



**Інга Рожкова,**

*доктор наук з державного управління, доцент,*

*завідувач кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ*

**Любов Жаліло,**

*доктор біологічних наук, професор,*

*професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ*

**Олена Мартинюк,**

*кандидат наук з державного управління, доцент,*

*доцент кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ*

## **Методологічні засади управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: аспекти впровадження первинної медико-санітарної допомоги**

У статті аналізується впровадження реформ у сфері охорони здоров'я в Україні. Акцентовано увагу на першому етапі реформ - впровадженні моделі первинної медико-санітарної допомоги, удосконаленій і модернізованій з урахуванням сучасних соціально-економічних умов України. Для оцінки як внутрішніх галузевих, так і зовнішніх умов запровадження реформ використано методологічний підхід системного аналізу. Показано недоліки і протиріччя реформ, зокрема у сфері управління процесом проведення реформ та в новій моделі первинної медико-санітарної допомоги. Наведено алгоритм і матричні зв'язки оптимальної реструктуризації управління, досліджені в інших галузях. Показано можливість застосування цих підходів у процесі реструктуризації управління сферою охорони здоров'я.

*Ключові слова:* державне управління, методологічні засади, охорона здоров'я, реформування, системний підхід.

In the article the analysis of introduction health care reforms in Ukraine is given. The accented attention is given on the first stage of reforms - introduction of primary health care model, improved and modernized taking into account modern socio-economic terms in Ukraine. For an estimation the conditions both internal the input of reforms and also external, methodological approach of systems analysis is used. Shown defects and contradictions of reforms, in particular, in the field of management the process of reforms realization, in the new model of primary health care. An algorithm and matrix links of the optimal restructuring managements is shown, investigated in other industries. The shown possibility of application of these approaches in the process of restructuring the field of health administration. *Key words:* public administration, metodological bases, health care, reforming, systems approach.

*Постановка проблеми.* Як зазначено в Програмі економічних реформ на 2010-2014 рр. “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”, перехід країни на інноваційний шлях розвитку з метою досягнення якісного рівня заможного життя кожної людини неодмінно включає реформи сфери охорони здоров’я, завданнями яких є не тільки виведення галузі з кризи, а й подальший її розвиток [4]. Так, дослідження ознак кризи галузі, проведені рядом українських учених та міжнародних експертів, свідчать про комплексність проблем, які потребують вирішення у сфері охорони здоров’я (СОЗ) [9; 10]. Однією з головних проблем СОЗ вважають прояви і наслідки неефективності управління галуззю в сучасних умовах України. Аналіз попередніх документів щодо розпочатої реформи дає підстави констатувати, що розрегульованість управління в галузі, яка є однією з головних причин її кризового стану, не достатньо враховується в стратегії реформування [1]. Крім того, аналіз недоліків сучасної СОЗ України спонукає до системного підходу в реформуванні з урахуванням необхідності інновацій в управлінні, чіткого стратегічного планування, а також наукового обґрунтування змін усіх елементів управління. Потребують уваги найбільш важливі управлінські процеси, що охоплюють ланки фінансово-економічного забезпечення, визначення стратегічних орієнтирів успішності реформування, кадрового забезпечення та передбачення очікуваних результатів.

Питання стратегії, планування, матеріально-технічного та кадрового забезпечення є функціями управління, на яких однак не зосереджується достатньою мірою увага ні науковців, ні практиків реформування СОЗ в Україні [7; 10]. Тому актуальними є дослідження в даній роботі проблем реструктуризації управління реформами охорони здоров’я.

Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) щодо ефективної діяльності систем охорони здоров’я різних за соціально-економічними показниками країн Європи і світу виявили неоднорідність структурного формування галузей. Міжнародними експертами доведено, що ефективними є системи з розвиненими ланками первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) [11]. У прогресивних країнах 80-90% звернень за медичною допомогою успішно завершуються на рівні ПМСД. На підставі проведеного аналізу експертами ВООЗ (2003) було розроблено рекомендації для країн, що розвиваються, в тому числі – України, щодо реформування СОЗ зі значним підсиленням первинної ланки медичної допомоги [5; 6]. Слід визнати, що на сьогодні з різних причин необхідний рівень ПМСД в Україні не сформований. Недоліками існуючої ПМСД вважають такі аспекти: структура самої ПМСД складна, недосконала за управлінням і зв’язками між її суб’єктами (дорослі і дитячі поліклініки, медико-санітарні частини, жіночі консультації, сільські лікарські амбулаторії); не має чіткого відмежування від вторинної ланки; не достатньо вагома її роль у ланцюжку медичної до-

помоги для пацієнтів; недостатній рівень забезпечення ресурсами та кадрами [10; 14].

На сьогодні на первинному рівні системи охорони здоров'я в Україні завершується лише до 30% випадків звернень пацієнтів у містах і до 50% – у сільській місцевості [9]. Згідно з програмою реформування системи охорони здоров'я розвиток первинної медичної допомоги є пріоритетним у розвитку галузі. Визначені основні напрями запровадження змін [6; 8].

*Аналіз останніх досліджень і публікацій.* Разом з тим розробка стратегії реформування галузі потребує системного підходу. Однак більшість досліджень була спрямована на оцінку стану галузі та тих змін, які відбулися після прийняття законів про реформування галузі [2; 3]. Значно менше розроблені стратегічні аспекти, які надавали б можливість не тільки вийти з кризи, але й розпочати перспективний розвиток галузі.

На нашу думку, важливим може бути аналіз досвіду як пілотних регіонів в Україні, так і досвіду успішного реформування СОЗ інших країн. У країнах Європи, в Канаді 30-50% практикуючих лікарів працюють у первинній ланці, а її фінансування сягає більше третини бюджету СОЗ. Надаючи 80-90% від усієї кількості медичних послуг, первинна медична допомога (дільничні терапевти, педіатри, сімейні лікарі) витрачає на це лише 20-30% бюджету [11; 12]. Таке співвідношення витрат і отриманих результатів (20:80) характерне для відомого принципу Паретто щодо різних процесів у менеджменті. Напрошується логічне припущення, що у разі відповідності цьому принципу побудова організації є оптимальною.

Реформування СОЗ в Україні означало б перерозподіл ресурсів, насамперед, потоків бюджетних коштів, між різними рівнями надання медичної допомоги, збільшуючи частку первинної допомоги в загальних видатках на медицину.

Аналізуючи досвід Чехії, слід звернути увагу на те, що існування первинної ланки без централізованого фінансування не можливе. Так, у Чехії практично не існує закладів ПМСД, які б не оформляли договірні відносини з органами місцевої влади. Подібний досвід є і в Україні – зокрема в м. Вознесенську Миколаївської області вже кілька років за рішенням міського голови надання медичних послуг населенню повністю забезпечується сімейними лікарями на договірних умовах. Таким чином, основним платником замовлених послуг з охорони здоров'я є місцеві органи управління та врядування. Але можна передбачити, що такий підхід до фінансування не забезпечить ПМСД необхідними ресурсами.

Наведений вище досвід ураховано в Програмі економічних реформ на 2010–2014 рр., в якій зазначено, що співпрацюватимуть центри ПМСД і “лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та можуть перебувати з цими

зкладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах” [9]. Таким чином, передбачається збільшити фінансове наповнення ПМСД. Але не менш важливою є проблема ефективної реалізації цих коштів.

Існуючий в Україні досвід підсилення ланки ПМСД включив такі елементи зміни (реструктуризації) управління у сфері фінансово-економічних відносин [2; 10]:

- зміна підпорядкованості лікувальних закладів;
- зміна форми власності;
- зміна форми фінансово-економічних відносин.

Разом з тим не були враховані такі важливі елементи управління, як контроль ефективності і результативності, стратегічне передбачення, стратегічний форсайт. Це можна пояснити недосконалим розвитком менеджменту у сфері охорони здоров'я, а також особливостями самої сфери із специфікою послуг.

