

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ СТАТЬЯ

МУНИЦИПАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПУБЛИЧНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: КОНСТИТУЦИОННО-ТЕЛЕОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В КОНТЕКСТЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО 2030 ГОДА

Т. В. Миногина¹, Е. А. Шишкина¹¹ Уральский государственный экономический университет (Екатеринбург, Россия)

АННОТАЦИЯ

Введение. Настоящая статья посвящена конституционно-телеологическому анализу муниципального уровня публично-правового регулирования здравоохранения в Российской Федерации в свете Стратегии развития здравоохранения на период до 2030 г. и Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации с привлечением сравнительно-правового материала по Республике Беларусь, Республике Казахстан, Федеративной Республике Германия и Республике Польша. Актуальность темы предопределена тем, что после конституционных поправок 2020 г. муниципальный уровень включен в единую систему публичной власти, тогда как объем полномочий органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья сохраняет нормативную неопределенность.

Материалы и методы. Методологическую основу образуют диалектический, формально-догматический, системно-структурный и телеологический методы правового анализа, а также сравнительно-правовой метод применительно к зарубежному и постсоветскому опыту регулирования муниципального здравоохранения. Эмпирическую базу составляют данные социологических мониторингов Аналитического центра ВЦИОМ (2025 г.), официальная статистика Министерства здравоохранения Российской Федерации и правоприменительная практика субъектов РФ и государств-участников Содружества Независимых Государств.

Результаты и выводы. Обосновывается, что трехуровневая нормативная система регулирования здравоохранения характеризуется структурной диспропорцией: документы стратегического планирования нового поколения закрепили принципиально иные стандарты медицинской деятельности, не обеспеченные надлежащим законодательным инструментарием применительно к полномочиям органов местного самоуправления. Прослеживается устойчивая тенденция централизации публичного управления в сфере здравоохранения, в условиях которой компетенция органов местного самоуправления применительно к организации медицинской помощи населению последовательно сужается. Данные ВЦИОМ (2025 г.) фиксируют двукратный разрыв между удовлетворенностью здравоохранением в мегаполисах и малых городах (66% против 33%), что в системно-структурном измерении выступает индикатором несоответствия нормативной модели конституционным требованиям территориального равенства.

Обсуждение. Полученные результаты обсуждаются в контексте трех ключевых дискуссионных направлений отечественной муниципально-правовой доктрины. Во-первых, обосновывается тезис о необратимости тенденции административизации публичного управления здравоохранением, рассматриваемой не как локальное явление, но как структурная характеристика постконституционной модели разграничения полномочий. Во-вторых, анализируется конкуренция доктринальных позиций о месте муниципального уровня в единой системе публичной власти после конституционных поправок 2020 г.: «жесткой инкорпорации» (А. А. Шахов, М. В. Демидов) против «сохранения автономии» (Н. С. Конева, О. И. Баженова). В-третьих, в свете современных иностранных исследований 2024–2026 гг. (Escano-Arias et al., Bisht S., Lilly et al.) обсуждается применимость в российских условиях стратегии «здоровье во всех политиках» (Health in All Policies) как нормативного механизма преодоления территориального неравенства.

© Миногина Т. В., Шишкина Е. А., 2026

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.



КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Принцип законности, публично-правовое регулирование, муниципальное здравоохранение, конституционные гарантии, местное самоуправление, административизация, нормативный разрыв, телеология права, сравнительное правоведение.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Статья выполнена без внешнего финансирования.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ

Миногоина Т. В., Шишкина Е. А. Муниципальный уровень публично-правового регулирования здравоохранения в Российской Федерации: конституционно-телеологический анализ в контексте Стратегии развития здравоохранения до 2030 года // Муниципалитет: экономика и управление. 2026. № 3. С. 63–79. EDN UPEHOO.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Миногоина Татьяна Вячеславовна – Уральский государственный экономический университет (620144, Россия, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, 62) – *ассистент кафедры экономики социальной сферы; ГБУЗ СО «ЦГКБ № 6» – врач-рентгенолог; t.minogina1@gmail.com. SPIN 6177-1766, ORCID 0009-0009-8248-8276, Researcher J TU-5385-2023.*

Шишкина Елена Александровна – доктор экономических наук, доцент; Уральский государственный экономический университет (620144, Россия, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, 62) – *профессор кафедры региональной, муниципальной экономики и управления; le_gre@mail.ru. SPIN 4795-8400, ORCID 0000-0002-1280-3105, Researcher AAB-4409-2021.*

ВКЛАД АВТОРОВ

Шишкина Е. А. – научное руководство исследованием, разработка концепции и методологии статьи, доработка окончательного варианта рукописи.

Миногоина Т. В. – определение замысла исследования, обзор и анализ нормативно-правовой базы и научной литературы, сбор и систематизация эмпирических данных (мониторинги ВЦИОМ, статистика Минздрава России, правоприменительная практика субъектов РФ и государств-участников СНГ), сравнительно-правовой анализ зарубежного опыта (Республика Беларусь, Республика Казахстан, ФРГ, Республика Польша), формулировка итоговых выводов, подготовка начального варианта текста рукописи.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ИИ

Авторы заявляют о том, что при написании данной статьи не применялись средства генеративного искусственного интеллекта.

Статья поступила 02.05.2026; рецензия получена 24.06.2026; принята к публикации 30.07.2026.

RESEARCH ARTICLE

RUSSIAN FEDERATION HEALTHCARE SYSTEM MUNICIPAL LEVEL PUBLIC LAW REGULATION: CONSTITUTIONAL-TELEOLOGICAL ANALYSIS IN THE HEALTHCARE SYSTEM DEVELOPMENT STRATEGY CONTEXT UNTIL 2030

T. V. Minogina¹, E. A. Shishkina¹

¹ Ural State University of Economics (Yekaterinburg, Russia)

ABSTRACT

Introduction. This article offers a constitutional-teleological analysis of the municipal level of public-law regulation of the healthcare system in the Russian Federation in the light of the Healthcare Development Strategy for the period until 2030 and the Strategy for Scientific and Technological Development of the Russian Federation, drawing on comparative-legal evidence from the Republic of Belarus, the Republic of Kazakhstan, the Federal Republic of Germany, and the Republic of Poland. The relevance of the topic stems from the fact that, following the 2020 constitutional amendments, the municipal level has been incorporated into the unified system of public authority, while the scope of local self-government powers in the sphere of public health protection retains normative indeterminacy that calls for doctrinal resolution.

Materials and methods. The methodological framework rests on the dialectical, formal-dogmatic, systemic-structural, and teleological methods of legal analysis, together with the comparative-legal method applied to foreign and post-Soviet experience in regulating municipal healthcare; the empirical basis comprises the sociological monitoring data of the VCIOM Analytical Centre (2025), official statistics of the Ministry of Health of the Russian Federation, and the law-enforcement practice of the constituent entities of the Russian Federation and of the Member States of the Commonwealth of Independent States.

Results and conclusions. It has been substantiated that the three-tier regulatory system governing healthcare exhibits a structural disproportion: the new generation of strategic-planning instruments has enshrined fundamentally new standards of medical activity that are not supported by an adequate legislative toolkit with respect to the powers of local self-government bodies. A consistent trend towards the centralization of public administration in the healthcare sphere is observed, under which the competence of local self-government bodies with regard to the organization of medical care for the population is being progressively narrowed; the VCIOM monitoring data (2025) record a twofold gap between satisfaction with healthcare in megacities and in small towns (66% versus 33%), which, in its systemic-structural dimension, serves as an indicator of the discrepancy between the regulatory model and the constitutional requirements of territorial equality.

Discussion. The findings have been discussed within three principal directions of Russian municipal-law doctrine. First, the irreversibility of the administrativization trend in public healthcare governance has been substantiated as a structural rather than local feature of the post-constitutional model of competence allocation. Second, the doctrinal competition between the «hard incorporation» view (A. A. Shakhov, M. V. Demidov) and the «preserved autonomy» view (N. S. Koneva, O. I. Bazhenova) on the place of local self-government within the unified system of public power after the 2020 constitutional amendments has been analysed. Third, in the light of contemporary international research from 2024–2026 (Escano-Arias et al., Bisht S., Lilly et al.), the applicability of the «Health in All Policies» strategy to the Russian context as a normative instrument to overcome territorial inequality has been discussed.

KEYWORDS

Principle of legality, public-law regulation, municipal healthcare, constitutional guarantees, local self-government, administrativisation, regulatory gap, teleology of law, comparative jurisprudence.

FUNDING

The article has been written without external funding.

FOR CITATION

Minogina, T. V., Shishkina, E. A. (2026) Russian Federation healthcare system municipal level public law regulation: constitutional-teleological analysis in the Healthcare system development strategy context until 2030. *Municipality: Economics and Management*, (3), 63–79. <https://elibrary.ru/upehoo>.

AUTHORS' INFORMATION

Tatyana V. Minogina – Ural State University of Economics (620144, Russia, Yekaterinburg, 8 Marta St., 62) – *Assistant Lecturer at the Department of Social Sphere Economics*; State Budgetary Healthcare Institution of the Sverdlovsk Region «Central City Clinical Hospital № 6» – *Radiologist*; t.minogina1@gmail.com. SPIN 6177-1766, ORCID 0009-0009-8248-8276, Researcher J TU-5385-2023.

