

І. І. Хожило, доктор наук з державного управління,
доцент кафедри державного управління
та місцевого самоврядування Дніпропетровського
регіонального інституту державного управління
та місцевого самоврядування НАДУ
при Президентіві України

ПОЛЬСЬКИЙ ДОСВІД ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ У СОЦІАЛЬНІЙ СФЕРІ

У статті проаналізовано зарубіжний досвід децентралізації управління в соціальній сфері (освіта та охорона здоров'я). Досліджено мотиви, принципи, механізми та основні етапи реалізації реформ і запропоновано ряд заходів, які сприятимуть їх успішному втіленню у вітчизняній практиці державного управління у сфері освіти та охорони здоров'я.

В статье проанализирован зарубежный опыт децентрализации управления в социальной сфере (образование и охрана здоровья). Исследованы мотивы, принципы, механизмы и основные этапы реализации реформ и предложено ряд мероприятий, которые будут способствовать их успешному осуществлению в отечественной практике государственного управления в сфере образования и охраны здоровья.

The foreign experience of fulfillment decentralization of administration in social sphere (education and health protection) is analyzed in the article. Motives, principles, mechanism and main stages of reforms realization are researched and number of arrangements that would promote successful implementation of indicated arrangements in the national practice of public administration in the sphere of education and health protection are proposed.

Ключові слова. Децентралізація управління, соціальна сфера, реформа, зарубіжний досвід, освіта, охорона здоров'я, органи місцевого самоврядування, публічне управління, делегування повноважень.

Вступ. У системі соціального виміру сучасного українського суспільства, одним з основних принципів якого є реальна демократія європейського зразка, надзвичайно актуалізується питання щодо розширення повноважень місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування. Тому поняття інституту влади на публічному рівні доцільно розмежовувати на владу універсальну (державну) та владу корпоративну (територіальну, асоціативну тощо). У зв'язку з цим вважаємо, що дослідження досвіду європейських країн, які вже пройшли шлях децентралізації влади, дозволить нам ідентифікувати основні проблеми та визначити перспективні напрями ефективного впровадження в Україні основних принципів публічного управління в соціальній сфері.

Досвід багатьох країн світу, які перейшли до демократичної організації суспільства, доводить, що процес переходу супроводжувався надзвичайно важким пошуком таких варіантів управління закладами соціальної сфери, які найбільш ефективно забезпечували б для органів влади центрального рівня підтримку з боку місцевих органів влади та місцевих громад. Цим країнам доводилося відмовлятися від централізованого управління всією мережею закладів соціальної сфери і передавати відповідальність за ефективність їх функціонування місцевим органам управління. Тому децентралізація є найбільш очевидним і надійним засобом перенесення політичних дебатів про якість соціальних послуг, що гарантуються державою, на нижчі рівні управління. Адже практично в усіх європейських країнах спостерігались одні й ті ж недоліки централізованої системи управління соціальною сферою, з них найбільш типові такі: низька ефективність діяльності провідних галузей (освіта, культура, охорона здоров'я, соціальний захист); великі витрати на утримання управлінського апарату; повільні темпи впровадження новітніх технологій;

повільна реакція на зміну зовнішніх умов та обставин (відсутність мобільності системи), що призводило до значної затримки у прийнятті кардинальних управлінських рішень.

© **І. І. Хожило, 2009**

Зазначимо, що систематичні дослідження суспільних трансформацій у нових соціально-економічних умовах активно здійснюють учені Національної академії державного управління при Президентові України та її регіональних інститутів (М. Білинська, В. Луговий, В. Майборода, Я. Радищ, В. Скуратовський, Н. Солоненко, П. Шевчук та ін.). Проблемам управління соціальним сектором присвячені дисертаційні дослідження В. Гамаюнова, Я. Гречки, Л. Гриневич, Д. Дзвінчука, О. Жабенко, С. Жарої, Т. Ілюк, С. Калашникової, А. Пенделя, Б. Пліша, Н. Рингач, І. Рожкової, Н. Ярош та ін.

Результати аналізу наукової літератури за темою дослідження показують, що у більшості праць, в яких висвітлюється зарубіжний досвід управління розвитком соціальної сфери, не подано узагальненого аналізу проблем, що пов'язані з децентралізацією публічної влади. А це питання нині вкрай актуальне для нашої держави. Про це неодноразово зазначав у своїх виступах Президент України. Так, виступаючи в українському парламенті, він, зокрема, підкреслив, що “ми повинні без зволікань перейти до створення та запровадження моделі управління державою, що відповідатиме потребам і цінностям України як європейської держави ... До цього нас спонукають очевидні вади нинішньої організації публічної влади” [1].

