

## ОБЗОР

УДК 614.2

**РАЗДЕЛЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕЖДУ ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
ВЛАСТЬЮ И МЕСТНЫМ САМОУПРАВЛЕНИЕМ  
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ****<sup>1</sup>Шахабов И.В., <sup>2</sup>Мельников Ю.Ю., <sup>2</sup>Смышляев А.В.**<sup>1</sup>*ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, e-mail: islam75@mail.ru;*<sup>2</sup>*ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации», Москва, e-mail: alexeyismishlyayev@yandex.ru*

В аналитическом обзоре представлены ключевые организационно-правовые аспекты разделения полномочий между государственной властью и местным самоуправлением. Описаны принципиальные различия видов публичной власти и их задачи. Проведен контент-анализ действующих нормативно-правовых актов, регулирующих полномочия в сфере охраны здоровья граждан на федеральном уровне, а также на уровне субъекта (региона) в Российской Федерации на современном этапе. Дана характеристика полномочий муниципальных органов власти в сфере здравоохранения. Авторы показали динамику изменений разделения компетенций между двумя уровнями власти в новейшем периоде истории страны. Были очерчены основные проблемы, связанные с изменениями в данной сфере. Затронуты современные тенденции развития, а также ключевые цели административной реформы. Прослежены изменения численности медицинского персонала на муниципальном уровне. В выводах даны характеристики государственной и муниципальной власти в свете действующего законодательства в сфере здравоохранения. Авторы указали на то, что эффективность муниципального уровня здравоохранения ярко проявляется в рамках первичной медико-санитарной помощи, в то время как на государственном уровне необходимо развивать более дорогостоящую и высокотехнологическую медицинскую помощь.

**Ключевые слова:** государственная власть, местное самоуправление, здравоохранение**DIVISION OF COMPETENCIES BETWEEN STATE AUTHORITIES  
AND LOCAL GOVERNMENT IN HEALTHCARE****<sup>1</sup>Shakhobov I.V., <sup>2</sup>Melnikov Yu.Yu., <sup>2</sup>Smyshlyayev A.V.**<sup>1</sup>*Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department, Moscow, e-mail: islam75@mail.ru;*<sup>2</sup>*Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, e-mail: alexeyismishlyayev@yandex.ru*

The analytical review presents the key organizational and legal aspects of the division of powers between state power and local government. The fundamental differences between the types of public authority and their tasks are described. The content analysis of the current regulatory legal acts regulating the powers in the field of health protection of citizens at the federal level, as well as at the level of the subject (region) in the Russian Federation at the present stage is carried out. The characteristics of the powers of municipal authorities in the field of health care are given. The authors showed the dynamics of changes in the division of competences between the two levels of government in the recent period of the country's history. The current development trends, as well as the key goals of the administrative reform, are touched upon. Changes in the number of medical personnel at the municipal level are traced. In the conclusions, the characteristics of the state and municipal authorities are given in the light of the virgin healthcare legislation. The authors pointed out that the effectiveness of the municipal level of health care is clearly manifested in the framework of primary health care, while at the state level it is necessary to develop more expensive and high-tech medical care.

**Keywords:** state power, local government, healthcare

Государственное управление – это механизм взаимодействия институтов публичной власти с обществом с целью достижения социально значимого результата. Инструменты взаимодействия уполномоченных ведомств публичной (официальной) власти представляют собой сложную информационно-властную и коммуникативно-управленческую систему. В соответствии с общепризнанными понятиями о государ-

ственной власти «государство» реализует свои полномочия через формирование органов власти с компетенциями в соответствии со сферой ответственности [1]. Для управления вверенной отрасли органы государственной власти используют различные механизмы стратегического менеджмента, нормативно-правового регулирования (нормотворчество), а также контроля и аудита. Механизмы в системе управления должны

обеспечивать разумное властное воздействие в надлежащем объеме и силе регуляторного (управленческого) влияния на процесс, чтобы достигать необходимых преобразований. При этом необходимо учесть тот факт, что государственное управление в социальной сфере (в том числе в сфере здравоохранения) должно прежде всего достигать социально значимых результатов деятельности при сбалансированности регулирующего воздействия и разумном расходовании материально-технических ресурсов в соответствии с принципами ценностно-ориентированного управления [2].