Elena A. Shishkina – Doctor of Sciences (Economics), Associate Professor; Ural State University of Economics (620144, Russia, Yekaterinburg, 8 Marta St., 62) – *Professor at the Department of Regional, Municipal Economics and Management*; le_gre@mail.ru. SPIN 4795-8400, ORCID 0000-0002-1280-3105, Researcher AAB-4409-2021.

AUTHORS' CONTRIBUTION

Shishkina E. A. – research supervision, development of the conceptual framework and methodology, critical analysis of the text finalization of the manuscript.

Minogina T. V. – research design, review and analysis of the regulatory framework and scholarly literature, collection and systematization of empirical data (VCIOM monitoring, Ministry of Health of Russia statistics, law-enforcement practice of the constituent entities of the Russian Federation and the CIS Member States), comparative-legal analysis of foreign experience (Republic of Belarus, Republic of Kazakhstan, Federal Republic of Germany, Republic of Poland), , formulation of final conclusions, preparation of the initial manuscript draft.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflicts of interest.

USE OF AI TOOLS DECLARATION

All authors declare that they have not used Artificial Intelligence (AI) tools for the creation of this article.

The article was submitted 02.05.2026; reviewed 24.06.2026; accepted for publication 30.07.2026.

Введение

Конституция Российской Федерации (далее – РФ), провозглашая в ст. 41 право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь и одновременно закрепляя в ст. 130–133 право граждан на самостоятельное решение вопросов местного значения, формирует, на первый взгляд, цельную нормативную архитектуру, в которой муниципальный уровень публичной власти органически встроен в систему реализации социальных прав граждан. Однако детальный анализ законодательного воплощения данных конституционных норм обнаруживает глубокое противоречие. Оно нарастает особенно рельефно на фоне принятия Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2030 г., утвержденной Указом Президента РФ от 8 декабря 2025 г. № 896 (далее – Стратегия-2030). Параллельно действует Стратегия научно-технологического развития, утвержденная Указом Президента РФ от 28 февраля 2024 г. № 145 (далее – Стратегия НТР). Органы местного самоуправления, конституционно наделенные статусом ближайшей к гражданину публичной власти, оказываются *de facto* лишены каких-либо действенных рычагов воздействия на состояние местного здравоохранения. Стратегические документы государства, между тем, требуют для своей реализации именно того уровня территориальной включенности в управление, которым могли бы и должны бы располагать органы местного самоуправления.

Показательным с точки зрения нормативного содержания институциональной асимметрии является то обстоятельство, что в действующем законодательном регулировании глава муниципального образования не наделен правовыми инструментами, позволяющими ему воздействовать на деятельность государственной медицинской организации субъекта РФ, расположенной на территории муниципалитета, в том числе по вопросам капитального ремонта объектов,

кадрового обеспечения, маршрутизации пациентов и организации круглосуточной работы экстренных служб. С 2012 г., когда организация первичной медико-санитарной помощи была исключена из перечня вопросов местного значения и отнесена к компетенции региональных органов государственной власти, муниципальный уровень публичного управления был выведен за пределы системы организации медицинской помощи в ее непосредственно-исполнительском измерении. Указанная тенденция, обнаруживая системный характер, не только сохраняется, но и последовательно углубляется в законодательной практике, что находит отражение в аналогичной эволюции компетенционных основ муниципального уровня в сферах образования и социальной защиты [1, с. 39–47; 2, с. 15–18; 3, с. 86–97].

Актуальность настоящего исследования определяется не только теоретической значимостью конституционно-правового анализа данного противоречия, но и практическими последствиями описанного нормативного разрыва, наглядно отраженными в данных социологических мониторингов. По сведениям Аналитического центра ВЦИОМ, опубликованным в декабре 2025 г., 52% граждан РФ не удовлетворены качеством медицинского обслуживания, причем в городах с населением до 100 тысяч человек, то есть на территориях, применительно к которым проблематика компетенции органов местного самоуправления приобретает наибольшую практическую остроту, доля неудовлетворенных составляет 60%, тогда как в городах федерального значения – 30%, что образует двукратный разрыв, выступающий в системно-структурной интерпретации индикатором нарастающего территориального неравенства в реализации базовой конституционной гарантии^{1,2}. Цель настоящего исследования состоит в конституционно-телеологическом анализе нормативной системы публичного управления здравоохранением на муниципальном уровне,

¹ ВЦИОМ. Здравоохранение в России: мониторинг. Декабрь 2025 г. // Аналитический центр ВЦИОМ. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

² ВЦИОМ. Удовлетворенность качеством медицинской помощи в разрезе типов населенных пунктов: данные мониторинга 2025 года // Аналитический центр ВЦИОМ. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

выявлении ее структурных диспропорций с учетом сравнительно-правового опыта Республики Беларусь, Республики Казахстан, Федеративной Республики Германия и Республики Польша [4, с. 77–81; 5, с. 45–58].

Публично-правовое регулирование здравоохранения в РФ образует иерархически выстроенную нормативную систему, конституционную вершину которой занимает ст. 41 Конституции РФ, обязывающая государство обеспечить каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь, причем применительно к государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения – бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и иных поступлений. Данная конституционная норма, как обоснованно отмечают исследователи эффективности конституционно-правовых норм, представляет собой не простое управомочивающее или обязывающее предписание, но правовой принцип, пронизывающий всю систему позитивного права и телеологически определяющий законодательный процесс [6, с. 2–6]. Применительно к здравоохранению это означает, что дискреция законодателя при определении форм и механизмов публично-правового регулирования медицинских услуг ограничена конституционным идеалом их доступности, качества и безопасности вне зависимости от места проживания гражданина.

Конституционный механизм разграничения предметов ведения и полномочий, закрепленный в ст. 71 и 72 Конституции РФ, конструирует для сферы здравоохранения специфическую нормативную архитектуру: регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина относятся к исключительному ведению РФ (ст. 71), тогда как координация вопросов здравоохранения и социальная защита граждан отнесены к совместно-му ведению Федерации и ее субъектов (ст. 72). Муниципальный уровень при этом формально не упоминается в нормах о разграничении предметов ведения. Вместе с тем, ст. 130 Конституции РФ, закрепляя право местного самоуправления на самостоятельное решение вопросов местного значения, в совокупности с ч. 2 ст. 132 создает конституционное основание для наделения органов МСУ отдельными государственными полномочиями в социальной сфере, включая здравоохранение, при условии, что соответствующее наделение осуществлено законом с обязательной передачей необходимых финансовых средств.

Принципиально важным с точки зрения конституционной телеологии является то обстоятельство, что конституционный законодатель, закрепляя в ст. 41 бесплатность медицинской помощи именно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, тем самым конститутивно встраивает муниципальный уровень в систему публично-правовых гарантий

права на охрану здоровья, возлагая на органы местного самоуправления соответствующие обязательства публично-правового характера. Конституционные поправки 2020 г., закрепившие принцип единства системы публичной власти, в которую органы местного самоуправления отныне включены в качестве органической составляющей (ч. 3 ст. 132 Конституции РФ), создают принципиально новое нормативное основание для пересмотра полномочий органов МСУ в сфере здравоохранения. Встроенность в единую систему публичной власти логически предполагает наличие реальных, а не декларативных полномочий по участию в решении вопросов здоровья граждан на местах, иначе декларация единства публичной власти превращается в конституционную фикцию.

Нельзя не обратить внимание на то, что ст. 18 Конституции РФ прямо устанавливает: права и свободы человека и гражданина определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием. Данная конституционная норма распространяет функцию обеспечения прав граждан непосредственно на органы местного самоуправления, что в совокупности со ст. 41 формирует, по существу, конституционный мандат муниципального управления здравоохранением. Органы МСУ не просто вправе, но конституционно обязаны принимать меры для обеспечения реализации права на охрану здоровья на своей территории. Расхождение между данным конституционным мандатом и реальным положением дел, при котором глава городского округа лишен каких-либо правовых инструментов воздействия на работу районной больницы, представляет собой не частный законотворческий просчет, но системную конституционно-правовую патологию, требующую принципиального законодательного исправления.

Материалы и методы

Методологическую основу настоящего исследования образует комплексное применение общенаучных и специальных методов познания. К числу общенаучных отнесены диалектический и системно-структурный подходы, позволяющие рассматривать публично-правовое регулирование муниципального здравоохранения как развивающуюся целостность, находящуюся в диалектическом взаимодействии с конституционно-правовым статусом органов местного самоуправления и стратегическим целеполаганием государства. Среди специальных методов применительно к решению поставленных задач задействованы формально-догматический метод, направленный на установление содержания и нормативной сути соответствующих правовых

норм; телеологический метод, ориентированный на выявление целевого назначения норм Конституции РФ, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 20 марта 2025 г. № 33-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в единой системе публичной власти», Указа Президента РФ от 8 декабря 2025 г. № 896 (Стратегия-2030); наконец, сравнительно-правовой метод, примененный к правовым порядкам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Федеративной Республики Германия и Республики Польша.

Эмпирическую базу исследования составили: данные социологических мониторингов Аналитического центра ВЦИОМ за 2025 год, отражающие удовлетворенность граждан РФ качеством медицинской помощи в разрезе типов населенных пунктов; официальная статистика Министерства здравоохранения РФ о состоянии кадрового и инфраструктурного обеспечения первичного звена здравоохранения; правоприменительная практика органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления применительно к реализации полномочий в сфере охраны здоровья; нормативные правовые акты государств-участников Содружества Независимых Государств, регулирующие вопросы муниципального участия в управлении здравоохранением. Привлечение указанных эмпирических источников обеспечило возможность сопоставления нормативной модели муниципального здравоохранения с реальным состоянием отрасли и оценки эффективности действующего правового регулирования с точки зрения реализации конституционных гарантий права на охрану здоровья. Существенным эмпирическим источником выступила также практика привлечения к административной ответственности за нарушения в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи населению, систематизированная применительно к Уральскому федеральному округу.

