

- byudzh2013__tse_koshtoris_viynti_z_vlasnoyu_krayinoyu&objectId=1272565 (дата звернення: 07.12.2012). – Назва з екрана.
11. Верховна Рада України. Хронологія пленарних засідань Верховної Ради України. 04.07.2013. Позиція 4185 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/radan_gs09/ns_h2?day_=22&month_=02&year=2014&nom_s=4 (дата звернення: 21.05.2014). – Назва з екрана.
 12. Верховна Рада України. Хронологія пленарних засідань Верховної Ради України. 04.07.2013. Позиція 4185 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/radan_gs09/ns_h2?day_=25&month_=03&year=2014&nom_s=4 (дата звернення: 21.05.2014). – Назва з екрана. – Останнє відвідання 21.05.2014.
 13. Дем'янчук О. Модель «політичного ринку» в процесах формування державної/публічної політики в Україні / О. Дем'янчук // Науково-методичний журнал. – 2007. – Вип. 56. – Політичні науки. – С. 40–45.
 14. Даль Роберт Алан. Полиархия: участие и оппозиция / Р. А. Даль ; [пер. с англ. С. Деникиной, В. Баранова]. – М. : Издательский дом Государственного университета – Высшей школы экономики, 2010. – 287 с.
 15. Schmitter Philippe. Reflections on Where the Theory of Neo-Corporatism Has Gone and Where the Praxis of Neo-Corporatism may be Going / Philippe Schmitter // Patterns of Corporatist Policy-Making ; eds. G. Lehmbruch & P. Schmitter. SAGE ; Modern Politics Series. – 1982. – Vol. 7. – P. 259–279.

O. Demianchuk

CHANGES OF THE POLITICAL POWER DISTRIBUTION IN UKRAINE AFTER SPRING-2014

The changes in the political system of Ukraine in and after the events of November 2013 – February 2014 are analyzed on the basis of the models of political power distribution and neo-institutional approach. It is shown that in the political system a new powerful actor has emerged – the Civil Society consolidated around the ideas of patriotism.

Keywords: political system of Ukraine, political power, monopolism, pluralism, elitism, corporatism, elections.

Матеріал надійшов 12.06.2014

УДК 32-027.21:351.773

Семигіна Т. В.

ГРУПИ ІНТЕРЕСІВ У ПОЛІТИЦІ: ПРИКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Політика охорони здоров'я характеризується зіткненням інтересів великої кількості суб'єктів політичного процесу, зацікавлених груп. У 1991–2013 рр. в Україні не відбулося системних реорганізацій охорони здоров'я, що значною мірою зумовлено деструктивним впливом груп інтересів, насамперед тих, хто не зацікавлений у детинізації фінансових потоків охорони здоров'я та формуванні прозорих відносин у цій галузі.

Ключові слова: групи інтересів, політика охорони здоров'я.

Питання здоров'я зачіпають майже всіх членів суспільства. Як і в інших царинах політики, у політиці охорони здоров'я завжди постає питання щодо того, чий інтереси враховуються і

артикулюються. Треба розуміти, що рішення в політиці охорони здоров'я не ґрунтуються на визначенні найефективнішої альтернативи з погляду медичного ефекту і виходять за межі суто

медичних втручань. Важливу роль відіграють відкриті та приховані впливи різних груп інтересів, тобто груп, пов'язаних спільними інтересами, що об'єднуються для дій, спрямованих на їхнє задоволення через вплив на органи влади і політику.

У вітчизняній політичній науці питанням груп інтересів у цілому приділено достатньо уваги (Д. Виговський, О. Ліснічук та ін.), проте бракує аналізу щодо діяльності груп інтересів в охороні здоров'я. Тому в цій статті буде розглянуто трактування груп інтересів у межах різних теоретичних парадигм і з огляду на це охарактеризовано різнопланові групи інтересів, які впливали на політику охорони здоров'я в Україні (1991–2013).

Зауважимо насамперед, що концепцію груп інтересів, або зацікавлених груп (англ. – interest groups), розробили американські вчені А. Бенлі та Д. Трумен, які запропонували немарксистське трактування динаміки соціального процесу й інтерпретацію політичного процесу як взаємного тиску соціальних груп у боротьбі за державну владу. Уряд розглядався ними як елемент, котрий врівноважує інтереси різноманітних груп [5].

