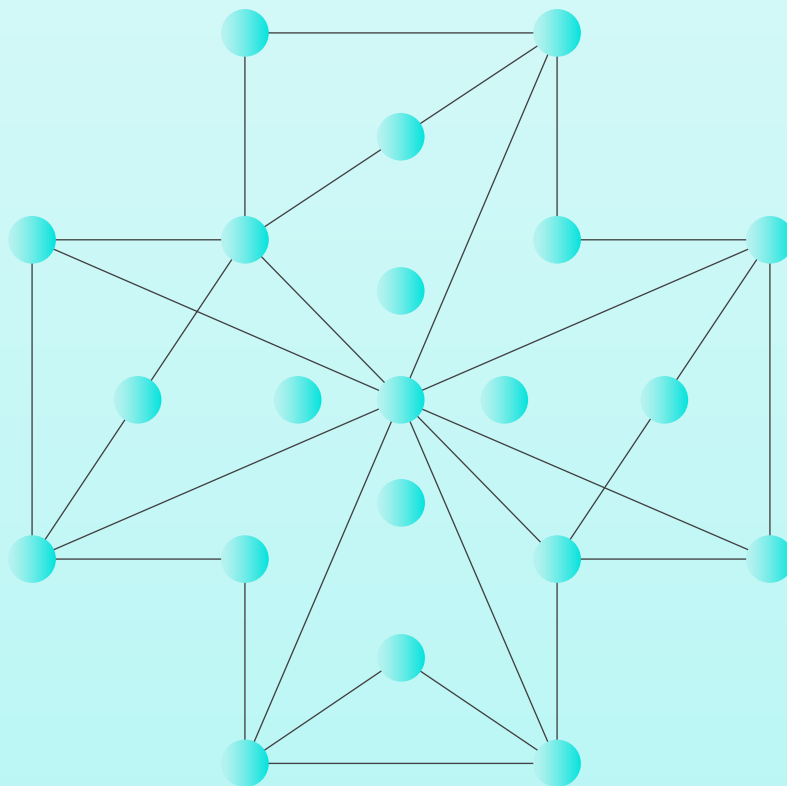


ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՊԱԿԵՆՏՐՈՆԱՑՈՒՄ

ԶԵԿՈՒՅՑ

ՀԵՂԻՆԱԿ՝ ԴԱՎԻԹ ԴԱՂԱԼՅԱՆ



ԵՐԵՎԱՆ 2022



Ծրագրի մասին

Սույն ուսումնասիրությունը իրականացվել է Եվրամիության կողմից ֆինանսավորվող «Մասնակցային ժողովրդավարությունը գործողության մեջ» ծրագրի շրջանակներում, որի հիմնական նպատակն է ապահովել հանրային կառավարման և ժողովրդավարական գործընթացների ոլորտներում որոշումների կայացման փաստափոխ և մասնակցային գործընթացը: Ծրագիրն իրականացնում է «Թրանսփարենսի Ինթերնեշնլ հավակոռուպցիոն կենտրոն» (ԹԻՂԿ) հասարակական կազմակերպությունը՝ «Մարտունու կանանց համայնքային խորհուրդ» և «Քաղաքական երկխոսություն» հասարակական կազմակերպությունների (ՂԿ) գործընկերությամբ:

Սույն զեկույցը հրապարակվել է Եվրոպական միության ֆինանսական աջակցությամբ: Չեկույցի բովանդակության համար պատասխանատու է հեղինակը և այն չի արտացոլում Եվրոպական միության տեսակետները:

Ապակենտրոնացման հիմնական ուղղությունների համառոտ նկարագրություն

Առողջապահական ծառայությունների ապակենտրոնացումը առողջապահության ոլորտի ու առողջապահության քաղաքականության բարեփոխումների կարևոր ուղղություններից մեկն է: Վերջինիս հիմնական նպատակը, անկախ իրականացման եղանակից, առողջապահական համակարգի կատարողականության բարելավումն է՝ տեղական ինքնակառավարման մարմինների հզորացման, թափանցիկության բարձրացման, տեխնիկական ու ֆինանսական բաշխումների արդյունավետության մեծացման և այլ արդյունքներով: Այնուամենայնիվ, այս առումով միանշանակ չէ, որ ապակենտրոնացումը մշտապես բերում է այս արդյունքները և վերջինիս ու ծառայությունների որակի բարձրացման ու ծախսարդյունավետության միջև կապը նույնպես հստակ չէ: Մի շարք հետազոտություններ որպես ապակենտրոնացման բացասական հետևանք առանձնացնում են նաև անհավասարությունը (inequity):

