

Реформа на Сумщині

ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ

Роздаткові матеріали
Сумського відокремленого підрозділу
"Центру розвитку місцевого
самоврядування"



ОСНОВНІ ТЕМИ

- Об'єднані територіальні громади на Сумщині в 2017 році
- Глухів ініціював створення об'єднаної територіальної громади
- Краснопілля та Миколаївка отримають фінансування на створення ЦНАПів від U-LEAD
- В первинній медичній допомозі у 2017 році плануються революційні зміни
- Як працюватимуть госпітальні округи в Сумській області



Роздаткові матеріали не є засобом масової інформації.
Розповсюджуються безкоштовно під час публічних та
навчальних заходів, організованих Сумським ВП "Центру
розвитку місцевого самоврядування".

vol. 1 **2017**
➤ квітень



U-LEAD з Європою: Програма для України з розширення прав і можливостей на місцевому рівні, підзвітності та розвитку

Програма спільно фінансується Європейським Союзом та країнами-членами, а саме Данією, Німеччиною, Польщею та Швецією



Партнер:	Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України (Мінрегіон)
За підтримки:	Європейської Комісії, Федерального міністерства економічної співпраці та розвитку (Німеччина), Міністерства закордонних справ Данії, Міністерства закордонних справ Республіки Польща, Міністерства закордонних справ Швеції
Виконавці:	Німецьке товариство міжнародної співпраці (GIZ) ГмбХ, Шведське агентство з питань міжнародного співробітництва і розвитку (SIDA)
Тривалість реалізації:	2016-2020
Бюджет:	102 млн. євро

МЕТА

U-LEAD підтримує створення прозорої і підзвітної багаторівневої системи управління, яка реагуватиме на потреби громадян. Це передбачає **(1)** посилення спроможності ключових суб'єктів на національному, регіональному та місцевому рівнях з метою реалізації регіональної політики та реформи децентралізації, а також **(2)** вдосконалення адміністративних послуг на місцевому рівні для громадян України.

Ці ключові напрямки відображаються у двох програмних компонентах: **компонент 1**, за реалізацію якого відповідає GIZ, стосується, передусім, координації та посилення спроможностей на вертикальному і горизонтальному рівнях на всій території України – від рівня громад до районного, обласного та центрального рівнів. **Компонент 2**, за реалізацію якого відповідає SIDA, передбачає створення ефективних Центрів надання адміністративних послуг (ЦНАПів). При цьому, основна увага приділяється об'єднанням громадам і інформаційній роботі на національному рівні.

ВИКЛИКИ

Децентралізація являє собою одну з найбільш важливих реформ Уряду України починаючи з весни 2014 р. Для успішної реалізації цієї амбітної реформи життєво важливим є посилення адміністративних спроможностей на усіх рівнях – від місцевого до центрального.

Відповідно, особливе значення має підготовка новообраних посадових осіб та державних службовців, яка повинна допомогти їм краще виконувати свої нові функції та завдання (наприклад, управління зростаючим обсягом фінансових ресурсів). Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України (Мінрегіон) відповідає за впровадження децентралізації; U-LEAD надаватиме Мінрегіону підтримку у координації процесу реформи. Але надзвичайно важливими для успіху реалізації даної реформи є довіра громадян та їх участь у демократичних процесах. Якщо громадяни України будуть добре проінформовані про цілі та переваги реформи, вони легше сприйматимуть цей досить складний процес трансформації. Тому комунікація та нові форми суспільного діалогу є ключовими для U-LEAD.

ЗАХОДИ

Задля досягнення зазначених амбітних цілей U-LEAD здійснює заходи у різних сферах.

По-перше, U-LEAD надасть щонайменше 600 тренінгів та консультацій на усій території України задля покращення комунікаційних та управлінських навичок державних службовців на місцевому, регіональному та національному рівнях. У той же час, Програма пропонує необхідні спеціалізовані тренінги для органів влади одночасно з підтримкою бюджетної прозорості. По-друге, U-LEAD розробляє механізми інституційної підтримки, а саме створення Центрального офісу реформ (ЦОР) на національному рівні та Центрів розвитку місцевого самоврядування в усіх 24 областях України.

По-третє, на місцевому рівні планується створення та реконструкція до 600 ЦНАПів, а також 1800 тренінгів для їх працівників. Це покращить якість надання адміністративних послуг і, як наслідок, життя громадян України в цілому.

Нарешті, Програма сприятиме обміну досвідом та співпраці на всіх рівнях державного управління. Понад 500 інформаційних кампаній стимулюватимуть громадянське суспільство до більш активної участі у реформах.

U-LEAD з Європою "Програма для України з розширення прав і можливостей на місцевому рівні, підзвітності та розвитку" – це спеціальний захід, що впроваджується ЄС та його країнами-членами – Німеччиною, Швецією, Данією та Польщею, з метою підтримки Уряду України у впровадженні реформи з децентралізації.

Програма U-LEAD включає в себе два основних компоненти:

Компонент 1: Підвищення інституційної спроможності для ефективного впровадження реформи у сфері децентралізації та регіональної політики; та

Компонент 2: Центри надання адміністративних послуг та підвищення рівня інформованості громадян щодо місцевого самоврядування.

У цілому, напрямки роботи Сумського підрозділу Центру розвитку місцевого самоврядування в 2017-2019 роках будуть спрямовані в наступних сферах:

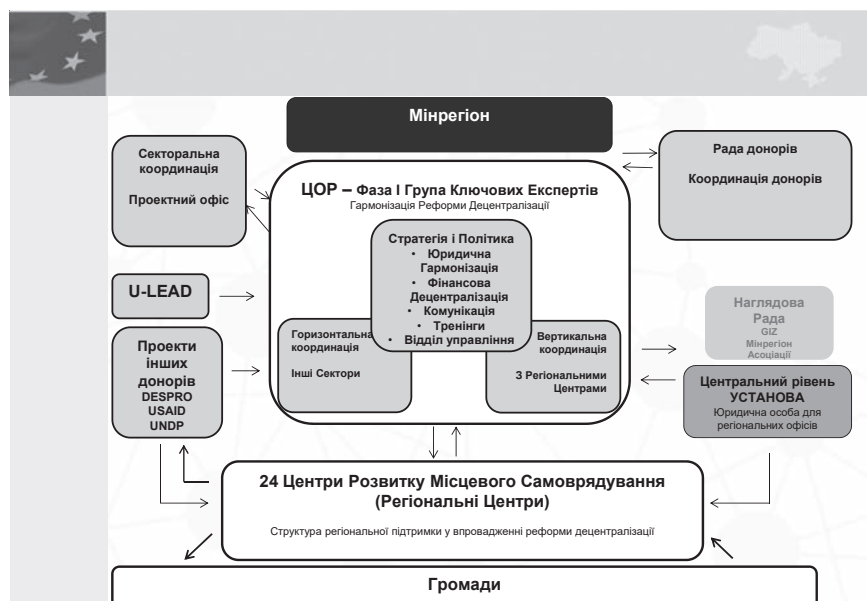
- надання методологічної підтримки процесу об'єднання громад
- організацію інформаційних кампаній та піар-заходів для інтенсифікації об'єднання громад
- надання підтримки у розробці та внесенні змін до перспективних планів розвитку областей
- консультаційну підтримку у процесі організації та реалізації реформ
- просування ідей та сприяння між-муніципальній співпраці
- надання підтримки у зборі, аналізі та поширенні успішних практик
- сприяння діалогу та обміну знаннями і досвідом між громадами
- надання консультаційної підтримки з питань розробки пропозицій стосовно ухвалення необхідних законодавчих актів