У політичній науці сформувалася низка підходів до трактування ролі груп інтересів у політичному житті. Представники першого підходу (наприклад, американський соціолог Е. Етціоні [7]) вважають існування груп інтересів явищем, що деструктивно впливає на функціонування демократичної політичної системи, оскільки ці групи слугують провідниками приватного впливу на ухвалення політичних рішень, фактично це – сила, що розділяє суспільство. Прихильники іншого підходу [9] наголошують на позитивній ролі груп інтересів у політичному процесі, оскільки ці групи забезпечують необхідний для демократії плюралізм думок. Виконуючи посередницькі функції між державою й громадянським суспільством, групи інтересів забезпечують не тільки реалізацію власних інтересів, а й лояльність з боку окремих соціальних груп.

Діяльність груп інтересів в охороні здоров'я можна досліджувати та інтерпретувати з огляду на різні теоретичні парадигми.

Згідно з теоріями плюралізму (Р. Аллен, Р. Даль, М. Дюверже, Р. Дарендорф, Д. Рісмен) влада розпорошена в суспільстві, жодна група не має абсолютної влади, індивіди можуть вільно долучатися до груп інтересів та політичних партій. Державі під час розроблення політики охорони здоров'я і будь-якої іншої політики доводиться мати справу із суперечливими інтересе-

сами різних груп. Держава, котра бачиться прихильникам теорії плюралізму як нейтральний арбітр, обирає з ініціатив та пропозицій, висунутих групами інтересів, найкращі для суспільства.

Теорія суспільного вибору поширилась у 1960 роках (К. Ерроу, Д. М. Б'юкенен, Д. Мюллер, У. Нісканен, М. Олсон, Г. Таллок, Р. Толлісон та ін.). Прихильники цієї теорії розглядають виборців та політиків як індивідів, що обмінюються голосами та передвиборними обіцянками, тоді як держава в особі обраних політиків та державних службовців виступає групою інтересів сама по собі. Тому політичні рішення, зокрема в галузі охорони здоров'я, формуються за принципом максимального зиску для самих політиків, який відповідає їхнім політичним та економічним інтересам. Прихильники цієї теорії вважають, що урядовці опиратимуться тим рішенням політики охорони здоров'я, які зменшуватимуть їхню сферу впливу та доступ до ресурсів.

Теорія еліт (С. Келлер, О. Штаммер, Д. Рісмен) поєднує елементи концепцій, що розроблялися В. Парето, Г. Моска, Р. Міхельсом, і теорії «плюралістичної демократії». Ця теорія пропонує погляд на політику як на вираження інтересів та цінностей привілейованої групи. Причому ці цінності не завжди суперечать цінностям мас, оскільки еліта впливає на формування суспільних цінностей. За цією теорією влада еліти, яка становить вищий соціально-економічний прошарок суспільства, може базуватися на різних джерелах: багатстві, родинних зв'язках, технічних знаннях. Групи інтересів хоча й можуть існувати у суспільстві, проте реальної участі в політичному процесі не беруть.

Для аналізу ситуації в галузі охорони здоров'я та політики щодо здоров'я в Україні в 1991–2013 рр. використано нормативно-правові документи, ухвалені в ці роки, звіти про впровадження міжнародних проектів в Україні (USAID, ЄС тощо), результати інтерв'ю з експертами національного та регіонального рівнів. Робота спиралася на застосування методології оцінювання груп інтересів та аналізу стейкхолдерів.

За результатами аналізу можна констатувати, що трансформації системи охорони здоров'я, що відбулися за роки незалежності, формально не змінили концептуальних засад сформованої в Україні державно-бюджетної моделі взаємовідносин у галузі охорони здоров'я. Як і раніше, ця модель не бере до уваги сучасних міжнародних рекомендацій щодо багатоканальності фінансування охорони здоров'я та орієнтації на соціальне

страхування, сучасні концепції державно-приватного партнерства та орієнтації на заходи сприяння здоров'ю тощо.