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) առանձնացնում է ապակենտրոնացման երկու հիմնական տեսակ՝ **Ֆունկցիոնալ**¹ և **Աշխարհագրական**²: Այս համատեքստում ապակենտրոնացումը դիտարկվում է որպես հանրային **պլանավորման, կառավարման և որոշումների կայացման** գործընթացների տեղափոխություն ազգային կամ ավելի բարձր մակարդակից տարածքային ավելի ցածր մակարդակներ:

Ապակենտրոնացումն իրականացվում է 4 հիմնական ճանապարհով՝

1. **Պատվիրակում (delegation)**, երբ կառավարման պատասխանատվությունը տեղափոխվում է հանրային այլ սուբյեկտների մակարդակ, որոնք դուրս են կենտրոնական իշխանության ամբողջական վերահսկողությունից: Մեկ այլ սահմանմամբ բնութագրվում է որպես պատասխանատվության փոխանցում կիսաանկախ սուբյեկտների, որոնք հաշվետու են կենտրոնական իշխանություններին, սակայն ամբողջությամբ չեն վերահսկվում վերջինիս կողմից:
2. **Հանձնում (devolution)**, երբ պատասխանատվությունը և որոշումների կայացումը ամբողջությամբ տեղափոխվում է կառավարման ավելի ցածր մակարդակ:
3. **Դեկոնցենտրացիա (de-concentration)**, երբ պատասխանատվությունը կամ աշխատանքի կազմակերպումը տեղափոխվում է աշխարհագրորեն ցրված տարածքներում գտնվող մարմինների, որոնք սակայն չունեն որոշումների կայացման լիազորություն: Այլ կերպ սահմանվում է որպես ադմինիստրատիվ ապակենտրոնացման տեսակ, երբ ավելի ցածր մակարդակները կազմակերպում են հիմնական աշխատանքը, սակայն ամբողջությամբ հաշվետու են կենտրոնական իշխանություններին:
4. **Մասնավորեցում (privatization)**, հանրայինից մասնավորի փոխակերպում:

Այս տարբերակումը նույնպես միանշանակ չէ, քանի որ որոշ հետազոտողներ քննարկում են, թե արդյոք դեկոնցենտրացիան պետք է դիտարկել որպես առանձին ճանապարհ կամ արդյոք մասնավորեցումն ապակենտրոնացման տեսակ է: Որոշ հեղինակներ ապակենտրոնացում են դիտարկում, օրինակ, հիվանդանոցային ծառայությունների վերափոխումը տնային խնամքի ծառայությունների:

¹ **Ֆունկցիոնալ** - առանձին գործառույթներ կատարելու լիազորությունը փոխանցվում է մասնագիտացված տեղական գրասենյակներին,

² **Աշխարհագրական** - հանրային գործառույթների իրականացման գործառույթները փոխանցվում են տեղական կազմակերպություններին, որոնք ունեն հստակ ամրագրված աշխարհագրական սահմաններ:

Ապակենտրոնացումը կարող է դիտարկվել նաև ըստ **մակարդակների** ու **աստիճանների**: Որպես բարդ ու բազմաշերտ գործընթաց, որը ներառում է քաղաքական, հարկաբյուջետային և ադմինիստրատիվ տարբեր բաղադրիչներ, դժվար է նաև չափել ապակենտրոնացման արդյունավետությունն ու ազդեցությունը, քանի որ վերջինիս բաղադրիչները՝ պատասխանատվությունը, ինքնավարությունը, ուժը և հաշվետվողականությունը դժվար չափելի են: Չափելիության տեսակետից հիմնականը հարկաբյուջետային (fiscal) է, օրինակ՝ տեղական ծախսերի հարաբերակցությունն ազգայինին: Այնուամենայնիվ, հարկաբյուջետային ցուցիչները հաճախ կարող են ապակողմնորոշել ուժի և ինքնավարության չափելիությունը:

Ապակենտրոնացման շուրջ քննարկումներում ակադեմիական հանրությունը չի առանձնացնում ճիշտ և սխալ պատասխաններ: Մի կողմից ապակենտրոնացումը նպաստում է, որ տեղական ինքնակառավարման մարմիններն ու բնակիչներն ավելի մեծ ազդեցություն ունենան ծառայությունների պլանավորման, կառավարման ու որոշումների կայացման գործընթացում, մյուս կողմից կարող է հանգեցնել տարբեր տարածքներում առողջապահական ծառայությունների անհավասար զարգացման և մատուցվող ծառայությունների որակի տարբերություններին:

Հայաստանում, ըստ ՀՀ առողջապահության նախարարության տվյալների, 1990-ական թվականներից սկսված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների մասնավորեցման գործընթացի արդյունքում տեղի է ունեցել առողջապահության համակարգի զգալի շուկայականացում: 2019 թվականի տվյալներով, Հայաստանի Հանրապետությունում գործել են 125 հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ, որոնցից 51-ը տեղակայված էրևանում, 74-ը՝ մարզերում: Վերոնշյալ կենտրոններից 68-ը մարզային ենթակայության են (57.4%), 36-ը՝ մասնավոր և սեփականաշնորհված (28.8%), 7-ը՝ այլ գերատեսչությունների ենթակայության ներքո (5.6%) և միայն 14-ն են գտնվում առողջապահության նախարարության ենթակայության ներքո (11.2%): Մասնավոր հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկներում է տեղակայված հանրապետության մահճակալային ֆոնդի շուրջ 32%-ը և դրանց մեծամասնությունը խոշոր բազմաֆունկցիոնալ հիվանդանոցներ են, որտեղ կենտրոնացված է առողջապահական համակարգի մարդկային և տեխնոլոգիական ներուժի զգալի մասը: Հայաստանում տեղի ունեցած ապակենտրոնացման արդյունքում առողջության առաջնային պահպանման օղակի կառավարման լիազորությունները պատվիրակվել են տարածքային կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմիններին և 2019 թվականի տվյալներով գործունեություն է ծավալել 360 առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող հաստատություններ, որոնցից 86-ը՝ պոլիկլինիկաներ են (այդ թվում՝ բժշկական կենտրոնների պոլիկլինիկական ստորաբաժանումներ), 268-ը՝ գյուղական առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններ են (գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներ, գյուղական առողջության կենտրոններ, առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններ), 6-ը՝ ընտանեկան բժիշկների անհատական և խմբային անկախ պրակտիկաներ են: Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող գրեթե բոլոր կազմակերպությունները (բացառությամբ մեկի) մարզային կամ համայնքային ենթակայության են կամ հանդիսանում են մասնավոր կազմակերպություններ:

Մարզային մակարդակում աշխատանքների կազմակերպման համար մարզպետարանների կառուցվածքում առանձնացված է **Առողջապահության և սոցիալական ապահովության վարչություն**, որն իր լիազորությունների շրջանակներում սահմանված կարգով

կազմակերպում է պետական առողջապահական ծրագրերի իրագործումը, մարզային ենթակայության պետական առողջապահական հաստատությունների աշխատանքը, ապահովում է բնակչության անվճար բուժօգնության իրականացումը, վերահսկում ոչ պետական առողջապահական հաստատությունների գործունեության համապատասխանությունը օրենսդրությանը, իրականացնում է մարզային ենթակայության առողջապահական հաստատությունների շենքերի կառուցման, պահպանման ու շահագործման կազմակերպումը, կազմակերպում է մարզային ենթակայության առողջապահական կազմակերպությունների ղեկավար կադրերի որակավորումը(ատեստացիա) և մրցույթների կազմակերպման ապահովման գործընթացը: Այնուամենայնիվ, ՀՀ առողջապահության նախարարությունը շարունակում է ներգրաված լինել, օրինակ, հավակնորդների ներկայացվող պահանջների սահմանման գործընթացում: Որպես օրինակ կարելի է դիտարկել առողջապահական պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների և հարյուր տոկոս՝ պետությանը սեփականության իրավունքով պատկանող բաժնեմաս ունեցող առողջապահական բաժնետիրական ընկերության գործադիր մարմնի ընտրության կարգը, որի հայտարարության տեքստի և մրցույթի հավակնորդներին ներկայացվող պահանջները հաստատվում են լիազոր մարմնի (ՀՀ առողջապահության նախարարություն) և մարզպետի համատեղ հրամանով:

Պետական ֆինանսավորման հատկացման գործընթացում ուշագրավ է նաև այն, որ, օրինակ պետական պատվերի տեղադրման հայտերի ներկայացման և քննարկման կարգով սահմանվում է, որ մարզպետարանների, մարզերի տարածքում գտնվող համայնքների և Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության բժշկական կազմակերպությունների համար ներկայացվում է համապատասխանաբար մարզպետարանի (այդ թվում՝ տվյալ մարզի տարածքում գործող համայնքների) և Երևանի քաղաքապետարանի կողմից՝ մեկ ընդհանուր փաթեթով, հետևաբար սահմանելով, որ ենթակա կազմակերպությունները պետք է իրենց հայտերը ներկայացնեն մարզպետարան կամ Երևանի քաղաքապետարան:

Միաժամանակ, «Տեղական ինքնակառավարման մասին» ՀՀ օրենքի 12-րդ հոդվածով սահմանվում է **համայնքի պարտադիր խնդիրները** (հանրային նշանակության այն խնդիրներն են, որոնց լուծմամբ ապահովվում է համայնքի բնականոն կյանքի ընթացքը), որոնց թվում է համայնքում բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի իրականացումը, արդյունավետ և մատչելի առաջնային բժշկական սպասարկման պայմանների ստեղծումը: Նույն օրենքի 47-րդ հոդվածով սահմանվում է համայնքի ղեկավարի լիազորություններն առողջապահության, ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի բնագավառում, առանձնացնելով համայնքային ենթակայության բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատությունների և մարզական կազմակերպությունների գործունեության կազմակերպումը և կառավարումը, համայնքի տարածքում արտահիվանդանոցային ձևով բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման կազմակերպումը, համայնքի տարածքում իրականացվող վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելիչ և սանիտարահակահամաճարակային աշխատանքներին աջակցությունը:

Առաջարկություններ

Ապակենտրոնացման(ներառյալ առանձին ծառայությունների) գործընթացի ամբողջական և լիարժեք կազմակերպման, ինչպես նաև արդյունավետության գնահատման համար անհրաժեշտ է իրականացնել հետևյալ քայլերը.

1. **Պլանավորում.** շահագրգիռ կողմերի մասնակցությամբ (բուժաշխատողներ, համայնքային ծառայություններ, բնակիչներ և այլոք) իրականացնել առկա իրավիճակի բազմակողմանի ուսումնասիրություն, բացահայտել խնդիրները, սահմանել առաջնահերթություններն ու գործողությունների ծրագրերը: Ստեղծել տարածքային առողջապահական խորհուրդներ կամ կոմիտեներ, որոնք հնարավորություն կունենան առանձնացնել հրատապ խնդիրները տեղական մակարդակում: Կոմիտեներն անկախ մարմիններ են, որոնց կազմում կարող են ներգրավված լինել տեղական առողջապահական կազմակերպությունների, հասարակական կազմակերպությունների, սոցիալական ծառայությունների և շահագրգիռ այլ կառույցների ներկայացուցիչներ, որոնք կարող են մշակել տեղական առողջապահական ծրագրեր, բացահայտել խնդիրներ, սահմանել նպատակներ, գործողություններ և այլն:
2. **Ֆինանսավորում.** դիտարկել ապակենտրոնացման ենթակա ծառայությունների ֆինանսավորման աղբյուրներն ու հատկացումները, ինչպես նաև հնարավոր ծախսերն ու դրանց արդյունավետությունը:
3. **Ռեսուրսների կառավարում.** կազմակերպել գնումների գործընթացը (սարքավորումներ, դեղորայք և այլն), ինչը հնարավորություն կտա ապահովել այդ ծառայությունների մատուցման շարունակականությունը:
4. **Մարդկային ռեսուրսների կառավարում.** տեղում հավաքագրել և աշխատանքի ընդունել (ինչպես նաև ազատել) անձնակազմին, ինչպես նաև սահմանել վերջիններիս կարողությունների շարունակական զարգացման հնարավորությունները, նրանց տրվող արտոնությունները և այլն:
5. **Ծառայությունների մատուցում.** որոշել, թե ինչ բնույթի առողջապահական ծառայություններ են մատուցվելու (վերարտադրողական առողջություն, պատվաստումներ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի դեմ պայքար և այլն):
6. **Տվյալների կառավարում ու մշտադիտարկում.** Որոշել, թե ինչ ցուցանիշներով (ինդիկատոր) են հավաքագրվելու տվյալները, ինչպես են վերլուծվելու ու կիրառվելու արդյունավետության գնահատման գործընթացում:
7. **Հասանելիություն,**
8. **Կառավարման ապակենտրոնացում:**