Державні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять близько 3,5% від ВВП, що значно менше рівня, який Європейське регіональне бюро ВООЗ рекомендує країнам-членам як “посильний” і прийнятний для забезпечення потреб надання доступної, ефективної і кваліфікованої допомоги – 7-10% ВВП [11; 12]. До такого рівня наближається значення цього показника в Польщі, Угорщині, Литві, Латвії, Чехії, Естонії, де % ВВП, що витрачається на охорону здоров'я, коливається в межах 5,5-7,8%.

При недосконалості фінансуванні СОЗ в Україні виникає слушна думка про необхідність першочергового збільшення фінансування. Але без удосконалення економіки СОЗ як економічної основи діяльності галузі, що включає утворення фінансово-економічного базису реформ ПМСД, не можна розраховувати на ефективність змін. Останнім часом у РФ, Прибалтійських країнах були утворені Інститути економіки охорони здоров'я, що підкреслює складність та важливість проблем економіки охорони здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах. Слід визнати, що важливі питання фінансово-економічних відносин за нового структурування ПМСД в Україні системно не проаналізовані, що є загрозою для здійснення закладеного в програмі реформ інноваційного управління цією ланкою СОЗ.

До управлінських аспектів реструктуризації включають проблеми зв'язків між окремими частинами єдиної системи ПМСД, що доречно визначити як логістику управлінських процесів. Це питання потребує окремого дослідження, оскільки є найменш розробленим, разом з тим має першочергове значення в інноватизації управління і обмеженні повноважень щодо прийняття управлінських і фінансових рішень. Не достатньо дослідженим також можна вважати питання кадрового забезпечення, оскільки в літературі приділена увага в основному медичним кадрам, у той час як нова модель ПМСД вимагає від відповідних фахівців управлінських та економічних знань.

*Метою статті* є проведення аналізу можливостей, ризиків та протидії проведенню першого етапу реформ у сфері охорони здоров'я в умовах сучасної України щодо управлінських механізмів забезпечення реформ ПМСД.

*Виклад основного матеріалу.* Дослідження існуючих попередніх досягнень та запроєктованих дій у пілотних регіонах проведення реформ СОЗ в Україні дав змогу дійти думки, що виокремленням ланки ПМСД досягаються не тільки структурні зміни в системі охорони здоров'я, але запроваджується нова модель СОЗ, що потребує інноваційного управління, нових матеріально-економічних відносин, які не притаманні існуючій системі, та підготовки нових управлінських кадрів [13; 14].

Методологічно виправданим є використання аналогій із реструктуризації в інших галузях. Так, реструктуризація в інших галузях господарювання включає три аспекти:

- зміну структури системи;
- зміну акцентів та актуалізацію окремих підрозділів;
- зміну або передачу функцій.

У сфері охорони здоров'я України зміна структури галузі відповідає підходу, що означає зміну акцентів виокремлення з достатньою самостійністю підрозділу та значну актуалізацію первинної медико-санітарної допомоги. В інших галузях пріоритетними вважаються питання капіталу, показників або індикаторів успіху реформ та відповідності кадрів.

У проєкті реформ в Україні підкреслюються три аспекти спрямування змін [14]. А саме, зміна форми власності організації, поява приватних закладів, перехід до форми комунальної власності, перехід із бюджетного фінансування на форму договірних відносин, а також, що є найскладнішим, розподілення фінансових потоків згори донизу. Усе це закладає нові функції органів управління на регіональному і місцевому рівнях.

У менеджменті реструктуризації в інших галузях великого значення для успішного реформування надають такому підходу, як "зворотний зв'язок" "feedback" [12]. У процесі визначення показників успішного реформування, на нашу думку, перш за все (1-й feedback) слід визначити джерела можливих активів і залежно від міри задіяності або активації цих джерел можна визначити ступінь успішності провадження реформ.