До того ж політика охорони здоров'я в Україні характеризується боротьбою зацікавлених груп за вплив на процес ухвалення рішень у сфері галузевої державної політики. Міжгрупова боротьба відбувається на тлі погіршення стану здоров'я населення і є далекою від солідарного співробітництва заради загальних інтересів та суспільних цінностей. Проведений аналіз політичної практики в Україні дає підстави виокремити низку груп інтересів.

1. *Групи, які не зацікавлені в детінізації фінансових потоків охорони здоров'я.*

Фахівці відзначають проблеми фінансової дисципліни в галузі охорони здоров'я, корупційність процедур (наприклад, при проведенні тендерних закупівель ліків тощо). Населення вважає лікарів однією з найкорумпованіших груп в Україні [4].

Варто зауважити, що в «тіньовій» сфері охорони здоров'я, за підрахунками фахівців, обертається понад 3 % ВВП [8]. Галузь охорони здоров'я, яка залишається в Україні закритою корпоративною системою, не зацікавлена у зміні ситуації, контролю за тарифами на медичні послуги та призначенням ліків, урегулюванні тендерних процедур із закупівлі ліків, унормуванні відносин на фармацевтичному ринку та його зв'язків із лікарями.

Ці групи інтересів (управлінці охорони здоров'я національного рівня, фармацевтичні компанії) хоча й є належним чином інституціоналізованими й мають серйозний вплив на ухвалення чи неухвалення відповідних рішень, проте свій інтерес виявляють переважно латентно. В управлінському дискурсі з питань охорони здоров'я домінують популістські гасла за відсутності узгодженої стратегії реформування, яка підміняється здійсненням організаційних перетворень, що не зачіпають сутнісних принципів охорони здоров'я та не зупиняють процесів хаотичної самоорганізації й пристосування системи до ринкових умов.

2. *Групи противників впровадження соціального медичного страхування.*

Пропозиції впровадження соціального медичного страхування, визнаного ВООЗ оптимальною моделлю фінансування охорони здоров'я, і формування в ній прозорих контрактних відносин наштовхнулися на серйозний опір, як явний, публічно висловлений, так і латентний.

Наприклад, Українська федерація страхування, що об'єднує у своїх лавах провідні страхові компанії, висловила проти такого

формату запровадження обов'язкового медичного страхування, що передбачав створення Фонду медичного страхування, надходження внесків до якого очікувалось від роботодавців, органів місцевого самоврядування, юридичних та фізичних осіб, Фонду страхування від нещасних випадків на виробництві. За твердженням федерації, це могло призвести до монополізації ринку медичного страхування, усунення держави та місцевого самоврядування від впливу на цю сферу. Існуючі державні фонди соціального страхування теж сприйняли насторожено ідею медичного страхування, що передбачала перерозподіл коштів між фондами (особливо в умовах упровадження єдиного соціального податку).

Оскільки соціальне медичне страхування передбачає сплату цільових страхових внесків, тобто фактично додаткове податкове навантаження на роботодавців, то така ідея не знайшла підтримки серед представників великого й малого бізнесу, отримала негативний медійний та публічний дискурс, викликала критику з боку інституціоналізованих груп роботодавців.

Ці групи інтересів є найбільш інституціоналізовані та відкриті у своїх позиціях. Вплив груп роботодавців слід оцінити як відчутний, адже вони мають можливість лобювання своїх інтересів у парламенті та уряді.

3. *Групи прихильників продовження чинної медикалізованої політики охорони здоров'я.*

Ідеться насамперед про організаторів системи охорони здоров'я та фахове середовище, яке відзначається консерватизмом. Наприклад, понад 50 років у розвинутих країнах ефективно використовується стратегія ДОТС, спрямована на короткострокове лікування туберкульозу в неспеціалізованих закладах. Хоча Україна, як член ВООЗ, ухвалила політичні документи щодо впровадження ДОТС у нашій країні, проте її поширення є незначним і далеко не всі компоненти впроваджуються [3], оскільки нові правила організації протитуберкульозної допомоги зачепили корпоративні інтереси відокремленої та інституціоналізованої фахової групи, яка вдалася до захисту свого статусу, структури та відповідного фінансування.