Постановка завдання. Ознайомлення з окремими науковими дослідженнями з проблем управління у сфері освіти та охорони здоров'я засвідчило, що досвід сучасної Польщі, яка, виконуючи подібні завдання політичного, економічного, соціального та культурно-освітнього характеру, в багатьох аспектах рухалася паралельно з Україною. Але до цього часу польський досвід у системі державного управління соціальною сферою розглядався науковцями в контексті виокремлення проблем галузевого управління, без належного узагальнення типових переваг та помилок, що ідентифікувалися в процесі децентралізації управління були типовими для всіх галузей соціальної сфери. У зв'язку з цим надзвичайно корисним видається акцентування уваги на окремих аспектах централізації управління в соціальній сфері, які вивчали фахівці Дніпропетровського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України під час спеціального візиту до Польщі в рамках проекту “RITA – перетворення в регіоні” (2008).

Результати дослідження. Досвід країн Європейського Союзу засвідчує, що механізм фінансування закладів соціальної сфери можна успішно вдосконалювати та розвивати як у рамках бюджетного фінансування, так і в системі ринкових форм господарювання, коли видатки на утримання соціальної сфери забезпечуються на основі інтегрованого фінансування [2]. У багатьох країнах ЄС держава тим чи іншим чином (або від імені певних категорій громадян, або у вигляді капітальних інвестицій) бере участь у розвитку соціальної інфраструктури на основі урахування принципів соціального страхування і соціальної справедливості.

Необхідно зазначити, що децентралізація управління в соціальному секторі України, відбувається за тим же, практично, сценарієм, що і в інших державах колишнього соціалістичного табору. Особливо цікавою для порівняльного дослідження серед усіх держав, з якими межує Україна, на наш погляд, є Республіка Польща. І не тільки тому, що вона в останні роки перетворилася в найбільш послідовного прихильника вступу України в Європейський Союз і захисника її інтересів на Заході, а стільки через подібність вихідних умов для початку суспільно-економічних реформ і тих шляхів, якими вони відбувалися, насамперед у соціальній сфері [3]. Адже історично так склалося, що менталітет і система цінностей польського народу завжди були досить близькими до відповідних характеристик українців. Ця обставина, на наш погляд, істотно полегшує

запозичення позитивного досвіду польського уряду щодо реформування системи управління соціальною сферою.

Децентралізація управління – характерна ознака становлення і розвитку соціального сектора різних країн на нових демократичних засадах. У більшості розвинених країн процес децентралізації здійснюється трьома взаємодоповнюючими шляхами: активне залучення громадського впливу на розв'язання соціальних проблем (1); посилення ролі місцевих органів управління соціальним сектором у прийнятті відповідних рішень про початок організаційно-економічних змін (2); зростання автономії закладів соціального сектора в управлінні їх фінансовими, матеріальними та кадровими ресурсами (3).

Відповідно до теорії державного управління, децентралізація – це такий спосіб територіальної організації влади, згідно з яким держава передає право на прийняття рішень з певних питань або в певній сфері управлінським структурам локального чи регіонального рівня, органам місцевого самоврядування, що перебувають поза системою органів виконавчої влади і є відносно незалежними від неї.

Аналіз соціальних реформ в управлінні соціальною сферою в зарубіжних країнах дає підстави сформулювати перелік основних завдань децентралізації, пріоритетними серед яких є:

- політичні мотиви (у більшості країн світу вони є підґрунтям ентузіазму для зростання участі громадськості у прийнятті державних рішень);
- фінансові мотиви (національні уряди не спроможні забезпечити повне фінансування бюджетних закладів соціальної сфери);
- мотиви ефективності (зумовлені тим, що прийняття рішень на місцевому рівні допомагає зменшити витрати на досягнення кожного окремого результату).

Розглянемо більш предметно особливості польського досвіду децентралізації на прикладі таких секторів соціальної сфери, як освіта й охорона здоров'я.

Сектор освіти. Порівняльний аналіз розподілу повноважень між рівнями управління в системі освіти в країнах з різним рівнем економічного і політичного розвитку показав, що постіндустріальні країни з високими соціально-економічними показниками характеризуються більшим рівнем децентралізації управління освітою, ніж країни, що розвиваються, або нещодавно здобули свою суверенність.