Сфера здравоохранения для государства в настоящее время является одной из приоритетных ввиду высокой социальной значимости ее для населения. С учетом того что в РФ в настоящее время доля государственных и муниципальных организаций (учреждений) здравоохранения достигает в некоторых субъектах до 98%, именно по этой причине представляется колоссальная значимость эффективного (надлежащего) управления. Среди ключевых целей управления в сфере охраны здоровья граждан можно выделить: надлежащее формирование органов государственной власти в данной сфере; обеспечение современной нормативно-правовой базой; реализация эффективного контроля и аудита; развитие частного сектора медицинских услуг; внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения; достижение высоких показателей общественного здоровья [3]. Стоит заметить, что надлежащее формирование органов государственной власти не случайно указано первым. Корректное разграничение компетенций между органами публичной власти позволяет сформировать сбалансированную систему государственного и муниципального управления в здравоохранении, что в перспективе неминуемо окажет влияние на качество и доступность медицинской помощи для населения.

Цель статьи: провести контент-анализ данных о разделении компетенций государственной власти и местного самоуправления в сфере здравоохранения. Материалом анализа послужили научные статьи и данные из открытых источников.

Местное самоуправление является одним из видов публичной власти в Российской Федерации (далее – РФ). Согласно Конституции РФ муниципальные образования наделены правом решения вопросов местного характера (использование муниципальной собственности, формирование доходов и расходов местного бюджета, определение структуры органов власти, из-

менения границ своих и т.д.) [4]. Правовой основой муниципальной власти выступает Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (далее – 131-ФЗ). Особенностью местного самоуправления является тот факт, что оно не входит в систему государственной власти, но может быть наделено «управленческими государственными» полномочиями. По смыслу закона местное самоуправление должно наделяться определенной долей самостоятельности при решении вопросов, относящихся к их компетенции. Тем не менее на практике органы местного самоуправления обладают крайне узким набором полномочий. Ряд авторов подчеркивает, что за период современной постсоветской России произошел сначала уход от централизации власти, а потом возвращение к ней [5]. Выраженные колебания в достаточно короткий срок не способствовали обеспечению разумного разграничения полномочий и корректной координации действий в части реализации политики во многих сферах, в том числе и в сфере здравоохранения [6].

Согласно действующей Конституции РФ гражданам гарантируется право на получение бесплатной медицинской помощи в медицинских организациях как государственного, так и муниципального уровня. В целях создания условий для возможности реализации данного права перед государством стоит ряд задач. Прежде всего речь идет о необходимости определить курс развития здравоохранения в долгосрочной перспективе, определив приоритеты, а также угрозы и вызовы, что закрепляется в актах стратегического планирования [7]. Не менее важная задача – формирование надлежащей системы правового регулирования общественных отношений в сфере здравоохранения. Значительное внимание со стороны государства должно уделяться вопросам разделения полномочий между уровнями власти (государственной и муниципальной), а также создания эффективных механизмов контроля качества медицинских услуг, оказываемых населению, и их доступности. Наряду с этим едва ли возможно говорить об эффективной системе здравоохранения без эффективной работы по восполнению кадрового дефицита. Учитывая современные реалии и развитие современных технологий, необходимо активизировать работу в области внедрения цифровых технологий в органы управления и в сферу оказания медицинских услуг [8].

В соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – 323-ФЗ) местное самоуправление (муниципальный уровень власти) имеет право учреждать муниципальные медицинские организации, которые уполномочены оказывать медицинскую помощь населению в рамках территориальных программ государственных гарантий [9]. Помимо этого, в рамках 131-ФЗ, муниципальные власти имеют право проводить информирование населения о медико-профилактических мероприятиях, проводимых на подконтрольной территории, участвовать в организации мероприятий при чрезвычайных ситуациях с целью сохранения здоровья и жизни людей, а также создавать благоприятные условия (компенсация заработной платы, предоставление жилья и т.д.) для медицинских работников [10]. Таким образом, можно говорить, что указанные нормы позволяют разграничить и координировать полномочия в сфере здравоохранения на всех уровнях: государственном и муниципальном.

Очевидно, что государственная система здравоохранения в значительной мере отличается от муниципальной как по своей структуре, так и по задачам, стоящим перед ними. Муниципальное здравоохранение, в отличие от государственного, находится в непосредственном взаимодействии с населением, имеет возможность более мобильно реагировать на изменения в том или ином муниципальном образовании в зависимости от потребностей людей, там проживающих [11]. Однако на современном этапе, после проведенных реформ, фактически муниципальное здравоохранение не обладает необходимыми полномочиями в области организации здравоохранения «на местах». Государственная система здравоохранения менее подвижна и, таким образом, едва ли учитывает специфику потребностей населения, проживающего в отдельных муниципальных образованиях [12]. Задачей государственных органов власти является разработка основных направлений и определения мероприятий по развитию здравоохранения в стране в целом, в том числе и вопросов финансирования. Сегодня, в существующей «централизованной» структуре управления здравоохранением, органы государственной власти субъектов зачастую не разрабатывают дифференцированный подход в управлении здравоохранения в зависимости от нужд населения, исполняя «директивы» федерального центра. Поэтому остается актуальным вопрос более эффективного перераспределения полномочий в области управления системой здравоохранения страны между государственными и муниципальными органами власти [13].