Впливи цих груп оцінювати складно, оскільки вони не є відкритими та очевидними для широкого загалу, проте опір фахівців української системи охорони здоров'я сутнісному реформуванню та інноваціям у галузі є відчутним.

4. *Групи захисників державних гарантій на охорону здоров'я, котрі прагнуть зберегти чинні конституційні норми.*

Частина політикуму, особливо представники лівих політичних сил, висловлюють стурбованість щодо багатоканальності охорони здоров'я з ідеологічних міркувань, захищаючи сформульоване конституційне право на безоплатну медичну допомогу й державну (нестрахову) систему надання медичних послуг.

5. *Активістські структури, які обстоюють права на отримання гарантованої державою допомоги та протидіють корупційним фінансовим схемам у галузі охорони здоров'я.*

Проведене дослідження дає підстави для висновку, що в Україні наявні ефективні приклади громадянської участі (підтримуваної, зокрема, за рахунок міжнародних проектів), посилилась прозорість управління і координованість заходів. Зокрема, вдалося розширити коло залучених до політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу стейкхолдерів і частково вплинути на державні структури, відповідальні за цю політику, передовсім на МОЗ.

Водночас участі громадськості притаманний більше адвокаційний, конфронтаційний характер, аніж системне впровадження громадських ініціатив. Громадський контроль в охороні здоров'я не інституціоналізовано, потребують врегулювання стосунки суб'єктів та об'єктів такого контролю. Не інституціоналізоване й державне соціальне замовлення, яке формує умови для контрагування державою неурядових структур для надання послуг у галузі охорони здоров'я, зокрема профілактичних. Загалом, зацікавлені групи з числа громадськості хоча й висловлюють відкрито свої інтереси і в середовищі цих груп розпочалося формування певних асоціацій, проте їхній вплив досить обмежений.

6. *Зацікавлені групи, які обстоюють передовсім власний, а не суспільний інтерес.*

Наприклад, групи, яким вигідні відсутність реабілітаційних програм для уразливих груп, насамперед для споживачів ін'єкційних наркотиків, і відсутність замісної підтримувальної терапії, бо представники цих груп втрачають прибутки внаслідок контрольованого вживання наркозалежними медичних препаратів у лікувальних закладах замість купівлі наркотиків у ділків.

Доцільно додати, що концепції здорового способу життя, що їх просувають міжнародні організації впродовж останніх трьох десятиліть, кидають виклик українській медицині як самоорганізованому ринку лікувальних послуг та фармацевтичному бізнесу й відповідному ринку, компаніям, що стоять за виробництвом та продажем шкідливих для здоров'я товарів (цигарок, алкогольних напоїв тощо).

Ці групи часто є групами тиску або латентними зацікавленими групами, які лобіюють свої інтереси через наявні у них канали впливу.

7. *Елітні групи, які не зацікавлені у змінах системи охорони здоров'я.*

В Україні, на думку вітчизняного науковця Ф. Барановського, сформувалась «елітократія», основою якої є не тільки політико-владна і політико-управлінська концентрація значного потенціалу і ресурсів впливу на суспільство в руках еліт, а й прагнення еліт до виокремлення і відособленого існування у всіх основних сферах соціального буття [1]. О. Фісун наголошує на формуванні неопатримоніального режиму, за якого поведінка політичних акторів визначається не ідеологічними чинниками, а матеріальними стимулами рентоутворюючого типу, причому важливою є боротьба не за голоси виборців, а за прихильність керівника держави [6].

В умовах посилення неегалітарності політичного режиму в Україні, орієнтації на інтереси еліти, посилення впливу бізнесу, який діє під егідою держави, питання соціальної справедливості та прав людини у період 1991–2013 рр. ставали дедалі декларативнішими. Адже елітні групи «взагалі не зацікавлені ані в державному, ані в страховому фінансуванні медицини, бо їх представники лікуються за кордоном» [2, с. 712]. До послуг еліти й нові українські приватні клініки, а для урядовців – спеціалізоване обслуговування в закладах для державних службовців. Відтак – попри публічну риторіку – питання реформування охорони здоров'я не є пріоритетними в порядку денному, йтися може тільки про раціонально-бюрократичну трансформацію, що посилює патрон-клієнтські відносини, зокрема і в галузі надання медичних послуг.