Другим показником ефективності реструктуризації (2-й feedback) може бути оцінка ролі медичної установи, зокрема щодо розпорядження коштами, розподіл функцій між акціонерами або співвласниками (тобто джерелами фінансування), порядок взаємодії з ними правління закладу охорони здоров'я. Чим більш провідною буде роль медичної, тобто ефекторної у цьому процесі установи, тим успішнішими мають бути реформи.

Слід зважити на те, що успішна реструктуризація потребує науково-методологічного обґрунтування нової моделі ПМСД. Зазначимо, що ефектив-

ним показником може бути тільки запровадження інноваційної моделі такої структурної ланки, як ПМСД. Оцінка ступеня інноваційності становить 3-й пункт зворотного зв'язку, або (3-й feedback). При цьому інноваційність може визначатися за прийнятими в статистичних звітах методами (у %).

Аналіз наявних даних та застосований підхід аналогії в дослідженні нової моделі ПМСД дав нам змогу виявити важливі ресурсні показники успішної реструктуризації галузі. Успішними в інших галузях визнавалися такі ресурси: інформація (інформатизація), підготовка нових кадрів, урегулювання взаємодії як вертикальних, так і горизонтальних управлінських зв'язків [7; 10].

У досліджуваному випадку – реструктуризації СОЗ в Україні – також має враховуватись те, що суть проблеми фінансування в реформах СОЗ пов'язана насамперед із неефективним управлінням [14]. Складові такого управління: бюджетування, фінансове планування, фінансовий аналіз мають бути осучаснені управлінським та адміністративним обліком та аудитом.

У новому варіанті управління ПМСД включає не тільки розподіл фінансів, але й утворення і виконання бізнес-плану, який є найважливішим інструментом управління. До управління фінансами слід також віднести маркетинг. Але у сфері охорони здоров'я маркетингові відносини недостатньо розроблені, стосуються виокремлення платних послуг і їх ціни. Практичною рекомендацією слід вважати наступне – платними послугами з ПМСД в умовах України мають бути тільки ті послуги, які не можуть бути не платними (наприклад, які не є життєво необхідними).

У сфері охорони здоров'я поширений принцип обліку *post factum*, тобто реєстрація того, що здійснено. Такий підхід у нових умовах потребує реорганізації і перетворення його на управлінський облік, що, власне, і перетворює бухгалтера СОЗ у фінансиста і економіста, що є інновацією в управлінні реформами.

Таким чином, перший крок алгоритму реформ – формування нової моделі ПМСД – повинен не тільки вивести галузь із кризи, але й закласти основу подальшого розвитку. Цьому сприяють нові принципи управління фінансово-економічним забезпеченням.

Слід визнати, що реформи СОЗ як у нашій країні, так і в інших, актуалізуються владою і супроводжуються політичним процесом згори і донизу під керівництвом національних і місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Функцією ПМСД має бути розв'язання проблем здоров'я конкретної громади, але завдання нової ПМСД обмежуються медичною допомогою.

На жаль, запроваджені реформи відсторонюються від важливих питань підтримки здоров'я здорової людини в умовах територіальної громади. Це можна пояснити тим, що проведення реформ концептуально контролюється МОЗ, функцією якого є передусім медична допомога. Залишаються невирішеними питання системи громадського здоров'я, не створюю-

ються умови для забезпечення здорового способу життя серед широких верств населення. Ці недоліки можна усунути тільки застосувавши міжсекторальні зв'язки і дії ПМСД з такими секторами, як освіта, індустрія здоров'я, рекреація, соціальна адаптація та інші суб'єкти, що мають на меті покращення здоров'я населення.

Перераховані проблеми мають розв'язуватися на первинному рівні, що потребує утворення відповідних компетенцій при підготовці необхідних кадрів для нової моделі ПМСД. Особливістю даної реформи є те, що партнерами в досягненні мети є кадри із різних галузей господарювання, а саме вчені, державні службовці, представники органів місцевого управління та самоврядування, а також приватного бізнесу, медики і громадяни. Тому підвищення якості кадрового забезпечення реформ СОЗ є багатоаспектним і потребує отримання швидкого результату. Так, забезпечення підготовки і перепідготовки випереджальними темпами лікарів загальної практики-сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою становить завдання ВНЗ МОЗ. Для цього в Державному бюджеті на 2013 р. необхідно передбачити відповідну статтю фінансування. Але потрібні також інформовані, компетентні спеціалісти інших галузей.