Стоит отметить, что в научной литературе, как правило, значительное внимание со стороны исследователей уделяется вопросам разграничения полномочий между федеральными органами власти и органами власти субъектов в области здравоохранения. При этом вопросы разграничения полномочий органов государственной власти и органов местного самоуправления практически не освещаются [14]. Иными словами, остается не разработанным механизм взаимодействия «государственного» и «муниципального» здравоохранения. Представляется обоснованной позиция некоторых авторов, которые объясняют данную проблему тем, что в России отсутствует единая, долгосрочная программа развития системы здравоохранения. Поясним: за последние три декады курс развития здравоохранения менялся несколько раз, что для столь «консервативной» сферы представляется губительным [15]. Более того, стоит иметь в виду особую социальную значимость данной сферы. Ведь эффективная система здравоохранения есть важный элемент национальной безопасности, в чем мы можем убедиться сегодня, в период пандемии COVID-19.

Отдельного внимания заслуживает административная реформа в РФ, а также последствия ее проведения. Согласно данным Росстата, за последние десятилетия наблюдается неуклонное снижение количества лиц, занятых в системе муниципального здравоохранения. Если в 2000 г. численность работников здравоохранения на местном уровне составляла 2405,5 тыс. чел. (54,6% от общего числа работников здравоохранения РФ), то в 2018 г. их количество снизилось практически в 10 раз и составило 205,8 тыс. чел. (4,9% от общего числа работников здравоохранения РФ) (таблица). Такие «грандиозные» сокращения связаны с проведением административной реформы 2003–2010 гг. [16].

В рамках административной реформы в субъектах РФ была проведена реорганизация сферы здравоохранения. В соответствии с федеральным законодательством и законодательством субъектов РФ большинство муниципальных учреждений здравоохранения были переданы в государственную собственность (на уровне субъекта РФ) [17]. Помимо этого, на уровень государственной власти регионов перешли и полномочия муниципалитетов в данной сфере. Данная реформа в здравоохранении имела целью усиление государственного контроля. Решение передачи сферы охраны здоровья граждан на государственный уровень было продиктовано

«хроническим» недофинансированием отрасли на муниципальном уровне и потерей фактического контроля над ней. Тенденция к тотальной «децентрализации» 1990-х годов прекратилась в начале 2000-х. Усиление роли государства сыграло положительную роль в сохранении и восстановлении национальной системы здравоохранения РФ [18]. Через повышение ответственности органов государственной власти субъектов РФ были проведены необходимые реформы здравоохранения, восстановлен «реальный» контроль над отраслью, проведена модернизация здравоохранения. Передача объектов здравоохранения на государственный уровень была завершена к началу 2013 г. В этот же период манифестировал переход к «одноканальной» системе финансирования здравоохранения (в рамках обязательного медицинского страхования – ОМС). Однако полного перехода не произошло. В настоящее время финансирование происходит как из источников ОМС, так и из средств бюджета разных уровней. В компетенции муниципальных органов власти остались полномочия по финансированию мероприятий профилактического характера, а также возможность создания комфортных и благоприятных условий для медицинских работников (проживания, обучение и т.д.) [19].

Итогом проведения реформы стала практически полная «ликвидация» муниципального здравоохранения, что имеет свои негативные последствия. С учетом того что государственная власть в субъектах не имеет возможности реализовывать более дифференцированную и специфичную политику в отношении каждого муниципалитета в соответствии с его культурно-этническими и социально-экономическими особенностями, произошли серьезные структурные изменения. С муниципального уровня «ушла» доврачебная и врачебная первичная медико-санитарная помощь, что привело к «тотальному» сокращению сельских медицинских организаций (главным

образом, фельдшерско-акушерских пунктов и т.д.) [20].