Серед найбільш істотних тенденцій розвитку систем освіти розвинених демократичних країн, які мали б стати ключовими у реформуванні системи освіти в Польщі, були виділені: децентралізація і регіоналізація освітньої політики; усупільнення школи та системи освіти; залучення низки специфічних суб'єктів, які отримали назву “споживачі освіти” (учні, батьки, майбутні роботодавці, місцева влада) до планування, втілення та оцінювання змін у системі освіти [4].

Експерти зазначають, що польська реформа системи освіти була не педагогічним, а політичним проектом, адже реформа пропонувала не перегляд управлінських функцій у системі виховання та освіти, а наголошувала на необхідності змін середовища, в якому відбувається освітній процес. В оцінках польської освітньої реформи початку 90-х рр. дослідники наголошують на її політичному характері та вважають, що вона була зумовлена не стільки необхідністю зміни освітньої практики, скільки вимогами трансформації суспільного устрою [3; 4].

Процес децентралізації управління базовою освітою, який відбувався у період з 1989 до 2003 р., мав чітко відокремлені етапи.

I етап – базові законодавчі зміни (1989–1995). Законодавчою основою змін в управлінні освітою стали Закон про місцеве самоврядування 1990 р., який передав змінам право вирішувати суспільні справи місцевого значення, на які не поширювалася компетенція інших органів влади. Згідно із Законом про систему освіти (1991) змінам передавалися повноваження щодо створення й утримання дошкільних закладів освіти та

публічних початкових шкіл. За урядом цей Закон залишив наглядову функцію, тобто здійснення педагогічного нагляду за діяльністю шкіл та інших закладів освіти. Однак на цьому етапі передача з центру до органів місцевого самоврядування відповідальності за навчально-виховні заклади та впровадження нового алгоритму фінансування цих закладів так і не відбулися.

II етап – передача освітніх закладів (дошкільних установ і початкових шкіл) органам місцевого самоврядування (1996–1998). У цей час найбільш активізувався процес передачі шкіл до компетенції органів місцевого самоврядування. Вже 1 січня 1999 р. у Польщі розпочалася адміністративна реформа в системі державного управління, яка, перш за все, охопила сферу охорони здоров'я, соціальне страхування та освіти. У процесі реформи адміністративної системи в структурі територіального поділу було створено повіти. Разом із реформою адміністративного устрою держави розпочалися суспільні реформи, мета яких – перехід від централізованої, бюрократичної та удержавленої суспільної політики до її творення місцевою громадою та органами самоврядування. На підставі нової редакції Закону про самоврядування повітів з 1 січня 1999 р. на місцевий рівень (рівень повіту) передавалися завдання, засоби та повноваження приймати рішення у сфері місцевої суспільної політики.

III етап – упровадження глибоких освітніх реформ (1999–2003). Цей етап характеризувався не тільки передачею всіх інших освітніх закладів новоствореним повітам і самоврядним воєводствам. Ознаками цього етапу є структурна реформа шкільництва, запровадження базової квоти фінансування на учня і принципу “гроші йдуть за учнем”, проведення реформ у сфері педагогічного нагляду, навчальних програм і підручників, підвищення кваліфікації вчителів, зростання автономії шкіл.

Отже, в результаті реалізації зазначеної поетапної стратегії змін польська система освіти стала більш відкритою за рахунок упровадження: нового способу фінансування з державного бюджету закладів освіти та виховання; нової трудової філософії для вчителів; нового рівня в системі організації та управління шкільною освітою; передачі школам контролю за змістом навчання і виховання; швидкого розвитку ринку підручників; нового способу здійснення нагляду за школами та закладами освіти; нових форм підвищення кваліфікації вчителів тощо.

Організаційна структура сучасної системи управління освітою в Польщі містить три рівні. На найвищому – три міністерства (освіти, здоров'я та культури), які здійснюють нагляд за всією системою освіти. На середньому перебувають три види органів: кураторії освіти, які ієрархічно здійснюють педагогічний нагляд за бюджетними закладами; органи територіального самоврядування (відділи освіти) наглядають за закладами місцевого самоврядування; установчі органи (суспільні освітні товариства, фундації), яким підпорядковані суспільні заклади. На третьому рівні – заклади освіти, у яких безпосередньо здійснюється освітня діяльність: школи (крім вищих), бурси та інтернати, дошкільні заклади, будинки дитини, навчально-виховні заклади, психологічно-педагогічні консультації, міські спортивні осередки, палаци молоді, педагогічні бібліотеки. Отже, кожний рівень управління має чітко окреслені функції і внутрішню ієрархічну організацію.