Արդյունավետության գնահատման հիմնական մոտեցումներ

Ապակենտրոնացման արդյունավետությունը կառավարման տեսանկյունից հիմնականում գնահատվում է երեք ուղղությամբ՝ դիտարկելով 1) անմիջական , 2) միջանկյալ և 3) երկարաժամկետ արդյունքներով:

1. Անմիջական արդյունքներ

- 1.1. Փաստաթղթաշրջանառության նվազում,
- 1.2. Կենտրոնական ֆինանսավորումից նվազ կախվածություն,
- 1.3. Տեղական ֆինանսական հոսքերի հավաքագրման աճ,
- 1.4. Տեղական առողջապահական խնդիրներին թիրախային արձագանքող ծրագրեր և նախաձեռնություններ,
- 1.5. Տեղական իշխանության և առողջապահական ծառայությունների հզորացում,

- 1.6. Համայնքային մակարդակում թափանցիկության ու հաշվետվողականության մեծացում,
- 1.7. Առողջապահական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների ինքնավարության մեծացում:

2. Միջանկյալ արդյունքներ

- 2.1. Բյուջետային հատկացումների և տեղական առաջնահերթությունների համապատասխանեցման ու արձագանքման մեծացում,
- 2.2. Առողջապահական ծառայությունների համար կատարվող ֆինանսական հատկացումների բարելավում,
- 2.3. Գնումների գործընթացի բարելավում,
- 2.4. Տեղական ինքնակառավարման մարմինների կարողությունների զարգացում,
- 2.5. Խոցելի բնակչությանն ուղղված թիրախային ծրագրերի մշակում և իրականացում,
- 2.6. Առողջապահական գործընթացների հանրային մասնակցության մեծացում,
- 2.7. Տեղական սոցիալական ծրագրերում առողջապահական բաղադրիչի ինտեգրում,
- 2.8. Պացիենտների կարիքների արձագանքման արդյունավետության մեծացում,
- 2.9. Մարդկային ռեսուրսների կառավարման արդյունավետության բարձրացում:

3. Երկարաժամկետ արդյունքներ

- 3.1. Առողջապահական ծառայությունների որակի բարելավում,
- 3.2. Առողջապահական ծառայությունների մատչելիության բարելավում,
- 3.3. Սոցիալական արդարության հաստատում,
- 3.4. Պացիենտների գոհունակության բարձրացում:

Ռիսկեր

1. **Ծառայությունների հատվածավորում (ֆրագմենտացիա),** երբ ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների միջև հաղորդակցության և համակարգման խնդիրների պատճառով վերջիններս դառնում են մասնատված և անջատ, հանգեցնելով տարբեր տարածաշրջաններում և անգամ, տարբեր մասնագետների կողմից տարբերվող ծառայություններ ստանալուն,
2. **Անհավասարությունների մեծացում,** երբ աշխարհագրական տարբեր տարածքներում ծառայությունները ֆինանսավորվում, կառավարվում և զարգանում են տարբեր կերպ,
3. **Ծառայությունների որակի և շարունակական ապահովման խնդիրներ,**
4. **Մասնագիտական ներուժի կորուստ,** երբ մասնագետները տեղափոխվում են այն տարածքներ, որտեղ, օրինակ, ավելի բարձր է վարձատրությունը, շատ են արտոնությունները և այլն,
5. **Ծառայությունների դուալիկացիա,** երբ առողջապահական տարբեր կազմակերպություններ նույն տարածքում կարող են մատուցել նույն ծառայությունները,
6. **Հաշվետվողականության նվազում,** երբ բացակայում է վերահսկողության հստակ ու կենտրոնացված մոտեցումը:

Հատկանշական է, որ արտակարգ իրավիճակների ժամանակ, երբ անհրաժեշտ է իրականացնել մեծածավալ, ռազմավարական ու կառավարչական պլանավորում և

իրականացում, ապակենտրոնացումը կարող է դժվարացնել հրատապ արձագանքման գործընթացը: Որպես օրինակ, դեռևս 2019 թվականին ՀՀ առողջապահության նախարարությունը Ռազմական դրության մասին օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ առաջարկելիս հիմնավորել էր, որ միայն 14 հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն և 1 առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող հաստատություն է գտնվում ԱՆ ենթակայության ներքո, սակայն զինված հարձակման, դրա անմիջական վտանգի առկայության կամ պատերազմ հայտարարվելու դեպքում կծագի առողջապահական համակարգի միասնական կառավարման, ինչպես նաև բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման դժվարություններ:

Ամփոփում

Այսպիսով, Հայաստանում առողջապահական տարբեր ծառայություններ ապակենտրոնացման տարբեր ճանապարհներ են անցել՝ մասնավորեցումից մինչև դեկոնցենտրացիա: Դրանք հիմնականում կրել են վարչական բնույթ՝ չունենալով ապակենտրոնացմանը բնորոշ հիմնական հատկանիշների (պլանավորում, կառավարում, որոշումների կայացում) լիարժեք և ամբողջական իրացում, իսկ համակարգի աշխատանքի կառավարման, պլանավորման և որակի վերահսկման մեխանիզմները շարունակել են մնալ ՀՀ առողջապահության նախարարության վերահսկողության ներքո: Այնուամենայնիվ, արդեն իսկ ապակենտրոնացված ծառայությունների արդյունավետության բարձրացման նպատակով անհրաժեշտ է հզորացնել տեղական դերակատարներին, զարգացնել նրանց կարողություններն ու հմտություններն ու մեծացնել վերջիններիս ներգրավածությունը պլանավորման, մարդկային ռեսուրսների կառավարման, տվյալների հավաքագրման և մշտադիտարկման գործընթացներում:

Ապակենտրոնացման համատեքստում Հայաստանում կարելի է դիտարկել Հոգեբուժական ծառայությունները: Մասնավորապես, հոգեբուժական ծառայություններ մատուցվում են ինչպես ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայությամբ, այնպես էլ ՀՀ տարածքային կառավարման և ենթակառուցվածքների և ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունների ենթակայությամբ գործող կառույցներում, հանգեցնելով համագործակցային խնդիրների, միասնական մոտեցման բացակայության ու մատուցվող ծառայությունների որակային խնդիրների: Բացի այդ, ծառայությունների բարելավման համատեքստում ենթադրվում է փակ հաստատությունների փոխարինում համայնքաին, մարդու իրավունքների իրացմանը նպաստող այլընտրանքային ծառայություններով, դրանք դարձնելով առավել հասանելի ու մատչելի: Այս ծառայությունները փոխակերպումը կարող է ապակենտրոնացման լավ օրինակ հանդիսանալ, հնարավորություն ընձեռնելով կազմակերպել ողջ գործընթացը սկզբից մինչև վերջ՝ պահպանելով սահմանված մոտեցումներն ու քայլերի հստակ հաջորդականությունը:

Օգտագործված աղբյուրներ/գրականություն

1. Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2011). Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. *Social Science & Medicine*, 72(1), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.019>
2. Gumaste, V. V. (2021). Recommendations by experts fail to impress. *Indian Journal of Medical Sciences*, 73, 364–366. https://doi.org/10.25259/IJMS_316_2021
3. Liwanag, H. J., & Wyss, K. (2018). What conditions enable decentralization to improve the health system? Qualitative analysis of perspectives on decision space after 25 years of devolution in the Philippines. *PLOS ONE*, 13(11), e0206809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206809>
4. Liwanag, H. J., & Wyss, K. (2020). Who should decide for local health services? A mixed methods study of preferences for decision-making in the decentralized Philippine health system. *BMC Health Services Research*, 20(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05174-w>
5. Noory, B., Hassanain, S. A., Lindskog, B. V., Elsony, A., & Bjune, G. A. (2020). Exploring the consequences of decentralization: Has privatization of health services been the perceived effect of decentralization in Khartoum locality, Sudan? *BMC Health Services Research*, 20(1), 669. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05511-z>
6. Purwanto, E. A., & Pramusinto, A. (2018). Decentralization and functional assignment in Indonesia: The case of health and education services. *Policy Studies*, 39(6), 589–606. <https://doi.org/10.1080/01442872.2018.1530413>
7. Regmi, K. (2018). Methodological and practical viewpoints of qualitative-driven mixed method design: The case of decentralisation of primary healthcare services in Nepal. *Primary Health Care Research & Development*, 19(01), 64–76. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000597>
8. Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. McGraw Hill Open university press.
9. Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենք, (1996). <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=160950>
10. «Ռազմական դրության իրավական ռեժիմի մասին» ՀՀ օրենքում լրացումներ կատարելու մասին ՀՀ օրենք, (2019).
11. Տեղական ինքնակառավարման մասին ՀՀ օրենք, (2002). <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=162766>