Наразі ці групи інтересів можна вважати спонтанними (у питаннях охорони громадського здоров'я), проте їхній вплив, з огляду на побудований в Україні політичний режим, оцінити як значний.

Проведений аналіз дає підстави узагальнити інформацію щодо груп інтересів у політиці охорони здоров'я України і визначити, що такі групи мають як відкритий, так і латентний характер (таблиця). Вплив тих, хто виступає за збереження чинної системи та наявних у ній непрозорих відносин та тінювих фінансових потоків, перевищує вплив тих, хто прагне змін. Причому ситуацію в Україні слід оцінювати як з позиції теорії еліт, так і теорії суспільного інтересу, адже держава аж ніяк не виступала нейтральним арбітром між різними групами інтересів, а навпаки, була зацікавлена у збереженні контролю за

офіційними та тіньовими ресурсами галузі, вибудовуванні рентоутворюючих стимулів до консервації системи.

Доцільно також відзначити, що в Україні з-поміж груп організованих інтересів в охороні здоров'я нині наявні переважно захисні групи, що створюються задля захисту власних матеріальних та професійних інтересів або інтересів ширшої соціальної групи, яку вони репрезентують (об'єднання підприємців, організації пацієнтів тощо), а не проблемні групи, що створюються задля просування певних програм на політичну арену, привернення до них уваги громадськості та урядів.

Вплив різних типів груп змінювався упродовж 1991–2013 рр., проте в цілому, попри масований публічний дискурс, на практиці спостерігалось гальмування спроб системних змін у галузі охорони здоров'я, діяльність груп інтересів мала негативний вплив на впровадження ефективних реформ (тут варто погодитися з думкою Е. Етціоні щодо деструктивного впливу груп інтересів).

Отже, порядок формування, розподілу та використання ресурсів галузі охорони здоров'я є

предметом зіткнення інтересів великої кількості суб'єктів політичного процесу, зацікавлених груп. В охороні здоров'я групи інтересів рідко є виразно інституціоналізованими, за винятком захисних груп.

Вивчення політичної практики виявило, що в Україні за роки незалежності не відбулося системних реорганізацій охорони здоров'я. Це пов'язано з частою зміною розподілу впливовості на процеси ухвалення відповідних політичних рішень різних груп інтересів. До таких груп можна віднести: тих, хто не зацікавлений у детінізації фінансових потоків охорони здоров'я та відносин у цій галузі; тих, хто протидіє впровадженню соціального медичного страхування; тих, хто не має зацікавлення в дотриманні принципів соціальної справедливості в суспільстві або, навпаки, захищає декларовані чинною Конституцією державні гарантії охорони здоров'я. До окремої групи можна віднести представників активістських структур, які протистоять порушенням права на охорону здоров'я, протидіють корупційним фінансовим схемам, що утвердилися в галузі охорони здоров'я.

Таблиця. Групи інтересів у політиці охорони здоров'я України

Тип групи	Умовна назва групи	Інтерес	Вплив
Відкриті	Організатори охорони здоров'я та лікарі	Збереження медикалізованої системи охорони здоров'я та поточної практики	Сильний
	НДО (та міжнародні організації)	Захист прав пацієнтів на охорону здоров'я, протидія корумпованості системи охорони здоров'я	Незначний
	Роботодавці	Протидія соціальному медичному страхуванню	Сильний
	Фонди соціального страхування та страхові компанії		Поміркований
	Прихильники лівої ідеології	Збереження бюджетної моделі охорони здоров'я	Поміркований
Приховані (латентні)	Керівники галузі та закладів охорони здоров'я	Збереження тіньових фінансових потоків та неформальних платежів	Сильний
	Групи, які мають специфічні інтереси	Збереження непрозорих відносин в охороні здоров'я та протидія інноваціям	Сильний
	Політична еліта	Немає зацікавлення у змінах	Сильний