Данная ситуация вызвала негативную реакцию и шквал критики со стороны общественных организаций. Результатом этого стал обратный процесс «на местах». Так, например, в июле 2019 г. председатель законодательного собрания Иркутской области при обсуждении проекта закона «О наделении органов местного самоуправления областными государственными полномочиями по организации оказания медицинской помощи» заявил, что передача объектов здравоохранения и полномочий в данной сфере на государственный уровень не только не принесла ожидаемого результата, но и ухудшило ситуацию по целому ряду «чувствительных» показателей. Он отметил, что произошло увеличение населенных пунктов (муниципальных образований), где полностью отсутствуют медицинские организации. Более того, увеличился дефицит медицинского персонала, и был нарушен «участковый» принцип при оказании первичной медико-санитарной помощи. Чиновник констатировал тот факт, что показатели общественного здоровья в регионе имели отрицательную динамику на всем протяжении проводимой реформы [21].

Другим примером «негибкости» государственного управления является ситуация с выполнением майских указов президента РФ по достижению целевых показателей в заработной плате медицинских сотрудников. Исследования показали, что существует разнонаправленная взаимосвязь уровня заработной платы и показателей кадрового обеспечения в медицинских организациях. Это говорит о несбалансированном механизме реализации кадровой политики со стороны органов исполнительной власти РФ [22]. Существуют факторы, нивелирующие влияние повышения оплаты труда на кадровое обеспечение. Механизм восполнения кадрового дефицита через увеличение оплаты труда не является прямым и транспарентным [23].

Численность и доля работников здравоохранения в муниципальных медицинских организациях в Российской Федерации в период 2000–2018 гг.

Показатель	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Среднесписочная численность работников здравоохранения (тыс. чел.)	2405,5	2242,6	2120,8	788,3	517,8	343,0	255,2	234,1	205,8
Доля работников муниципального здравоохранения от общего числа работников здравоохранения РФ (%)	54,6	51,4	47,5	18,1	11,9	7,9	5,9	5,7	4,9

### Заключение

Исходя из вышесказанного, можно отметить, что сегодня необходимо разграничивать и понимать функции и задачи государственной и муниципальной системы здравоохранения. Государственная система управления призвана реализовывать единую политику в сфере здравоохранения, которая заключается в разработке государственных программ, направленных на повышение качества и доступности медицинских услуг для населения. Деятельность на государственном уровне власти носит централизованный и унифицированный характер. Муниципальная же система здравоохранения призвана реализовывать политику федерального (регионального) центра с учетом местной социально-экономической и культурно-этнической специфики на «местах». Местная власть должна учитывать мнение населения, а также формировать «устойчивый» уровень первичной медико-санитарной помощи для населения. Деятельность на муниципальном уровне власти носит децентрализованный и индивидуальный характер [24]. Медицинские организации муниципального уровня должны обслуживать большую часть населения (до 80%). Для полноценного формирования национальной системы здравоохранения необходимо создать «полнокровное» муниципальное здравоохранение с четкими полномочиями и адекватным финансированием [25]. Это представляется возможным при передаче объектов муниципального здравоохранения (медицинских организаций) в ведение органов местного самоуправления. В условиях расширения «одноканального» финансирования и снижения доли бюджетных средств в оплате медицинских услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи возрождение муниципально-государственного здравоохранения выглядит достаточно реалистичным. Формирование обратного процесса в регионах (по частичной передаче полномочий в сфере здравоохранения на муниципальный уровень) должно идти по конструктивному пути. Безусловно, речь не идет об обратной передаче всех учреждений здравоохранения. Речь должна идти, главным образом, о доврачебной и врачебной первичной медико-санитарной помощи, которая является ключевым базовым элементом здравоохранения. Этот сектор должен быть максимально приближен к населению и должен быть «защищен» от «волнений» на государственном уровне.

### Список литературы

1. Шальгина Н.П., Селюков М.В., Корнева Ю.А. Роли государственного аудита в системе стратегического

управления развитием здравоохранения России // Фундаментальные исследования. 2015. № 10–1. С. 209–213.

2. Акчурина И.Г., Терешина Д.Г. Анализ реализации государственных и муниципальных программ развития здравоохранения (на примере Братска) // Проблемы социально-экономического развития Сибири. 2019. № 1 (35). С. 9–16.

3. Кушхова Б.З. Публичная власть: субъектный состав и структура // Kant. 2015. № 1 (14). С. 84–88.

4. Мокеев М.М. Правовые основы реализации административной реформы на муниципальном уровне // Российская государственность: исторические традиции и вызовы XXI века: материалы Всероссийской научно-общественной конференции. 2013. С. 493–499.