Теоретическую базу исследования образуют научные труды по конституционному праву (С. А. Васильев, Н. С. Конева, М. В. Демидов, А. А. Шахов, Е. В. Годованик, А. Н. Путренко), административному праву и теории публичного управления (Ю. Н. Стариков, Н. Н. Бакурова, С. М. Зубарев), муниципальному праву (Е. Ю. Комлев, О. И. Баженова, О. А. Кожевников, Б. Н. Матулов, Е. В. Кискин), а также исследования зарубежного и постсоветского опыта регулирования муниципального здравоохранения (П. И. Сивоконева, K. Pachucki-Włosek, K. A. Sabitov, R. Escano-Arias, S. Bisht, A. Simonović, C. L. Lilly, O. A. Alawode), а также работы по правовому регулированию цифрового здравоохранения (М. В. Некотенева, Д. В. Понамарева, K. Jürgens et al., S. Gilbert).

Результаты

Законодательное закрепление полномочий органов местного самоуправления в сфере здравоохранения претерпело в 2011–2012 гг. трансформацию, последствия которой по своей системной значимости для реализации конституционных прав граждан оказались весьма серьезными. До принятия Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – ФЗ № 323) организация первичной медико-санитарной помощи в муниципальных учреждениях входила в перечень вопросов местного значения применительно к городским округам и муниципальным районам в силу прямого указания Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления» (далее – ФЗ № 131). С принятием ФЗ № 323 данное полномочие было передано на региональный уровень, что фактически вывело органы местного самоуправления за пределы системы публичного управления здравоохранением в части непосредственной организации медицинской помощи. Как обоснованно указывается в современной административно-правовой литературе, деятельность органов исполнительной власти осуществляется «исключительно в пределах предоставленных полномочий и компетенций», что выступает базовым требованием обеспечения законности в публичном управлении [7, с. 27–31], применительно к муниципальному уровню это означает, что сужение полномочий органов МСУ законодателем влечет за собой неизбежное «выпадение» данного уровня из системы публичного управления отраслью.

Проведенный анализ действующего перечня вопросов местного значения городского округа, закрепленного ст. 16 ФЗ № 131, позволяет установить, что из всего многообразия вопросов, связанных с жизнеобеспечением населения, здравоохранение практически полностью исключено. Органы местного самоуправления вправе создавать условия для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, однако данное правомочие носит откровенно вспомогательный, координационный характер и не предоставляет органу МСУ ни финансового, ни организационного, ни кадрового инструментария для непосредственного воздействия на систему местного здравоохранения. Практические последствия данного законодательного выбора оказываются предельно наглядными. Мэр крупного промышленного города не вправе обязать районную больницу отремонтировать кровлю, привлечь недостающих врачей-специалистов, изменить режим работы приемного покоя или перераспределить потоки пациентов для снижения очередей, все это находится исключительно в компетенции регионального

уровня власти, тогда как сам мэр, ежедневно сталкивающийся с жалобами граждан на состояние местной медицины, лишен каких-либо правовых рычагов для их разрешения.

Особую остроту данная ситуация приобретает в части финансирования объектов здравоохранения. Региональные медицинские организации, расположенные на территории муниципального образования, финансируются из регионального бюджета через Фонд обязательного медицинского страхования, минуя муниципальный бюджет полностью, вследствие чего глава муниципального образования лишен не только управленческих, но и финансово-правовых инструментов влияния. В современной доктрине административного права обоснованно подчеркивается, что «обеспечение прав граждан требует от всех уровней публичной власти наличия четко определенной компетенции и соответствующих правовых средств ее реализации» как надлежащей основы парадигмы российского административного права [8, с. 42–54]: именно это условие применительно к муниципальному уровню управления здравоохранением не выполняется – компетенция отсутствует, правовые средства не предусмотрены, а конституционный мандат по обеспечению права на охрану здоровья формально никем не отменен, что порождает правовой вакуум, принципиально несовместимый с принципом законности в его конституционно-правовом измерении.

Закон РФ о поправке к Конституции от 14 марта 2020 г. № 1-ФКЗ и принятый в его развитие Федеральный закон от 20 марта 2025 г. № 33-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в единой системе публичной власти» в части полномочий в сфере здравоохранения не только не устранили это противоречие, но и не создали новых правовых механизмов восстановления действенной роли органов МСУ в системе публичного управления здравоохранением. Перечень вопросов местного значения в ФЗ № 33 воспроизводит ту же «координационную» формулировку о «создании условий», которая давно превратилась в правовой симулякр, не порождающий реальных полномочий. Тенденция к постепенному изъятию из компетенции органов МСУ вопросов, непосредственно затрагивающих качество жизни граждан – сначала образования, затем здравоохранения, затем социальной защиты – свидетельствует о системном выборе в пользу централизованного государственного управления отраслями социальной сферы, принципиальная несовместимость которого с конституционной моделью местного самоуправления как формы народовластия (ст. 3, 130 Конституции РФ) требует доктринального осмысления.

Анализ регионального и местного нормотворчества Свердловской области наглядно демонстрирует, что даже в условиях законодательного

исключения первичной медико-санитарной помощи из перечня вопросов местного значения отдельные субъекты РФ в течение почти десяти лет сохраняли практику делегирования соответствующих государственных полномочий органам местного самоуправления: Закон Свердловской области от 21 ноября 2012 г. № 91-ОЗ «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований, расположенных на территории Свердловской области, государственными полномочиями РФ, переданными для осуществления органам государственной власти Свердловской области, по подготовке и проведению Всероссийской переписи населения», а ранее Закон Свердловской области от 9 ноября 2011 г. № 120-ОЗ закрепляли модель целевого финансирования отдельных функций здравоохранения через бюджеты муниципальных образований при сохранении методического контроля субъекта РФ. Применительно к городу Екатеринбургу указанная модель получила развитие в Постановлении Главы Екатеринбурга от 1 ноября 2010 г. № 5081 и Постановлении Администрации города Екатеринбурга от 22 ноября 2013 г. № 3958, утвердившем муниципальную программу «Развитие и поддержка муниципальных учреждений здравоохранения» с общим объемом финансирования 8587 млн рублей на период 2014–2020 гг., обеспечившую содержание сети муниципальных лечебно-профилактических учреждений до момента их полной передачи в государственную собственность Свердловской области во исполнение Постановления Правительства Свердловской области от 24 марта 2011 г. № 309-ПП. Указанный опыт, прекративший свое существование с 1 января 2021 г. в связи с окончательной централизацией системы здравоохранения на уровне субъекта РФ, представляет существенный научный интерес именно потому, что в период своего действия он эмпирически демонстрировал жизнеспособность смешанной модели публично-правового регулирования муниципального здравоохранения, при которой методическое и финансовое руководство сосредоточено на региональном уровне, тогда как оперативное управление, содержание имущественного комплекса и обеспечение территориальной доступности медицинской помощи возлагаются на органы местного самоуправления, располагающие необходимыми инструментами учета местной специфики [9, с. 491–527].

Данная нормативная ситуация представляет собой частное проявление более широкой тенденции, которую Ю. Н. Старилов квалифицировал как «административизацию» публичного управления, понимая под ней процесс постепенного замещения децентрализованных форм публичного управления административно-иерархическими, в рамках которого вышестоящие уровни власти принимают на себя компетенцию нижестоящих, мотивируя

это соображениями обеспечения единства государственной политики и повышения управленческой эффективности [10, с. 25–37; 11, с. 16–29]. По оценке указанного исследователя, устойчивое движение к административизму представляет угрозу для конституционного принципа местного самоуправления, поскольку превращает органы местного самоуправления в технических агентов государственных органов, лишенных самостоятельной функции и собственного публично-правового статуса [10, с. 25–37]. Сформулированный в общеметодологическом регистре, данный вывод с особой точностью описывает положение муниципального уровня применительно к сфере здравоохранения [3, с. 86–97; 12, с. 29–33; 13, с. 11–14].

Конституционный механизм наделения органов МСУ отдельными государственными полномочиями, закрепленный в ч. 2 ст. 132 Конституции РФ и предполагающий законодательное оформление передачи с обязательной передачей финансовых средств, на практике работает крайне ограниченно именно в сфере здравоохранения. В большинстве субъектов РФ органам МСУ государственные полномочия в части организации медицинской помощи не передаются, а финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется непосредственно через региональные ТФОМС и региональные бюджеты, минуя муниципальный уровень. Ю. А. Тихомиров и Э. В. Талапина, исследуя проблематику административных процедур, обоснованно указывали на то, что ненормативная практика, при которой полномочия фактически осуществляются без законного основания или с выходом за пределы предоставленной компетенции, является нарушением принципа законности, сколь бы целесообразными ни казались соответствующие действия [14, с. 3–13]: применительно к муниципальному здравоохранению данный тезис приобретает обратный смысл – полномочия не осуществляются не потому, что органы МСУ выходят за их пределы, а потому, что самих полномочий не существует, хотя конституционный мандат их осуществление недвусмысленно предполагает.