Нові об'єднані громади отримуватимуть підтримку у наступних питаннях:

- організаційний розвиток (кадрові питання, переведення службовців, адміністративна структура, державне управління)
- бюджет (бюджетна система та бухгалтерський облік, місцеві податки та збори)
- юридичні питання (довгострокові угоди, комунальні підприємства, місцеві ради)



- стратегічне планування (стратегії місцевого розвитку, просторове планування, управління земельними ресурсами, управління активами, планування капітальних інвестицій, управління даними)
- комунальні послуги та галузеві питання (охорона здоров'я, утилізація сміття, водопостачання та каналізація, енергозабезпечення)
- комунікація та інформаційні технології



- сприяння розробці стратегій місцевого розвитку для об'єднаних громад
- надання консультаційної підтримки та проведення інформаційних заходів для об'єднаних громад
- проведення семінарів з питань роботи нових об'єднаних громад (зокрема, семінари, присвячені методологічним рекомендаціям з

питань реалізації реформи)

- організація навчальних поїздок та обміну досвідом з успішними громадами
- проведення тренінгових заходів для представників громад та громадських організацій відповідно до наявних потреб
- серія тренінгів для представників об'єднаних громад та громадських організацій
- підготовка конференцій з залученням представників громад та зовнішніх експертів відповідно до наявного попиту
- постійна підтримка через інформування на місцях та зустрічі з представниками громад
- аналіз використання коштів місцевих бюджетів та запровадження інструментів збору даних на місцевому рівні
- експертна підтримка з роз'яснення чинного бюджетного та податкового законодавства України
- створення дієздатних фінансових підрозділів/управлінь в об'єднаних громадах; підготовка персоналу

Регіональні хаби: Географія



Регіональні хаби: Географія

24 Local Self-Government Development Centres (LSDC) – basic structure funded by U-LEAD



Що чекає на райони, територія яких покрита об'єднаними територіальними громадами?

Райони, більшість території яких покрита об'єднаними територіальними громадами (ОТГ), мають укрупнитися. Їхні повноваження переходять до громад, для них не залишається компетенції. Експерти напрацювали законопроект, який має вирішити питання функціонування районів до остаточного завершення адміністративно-територіальної реформи.

"Законопроект про порядок утворення, ліквідації, встановлення та зміни меж районів встановлює таку схему. Якщо більше половини населення входить в ОТГ та/або центр району входить в ОТГ, відбувається об'єднання районів. Тому що цей район не є спроможним фінансово, кадрово, інфраструктурно виконувати свої повноваження. Депутати районної ради того району, що ліквідується, переходять до того, до якого приєднується, до наступних виборів. А голова ради цього району стає заступником голови об'єднаного району", – пояснив пан Ганущак. Законопроект також пропонує схему встановлення меж районів: по зовнішній межі сільських, селищних та міських рад. На думку пана Ганущака, кількість таких об'єднаних районів буде не більше 100.

Питання районів необхідно вирішити якнайшвидше. У тому числі, для збалансованого бюджету 2018 року. *"Вже бюджет 2016 року став для районів проблемним. У бюджеті 2017 з'явилися стабілізаційні гроші, щоб збалансувати установи у районах, які є неповноцінними. Але у цьому році у нас буде 400 ОТГ. Посипиться абсолютна більшість районів. Ми не можемо втратити час, необхідно на весняній сесії прийняти рішення, які дадуть змогу*

збалансувати бюджет 2018 року і продовжити реформу. Якщо ми цього не зробимо, будуть величезні проблеми у бюджетному процесі та опір районів", – вважає Анатолій Ткачук, директор з питань науки та розвитку Громадської організації "Інститут громадянського суспільства".



За підрахунками, утримання районної держадміністрації чисельністю до 100 людей коштує 6 мільйонів щорічно. Апарат районної ради обходиться у від 1 мільйона 200 тисяч до 1 мільйона 800 тисяч. *"Це – вартість водогону одного села. Громадам також не вистачає кваліфікованих кадрів, [які могли б перейти з районного рівня] – зазначив пан Ткачук.*

15 травня відбудуться слухання у Комітеті Верховної Ради цього законопроекту.

Об'єднані територіальні громади на Сумщині в 2017 році

Олександр ХОРУЖЕНКО,
директор Сумського
відокремленого підрозділу
"Центру розвитку місцевого
самоврядування"

Капітальні речі будуються довго, тоді вони стоятимуть віки. Капітальні процеси – це системні процеси. Системні процеси потребують програмного мислення і багатоступеневого планування. Вирішувати тільки сьогодні на завтра – зло. Щоб досягти успіху потрібно чітко розуміти дії свої і ворога на кілька, а краще десятки кроків наперед.

Сто років тому невміння стратегічно мислити призвело до неправильних пріоритетів Центральної ради, уряду гетьмана Скоропадського і Директорії. Це особливо важливо зрозуміти тим, хто приймає рішення і впроваджує реформи сьогодні. Це критично важливо, коли мова йде про формування візії, якою має бути країна і як цього досягти.

Сто років тому невміння стратегічно мислити призвело до неправильних пріоритетів Центральної ради, уряду гетьмана Скоропадського і Директорії. Це особливо важливо зрозуміти тим, хто приймає рішення і впроваджує реформи сьогодні. Це критично важливо, коли мова йде про формування візії, якою має бути країна і як цього досягти.

100 років тому – ми це не подумали. 100 років потому – ми це розгрібаємо.

Я часто думаю над об'єктивними критеріями створення об'єднаних громад як базису нового місцевого самоврядування.