На основі узагальнення вищезазначеної інформації встановлено основні принципи децентралізації управління освітою:

а) делегування повноважень і відповідальності з вищого рівня на нижчий щодо рішень у таких сферах:

– створення і ліквідація дошкільних установ та шкіл; фінансування (розподіл державної субвенції за формулою на учня з урахуванням відповідних компенсуючих коефіцієнтів, варіанти політики розподілу коштів між школами, забезпечення автономії шкіл щодо керування фінансами школи);

– кадрової політики (призначення учителя директором, зростання відповідальності учителя, підвищення оплати праці, зростання різниць в оплаті між кваліфікаційними категоріями);

– підвищення кваліфікації вчителів (надходження коштів на підвищення кваліфікації учителів безпосередньо до бюджету школи, визначення учителем і директором місця підвищення кваліфікації, створення конкурентного ринку послуг щодо підвищення кваліфікації вчителів, керівників освітніх закладів і працівників органів місцевого самоврядування);

– програмно-методичного забезпечення (створення навчальних програм учителем за погодженням з директором школи в межах програмної основи, наданої Міністерством освіти і спорту, вільний вибір підручників, формування конкурентного середовища у сфері підручникотворення, стимулювання зростання якості підручника як дидактичного комплексу);

б) зростання централізованого контролю за якістю освіти, зокрема: зміна системи педагогічного нагляду; впровадження зовнішніх екзаменів на етапі завершення початкової школи, гімназії та ліцею;

в) усупільнення освіти, що виявилось в: поширенні нових інструментів впливу громадськості на систему освіти (реальна діяльність громадських рад під час прийняття управлінських рішень у сфері освіти, зокрема, формування освітньої політики на місцевому рівні, планування розвитку школи; проведення самооцінки шкіл із залученням громадськості); зростанні автономії навчальних закладів і їх ролі як громадських інституцій; створенні сус-пільних шкіл, зокрема інноваційних, або ж з метою збереження малої школи на селі.

Отже, визначені принципи децентралізації управління сприяють демократизації освіти, кращому задоволенню освітніх потреб кожної людини, дають змогу значно

ефективніше використовувати місцеві ресурси в освіті, водночас вони зумовлюють поглиблення локальних різниць в якості освіти. Тому децентралізація управління освітою має супроводжуватися встановленням чітких освітніх стандартів (щодо змісту освіти, навчальних досягнень, вимог до підручників, сертифікації навчальних курсів), посиленням централізованого контролю з боку держави за якістю освіти та впровадженням політики вирівнювання освітніх шансів для кожного громадянина.

Сектор охорони здоров'я. Особливістю публічного управління в системі охорони здоров'я Польщі є те, що ця система характеризується як окремий самостійний сектор економіки, який функціонує на засадах політичної, економічної, правової, організаційної та соціальної інституалізації. Такий підхід забезпечується насамперед розмежуванням владних повноважень між органами влади (державними, муніципальними, громадськими) та приватними особами (приватна лікувальна практика), які активно впливають на розвиток вітчизняного ринку медичних послуг. Історично система охорони здоров'я в Польщі фінансувалась із національного бюджету.

Наприкінці 90-х рр. минулого століття в системі управління охороною здоров'я розпочалися активні реформи. Перший крок від централізованої моделі управління зроблено шляхом делегування повноважень місцевим адміністраціям. Тобто у 1998 р. Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення разом із зменшенням рівня прямого адміністрування на всю систему охорони здоров'я суттєво зменшило свої повноваження. Адміністративні повноваження залишили лише стосовно тих медичних установ, що безпосередньо фінансувались Міністерством: національні центри підвищення кваліфікації, національні центри лікування дітей, центри пластичної хірургії та кардіології, медичні академії, університетські шпиталі та науково-дослідні інститути.

За новою моделлю управління Міністерство несе відповідальність лише за розробку національної політики в галузі охорони здоров'я; підготовку та підвищення кваліфікації спеціалістів; визначення стандартів медичного обслуговування та нагляд за їх дотриманням медичними установами; організацію надання невідкладної медичної допомоги; організацію проведення обов'язкових профілактичних щеплень; надання високоспеціалізованої медичної допомоги; лікування інфекційних хвороб.