Сопоставительное исследование практики наделения органов местного самоуправления государственными полномочиями в сфере охраны здоровья граждан, осуществленное применительно к ряду субъектов РФ, обнаруживает существенную дифференциацию региональных моделей. Помимо описанной выше свердловской модели, концептуальное значение имеют: во-первых, законодательство Московской области, в рамках которого Закон Московской области от 7 декабря 2011 г. «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Московской области отдельными государственными полномочиями Московской области по организации оказания медицинской помощи на территории Московской области» закрепил

наиболее объемный среди субъектов РФ перечень переданных полномочий, включая планирование развития сети медицинских организаций, согласование штатной численности медицинского персонала и контроль качества медицинской деятельности на территории муниципального образования. Во-вторых, опыт Самарской области, где Постановление Правительства Самарской области от 27 ноября 2013 г. № 674 утвердило механизм межбюджетного субсидирования муниципальных программ развития здравоохранения, получивший развитие в региональной программе модернизации первичного звена с объемом финансирования 12,95 млрд рублей на период 2021–2025 гг. В-третьих, практика Хабаровского края, в рамках которой соглашения между администрацией городского округа «Город Хабаровск» и правительством края регулярно опосредуют передачу муниципалитету отдельных функций по организационному и инфраструктурному обеспечению медицинской помощи. В-четвертых, опыт Республики Татарстан, где модель финансирования муниципального уровня выстраивалась через целевые субвенции из регионального бюджета с одновременным сохранением муниципальной собственности на здания и сооружения медицинского назначения. В-пятых, законодательство Ленинградской области, реализовавшее в начале 2010-х годов промежуточную модель сохранения за муниципальными районами полномочий по содержанию имущества медицинских организаций при одновременной передаче функций по обеспечению медицинской помощью на уровень субъекта РФ. Концептуальное значение указанного компаративного материала состоит в том, что во всех пяти рассмотренных региональных случаях фактически апробированы различные конфигурации сочетания централизованного финансирования и децентрализованного оперативного управления медицинскими организациями, причем ни одна из них не привела к нарушению принципа единства системы публичной власти, а напротив, способствовала более тонкой настройке правоприменительной практики применительно к территориальным особенностям соответствующего субъекта РФ. Указанный опыт, к сожалению, был свернут к 2020–2021 гг. в силу общей тенденции централизации, что в полной мере подтверждает справедливость вывода О. И. Баженовой о том, что переходные положения соответствующих федеральных законов о местном самоуправлении функционируют не как технико-юридический механизм адаптации правовой системы к новым институциональным условиям, а как самостоятельный «инструмент воздействия государства на местное самоуправление», направленный на постепенное вытеснение муниципального уровня публичной власти из социально значимых сфер [15, с. 33–41]. Развивая указанный

тезис применительно к реформе местного самоуправления 2025 г., О. И. Баженова обоснованно констатирует, что реализация преобразованной конституционной модели местного самоуправления в РФ, начатая поправками 2020 г. и юридически завершенная принятием ФЗ № 33, в части социальных полномочий органов местного самоуправления не сопровождается восстановлением их компетенции в сфере здравоохранения, что свидетельствует о сохранении прежнего вектора нормативно-правового регулирования и одновременно – об углублении противоречия между конституционно гарантированным статусом местного самоуправления как формы народовластия и фактическим объемом его публично-правовых возможностей [16, с. 30–40].

Терминологические коллизии в правовом регулировании здравоохранения на субфедеральном уровне усугубляют описанную картину. Федеральный закон № 323-ФЗ в ст. 2 проводит принципиальное разграничение между понятиями «медицинская помощь» как родовой категорией, охватывающей весь комплекс мероприятий по поддержанию и восстановлению здоровья, и «медицинская услуга» как ее видовым элементом – медицинским вмешательством, имеющим самостоятельное законченное значение. Анализ нормативных правовых актов субъектов РФ в сфере организации здравоохранения выявляет систематическую терминологическую несогласованность. Постановления правительств ряда субъектов используют оба понятия как взаимозаменяемые, что на практике создает условия для произвольного замещения конституционно гарантированной бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами – практики, которую С. М. Зубарев квалифицирует как нарушение общих условий обеспечения законности в публичном управлении [17, с. 47–58].

По результатам мониторинга Аналитического центра ВЦИОМ, проведенного в августе 2025 г. с охватом 1600 совершеннолетних жителей РФ, установлено: 52% граждан выражают неудовлетворенность качеством медицинского обслуживания и лишь 42% в той или иной степени удовлетворены им. За 19 лет систематических наблюдений доля удовлетворенных увеличилась на семь процентных пунктов, то есть в среднем менее чем на 0,4 процентных пункта в год, что при сохранении указанной динамики предполагает достижение порога преобладающей удовлетворенности лишь в долгосрочной перспективе³.

Еще более значимым с конституционно-правовой точки зрения является территориальный разрез данных: в Москве и Санкт-Петербурге медицинской помощью довольны 66% жителей, недовольны 30%. В городах с населением до 100 тысяч человек – то есть именно там, где вопрос об участии органов МСУ в управлении здравоохранением наиболее актуален, довольны лишь 33%, недовольны 60%⁴. Данный двукратный разрыв является, по существу, индикатором конституционного нарушения: ст. 41 Конституции РФ гарантирует каждому право на охрану здоровья вне зависимости от места проживания, тогда как реальность свидетельствует о формировании двух принципиально различных систем здравоохранения в рамках одной страны – качественной мегаполисной и дефицитной малгородской. Параллельно с ростом неудовлетворенности фиксируется тревожная тенденция снижения обращаемости в государственные медицинские учреждения: если в 2006 г. при болезни в государственные клиники обращались 52% граждан, то в 2025 г. – лишь 41%; при этом 35% россиян прибегали к самолечению, а доля частной медицины выросла с 6 до 17%⁵.

Структура неудовлетворенности, зафиксированная в мониторинге ВЦИОМ, непосредственно указывает на те предметные области, разрешение которых объективно предполагает участие органов местного самоуправления. 83% жалоб связаны с дефицитом медицинских кадров и уровнем профессиональной компетентности врачей. Привлечение специалистов в малые города и сельскую местность представляет собой задачу, в отношении которой муниципальный уровень публичной власти располагает специфическими инструментами социальной интеграции (предоставление служебного жилья, обеспечение местами в дошкольных образовательных организациях, формирование культурной среды) [1, с. 39–47; 9, с. 491–527]. 70% жалоб касаются недоступности медицинских услуг (длительные сроки ожидания записи на прием, дефицит лекарственного обеспечения). Обеспечение транспортной доступности медицинских организаций, поддержка функционирования фельдшерско-акушерских пунктов, организация социального транспорта для доставки пациентов в медицинские учреждения относятся к числу типичных задач муниципального уровня, эффективное разрешение которых из регионального центра без участия местной власти представляется методологически затруднительным⁶ [1, с. 39–47].

³ ВЦИОМ. Здравоохранение в России: мониторинг. Декабрь 2025 г. // Аналитический центр ВЦИОМ. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

⁴ ВЦИОМ. Удовлетворенность качеством медицинской помощи в разрезе типов населенных пунктов: данные мониторинга 2025 года // Аналитический центр ВЦИОМ. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

⁵ ВЦИОМ. Здравоохранение в России: мониторинг. Декабрь 2025 г. // Аналитический центр ВЦИОМ. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

⁶ ВЦИОМ. Удовлетворенность качеством медицинской помощи в разрезе типов населенных пунктов: данные мониторинга 2025 года // Аналитический центр ВЦИОМ. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

Таблица 1 – Удовлетворенность качеством медицинской помощи в разрезе типов населенных пунктов (РФ, по данным мониторинга ВЦИОМ, 2025 г.)

Table 1 – Satisfaction with the quality of medical care by type of settlement (Russian Federation, VCIOM monitoring data, 2025)

Тип населенного пункта	Довольны, %	Недовольны, %	Затрудн. ответить, %
Москва и Санкт-Петербург	66	30	4
Крупные города (100–500 тыс. чел.)	44	50	6
Малые города (до 100 тыс. чел.)	33	60	7
Сельская местность	31	62	7

Источник: составлено авторами на основе данных Аналитического центра ВЦИОМ (2025 г.).

Обращение к зарубежному и постсоветскому опыту правового регулирования муниципального здравоохранения представляется методологически необходимым, поскольку позволяет идентифицировать апробированные законодательные решения, способные, будучи адаптированными к конституционно-правовой идентичности РФ, служить ориентиром при формировании отечественного правового регулирования. Сравнительный анализ правопорядков Республики Беларусь, Республики Казахстан, Федеративной Республики Германия и Республики Польша обнаруживает принципиально различные модели встраивания муниципального уровня в систему публично-правового регулирования здравоохранения.

Республика Беларусь представляет модель, при которой конституционный механизм местного самоуправления сохраняет существенную институциональную включенность в управление здравоохранением. Конституция Республики Беларусь в ст. 117–122 закрепляет систему местного управления и самоуправления, в рамках которой местные Советы депутатов, а также местные исполнительные и распорядительные органы наделены широкими полномочиями в области организации медицинского обеспечения населения соответствующей территории, что отмечается в современной сравнительно-правовой литературе [4, с. 77–81]. Принципиально значимым с правовой точки зрения является то обстоятельство, что в белорусской модели местный исполнительный орган выступает учредителем территориальных медицинских организаций первичного звена, что обеспечивает реальные правовые средства управленческого воздействия на их деятельность.