Список літератури

1. Барановський Ф. В. Європейська інтеграція та демократичний розвиток України: концептуальний аналіз взаємовпливу / Ф. В. Барановський. – Луганськ : Елтон-2, 2007. – 407 с.
2. Васильєва І. В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я: деякі політико-економічні аспекти / І. В. Васильєва, С. Д. Місержи // Держава і право. – 2010. – Вип. 47. – С. 708–715.
3. Веб-сторінка Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
4. Глухов Ю. Україна сьогодні: «бували времена труднее, но не было времен подлей» [Електронний ресурс] / Ю. Глухов // Українська правда. – 2007. – 12 вересня. – Режим доступу: <http://www2.pravda.com.ua/news/2007/3/7/55461.htm>. – Назва з екрана.
5. Золотарева Е. Группы интересов в политике / Е. Золотарева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия : Политология. – 1999. – № 1. – С. 64.
6. Фисун А. Постсоветские неопатримониальные режимы: генезис, особенности, типология / А. Фисун // Отечественные записки. – 2007. – Т. 39. – № 6. – С. 8–28.
7. Etzioni A. Capital Corruption ; the new Attack on American Democracy / A. Etzioni. – NY : Transaction Publishers, 1988. – 337 p.
8. Informal patient payments and public attitudes towards these payments: evidence from six CEE countries / T. Stepurko, M. Pavlova, I. Gryga, W. Groot // Scripta Scientifica Medica. – 2011. – Vol. 43 (7). – P. 143–146.
9. Truman D. The Governmental Process. Political Interests and Public Opinion / D. Truman. – 2d ed. – California : Univ of California Inst., 1993. – 544 p.

T. Semigina

INTEREST GROUPS IN POLITICS: A CASE OF HEALTH POLICY

Health policy is characterized by the clash of interests of a large number of political players, interest groups. In 1991–2013 there was no systematic reorganization of Ukrainian health care that is largely due to the destructive influence of interest groups, especially those who are not interested in unshadowing of financial flows and forming transparent relations in this area.

Keywords: interest groups, health policy.

Матеріал надійшов 13.04.2014

УДК 328.132.7:342.413(477)“2004”

Сидорчук О. В.

НАЗАД У МАЙБУТНЄ: ЧИ ВИРІШИТЬ КОНСТИТУЦІЯ-2004 ПРОБЛЕМУ НАДМІРНОЇ ПРЕЗИДЕНТСЬКОЇ ВЛАДИ?

У статті проаналізовано здатність положень конституційної реформи 2004 р., дію яких було відновлено в лютому 2014 р., вирішити проблему необмеженого президентського домінування, яка найгостріше проявила себе під час президентської каденції Віктора Януковича. Попри те, що Конституція-2004 справді суттєво обмежує президентські прерогативи та посилює роль уряду й парламенту, в довгостроковій перспективі вона може виявитися нездатною стримати монополізацію влади з боку президента, а також призвести до поновлення практики перманентних конфліктів усередині виконавчої гілки влади. З метою повноцінного подолання цих загроз пропонуються подальші зміни до конституційного тексту.

Ключові слова: форма правління, напівпрезиденталізм, конституція.

Вступ

Одним із результатів масових акцій протесту, які почалися наприкінці листопада 2013 р., стало повернення до положень конституційної реформи 2004 р., які передбачають суттєве обмеження повноважень президента і відповідне розширення прерогатив парламенту й уряду. Таке рішення зумовлено передусім надмірною монополізацією влади колишнім Президентом Віктором Януковичем, яка дозволила йому одноосібно визначати курс розвитку країни на внутрішній і зовнішній аренах, не побоюючись жодної

відповідальності за свої дії. Відповідно, повернення моделі 2004 р. покликане усунути потенціал узурпації влади президента в майбутньому завдяки суттєвому обмеженню його конституційних повноважень.

Таке припущення, втім, викликає цілу низку зауважень. По-перше, саме прем'єр-президентська система зразка 2004 р. дозволила В. Януковичу де-факто стати домінуючим політичним актором, що сталося ще до повернення Конституції в редакції 1996 р. По-друге, ажітаж довкола позачергових президентських виборів, які мали відбутися 25 травня 2014 р., демонструє, що посада глави