На мою думку, при створенні нових ОТГ, ми повинні орієнтуватися на:

1. сьогоdnішній стан і ризики демографії з прогнозами як мінімум на декаду наперед
2. інтереси дітей в отриманні якісної середньої освіти з подальшим вступом до університетів
3. фактор національної безпеки, грубо кажучи: чи зможе громада виставити "легіон" територіальної оборони, коли це буде потрібно?

Виключно з такого бачення я даватиму оцінку тому, що вже створено і над чим потрібно буде ще попрацювати в 2017 році.

За великим рахунком коефіцієнт корисної дії [ККД] самоврядування і зацікавленість ним самими людьми в Сумській області – не більше 5%, набагато нижче, ніж ККД у моєї домашньої газонкосарки. Останні десятиліття політики сприймали його тут як конструктор для своїх феодалських вотчин, як таке, з чим можна гратися і ніколи не отримати здачі за заподіяну шкоду. Як довго самоврядування ще прожило б у такому стані – сказати важко.

В українців є внутрішній досвід, який підказує: чим примітивніший механізм, тим ефективніше він працює. Але в 2000-их роках щось пішло "не так". Ми побачили вражаючі успіхи реформ в Польщі, країнах Балтії, інших наших союзників, який ми не могли більше ігнорувати.

В 2016 році ми почали активно демонтувати радянський територіальний устрій в Сумській області, який був імперсько-військовим по суті, розрахованим на іншу демографію, ставшим "чемоданом без ручки" в останнє десятиріччя.

Але в успіху будь-якої реформи є два чітких критерії:

- вона повинна відбуватися швидко
- її результати повинні відчуватися на рівні простої людини

Тобто, коли вам говорять: ти її

**Проект перспективного плану
формування спроможних територіальних громад
Сумської області**



Графічне зображення чинного
на сьогодні Перспективного
плану формування спроможних
територіальних громад в Сумській
області, затверджене рішенням 7 сесії
VII скликання Сумської обласної ради 7
жовтня 2016 року.

17 березня 2017 року утворилася Степанівська об'єднана територіальна громада.

До складу громади увійшли наступні населені пункти: селище міського типу Степанівка, села Глиняне та Головашівка Степанівської селищної ради, села Підліснівка, Білоусівка, Миловидівка, Новомихайлівка, Олександрівка, Степне, Червоний Кут Підліснівської сільської ради Сумського району.

Нова ОТГ стала найбільшою об'єднаною громадою Сумського району з населенням 6708 осіб.

просто не відчуваєш, цю реформу, – вам брешуть. Кожен хоче [і має право] своїми руками потрогати результати реформи. А як тільки ви починаєте гратися з людьми, маніпулювати цілями і засобами – все, вам вже не вірять.

І от ключава правда: інституційна проблема в тому, що ми [облдержадміністрація, експерти, частково депутати місцевих рад] створюємо "самоврядування" зверху. Іздимо, переконуємо, ведемо інформаційну кампанію, звітуємо за роботу в Уряд. А в наших людей практично відсутній запит на самоврядування. Воно їм не потрібно, його не цінять, за нього не боряться. А тому, коли щось не дай Бог станеться, – його не стануть і захищати. Це ключова проблема. Люди тут живуть, але це не їхня країна.

Тому, я частково виконуючи роль ідеолога реформи децентралізації на Сумщині, бачу перед собою завдання привчити людей до почуття "власності території". Реалізації спільності інтересів, що призведе до покращення безпеки і якості життя. Хоча б, для наших дітей.

Політично сподобалася ключова фраза у нещодавньому виступі Президента: "Я зробив висновки. Чужих помилок не повторю. І іншим не дам". Тобто дострокових виборів не буде, як би не шаленіли кремлівські маріонетки. Реформи будуть давати робити, незважаючи на те, що інтерес до децентралізації у вищого керівництва держави підупав.

Програма мінімум для децентралізації в 2017 році:

- більше 800 об'єднаних громад по країні [з них 35 на Сумщині], більше половини від запланованого
- формування субрегіонального рівня – нових районів і госпітальних округів [з них 5 на Сумщині]
- законодавство про порядок контролю над актами органів місцевого самоврядування
- завершення адміністративно-територіальної реформи восени 2017
- внесення змін до Конституції в частині децентралізації

За моїми розрахунками, 50 об'єднаних територіальних громад базового рівня – це ідеальна конфігурація для нового територіального устрою Сумщини на сьогодні. На базі якого будуть створені 5 нових районів/повітів з центрами у Сумах, Шостці, Охтирці, Ромнах та Котопі.

Реформа децентралізації вже про-

йшла точку неповернення й нею "захворіла" в 2 половині 2016 року вся Сумська область. Водночас, законодавчі прогалини [зокрема, через відсутність змін до Конституції] та швидкість реформи щоразу провокують питання перерозподілу повноважень і видатків, а також **серйозної втрати впливу партій на регіональну політику.**

"Великі" парламентські партії – Опозиційний блок і БЮТ, а також ситуативно Радикальна партія відверто проти реформи, бо вони швидко втрачають політичний вплив на місцях. Хоча така позиція фракцій не відповідає їх передвиборчим обіцянкам. У своїй передвиборній програмі 2014 року "Опозиційний блок" обіцяв *"забезпечити передачу функцій, повноважень і фінансів територіальним громадам"*, але жоден депутат фракції так і не підтримав закон про добровільне об'єднання територіальних громад.

Фракції Радикальної партії Олега Ляшка та ВО "Батьківщина" підписали Коаліційну угоду, в якій зобов'язалися забезпечити *"надання органам місцевого самоврядування базового рівня реальних повноважень, закріплення за місцевими бюджетами стабільних джерел доходів"*. Одним із пунктів угоди також було *"формування самодостатніх громад"*.

Юлія Тимошенко наголошувала: *"Без укрупнення громад не обійтися"*, але лише третина депутатів ВО "Батьківщина" проголосували за закон щодо надання ЦВК права призначати перші вибори в об'єднаних громадах і жоден депутат фракції не підтримав законопроект щодо розблокування виборів у громадах з різних районів. Фракції часто критикували навіть ті закони, які вони все ж підтримали. Особливо це стосується об'єднання громад. Так, 86% депутатів Радикальної партії Олега Ляшка та 68% депутатів "Батьківщини" підтримали закон "Про добровільне об'єднання територіальних громад".

МОДЕЛІ ОТГ, ЯКІ ЩЕ ФОРМУЮТЬСЯ

У 2017-му ми будемо свідками **загонепаду нинішніх районів**: багато з них [Сумський, Недригайлівський, Краснопільський, Глухівський] уже виявили себе з напівпорожніми бюджетами – реальний вплив переходить до об'єднаних громад. В успішних громадах з'являться перші відчутні результати: ремонти інфраструктури та утеплення шкіл, заку-

півля обладнання в лікарні й амбулаторії, ремонт доріг.