Станом на кінець 2008 р. у Польщі ринок медичних послуг представлено такими суб'єктами: набувачі – 38 млн пацієнтів; надавачі послуг – публічні заклади охорони здоров'я (717 лікарень), непублічні заклади охорони здоров'я (120 лікарень), приватна лікувальна практика (сімейні лікарі). Фонди на утримання закладів охорони здоров'я формуються за рахунок Національного фонду здоров'я (16 регіональних відділень у кожному воєводстві), державного бюджету та коштів пацієнта. Засновниками закладів охорони здоров'я, відповідно до польського законодавства, можуть бути міністерство, воєвода, органи територіального самоврядування, релігійні установи, працедавець (наприклад, заклад охорони здоров'я медицини праці), фонди, профспілки, товариства, а також інша державна або закордонна юридична/фізична особа.

Правовою основою публічного управління у сфері охорони здоров'я у Польщі є закон "Про послуги охорони здоров'я в закладах, які фінансуються за публічні надходження" (2004). Відповідно до закону основні принципи, що забезпечують публічне управління в системі охорони здоров'я, такі:

– рівний та загальний доступ до медичних послуг на основі суспільної солідарності;

- визначення права на послуги з охорони здоров'я через виключення – негативний кошук послуг;
- інституалізація публічного платника;
- легітимізація вимог до надавача медичних послуг на основі єдиних конкурсних дій (неперервність, комплексність, доступність, якість послуг, кваліфікація персоналу, належний рівень розвитку соціальної інфраструктури закладу та забезпеченість сучасною апаратурою, наявність сертифіката якості ISO-9000 чи сертифіката про акредитацію, ціни та кількість пропонованих послуг та їх відповідне економічне обґрунтування);
- забезпечення нагляду та контролю за фінансуванням і реалізацією медичних послуг.

Вітчизняні науковці довели [5; 6; 7], що існують чотири основні типи децентралізації в системі охорони здоров'я: деконцентрація, передача функцій, делегування повноважень та приватизація. Різниця між ними полягає, головним чином, в їх правовому статусі. Важливу роль відіграють також й інші фактори, наприклад такі, як фінансовий контроль, географічні умови, способи представлення інтересів тощо.

Деконцентрація (адміністративна децентралізація) передбачає перегляд адміністративних обов'язків у рамках існуючої структури центрального уряду; на один чи декілька більш низьких рівнів передаються лише адміністративні, неполітичні повноваження. Це так звана міністерська модель, коли адміністративні обов'язки передаються в місцеві відділення міністерств центрального уряду. Оскільки деконцентрація пов'язана з передачею адміністративних повноважень, а не політичних, тому вона вважається найменш радикальною формою децентралізації. Завдячуючи саме такому її характеру, серед інших форм децентралізації деконцентрація найчастіше і використовується.

Під час передачі функцій (політична децентралізація) центральні органи влади передають деякі функції іншим новим організаціям, які перебувають поза сферою їх безпосереднього контролю. Передача функцій означає зміцнення або створення більш низьких органів управління, порівняно з національним рівнем. Ці органи значною мірою незалежні від нього відносно певного рівня функцій. Такими є типові регіональні та місцеві уряди. Отже, передача функцій означає більш радикальну, порівняно, з деконцентрацією, перебудову організації системи охорони здоров'я. При цьому виникає два аспекти: по-перше, система охорони здоров'я зі всією її інфраструктурою лягає важким тягарем на поточний бюджет місцевих органів влади, а тому спостерігається тенденція до виведення фінансування закладів охорони здоров'я з-під контролю місцевої влади, оскільки медичні послуги стають дедалі дорожчими, а місцева влада, як відомо, має обмежені можливості щодо підвищення рівня своїх доходів. Саме тому місцеві органи влади не можуть здійснювати повноцінний контроль. З другого боку, оскільки відповідні затрати покриваються субсидіями центральних органів управління, то це свідчить про наявність залежності від центру і обмеження автономії. Такий стан справ, особливо у випадку з бюджетами, які передбачають покриття фактичних витрат, спонукає до перевитрат засобів, у результаті чого така діяльність перестає бути ефективною. По-друге, передача функцій може ускладнювати зусилля в напрямку інтеграції різних видів медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної) та з формування регіональних структур.