Так, урахування регіональних особливостей, а саме структури захворюваності, матеріального стану лікувально-профілактичних закладів, наявності та характеристики спортивних, лікувально-оздоровчих, рекреаційних закладів, щільності населення, стану транспортно-логістичної сфери, кліматичних, природних та антропогенних екологічних умов тощо потребують підготовки кваліфікованих кадрів – представників місцевої влади, їх підготовка є завданням ВНЗ із державного управління.

Відкритим, на нашу думку, залишається надзвичайно важливе питання, пов'язане з проведенням так званої соціальної роботи – роз'яснювальної роботи серед населення, представників політичної еліти, посадових осіб органів державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, керівників установ і підприємств, медичної громадськості про зміст, переваги, наслідки та можливі ризики проведення реформ. Нам видається недостатнім утворення так званої "Дорожньої карти з реформ охорони здоров'я", розробленої зарубіжними експертами для Уряду України щодо алгоритму дій.

Необхідне розроблення матриці переходу до моделі ПМСД системи охорони здоров'я, яка базується на фінансуванні з бюджетних джерел із контрактними відносинами між замовником і постачальником медичних послуг. Науковий підхід до визначення зв'язків у такій матриці включає зіставлення та аналіз можливостей і викликів, а також сильних і слабких сторін процесу, тобто поширені в інших галузях методи SWOT- і PESLE-аналізу.

Застосування методів аналізу умов внутрішнього і зовнішнього середовища щодо запровадження реформ дає підстави визначити пріоритети в

реструктуризації управління для узгодження реформаційних змін, розробки і запровадження інноваційних технологій управління у сфері охорони здоров'я, що відповідали б викликам сьогодення.

Сучасні умови соціально-економічного розвитку як держави в цілому, так і окремих регіонів погребують інноваційних форм і методів, серед яких перспективним можна вважати кластерний підхід, що відповідає сучасним потребам соціального діалогу між владою і суб'єктами ринкової економіки. Адаптація даного інноваційного підходу до специфіки сфери охорони здоров'я потребує обговорення і подальших досліджень. У разі ПМСД до кластерних утворень слід віднести також відновні (рекреаційні) установи. Завданням кластера є забезпечити утворення функціональної або корпоративної інституції суспільства щодо забезпечення здоров'я нації, використовуючи міжгалузеві зв'язки кластерних угруповань з включенням органів державного управління. Успішність кластерних угруповань забезпечується тісною взаємодією всіх суб'єктів державного управління й освітньої, просвітницької та профілактичної і врешті лікувальної діяльності. Останнім часом кластерні підходи в СОЗ знайшли поширення в РФ [15].

Новий підхід забезпечує управління ситуацією силами місцевої влади і громадськості і включає всі елементи менеджменту як такого.

Таким чином, у даній роботі в результаті системного аналізу, аналогій та припущень було показано ті засади й інструменти, які становлять як наукове, так і практичне підґрунтя для реального запровадження реформ галузі охорони здоров'я.

*Висновки та перспективи подальших досліджень.* В Україні найбільш актуальною є необхідність розробки моделі взаємозв'язків між окремими суб'єктами регіону, яка найкращим чином сприятиме реалізації регіональної стратегії. Безперечно, важливою вбачається державна підтримка процесів кластеризації регіональних виробництв як інноваційно орієнтованих горизонтально інтегрованих структур з метою збереження здоров'я. Разом з тим державна підтримка кластеризації регіональних виробництв з метою впливу на громадське здоров'я повинна ґрунтуватися на можливостях і потребах регіону.

Необхідний акцент на розробці нових функцій ПМСД. Стосовно інструментів ефективного впровадження системи ПМСД – потребують подальшої методичної розробки територіальні кластери. Життєво необхідним для реформ є термінова підготовка (перепідготовка, спеціалізація) як медичних, так і управлінських кадрів до роботи в нових умовах.