Найбільш активні громади матимуть можливість напряду контактувати з іноземними інвесторами і донорами з технічною допомогою та боротися за прямі інвестиції. Зокрема, в розбудові ЦНА-Пів, розробки і прийняття стратегій розвитку громад, сподіваюсь і розміщення нових виробничих бізнесів. З'являться громади, де під задачі пошуку інвестицій влада формуватиме окремі активні команди. Успішні кейси цих громад стануть додатковою рекламою реформи на Сумщині.

Кожна територіальна громада формуватиме свої унікальні ринкові пропозиції, які створять умови для появи нових точок росту в майбутньому.

Нам це дуже потрібно, оскільки не секрет, що **на рівні уряду і європейських донорів Сумська область останні роки сприймається "неперспективною"** і нікому нецікавою. Через це нам потрібно показати успішні приклади реформування інфраструктури. А також людей, які не побоялися відповідальності і ризикнули "взяти" в держави самоврядування.

Основним ризиком реформи на Сумщині я бачу загрозу збільшення провалля між "бідними" та "багатими". Проявлятиметься суттєва різниця між якістю життя на півночі і півдні Сумської області. Одні громади матимуть багато, інші зіткнуться з проблемами хронічного недофінансування, що призводитиме до закриття шкіл, лікарень тощо. Це може вилитись у соціальні протести та масові протистояння. Проте, нова модель локального врядування викристалізує у районах лідерів, які стрімко заявлятимуть про свої амбіції, на них будуть орієнтуватися ті, хто в минулому році вирішив поки що спостерігати.

Не секрет, що деякі ОТГ були сформовані авансом в урізаному вигляді, з перспективою доєднання до них інших територій в 2017 році на підставі законопроекту №4772, який парламент провалює вже безліч разів, але він нам критично потрібен. Сумська облдержадміністрація і Сумська облрада пішли в жовтні 2016 року ряду ОТГ на поступки, і внесли зміни в Перспективний план формування спроможних громад, відповідність якому є підставою переходу на прямі міжбюджетні відносини з урядом. На картах я схематично спробую показати, в якому форматі я бачу ці громади вже в 2017 році. Це моє власне

бачення, але без подальшого укрупнення частина з них об'єктивно не виживе.

До **Зноб-Новгородської ОТГ** потрібно приєднати Уралове та Жихове, щоб чисельність становила трохи більше 6 тис. чол. До того ж, без Жихівської



сільської ради в Зноб-Новгородській ОТГ практично відсутнє виробництво аграрної продукції, а це суттєво збільшило податкові надходження. Я не бачу тут великої проблеми, просто цим двом сільрадам потрібно показати в цьому



році, що реформа – це не обман, профінансувати хоча б 4-5 проектів з коштів ДФРР, розумно витратити субвенцію на розвиток інфраструктури від Мінрегіону.

До **Кириківської ОТГ** нинішнього Великописарівського району доцільно ще

приєднати територію сел Солдатське, Добрянське та Сидорову Яругу. Саме в такому вигляді дана громада формулася ще в першій редакції реформи децентралізації 2007-2008 рр. За оптимі-

бути назад реінтегрованими до Краснопілля.

Миропілля отримало статус міста ще в 1670 році, колись на початку XX ст. тут проживало понад 20 тис. чол. Сьогодні населення Миропільської ОТГ складає трохи більше 5 тис. чоловік, що критично мало для того, щоб стратегічно розвивати громаду на багато років наперед.

Миропільська ОТГ і Краснопільська ОТГ [яка йде на перші вибори у квітні 2017 року] прикривають собою місто Суми від кордону з РФ, тому державна підтримка цих громад є надзвичайно важливою і з точки зору національної безпеки.

Перспективним і життєвонеобхідним є приєднання суміжних громад до **Нижньосироватської ОТГ** Сумського району. Це перша об'єднана територіальна громада навколо міста Суми, досить економічно активний центр росту, зі своїми амбіціями, але і своїми слабкостями також. В такому форматі об'єднання як сьогодні, – просто у складі сел Нижня Сироватка та Старе село [колишнє Червоне] громада навряд чи матиме сенс в майбутньому. Тільки у форматі перспективного **об'єднання з Низами, Шпилівкою та Верхньою Сироваткою, така громада матиме величезну перспективу**. І зможе на рівних позиціонуватися як альтернатива місту Суми в залученні інвесторів, логістичної інфраструктури навколо аеропорту міста Суми, унікальних рекреаційних зон та ін.

На мою думку, **точками росту і відповідно центрами об'єднаних територіальних громад навколо міста Суми повинні залишитись тільки Миропілля, Хотінь, Степанівка та Нижня Сироватка**. Нинішня сформована об'єднана громада навколо Бездрика – рано чи пізно відійде до міста Суми, а Миколаївська сільська ОТГ – до майбутньої Степанівської ОТГ. В силу своїх обмежених людських ресурсів і природнього тяжіння до Сум та Степанівки відповідно.

Створювати окрему **Садівську ОТГ**, яка з самого початку була запланована в Перспективному плані, я не бачу сенсу. Села Косівщина та Сад вже давно є спальними районами для жителів міста, ймовірно приєднання сюди Шпилівки взагалю нелогічне, а Сула і Терешківка категорично відмовляються брати участь в цьому проєкті. Так само створювати **Юнаківську ОТГ** не бачу жодного сенсу, с. Стецьківка ніколи не піде



стичного сценарію швидкого прийняття законопроекту #4772 [т.зв. "про олійну пляму"], доцільно внести зміни в Перспективний план, і формувати Кириківську та **Великописарівську ОТГ** саме в такому форматі.

Миропільська ОТГ, яка створена із частини Краснопільського району, в ідеалі повинна включати в себе Осоївську сільську раду, а також Могрицьку і Бітицьку сільські ради Сумського району.



Тим паче, що передбачена Перспективним планом Великочернечинська ОТГ є абсолютно штучною моделлю. Тільки в такому випадку, вони зможуть залишитись самостійними, тримаючи кількість населення на позначці до 7 тис. чол. і не

в той проект, єдиним центром інтеграції там є смт. Хотінь, яке до 1914 року було центром окремої Хотінської волості Сумського повіту, відоме своїм палацом авторства архітектора Джакомо Кваренгі.