5. Платонова Н.И., Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю. Принципы правового регулирования оказания первичной медико-санитарной помощи уполномоченными государственными (муниципальными) медицинскими организациями в амбулаторных условиях в Российской Федерации // Юридические исследования. 2018. № 7. С. 1–9.

6. Никоноров В.М., Шагова Н.Ю. Критерии и показатели эффективности муниципального управления // Экономические исследования и разработки. 2019. № 6. С. 26–30.

7. Роздольская И.В., Чичерин Ю.А., Кравченко Е.Ю. Факторная значимость управления проектами как новой культурой управленческой деятельности в системе государственного и муниципального управления // Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права. 2019. № 3 (76). С. 9–22.

8. Сониная Е.О. Особенности реформы как вида государственных изменений: опыт реализации административной реформы в современной России // Вопросы управления. 2017. № 4 (47). С. 43–48.

9. Титов Н.О. проблемы реализации административной реформы в Российской Федерации // Конкурентоспособность и развитие социально-экономических систем: материалы Третьей Всероссийской научной конференции памяти акад. А.И. Татаркина. 2019. С. 213–214.

10. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Артемова П.В. Процессно-ориентированный подход в управлении здравоохранением в Российской Федерации на современном этапе: ключевые проблемы и перспективы развития // Проблемы экономики и юридической практики. 2018. № 3. С. 37–42.

11. Уваров А.А. О муниципальном функционировании в сфере решения задач социального государства // Государственная власть и местное самоуправление. 2020. № 2. С. 38–42.

12. Платонова Н.И., Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю. Особенности государственного регулирования в сфере охраны здоровья граждан на современном этапе в Российской Федерации // Государственная власть и местное самоуправление. 2019. № 7. С. 50–55.

13. Алексеева Л.П. Вопросы государственного управления в сфере здравоохранения // Труды Института государства и права Российской академии наук. 2015. № 4. С. 125–138.

14. Батиевская В.Б. Повышение качества государственного управления здравоохранением как необходимое условие его успешного развития // Социогуманитарный вестник. 2013. № 2. С. 42–44.

15. Ахмедова И.Ш. Вопросы правового регулирования деятельности органов государственного финансового контроля за расходами федерального бюджета на здравоохранение // Право и экономика. 2011. № 5. С. 39–47.

16. Здравоохранение в России. 2019: стат. сб. Росстат. М., 2019. 170 с.

17. Мурзалиева А.К., Каршалова А.Д. Государственный аудит эффективности выполнения бюджетных программ здравоохранения // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. 2018. № 4 (110). С. 32.

18. Богма К.А. Особенности государственной политики в сфере здравоохранения // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016. Т. 60. № 3. С. 162–167.
19. Матевосян М.Г. Финансовое обеспечение реформирования здравоохранения в России // *Вестник Московского гуманитарно-экономического института*. 2018. № 2. С. 77–84.
20. Понюхов Е.В. Направление развития медико-экономического аудита // *Новая наука: Теоретический и практический взгляд*. 2015. № 6–1. С. 192–195.
21. Русских Т.Н., Пыталева В.А. Кластеризация муниципальных образований региона по уровню медицинской эффективности деятельности подсистем здравоохранения // *Кластерные инициативы в формировании прогрессивной структуры национальной экономики: сборник научных трудов 5-й Международной научно-практической конференции: в 2-х томах. Юго-Западный государственный университет*. 2019. С. 136–139.
22. Хасанов Ф.З. К вопросу о политике Российской Федерации в сфере здравоохранения // *Российский электронный научный журнал*. 2014. № 8 (14). С. 129–137. [Электронный ресурс]. URL: [http://journal.bsau.ru/archive/renj\\_8\\_2014.pdf](http://journal.bsau.ru/archive/renj_8_2014.pdf) (дата обращения: 07.08.2020).
23. Уделоол А.С. Аудит эффективности расходов бюджетных средств по содержанию учреждений здравоохранения // *Форум молодых ученых*. 2018. № 2 (18). С. 561–567.
24. Голикова Г.В., Ремезова Л.С. К вопросу о совершенствовании системы государственного управления сферой здравоохранения // *Социально-экономические проблемы современного общества: сборник статей / Отв. Ред. Ю.Г. Провирин. Воронеж, 2015. С. 14–16.*
25. Голиков О.И., Шумилова И.В., Коняхина А.В. Особенности аудита в сфере услуг // *Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева*. 2017. Т. 1. № 1. С. 111–127.