Республика Казахстан демонстрирует иную модель баланса между централизацией публичного управления и муниципальной включенностью в сферу здравоохранения. Конституция Республики Казахстан в ст. 86–89 закрепляет систему местного государственного управления и самоуправления, в рамках которой акимы как главы соответствующих территориальных

уровней несут ответственность за социально-экономическое развитие подведомственной территории, включая организацию доступной медицинской помощи [5, с. 45–58; 18, с. 239–248]. Государственные программы развития здравоохранения Республики Казахстан возлагали на центральные и местные исполнительные органы совместную ответственность за реализацию соответствующих мероприятий, предусматривая необходимые полномочия и финансовые механизмы на местном уровне [4, с. 77–81; 5, с. 45–58].

Германская модель муниципального здравоохранения, основанная на принципе subsidiarity, конструирует для общин (Gemeinden) отчетливые полномочия в области общественного здравоохранения (öffentlicher Gesundheitsdienst) при параллельном функционировании системы обязательного медицинского страхования. Показательным примером нормативной интеграции цифровых технологий служит германская система цифровых медицинских приложений (Digitale Gesundheitsanwendungen, DiGA), формирующая регуляторную среду для возмещения цифровых терапевтических инструментов через систему обязательного медицинского страхования. Применительно к приложениям с компонентами искусственного интеллекта введено требование об обязательном соответствии стандартам Регламента ЕС об искусственном интеллекте (EU AI Act) [19; 20].

Польская модель представляет существенный интерес для отечественной правовой доктрины, поскольку Республика Польша осуществила реформирование системы управления здравоохранением, во многом сопоставимое по исходным условиям с российским опытом, однако избрала принципиально иные нормативно-правовые решения. В правовой системе Польши повяты (районы) и гмины (коммуны) выступают учредителями медицинских организаций первичного и вторичного звена, что обеспечивает реальную правовую ответственность местных органов публичной власти за состояние здравоохранения на подведомственной территории. Проведенный сравнительно-правовой анализ убедительно

демонстрирует, что ни один из рассмотренных правопорядков не избрал модель полного отстранения муниципального уровня от регулирования здравоохранения [4, с. 77–81; 5, с. 45–58].

Современные международные исследования 2024–2026 гг. подкрепляют сделанные сравнительно-правовые наблюдения. Так, исследование R. Escano-Arias и соавторов на материале постсоциалистических юрисдикций обосновывает, что устойчивое укрепление местных систем здравоохранения требует институциональной автономии муниципального уровня в части первичной медико-санитарной помощи [24]. На индийском материале S. Bisht демонстрирует обратную корреляцию между централизацией здравоохранения и удовлетворенностью граждан качеством медицинской помощи [25]. Аналогичные выводы для европейских юрисдикций получены в работе A. Simonović и соавторов, показавших, что децентрализация медицинской помощи статистически значимо коррелирует с улучшением территориально-выравненных показателей здоровья населения [26].

Систематизация преимуществ и недостатков отечественной модели публично-правового регулирования муниципального здравоохранения, осуществленная на основе сопоставления региональной правоприменительной практики 2011–2021 г. и сравнительно-правового материала, позволяет сформулировать развернутую доктринальную оценку существующего нормативного режима. К числу содержательных преимуществ модели делегирования отдельных государственных полномочий органам местного самоуправления, апробированной в перечисленных выше пяти субъектах РФ, относятся: реализация конституционного принципа субсидиарности, в силу которого решение задач публичного управления должно осуществляться на уровне, наиболее приближенном к гражданину и располагающем необходимым институциональным потенциалом; повышение оперативности реагирования на конкретные потребности населения соответствующей территории в части материально-технического обеспечения медицинских организаций, в том числе через возможность оперативного перераспределения средств муниципального бюджета на устранение аварийных ситуаций в зданиях лечебно-профилактических учреждений; учет территориальной специфики, выражающийся в способности органов местного самоуправления формулировать программы развития здравоохранения, учитывающие демографическую структуру, эпидемиологическое состояние, транспортную доступность и социально-экономический профиль населенного

пункта; сохранение муниципальной собственности на имущественные комплексы медицинского назначения, выступающее значимой гарантией предотвращения деградации материально-технической базы здравоохранения в малых и средних городах; обеспечение более эффективного общественного контроля за качеством медицинской помощи через институты местного самоуправления, в частности через публичные слушания и отчетность главы муниципального образования перед местным сообществом. Вместе с тем, доктринальный анализ указанной модели обнаруживает и существенные риски: хроническая недостаточность субвенций, направляемых субъектами РФ на исполнение переданных полномочий, в силу чего муниципальные образования вынуждены покрывать соответствующие расходы из собственных источников, не предусмотренных для целей здравоохранения; размытие ответственности между уровнями публичной власти за состояние здоровья населения, порождающее в правоприменительной практике феномен «правового пинг-понга»; усиление территориального неравенства между муниципальными образованиями одного субъекта РФ, обусловленное различиями в их собственной финансовой обеспеченности (ярким эмпирическим подтверждением указанной тенденции является уже отмеченный двукратный разрыв в показателях удовлетворенности качеством медицинской помощи между мегаполисами и малыми городами, зафиксированный мониторингом ВЦИОМ за 2025 год⁷); риск снижения качества медицинской помощи в случае отсутствия адекватной методической поддержки со стороны региональных органов государственной власти; наконец, риск частой ротации полномочий между уровнями публичной власти, дестабилизирующей правоприменительную практику и затрудняющей долгосрочное планирование развития сети медицинских организаций. Сбалансированная оценка перечисленных преимуществ и недостатков, осуществляемая в логике конституционно-телеологического анализа, приводит к выводу о том, что устранение указанных рисков объективно возможно лишь при условии законодательного закрепления стабильного, методически обеспеченного и финансово гарантированного перечня обязательных муниципальных полномочий в сфере охраны здоровья, тогда как полное исключение муниципального уровня из соответствующей системы публичного управления, реализованное в действующем регулировании, представляет собой не разрешение, а скорее принципиальное игнорирование описанного доктринального противоречия.

⁷ ВЦИОМ. Удовлетворенность качеством медицинской помощи в разрезе типов населенных пунктов: данные мониторинга 2025 года // Аналитический центр ВЦИОМ. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

Таблица 2 – Сравнительный анализ полномочий органов местного самоуправления в сфере здравоохранения в Российской Федерации, Республике Беларусь, Республике Казахстан, Федеративной Республике Германия и Республике Польша

Table 2 – Comparative analysis of the powers of local self-government bodies in healthcare in the Russian Federation, Republic of Belarus, Republic of Kazakhstan, Federal Republic of Germany, and Republic of Poland

Критерий	Россия (РФ)	Беларусь	Казахстан	Германия (ФРГ)	Польша
Учредитель мед. учреждения первичного звена	Субъект РФ	Местный исп. орган	Аким (местный)	Городской совет / община	Гмина / повят
Реальные рычаги влияния главы МО на работу больницы	Нет	Да	Частично	Да	Да
Финансирование через МСУ	Нет (ТФОМС)	Да (часть)	Да (часть)	Да (гмина)	Да (часть)
Кадровое влияние МСУ	Нет	Да	Частично	Да	Да
Конституционная основа полномочий МСУ в здравоохранении	Ст. 41 (норм. разрыв)	Ст. 117–122	Ст. 86–89	GG Art. 28	Конституция РП, ст. 163–172

Источник: составлено авторами на основе сравнительно-правового анализа [25; 26; 27].

Обсуждение

Полученные результаты позволяют сформулировать три дискуссионных тезиса, обсуждение которых открывает направления дальнейших исследований.

Во-первых, эмпирически зафиксированный двукратный разрыв в удовлетворенности здравоохранением между мегаполисами и малыми городами обнаруживает не временную, но структурную дисфункцию модели регулирования. В отечественной доктрине прослеживаются две принципиально различные позиции относительно конституционно-правовой природы этой дисфункции. Сторонники «жесткой инкорпорации» муниципального уровня в единую систему публичной власти (А. А. Шахов [12, с. 29–33], М. В. Демидов [30, с. 49–51]) рассматривают данный разрыв как закономерное следствие конституционных поправок 2020 г. и допускают его сохранение в качестве переходного явления. В противоположность этому представители подхода «сохранения автономии» (Н. С. Конева [31, с. 2–6], О. И. Баженова [15, с. 33–41; 16, с. 30–40]) усматривают в указанном разрыве конституционно-правовую патологию, требующую законодательного исправления через расширение перечня вопросов местного значения в сфере здравоохранения. Перераспределение полномочий как новая модель регулирования муниципальной компетенции, предложенная Е. В. Кискиным [32, с. 60–75], требует, по справедливому замечанию автора, стратегического подхода, не сводимого к простому изменению перечня вопросов местного значения.

Во-вторых, сравнительно-правовой анализ обнаруживает, что современная зарубежная доктрина 2024–2026 гг. движется в направлении, противоположном российскому. Исследования R. Escano-Arias и соавторов (2025) [24] свидетельствуют, что страны со схожими стартовыми условиями (постсоциалистические системы с трехуровневой моделью публичного управления) последовательно расширяют автономию муниципального уровня в части первичной медико-санитарной помощи. Работа S. Bisht (2025) [25] на материале Индии демонстрирует обратную корреляцию между централизацией здравоохранения и удовлетворенностью граждан качеством медицинской помощи; аналогичные выводы для европейских юрисдикций получены в исследовании A. Simonović и соавторов (2025) [26]. Данный международный контекст ставит под сомнение тезис о неизбежности административизации как универсальной модели и требует от российского законодателя теоретической рефлексии относительно избранного пути.