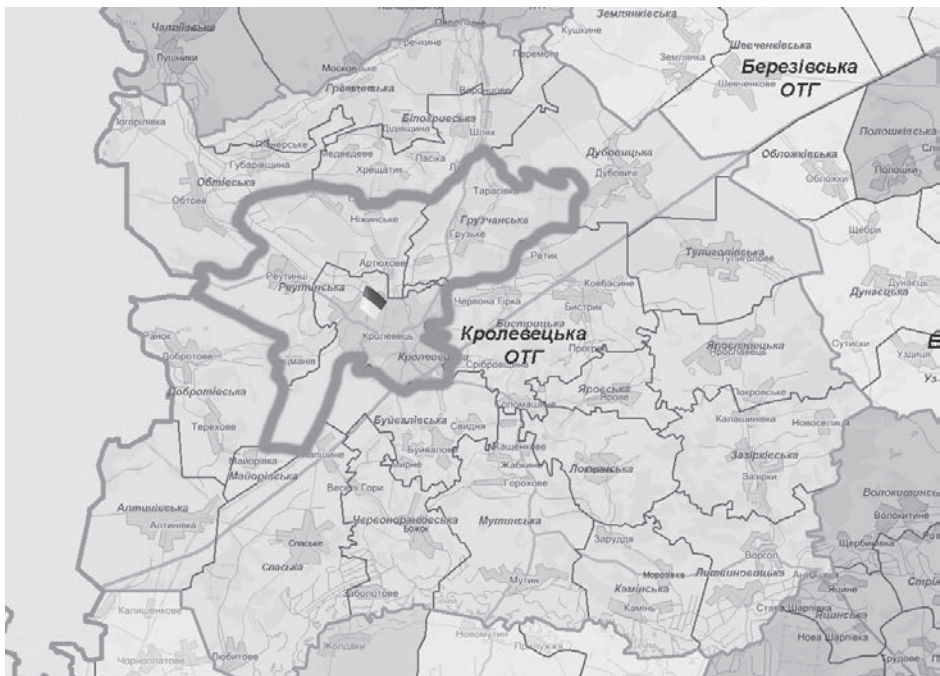
До міста Суми в перспективі було б логічно приєднати Велику Чернеччину, Косівщину, Сад, можливо Стецьківку [якщо вона відмовиться входити до складу Хотінської ОТГ].

Курйозним і мені абсолютно незрозумілим виглядає процес створення **Кролевецької ОТГ**. Перспективний план передбачає модель "район-одна громада". Проте міська влада м. Кролевець пішла "найпростішим" шляхом, створивши робочу групу разом з Ретинською та Грузчанською сільрадами, отримала на сьогодні позитивний висновок від Сумської облдержадміністрації і ми очікуємо рішення ЦВК про проведення перших виборів в цій громаді на квітень 2017 року.

Парадокс в тому, що ні в районній, ні в міській владі Кролевця немає спільного бачення ЯК буде моделюватися Кролевецький район далі. Там просто немає фізично ще одного центру, навколо якого можна було б об'єднати всіх інших. Такими центрами могли б стати Дубовичі з визначною історією і наявністю хоч якоїсь інфраструктури, проте це майже нереально з багатьох причин, або с. Ярославець [Arosławiec], яке було позначено ще на "Спеціальному та докладному плані України..." де Боплана в 1650 році. Це колишній родинний маєток генерального судді Василя Кочубея за часів гетьмана Івана Мазепи, нащадки якого володіли селом 230 років. Логіка в такому об'єднанні є, але чи зможуть домовитись навколишні громади між собою – поки що є відкритим питанням.

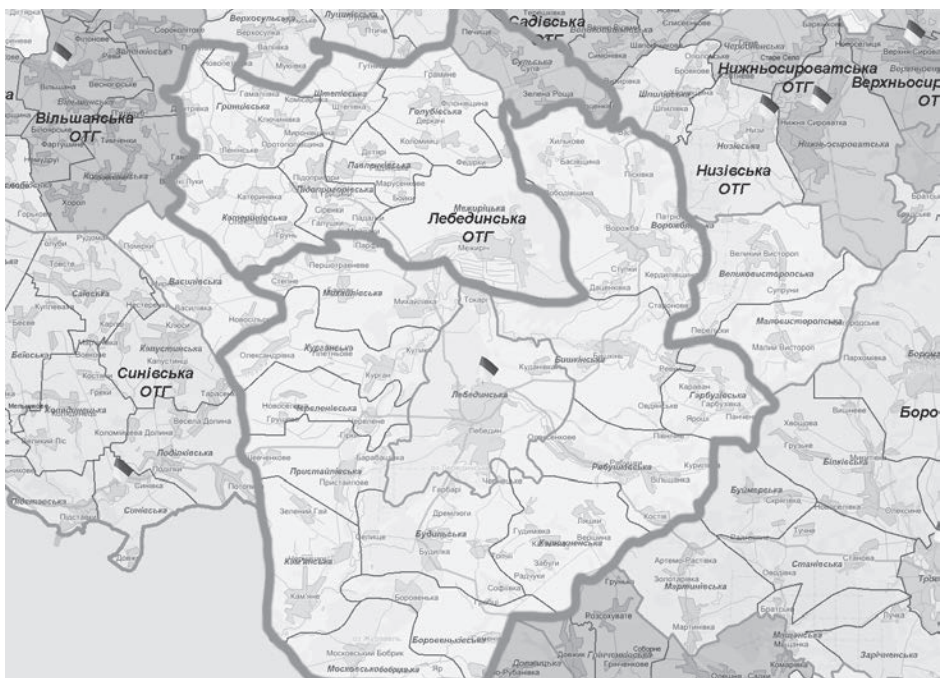
Завдяки позиції міського голови Лебедина Олександра Бакликова в листопаді минулого року була розблокована ситуація з моделюванням майбутнього формату створення **Лебединської ОТГ**. Остаточного рішення серед місцевих еліт ще немає. Проте, на мою думку, на базі нинішнього Лебединського району варто створити дві об'єднані громади з центром в м. Лебедин і с. Штепівка. Трохи відокремлено виглядає с. Василівка, яка історично тягнє до Капустинців Липово-Долинського району, і потенційно може увійти до складу запланованої Перспективним планом **Синівської ОТГ**.

Також Великий і Малий Висторопи історично знаходяться ближче до с. Боромлі, хоча на сьогодні голови цих сел категорично проти приєднуватися до **Боромлянської ОТГ**. Це могло



б бути одним із варіантів розвитку для цих двох сел, які дуже швидко сьогодні втрачають населення, для них це дуже складний вибір.

Також в листопаді-грудні 2016 року ми багато віддали часу й сил на створення об'єднаної громади з центром в **с. Будилка**, проте схоже проект помер, так і не народившись.



Складна і заплутана ситуація з моделюванням нових громад в **Роменському районі**.