Таким чином, слід констатувати, що запровадження реформування охорони здоров'я і його першого етапу – ПМСД – в Україні є актуальним, але недостатньо методично підготовленим, особливо щодо управлінських аспектів.

Слід визнати, що реструктуризація з акцентами на ПМСД безпосередньо орієнтована на розв'язання власних проблем галузі та опосередковано – на розв'язання проблем охорони здоров'я населення.



Дослідження, що мало більш оглядовий характер, виявило важливість та недосконалість таких управлінських проблем, як визначення оцінних параметрів успішності реформ, так і невизначеність економічних і кадрових показників реформування ПМСД.

Враховуючи те, що європейська інтеграція є основним стратегічним напрямом реформ в Україні, подальший розвиток національної системи охорони здоров'я має передусім базуватися на сучасних європейських принципах та стратегіях з використанням інновацій у державному управлінні.

#### **Список використаних джерел**

1. Про Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року : Закон України від 22 січ. 2010 р. № 1841-VI. – Режим доступу : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
2. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 7 лип. 2011 р. № 3611. – Режим доступу : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
3. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 лип. 2011 р. № 3612-VI. – Режим доступу : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
4. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”. – Режим доступу : [www.prezident.gov.ua](http://www.prezident.gov.ua)
5. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 13 черв. 2007 р. № 815. – Режим доступу : [www.nbu.gov.ua](http://www.nbu.gov.ua)
6. Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 30 серп. 2010 р. № 735. – Режим доступу : [www.nbu.gov.ua](http://www.nbu.gov.ua)
7. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України : Наказ МОЗ України від 19 серп. 2011 р. № 524. – Режим доступу : [www.nbu.gov.ua](http://www.nbu.gov.ua)
8. Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги : Наказ МОЗ України від 1 верес. 2011 р. № 557. – Режим доступу : [www.nbu.gov.ua](http://www.nbu.gov.ua)
9. Мостипан О. Реформа сфери охорони здоров'я: первинна медицина [Електронний ресурс] / О. Мостипан. – Режим доступу : [www.openukraine.org](http://www.openukraine.org)
10. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

11. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо. – ВООЗ. – 2008. – 152 с.

12. Primary care is the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health systems and Policies Series / Edited by Josef Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos and Richard B. Saltman. Open University Press. – 2006. – 286 p.

13. Інноваційні технології в управлінні охороною здоров'я та кадрове забезпечення : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 7-8 квіт. 2009 р.) / Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К. : НМУ, 2009.

14. Жаліло Л. І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк // Державне управління: теорія та практика : електрон. наук. фах. журн. – Режим доступу : [www.nbu.gov.ua](http://www.nbu.gov.ua)

15. Сибуріна Т. А. Кластерний механізм межсекторального співробітництва в інтересах здоров'я населення [Електронний ресурс] / Т. А. Сибуріна, Г. Н. Барскова, Л. К. Лохтіна. – Режим доступу : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/404/30/lang,ru/>

**Михайло Медвідь,**

*кандидат економічних наук, старший науковий співробітник,  
заступник начальника навчально-методичного центру –  
начальник відділу методичного забезпечення  
навчального процесу Академії внутрішніх військ МВС України*

**Ярослав Павлов,**

*начальник курсу № 1 командно-штабного факультету  
Академії внутрішніх військ МВС України*

### **Шляхи вдосконалювання заходів державного регулювання щодо запобігання та ліквідації конфліктів між правоохоронцями, які беруть участь у міжнародних миротворчих операціях**

Виявлено особливості міжкультурного конфлікту, який формується між правоохоронцями під час виконання службово-бойових завдань у міжнародних миротворчих операціях. Визначено шляхи вдосконалювання заходів державного регулювання щодо запобігання та ліквідації таких конфліктів.

*Ключові слова:* державне регулювання, міжкультурний конфлікт, правоохоронець, міжнародна миротворча операція.