Під час делегування повноважень акцент робиться на передачу тому чи іншому органу влади можливості виконувати рішення без безпосереднього контролю з боку вищих органів влади. Ця форма децентралізації поширюється тільки на виконання певних конкретних завдань, а не на всі види діяльності. Привабливість даної форми децентралізації полягає в тому, що таким чином можна уникнути контролю з боку регулюючих урядових органів та забезпечити більш гнучке управління. За умови передачі всієї системи охорони здоров'я будь-якій напівдержавній організації, роль міністерства охорони здоров'я обмежилась би розв'язанням питань стратегічного та політичного характеру.

Приватизація пов'язана з передачею функцій уряду тій чи іншій неурядовій організації, якою можуть бути як приватна комерційна компанія, так і некомерційна добровільна організація. Вона може стосуватися надання чи фінансування медичних послуг або як того, так і іншого. Як показують результати дослідження, на практиці існує багато комбінацій цих двох елементів. Слід зазначити, що приватизація окремих служб, які раніше були державними, необов'язково пов'язана зі зміною у фактичному наданні медичних послуг. Інколи приватизація стосується тільки допоміжних функцій, таких як, наприклад, технічне утримання, транспорт, прибирання, забезпечення продуктами тощо.

Приватизація – це крайня форма децентралізації, за якої прямі державні прерогативи у сфері прийняття рішень замінюються і покладаються на приватні фірми. До основних переваг приватизації належать упровадження ринкових стимулів, які сприяють підвищенню ефективності та якості управління закладами системи охорони здоров'я. Країни, що перебувають у скрутному фінансовому становищі, розглядають приватизацію як спосіб залучення приватного капіталу в сектор охорони здоров'я, фінансування якого з державної казни неможливе через їх значний дефіцит.

Наприкінці слід зазначити, що польська модель управління системою освіти та охорони здоров'я базується на інтегрованому підході у застосуванні різних форм децентралізації владних повноважень.

Висновки. Отже, у статті досліджено мотиви, принципи, механізми та основні етапи децентралізації управління у соціальній сфері. На основі аналізу прогресивних ідей польського досвіду децентралізації управління у сфері освіти та охорони здоров'я ми можемо сформулювати основні положення щодо їх можливого використання в Україні, зокрема: на загальнодержавному рівні – щодо підходів до фінансування на рівні органів місцевого самоврядування, розроблення засад державної політики щодо змісту навчальних та медико-профілактичних програм, підвищення кваліфікації спеціалістів як в окремих галузях, так, відповідно, в управлінців, забезпечення прозорих механізмів контролю за якістю освіти і медичної допомоги; на рівні органів місцевого самоврядування – щодо фінансування закладів освіти й охорони здоров'я, формування і реалізації освітньої політики та політики у галузі охорони здоров'я відповідно до локальних потреб, залучення місцевих громад до спільного розв'язання соціальних проблем, моніторингу якості освіти та якості медичної допомоги на локальному рівні; на рівні закладів освіти й охорони здоров'я – щодо залучення громадськості до процесу планування розвитку цих закладів, їх ресурсного забезпечення і контролю ефективності функціонування для задоволення потреб громадськості.

Література

1. Щорічне послання Президента України Віктора Ющенка про внутрішнє і зовнішнє становище України : звернення Президента України Віктора Ющенка до народних депутатів України [Текст] // Урядовий кур'єр. – 2009. – № 58. – С. 4.
2. Урсул Г. М. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектора [Текст] / Урсул Г. М., Скрипник О. А., Бугро В. І. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2009. – С. 240–260.
3. Четыре реформы: от концепции до реализации [Текст] / под ред. Л. Колярской-Бобинской. – Варшава : Oficyna Naukowa. – С. 169–295.
4. Гриневич Л. М. Тенденції децентралізації управління базовою освітою в сучасній Польщі [Текст] : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.01 / Л. М. Гриневич. – К., 2005. – 20 с.
5. Лехан В. Системы здравоохранения в переходном периоде [Текст] / Лехан В., Рудой В., Нолт Э. – К. : ЕОСПЗ, 2004. – 143 с.
6. Мних М. В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні [Текст] / М. В. Мних // Держава і економіка. – 2006. – № 11. – С. 39–41.
7. Пліш Б. А. Державне управління охороною здоров'я в країнах Східної Європи: досвід та можливість використання в Україні [Текст] : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Б. А. Пліш. – К., 2005. – 24 с.