створенні механізмів контролю з боку суспільства за витратами.

Політичний аналіз сфери ОЗ ускладнений закритістю сфери, непрозорістю прийняття рішень, пануванням корпоративної етики на всіх рівнях. Реалізація ефективної політики в галузі можлива лише через опанування майбутніми лікарями ліберальної парадигми осмислення політичного (усвідомлюючи й обмежені її можливості), що накладає на сучасних викладачів особливу відповідальність. Але це дає нам надію на засвоєння студентами-медиками принципів і прийомів аналізу, що допоможуть їм орієнтуватися у складному, суперечливому політичному світі, що швидко змінюється, приймати рішення в цілях ефективної реалізації своєї гуманістичної соціальної ролі.

1. Бурдьє П. Социология политики [Електронний ресурс] / Бурдьє П. – Режим доступу: <http://bourdieu.name/content/burde-sociologija-politiki>. 2. Камінська Т. М. Ринок медичних послуг: досвід теоретико-інституційного аналізу / Камінська Т.М. – Х.: ВПП «Контраст», 2006. – С. 117. 3. Друкер П. Задачи менеджмента в XXI веке [Електронний ресурс] / Друкер П. – Режим доступу: http://ototsky.com/khipu/lib/druker_management XXI_ru.pdf. 4. Камінська Т.М. Цит. праця. – С. 118. 5. Бахтеєва Т. Здравоохранение Украины: игра без правил / Т. Бахтеєва // Зеркало недели. – 2009. – №17. – С. 11. 6. Пере-

туда Є.В. Щодо проектів реформування охорони здоров'я та фінансового її забезпечення / С.В. Перегуда, С.Д. Місержи // Держава і право: збірник наукових праць. Юридичні і політичні науки. – Вип. 45. – К.: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2009. – С. 589. 7. Поляченко Ю. Екс-міністр охорони здоров'я прокоментував скандал зі «швидкими» [Електронний ресурс] / Поляченко Ю. – Режим доступу: <http://www.unian.ua/news/567297-eks-ministr-ohoroni-zdorovya-prokomentuvav-skandal-zi-shvidkimi.html>. 8. Васильєва І.В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я: деякі політико-економічні аспекти / І.В. Васильєва, С.Д. Місержи // Держава і право: збірник наукових праць. Юридичні і політичні науки. – Вип. 47. – К.: Інститут держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2010. – С. 709. 9. Москаленко В.Ф. Системи здравоохранения: современный контекст / Москаленко В.Ф. – К.: Книга-плюс, 2012. – С. 303. 10. Бурдьє П. Дух государства: генезис и структура бюрократического поля [Електронний ресурс] / Бурдьє П. – Режим доступу: <http://bourdieu.name/content/burde-duh-gosudarstva-genezis-i-struktura-bjurokraticeskogo-polja>. 11. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество. Опыт социального прогнозирования / Белл Д.; пер. с англ. – М.: Academia, 1999. – 956 с. 12. Москаленко В.Ф. Цит. работа. – С. 320 – 337. 13. Гідденс Е. Соціологія / Гідденс Е. – К.: Основи, 1999. – С. 164; Дай Т.Р. Основи державної політики: пер. з англ. Г. Є. Краснокутського; наук. ред. З.В. Балабаєва / Дай Т.Р. – Одеса: АО Бахва, 2005. – С. 165. 14. Дука В. Здоровье нации – вопрос мотивации / В. Дука // Зеркало недели. – 2013. – № 38 (19 октября). – С. 11. 15. Москаленко В.Ф. Сучасні підходи до формування оптимальної моделі охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – №1. – С. 16. 16. Москаленко В.Ф. Цит. работа. – С. 309.

УДК 327.82

**І. О. КОСТИРЯ
О. І. ДІКАРЄВ**

СТРАТЕГІЧНИЙ КУРС КИТАЙСЬКОЇ ДИПЛОМАТІЇ: «М'ЯКА СИЛА» ТА КОМПЛЕКСНА ПОТУЖНІСТЬ

Концептуалізовано процес становлення китайської теорії міжнародних відносин в історичному процесі генезису світової політики. Аналізується теза про те, що ще в середині XIX століття китайська еліта почала розуміти, що Китай більше не живе у світі переваг і стоїть завдання навчитися існувати серед конкуруючих між собою силових блоків. Стало питання політичної та культурної адаптації досягнень західних країн із опорою на власні стратегії виживання. Розглянуто взаємовплив парадигми комплексної потужності та культурних традицій КНР. Висується гіпотеза про те, що нині основною зовнішньополітичною стратегією в Китаї стала концепція «м'якої сили».

Ключові слова: «м'яка сила», комплексна потужність, теорія міжнародних відносин.

Костиря І.А., Дикарев А.И. Стратегический курс китайской дипломатии: «мягкая сила» и комплексная мощь

В статье концептуализирован процесс становления китайской теории международных отношений в историческом процессе генезиса мировой политики. Анализируется

© КОСТИРЯ Інна Олександрівна – кандидат політичних наук, доцент

© ДІКАРЄВ Олександр Іванович – кандидат політичних наук, доцент, доктор наук в галузі економіки