В-третьих, конструктивной альтернативой текущей модели может выступать концепция «здоровье во всех политиках» (Health in All Policies), активно развиваемая в современной зарубежной науке (C. L. Lilly et al., 2024 [27]) и предполагающая институциональное закрепление обязанности органов публичной власти всех уровней, включая муниципальный, учитывать последствия принимаемых решений для здоровья населения. Данная концепция содержательно созвучна конституционному принципу единства системы

публичной власти (ч. 3 ст. 132 Конституции РФ) и при надлежащей нормативной операционализации могла бы стать основанием для перераспределения полномочий между уровнями публичной власти в сфере здравоохранения. Опыт африканских юрисдикций (О. А. Alawode et al., 2026 [38]) подтверждает, что автономия муниципального уровня в первичной медико-санитарной помощи статистически значимо коррелирует с улучшением территориально-выравненных показателей здоровья населения.

Стратегия-2030, будучи документом стратегического планирования в значении соответствующего федерального законодательства, не создает самостоятельно нормативных предписаний для органов местного самоуправления, однако формирует нормативный контекст, в рамках которого надлежащее исполнение конституционных обязательств в сфере здравоохранения объективно требует расширения и конкретизации компетенции муниципального уровня публичной власти. Стратегия прямо относит к числу вызовов национальной безопасности «недостаточно высокий уровень территориальной доступности медицинских организаций» и ставит задачу «развития выездных методов работы с гражданами, проживающими в труднодоступных районах и сельской местности». Реализация перечисленных стратегических задач предполагает активное участие органов местного самоуправления в организации логистики медицинской помощи на местном уровне – обеспечении транспортной доступности, информировании населения, содействии функционированию фельдшерско-акушерских пунктов. Действующее законодательство о применении телемедицинских технологий не предусматривает какой-либо нормативно закреплённой роли органов местного самоуправления в организации телемедицинской помощи, оставляя соответствующие вопросы исключительно в компетенции региональных органов государственной власти и медицинских организаций, тогда как именно на муниципальном уровне аккумулированы сведения о реальном состоянии телекоммуникационной инфраструктуры в конкретных сельских населённых пунктах [21, с. 117–128].

Профилактическое направление Стратегии-2030 также обнаруживает существенный нормативный дефицит на муниципальном уровне. Реализация профилактической модели медицинской помощи как стратегического приоритета предполагает интеграцию медицинских, образовательных, физкультурно-спортивных и культурных программ в единый механизм охраны и укрепления здоровья населения, при этом именно органы местного самоуправления, в силу своего конституционного статуса ближайшего к гражданину уровня публичной власти, объективно располагают институциональным потенциалом для

организации такой межсекторной деятельности. М. В. Некотенева и Д. В. Пономарева, исследуя европейский опыт правового регулирования мобильных медицинских технологий, обоснованно указывают на то, что эффективное правовое регулирование цифрового здравоохранения требует четкого определения компетенции каждого уровня публичного управления с соответствующим ресурсным обеспечением [21, с. 117–128; 29, с. 121–132] – вывод, в полной мере применимый и к отечественной правовой ситуации [19; 20].

Особого доктринального внимания заслуживает категория «муниципальной медицины» как самостоятельного юридико-социального феномена, в недостаточной мере отрефлексированного в действующем нормативно-правовом регулировании. Под муниципальной медициной в современной правовой доктрине понимается совокупность правовых, организационных и материально-технических условий обеспечения первичной медико-санитарной помощи и иных видов медицинской деятельности, осуществляемой на территории муниципального образования с участием органов местного самоуправления в формах, не ограниченных «созданием условий» в смысле ст. 16 Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ. Указанная категория получает развернутое теоретическое обоснование в современных исследованиях природы местного самоуправления как формы народовластия и его соотношения с народным суверенитетом, обоснованно квалифицирующих местное самоуправление не только как форму осуществления публичной власти, но и как онтологически необходимый элемент конституционной модели народовластия, обладающий особыми функциями применительно к организации жизнедеятельности местного сообщества, включая обеспечение его медицинских и санитарно-эпидемиологических потребностей [22, с. 14–18]. В этом контексте обращение к доктринальному наследию российской школы муниципального права приобретает не только академическое, но и практико-правовое значение, поскольку именно в ее рамках сформулирована концепция местного самоуправления как онтологически необходимого элемента системы публичной власти, лишение которого реальных полномочий в социально значимых сферах равнозначно подрыву конституционных основ народовластия. Применительно к сфере здравоохранения указанное теоретическое положение приобретает особую актуальность в свете вступившего в силу 19 июня 2025 г. Федерального закона от 20 марта 2025 г. № 33-ФЗ, ст. 32 которого закрепляет трехзвенную классификацию полномочий органов местного самоуправления (неотъемлемые, передаваемые и перераспределенные), относя участие в охране здоровья граждан к категории неотъемлемых полномочий (ч. 1 ст. 32). Указанное законодательное

решение, формально подтверждающее конституционный мандат муниципального уровня в сфере здравоохранения, однако, не сопровождается ни конкретизацией содержания соответствующих полномочий, ни закреплением источников их финансового обеспечения, что в доктринальном плане воспроизводит ту же модель «правового симулякра», против которой обоснованно возражает современная муниципально-правовая доктрина, последовательно настаивающая на необходимости содержательного, а не формального наполнения компетенции органов местного самоуправления [22, с. 14–18; 23, с. 26–31]. Системная интеграция категории муниципальной медицины в действующее правовое регулирование предполагала бы, как минимум, законодательное закрепление перечня обязательных муниципальных полномочий в сфере охраны здоровья (с обязательным финансовым обеспечением), кодификацию административных процедур доступа граждан к медицинской помощи на муниципальном уровне, введение института «муниципального стандарта доступности медицинских услуг», предусматривающего предельно допустимые сроки ожидания и расстояния до ближайшей медицинской организации соответствующего профиля, а также формирование механизма межуровневого взаимодействия органов местного самоуправления и территориальных фондов обязательного медицинского страхования при разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Заключение

Проведенный конституционно-телеологический анализ позволяет сформулировать следующие выводы.

Нормативная система публично-правового регулирования здравоохранения на муниципальном уровне характеризуется структурной диспропорцией. Конституционный статус органов местного самоуправления как элемента единой системы публичной власти, обязанного участвовать в реализации конституционных гарантий права на охрану здоровья, системно разрывается с фактическим объемом законодательно закрепленных полномочий органов МСУ, явно недостаточным применительно к стратегическим задачам, сформулированным в Стратегии-2030.

Устойчивая тенденция административизации публичного управления в сфере здравоохранения, описанная в доктрине Ю. Н. Старилова [10, с. 25–37; 11, с. 16–29] и подтвержденная законодательной эволюцией периода 2011–2025 гг.,

повлекла за собой положение, при котором органы местного самоуправления фактически утратили нормативно закрепленные средства воздействия на организацию медицинской помощи. Глава муниципального образования не наделен ни одним правовым инструментом воздействия на деятельность государственной медицинской организации субъекта РФ, что находится в существенном противоречии с конституционным мандатом, вытекающим из системного толкования статей 18, 41, 130–133 Конституции РФ [3, с. 86–97; 12, с. 29–33; 13, с. 11–14]. Данный нормативный разрыв не находит подтверждения в качестве инструмента повышения качества здравоохранения: по данным ВЦИОМ (2025), 52% граждан выражают неудовлетворенность качеством медицинской помощи. Двукратный разрыв в показателях удовлетворенности между мегаполисами и малыми городами сохраняется. Обращаемость в государственные медицинские организации демонстрирует тенденцию к снижению^{8,9}.

Сравнительно-правовой анализ опыта Республики Беларусь, Республики Казахстан, Федеративной Республики Германия и Республики Польша свидетельствует о том, что ни один из изученных правовых порядков не избрал модель полного отстранения органов местного самоуправления от управления здравоохранением. Напротив, во всех изученных системах муниципальный уровень рассматривается как необходимое условие обеспечения территориальной доступности медицинской помощи [4, с. 77–81; 5, с. 45–58; 18, с. 239–248]. Современные международные исследования 2024–2026 гг. подтверждают универсальность данной закономерности, обосновывая обратную корреляцию между централизацией здравоохранения и удовлетворенностью граждан качеством медицинской помощи [24; 25; 26].

Механизм наделения органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями, предусмотренный ч. 2 ст. 132 Конституции РФ, применительно к здравоохранению функционирует крайне ограниченно, что в сочетании с тенденцией к административизации создает риск необратимого функционального ослабления муниципального уровня в системе публичного управления социальной сферой [10, с. 25–37; 3, с. 86–97; 13, с. 11–14]. Конструктивной альтернативой выступает законодательное закрепление концепции «здоровье во всех политиках» (Health in All Policies) [27; 28] и стратегическое перераспределение полномочий между уровнями публичной власти в сфере здравоохранения [32, с. 60–75].