Більш-менш очевидним є громада на півдні, де жорстко конкурують між

собою два села – історичний центр [колись з Магдебурським правом] Глинськ і нинішній центр економічного розвитку Андріяшівка. Місто Глинськ, до 1959 року районний центр, на сьогодні в сер-

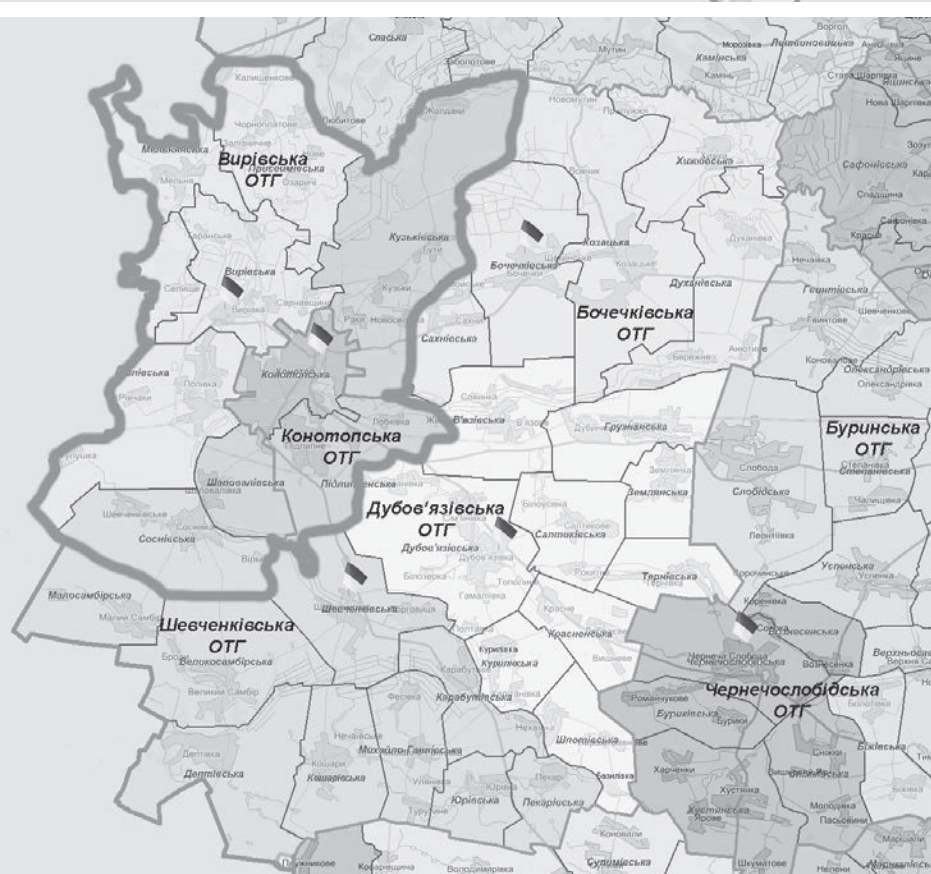
йозному занепаді, і йому поки що не вдається створити проект під себе. Як варіант, можна було б створити **Глинсько-Андріяшівську ОТГ** відповідно до Перспективного плану, де Андріяшівка була б фактично центральною садибою, а Глинськ – історико-культурним центром, там же можна було б розмістити ЦНАП.

Іншим центром інтеграції могло б стати **Сміле**, яке в XIX ст. за населенням перевищувало м. Ромни, до 1960 року Сміле також було районним центром. Проте, ця група громад сьогодні позначена в Перспективному плані з центром навколо с. Хмелівка, яке сьогодні є більш економічно активним.

Всі решта сіл логічно було б об'єднати в майбутню **Роменську ОТГ**, таким чином підсиливши громаду і в ролі потенційного центру госпітального округу. Ця задача на сьогодні є пріоритетною. Ромнам потрібно визначитися зі своїми майбутніми кордонами об'єднаної територіальної громади вже сьогодні. Так, як це за останні місяці зробив міський голова Конотопу. Тому що, без серйозного територіального розширення громада м. Ромни не зможе повноцінно розвиватися в майбутньому.

З більшою частиною сел, запланованих в Перспективному плані формування спроможних громад, – Пустовійтівської ОТГ, Бобрицької ОТГ та Довгополівської ОТГ, міській владі вже сьогодні варто домовлятися про об'єднання і заключити на декілька років угоди про спільну діяльність на основі Закону "Про співробітництво територіальних громад". Вони могли б реалізовувати спільні проекти, акумулювали ресурси для досягнення різних задач, могли б спільно фінансувати [утримувати] комунальні підприємства, які надавали б послуги жителям всіх громад. Навіть міг би бути створений окремий підрозділ у складі виконавчого комітету Роменської міськради для юридичного супроводу роботи всіх зацікавлених в майбутньому об'єднанні територіальних громад. В сучасних умовах дефіциту відповідних кадрів у сільській місцевості цей вид співробітництва є досить актуальним.

І тоді в найближчі місяці можна займатися формуванням **Смілівської ОТГ** [Хмелівська по Перспективному плану] і **Глинсько-Андріяшівської ОТГ** [Андріяшівська по Перспективному плану]. І ближче до чергових місцевих виборів, на основі попередніх домовленостей, сформувати достатньо





велику **Роменську ОТГ**. Але остаточне рішення – за міським головою м. Ромни Сергієм Салатуном та головою Роменської райдержадміністрації Валерієм Білохою.

Процес створення **Конотопської міської ОТГ**, а також **Бочечківської та Дубов'язівської** сільських об'єднаних громад в Конотопському районі виглядає досить історично й економічно обгрунтованим. Ми провели там достатньо консультацій і моделювання, я пропонував міському голові Конотопу Артему Семеніхину домовлятися з Вирами та Попівкою, щоб останні увійшли до складу об'єднаної Конотопської громади, і щоб вони не створювали окрему Вирівську ОТГ, як це передбачено Перспективним планом. В цьому проекті є політичні складнощі, проте з демографічних і інфраструктурних причин, окремий центр на захід від міста створювати немає сенсу.

Міській владі Конотопу так само потрібно домовлятися про об'єднання перед наступними місцевими виборами з Вирівською, Попівською, Мельнянською та Присеймівською сільськими радами, і заключити на декілька років угоди про спільну діяльність на основі Закону "Про співробітництво територіальних

громад". Шаповалівська сільська рада буде приєднана до міста Конотоп – це вже передбачено Перспективним планом формування спроможних громад.

Стосовно Соснівської сільської ради, то там керівник села сповідує концепцію *автаркії* – незалежність від усіх речей зовнішнього світу, або інших людей. Життєвий ідеал кініків і стоїків. Він категорично взагалі проти влади і реформи, обіцяє гучні судові процеси проти обласної державної адміністрації за те, що посягають на його феодал, там приєднання до міста Конотоп відбудеться останнім і через адміністративні важелі.

ПРОБЛЕМА #1.

КІЛЬКІСТЬ, А НЕ ЯКІСТЬ

Уряд взяв за пріоритет формування максимальної кількості об'єднань у найкоротші терміни. Це було виправдано в 2016 році, нам потрібні були "першопрохідці", які би повели за собою інших. Та у 2017 така "гонка озброєнь" може стати відверто шкідливою, як ми бачимо є приклади здійснення об'єднання за рахунок якості створюваних громад. Дуже часто ОТГ створюються всупереч здоровому глузду і елементарним правилам планування територій.

Для того щоб забезпечити фактичне

7 березня 2017 року проект рішення щодо об'єднання у Великочернечинську сільську об'єднану територіальну громаду з адміністративним центром у Великій Чернечині отримав від облдержадміністрації позитивний висновок про відповідність законодавству та Конституції України.

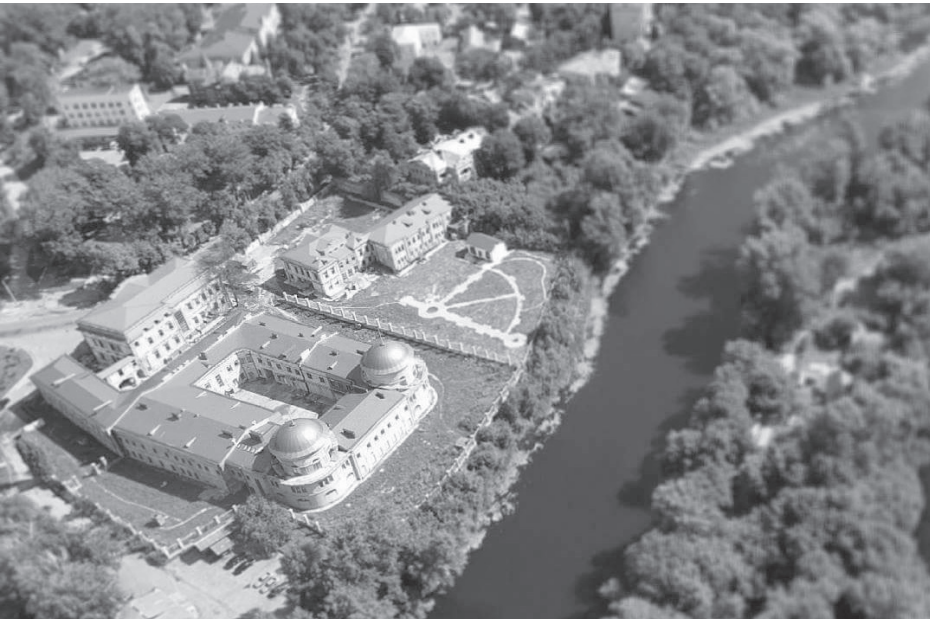
До складу Великочернечинської об'єднаної територіальної громади увійдуть Великочернечинська, Битицька та Могрицька сільські ради Сумського району.

Вже найближчим часом будуть сформовані крупні сільські ОТГ навколо Сум. Це позбавить місто навіть перспективи для просторового розвитку та залучення інвестицій

створення громади, державні адміністрації відходять від методологічних заasad. Поняття "якісна об'єднана громада" відходить на задній план. Відповідно передбачений у законі Перспективний план, який мав би бути механізмом державного контролю за правильністю проведення об'єднань, стає предметом обговорення і компромісів. Але це об'єктивно, тут замало місця для маневрів – закладений у законодавстві принцип добровільності робить чиновників Сумської облдержадміністрації в цьому процесі більше радниками і консультантами, аніж наглядачами за законністю.

ПРОБЛЕМА #2. МІСТА В ОБЛОЗІ

Проблемою є фактичне усунення з процесу реформи децентралізації міст обласного значення. Пріоритет мають села, міста залучаються за залишковим принципом. Законодавство передбачає нові вибори у ОТГ, у великих містах це занадто дорого і ризиковано. Особливо в обласних центрах, мери і міські ради яких занадто "централізовані" партійно, щоб проводити реформу децентралізації.



Вже найближчим часом будуть сформовані крупні сільські ОТГ навколо Сум. Це позбавить місто навіть перспективи для просторового розвитку та залучення інвестицій. Не секрет, що переважна більшість інвестицій приходить саме в міста, або в їх приміську зону. Тому, це питання насправді надзвичайної ваги та майбутнього економічного розвитку Сум.

Стратегічним виходом для міста Суми було б рішення заключити в першій половині 2017 року на період до чергових місцевих виборів угоди про

спільну діяльність на основі Закону "Про співробітництво територіальних громад" з такими сільськими радами як Садівська, Косовщинська, Чернечинська, Стецьківська про реалізацію спільних проектів і об'єднання ресурсів громад в наданні додаткових послуг для жителів цих сел.

Окрема угода про співробітництво повинна бути заключена вже тепер з "незалежною" **Бездрицькою ОТГ**, яка по суті все одно є інтегральною частиною міста, зорієнтована на нього, є маса спільних проблем, які потрібно вирішувати. А можливо, і домовлятися про об'єднання в одну велику **Сумську ОТГ** перед наступними місцевими виборами.

ПРОБЛЕМА #3. СТРАТЕГІЯ РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Країні потрібно визначитися зі стратегією децентралізації й інструментами реалізації регіонального розвитку.

Закон "Про засади державної регіональної політики" та стаття 24-1 Бюджетного кодексу України передбачають функціонування в державі Державного фонду регіонального розвитку [ДФРР]. Річна сума коштів ДФРР має бути не меншою ніж 1% від загального фонду бюджету [цього року така сума мала би становити близько 7,3 млрд грн]. Розподіляються ці кошти відповідно до формули, що визначена у статті 24-1 БКУ, і на цей розподіл не впливають ні міністри, ні депутати. З ДФРР мають фінансуватися проекти регіонального розвитку, які випливають зі стратегій розвитку регіонів, що у свою чергу мають відповідати Державній стратегії регіонального розвитку України-2020.

У бюджеті-2017 на ДФРР виділено **не 7,3 млрд грн**, а лише 3,5 млрд, з яких із загального фонду бюджету — **лише 1 млрд**. Уряд переконує, що проекти Державного фонду регіонального розвитку не є розвитковими, тому і не передбачив у бюджеті кошти у розмірі 1%.