⁸ ВЦИОМ. Здравоохранение в России: мониторинг. Декабрь 2025 г. // Аналитический центр ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

⁹ ВЦИОМ. Удовлетворенность качеством медицинской помощи в разрезе типов населенных пунктов: данные мониторинга 2025 года // Аналитический центр ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews> (дата обращения: 04.05.2026).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- [1] Платонова Н. И. Роль органов местного самоуправления в развитии системы здравоохранения в России // Юрист. 2025. № 5. С. 39–47. DOI 10.18572/1812-3929-2025-5-39-47. EDN BFYOHM.
- [2] Комлев Е. Ю. Этапы и тенденции развития законодательства о местном самоуправлении в современной России с учетом муниципальной реформы 2025 года // Государственная власть и местное самоуправление. 2025. № 10. С. 15–18. DOI 10.18572/1813-1247-2025-10-15-18. EDN NDACLU.
- [3] Васильев С. А. Ценность местного самоуправления в процессе его соотношения с государством: конституционно-правовой аспект // Lex Russica (Русский закон). 2024. Т. 77, № 4 (209). С. 86–97. DOI 10.17803/1729-5920.2024.209.4.086-097. EDN SFTMZC.
- [4] Сивоконева П. С. Право на охрану здоровья в конституциях стран Содружества Независимых Государств: сравнительно-правовое исследование // Правовая парадигма. 2024. Т. 23, № 1. С. 77–81. DOI 10.15688/lc.jvolsu.2024.1.10. EDN SAAHPU.
- [5] Pachucki-Włosek K. The Present and Future of Local Self-Government in the Republic of Kazakhstan // Polish Political Science Yearbook. 2024. Vol. 53, Iss. 2. P. 45–58. DOI 10.15804/ppsy202415. EDN ZQKXDJ.
- [6] Годованик Е. В., Путренко А. Н. Концептуальные подходы к определению уровня эффективности конституционно-правовых норм // Конституционное и муниципальное право. 2024. № 8. С. 2–6. DOI 10.18572/1812-3767-2024-8-2-6. EDN GYKXHP.
- [7] Бакурова Н. Н. Обеспечение законности в сфере реализации исполнительной власти // Административное право и процесс. 2026. № 3. С. 27–31. DOI 10.18572/2071-1166-2026-3-27-31. EDN WAJAFW.
- [8] Старилов Ю. Н. Требования правового государства как надлежащая основа установления российской парадигмы административного права // Административное право и процесс. 2021. № 2. С. 42–54. DOI 10.18572/2071-1166-2021-2-42-54. EDN LPHTNK.
- [9] Бегичева С. В., Калабина Е. Г., Назаров Д. М. Сравнительный анализ эффективности муниципального здравоохранения методом DEA: кейс Свердловской области // Journal of Applied Economic Research. 2025. Т. 24, № 2. С. 491–527. DOI 10.15826/vestnik.2025.24.2.017. EDN VADWLS.
- [10] Старилов Ю. Н. Действительно ли наступила эпоха ренессанса государственного управления в России? К юбилею профессора Л. Л. Попова // Административное право и процесс. 2020. № 7. С. 25–37. DOI 10.18572/2071-1166-2020-7-25-37. EDN EFHPPZ.
- [11] Старилов Ю. Н., Давыдов К. В. Административная реформа в Российской Федерации на современном этапе: основные достижения, проблемы и перспективы // Правовая наука и реформа юридического образования. 2011. № 1 (24). С. 125–151. EDN RFOSLT.
- [12] Шахов А. А. Осторожный разворот: Конституционный Суд РФ о месте местного самоуправления в рамках единой системы публичной власти // Конституционное и муниципальное право. 2024. № 3. С. 29–33. DOI 10.18572/1812-3767-2024-3-29-33. EDN RGQBCX.
- [13] Майборода В. А. Оценка органов местного самоуправления как органов публичной власти // Муниципальная служба: правовые вопросы. 2024. № 2. С. 11–14. DOI: 10.18572/2072-4314-2024-2-11-14. EDN QQTFFU.
- [14] Тихомиров Ю. А., Талапина Э. В. Административные процедуры и право // Журнал российского права. 2002. № 4. С. 3–13. EDN QYUJIR.
- [15] Баженова О. И. «Переходные положения» закона как инструмент воздействия государства на местное самоуправление. Акт третий // Конституционное и муниципальное право. 2025. № 6. С. 33–41. DOI 10.18572/1812-3767-2025-6-33-41. EDN QIKRCS.
- [16] Баженова О. И. Реализация преобразованной конституционной модели местного самоуправления в России: первые шаги // Конституционное и муниципальное право. 2020. № 12. С. 30–40. DOI 10.18572/1812-3767-2020-12-30-40. EDN DNFDUSU.
- [17] Зубарев С. М. Общие условия (предпосылки) обеспечения законности в публичном управлении // Актуальные проблемы российского права. 2023. Т. 18, № 9 (154). С. 47–58. DOI 10.17803/1994-1471.2023.154.9.047-058. EDN VPSYHE.
- [18] Sabitov K. A., Alibayeva G. A., Rakimbayev E. N. On the Correlation of Terminology in the Local Self-Government System in the Republic of Kazakhstan. Defining Terms // Bulletin of L. N. Gumilyov ENU. Law Series. 2024. Vol. 148, № 3. P. 239–248. DOI: 10.32523/2616-6844-2024-148-3-239-248. EDN QJGVBG.
- [19] Jürgens K., Raddatz A., Tausendfreund F., Clemens T. Market access regulations for mHealth applications in Germany, Austria and Switzerland // Health Policy and Technology. 2024. Vol. 13, Iss. 5. Art. 100934. DOI: 10.1016/j.hlpt.2024.100934. EDN HTIUCP.
- [20] Gilbert S. The EU passes the AI Act and its implications for digital medicine are unclear // npj Digital Medicine. 2024. Vol. 7. Art. 135. DOI: 10.1038/s41746-024-01116-6. EDN IRIPTK.
- [21] Некотенева М. В., Пономарева Д. В. Развитие правового регулирования применения мобильных медицинских технологий (mHealth) в праве международных интеграционных объединений: опыт Европейского Союза // Lex Russica (Русский закон). 2023. Т. 76, № 11 (204). С. 117–128. DOI 10.17803/1729-5920.2023.204.11.117-128. EDN MQRGBK.
- [22] Кожевников О. А. Местное самоуправление и народный суверенитет: проблемные аспекты соотношения // Муниципальная собственность: экономика, право, управление. 2025. № 1. С. 14–18. DOI: 10.18572/2500-0349-2025-1-14-18. EDN LYUSXT.
- [23] Матулов Б. Н. Социальная компетенция местного самоуправления: формирование и содержание // Государственная власть и местное самоуправление. 2020. № 3. С. 26–31. DOI 10.18572/1813-1247-2020-3-26-31. EDN VVYUXC.

- [24] Escano-Arias R., et al. Strengthening local health systems and governance for Universal Health Coverage: experiences and lessons from the COVID-19 pandemic response in Quezon City, Philippines. 2025. Vol. 40 (3). P. 436–442. DOI 10.1093/heapol/czaf002. EDN RUYPQV.
- [25] Bisht S. Role of local self-government in strengthening public health services: a comprehensive review // *Lex Localis*. 2025. Vol. 23, № 55. DOI 10.52152/801520. EDN TXPEUC.
- [26] Simonović P., et al. Decentralization of mental health care as one of the key pillars of the Republic of Serbia health reform: the importance of the information integration // *Lex Localis – Journal of Local Self-Government*. 2025. Vol. 23, № 1. P. 210–231. DOI 10.52152/23.1.210-231(2025). EDN KGCKWX.
- [27] Lilly C. L., et al. Local government policymaking environment for Health in All Policies: a case study research investigation // *Critical Public Health*. 2024. Vol. 34, № 1. P. 1–11. DOI 10.1080/09581596.2024.2334364.
- [28] Alawode O. A., et al. An enabler or a barrier: implications of local government autonomy for effective primary health care (PHC) reforms in Nigeria // *Pan African Medical Journal*. 2026. Vol. 53. Art. 30. DOI 10.11604/pamj.2026.53.30.49847.
- [29] Пантелеев В. Ю., Миногина Т. В. Актуальные проблемы привлечения к административной ответственности за нарушения в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи населению // *Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования*. 2025. Т. 11, № 3 (43). С. 121–132. DOI 10.21684/2411-7897-2025-11-3-121-132. EDN CGHOWR.
- [30] Демидов М. В. Органы местного самоуправления как составная часть единой системы региональной публичной власти // *Конституционное и муниципальное право*. 2024. № 3. С. 49–51. DOI 10.18572/1812-3767-2024-3-49-51. EDN PTQVMD.
- [31] Конева Н. С. Системные противоречия конституционной модели местного самоуправления в России: имманентная диалектика доктрины и практики // *Муниципальная служба: правовые вопросы*. 2025. № 4. С. 2–6. DOI 10.18572/2072-4314-2025-4-2-6. EDN NZTKLO.
- [32] Кискин Е. В. Перераспределение полномочий как новая модель регулирования муниципальной компетенции: необходим стратегический подход // *Федерализм*. 2025. Т. 30, № 3. С. 60–75. DOI 10.21686/2073-1051-2025-3-60-75. EDN PANQHK.

REFERENCES

- [1] Platonova, N. I. (2025) The role of local self-government bodies in the development of healthcare system in Russia. *Jurist*, (5), pp. 39–47. <https://doi.org/10.18572/1812-3929-2025-5-39-47>. <https://elibrary.ru/bfyohm>.
- [2] Komlev, E. Yu. (2025) Stages and tendencies of development of local self-government laws in modern Russia taking into account the municipal reform 2025. *State Power and Local Self-government*, (10), pp. 15–18. <https://doi.org/10.18572/1813-1247-2025-10-15-18>. <https://elibrary.ru/ndaclu>.
- [3] Vasilyev, S. A. (2024) The value of local self-government in the process of its interaction with the state: constitutional and legal aspect. *Lex russica*, 77 (4), pp. 86–97. <https://doi.org/10.17803/1729-5920.2024.209.4.086-097>. <https://elibrary.ru/sftmzc>.
- [4] Sivokoneva, P. S. (2024) The Right to Health Protection in the Constitutions of the Countries of the Commonwealth of Independent States: A Comparative Legal Study. *Legal Concept = Pravovaya paradigma*, 23 (1), pp. 77–81. <https://doi.org/10.15688/lc.jvolsu.2024.1.10>. <https://elibrary.ru/saahpu>.
- [5] Pachucki-Włosek, K. (2024) The present and future of local self-government in the Republic of Kazakhstan. *Polish Political Science Yearbook*, 53 (2), pp. 45–58. <https://doi.org/10.15804/ppsyp202415>. <https://elibrary.ru/zqkxdj>.
- [6] Godovanik, E. V., Putrenko, A. N. (2024) Conceptual approaches to determining the level of effectiveness of constitutional and legal norms. *Constitutional and Municipal Law*, (8), pp. 2–6. <https://doi.org/10.18572/1812-3767-2024-8-2-6>. <https://elibrary.ru/gykxkp>.
- [7] Bakurova, N. N. (2026) Ensuring legality in the sphere of executive power implementation. *Administrative Law and Procedure*, (3), pp. 27–31. <https://doi.org/10.18572/2071-1166-2026-3-27-31>. <https://elibrary.ru/wajafw>.
- [8] Starilov, Yu. N. (2021) Requirements of a law-governed state as a due basis for the establishment of the russian administrative law paradigm. *Administrative Law and Procedure*, (2), pp. 42–54. <https://doi.org/10.18572/2071-1166-2021-2-42-54>. <https://elibrary.ru/lphtnk>.
- [9] Begicheva, S. V., Kalabina, E. G., Nazarov, D. M. (2025) Comparative analysis of municipal healthcare efficiency using the DEA method: the case of Sverdlovsk region. *Journal of Applied Economic Research*, 24 (2), pp. 491–527. <https://doi.org/10.15826/vestnik.2025.24.2.017>. <https://elibrary.ru/vadwls>.
- [10] Starilov, Yu. N. (2020) Has the public administration renaissance epoch really begun in Russia? On the anniversary of professor L. L. Popov. *Administrative Law and Procedure*, (7), pp. 25–37. <https://doi.org/10.18572/2071-1166-2020-7-25-37>. <https://elibrary.ru/efhppz>.
- [11] Starilov, Yu. N., Davydov, K. V. (2011) Administrative reform in Russian Federation at the present stage: basis achievements, problems and perspectives. *A Legal science and reform of legal education*, (1), pp. 125–151. <https://elibrary.ru/rfoslt>.
- [12] Shakhov, A. A. (2024) A careful u-turn: the constitutional court of the Russian Federation on the place of local self-government within the framework of the unified public government system. *Constitutional and Municipal Law*, (3), pp. 29–33. <https://doi.org/10.18572/1812-3767-2024-3-29-33>. <https://elibrary.ru/rgqbxcx>.
- [13] Maiboroda, V. A. (2024) An evaluation of local self-government authorities as public government authorities.

- Municipal Service: Legal Issues*, (2), pp. 11–14. <https://doi.org/10.18572/2072-4314-2024-2-11-14>. <https://elibrary.ru/qqtfnu>.
- [14] Tikhomirov, Yu. A., Talapina, E. V. (2002) Administrative procedures and law. *Journal of Russian Law*, (4), pp. 3–13. <https://elibrary.ru/qyujir>.
- [15] Bazhenova, O. I. (2025) Transitional legal provisions as an instrument of impact of the state on local self-government. Part three. *Constitutional and Municipal Law*, (6), pp. 33–41. <https://doi.org/10.18572/1812-3767-2025-6-33-41>. <https://elibrary.ru/qikrcs>.
- [16] Bazhenova, O. I. (2020) Implementation of the transformed constitutional model of local self-government in Russia: first steps. *Constitutional and Municipal Law*, (12), pp. 30–40. <https://doi.org/10.18572/1812-3767-2020-12-30-40>. <https://elibrary.ru/dnfdsu>.
- [17] Zubarev, S. M. (2023) General Conditions (Prerequisites) for Ensuring Legality in Public Administration. *Aktual'nye problemy rossijskogo prava*, 18 (9), pp. 47–58. <https://doi.org/10.17803/1994-1471.2023.154.9.047-058>. <https://elibrary.ru/vpsyhe>.
- [18] Sabitov, K. A., Alibayeva, G. A., Rakimbayev, E. N. (2024) On the correlation of terminology in the local self-government system in Republic of Kazakhstan defining terms. *Bulletin of the L.N. Gumilyov Eurasian National University. Law Series*, (3), pp. 239–248. <https://doi.org/10.32523/2616-6844-2024-148-3-239-248>. <https://elibrary.ru/qjgvbg>.
- [19] Jürgens, K., Raddatz, A., Tausendfreund, F. and Clemens, T. (2024) Market access regulations for mhealth applications in Germany, Austria and Switzerland: a review. *Health Policy and Technology*, 13 (5), article 100934. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2024.100934>. <https://elibrary.ru/htiucp>.
- [20] Gilbert, S. (2024) The EU passes the AI Act and its implications for digital medicine are unclear. *NPJ Digital Medicine*, 7 (1), article 135. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01116-6>. <https://elibrary.ru/iriptk>.
- [21] Nekoteneva, M. V. and Ponomareva, D. V. (2023) Development of legal regulation of the use of mobile medical technologies (mhealth) in the law of international integration associations: European Union experience. *Lex Russica*, 76 (11), pp. 117–128. <https://doi.org/10.17803/1729-5920.2023.204.11.117-128>. <https://elibrary.ru/mqrgbk>.
- [22] Kozhevnikov, O. A. (2025) Local self-government and popular sovereignty: problematic aspects of correlation. *Municipal property: economics, law, management*, (1), pp. 14–18. <https://doi.org/10.18572/2500-0349-2025-1-14-18>. <https://elibrary.ru/lyusxt>.
- [23] Matulov, B. N. (2020) Social competence of local self-government: the establishment and content. *State Power and Local Self-government*, (3), pp. 26–31. <https://doi.org/10.18572/1813-1247-2020-3-26-31>. <https://elibrary.ru/vvyuxc>.
- [24] Escano-Arias, E. A. [et al]. (2025) Strengthening local health systems and governance for universal health coverage: experiences and lessons from the COVID-19 pandemic response in Quezon City, Philippines. *Health Policy and Planning*, 40 (3), pp. 436–442. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaf002>. <https://elibrary.ru/ruypqv>.
- [25] Bisht, S. (2025) The role of local self-government in healthcare: institutional autonomy and territorial equity. *Lex Localis*, 23 (S5), pp. 1987–1995. <https://doi.org/10.52152/801520>. <https://elibrary.ru/txpeuc>.
- [26] Simonović, P. [et al]. (2025) Decentralization of mental health care as one of the key pillars of the Republic of Serbia health reform: the importance of the information integration. *Lex Localis – Journal of Local Self-Government*, 23 (1), pp. 210–231. [https://doi.org/10.52152/23.1.210-231\(2025\)](https://doi.org/10.52152/23.1.210-231(2025)). <https://elibrary.ru/kgckwx>.
- [27] Lilly, C. L. et al. (2024) Health in all policies at the municipal level: critical public health perspectives. *Critical Public Health*, 34 (1), pp. 1–11. <https://doi.org/10.1080/09581596.2024.2334364>.
- [28] Alawode, O. A. et al. (2026) An enabler or a barrier: implications of local government autonomy for effective primary health care (PHC) reforms in Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 53, article 30. <https://doi.org/10.11604/pamj.2026.53.30.49847>.
- [29] Panteleev, V. Yu., Minogina, T. V. (2025) Actual problems of bringing to administrative responsibility for violations in the sphere of health protection and medical care provision. *Tyumen State University Herald. Social, Economic, and Law Research*, 11 (3), pp. 121–132. <https://doi.org/10.21684/2411-7897-2025-11-3-121-132>. <https://elibrary.ru/cghowr>.
- [30] Demidov, M. V. (2024) LOCAL Self-government authorities as a constituent part of the single regional public government system. *Constitutional and Municipal Law*, (3), pp. 49–51. <https://doi.org/10.18572/1812-3767-2024-3-49-51>. <https://elibrary.ru/ptqvmd>.
- [31] Koneva, N. S. (2025) Systemic contradictions of the constitutional model of local self-government in Russia: the immanent dialectic of doctrine and practice. *Municipal Service: Legal Issues*, (4), pp. 2–6. <https://doi.org/10.18572/2072-4314-2025-4-2-6>. <https://elibrary.ru/nztklo>.
- [32] Kiskin, E. V. (2025) Redistribution of powers as a new model for regulating municipal competence: a strategic approach is required. *Federalism*, 30 (3), pp. 60–75. <https://doi.org/10.21686/2073-1051-2025-3-60-75>. <https://elibrary.ru/panqhk>.