Натомість уряд передбачив "**політичну субвенцію**" — з **державного бюджету місцевим бюджетам** на здійснення заходів для соціально-економічного розвитку окремих територій, — яка не передбачена жодним базовим законом і є "ручняком" для нардепів. Це 4 млрд грн, з них **1,5 млрд — гарантовані кошти** з загального фонду бюджету і 2,5 — зі спеціального фонду.

Тепер ця субвенція на розвиток ОК-

РЕМИХ ТЕРИТОРІЙ за обсягом більша за ДФРР. І це величезний крок назад у впровадженні реформи децентралізації і створенні нового самоврядування в країні.

Виникає питання: ДЛЯ ЧОГО готувати Стратегію розвитку Сумської області до 2020 року, визначати пріоритети, готувати план реалізації стратегії, якщо політики вводять квоти, і остаточне слово за народними депутатами? Та тому що, це не субвенція на соціально-економічний розвиток, а "хабар" депутатам-мажоритарниками, які таким чином готуються до позачергових виборів. І реформа тут просто стала за-ручником.

Державна регіональна політика – це чи не єдина державна політика, яка має свої цілі, завдання, систему планування, фінансування, реалізації, моніторингу/оцінки впливу та інституцій, вибудовані на засадах та підходах регіональної політики Європейського союзу. На жаль, з кожним роком бажання і смаки народних депутатів впливати на ресурси для розвитку територій лише зростають, і не тільки через цю архаїстичну субвенцію, але й уже через сам ДФРР. До речі, за даними Сумської облдержадміністрації, новоутворені 14 ОТГ подали на конкурс проектів ДФРР цього року проектів на суму 114 мільйонів гривень. Найбільше їх подали Зноб-Новгородська Середино-Будського району – 12, Миколаївська

Білопільського району -10, Недригайлівська – 8 та Шалигинська Глухівського району -7.

Фінансування проектів за рахунок ресурсів ДФРР для об'єднаних територіальних громад Сумщини в 2017 році, було чи не єдиним переконливим аргументом для нас, коли ми з липня по грудень 2016 року агітували громади доєднуватися до реформи і розробляти розвиткові проекти. Це суттєвий "стартовий капітал" для них, щоб підлатати інфраструктуру, запустити цю машину самоврядування і показати швидкі результати своїм жителям вже в цьому році. Ми очікуємо, що загальна сума на Сумську область буде як мінімум не меншою, ніж в 2016 році [на рівні 97 млн. грн.].

Також, всім стейкхолдерам, хто приймає рішення по реформі децентралізації і створення нового самоврядування в Сумській області, включаючи великий бізнес, експертів і політиків, варто домовитись про остаточну модель формування громад базового рівня вже в найближчі місяці, тому що далі підуть секторальні реформи і формування субрегіонального рівня – формування 5 нових районів і госпітальних округів в Сумській області. Це вимагатиме ще більшого рівня довіри до нас, а відтак нам потрібно навчитися більш якісно і відповідально планувати.

Державна регіональна політика – це чи не єдина державна політика, яка має свої цілі, завдання, систему планування, фінансування, реалізації, моніторингу/оцінки впливу та інституцій, вибудовані на засадах та підходах регіональної політики Європейського союзу

Індикативний розподіл у 2017 році коштів державного фонду регіонального розвитку

№ з/п	Регіон	Спецфонд			Загальний фонд			Разом ДФРР		
		80%	20%	Разом спецфонд	80%	20%	Разом загальний фонд	80%	20%	Разом ДФРР
1	Вінницька	74 788,960	48 774,660	123 563,620	29 915,584	19 509,864	49 425,448	104 704,544	68 284,524	172 989,068
2	Волинська	48 909,377	31 896,931	80 806,308	19 563,751	12 758,772	32 322,523	68 473,128	44 655,703	113 128,831
3	Дніпропетровська	151 877,497		151 877,497	60 750,999		60 750,999	212 628,496		212 628,496
4	Донецька	199 383,825		199 383,825	79 753,530		79 753,530	279 137,355		279 137,355
5	Житомирська	58 352,501	38 055,395	96 407,896	23 341,000	15 222,158	38 563,158	81 693,501	53 277,553	134 971,054
6	Закарпатська	59 111,487	38 550,379	97 661,866	23 644,595	15 420,151	39 064,746	82 756,082	53 970,530	136 726,612
7	Запорізька	81 786,706		81 786,706	32 714,683		32 714,683	114 501,389		114 501,389
8	Івано-Франківська	64 773,382	42 242,862	107 016,244	25 909,353	16 897,145	42 806,498	90 682,735	59 140,007	149 822,742
9	Київська	81 380,653		81 380,653	32 552,261		32 552,261	113 932,914		113 932,914
10	Кіровоградська	45 427,867		45 427,867	18 171,147		18 171,147	63 599,014		63 599,014
11	Луганська	103 130,251	67 257,827	170 388,078	41 252,100	26 903,131	68 155,231	144 382,351	94 160,958	238 543,309
12	Львівська	118 972,341		118 972,341	47 588,936		47 588,936	166 561,277		166 561,277
13	Миколаївська	54 066,392		54 066,392	21 626,557		21 626,557	75 692,949		75 692,949
14	Одеська	112 027,434		112 027,434	44 810,973		44 810,973	156 838,407		156 838,407
15	Полтавська	67 063,809		67 063,809	26 825,524		26 825,524	93 889,333		93 889,333
16	Рівненська	54 519,231	35 555,475	90 074,706	21 807,692	14 222,190	36 029,882	76 326,923	49 777,665	126 104,588
17	Сумська	51 918,809	33 859,573	85 778,382	20 767,524	13 543,829	34 311,353	72 686,333	47 403,402	120 089,735
18	Тернопільська	49 804,074	32 480,420	82 284,494	19 921,630	12 992,168	32 913,798	69 725,704	45 472,588	115 198,292
19	Харківська	126 934,376		126 934,376	50 773,750		50 773,750	177 708,126		177 708,126
20	Херсонська	49 611,911	32 355,098	81 967,009	19 844,764	12 942,039	32 786,803	69 456,675	45 297,137	114 753,812
21	Хмельницька	60 445,602	39 420,440	99 866,042	24 178,241	15 768,176	39 946,417	84 623,843	55 188,616	139 812,459
22	Черкаська	57 953,768		57 953,768	23 181,507		23 181,507	81 135,275		81 135,275
23	Чернівецька	42 652,175	27 816,209	70 468,384	17 060,870	11 126,484	28 187,354	59 713,045	38 942,693	98 655,738
24	Чернігівська	48 660,668	31 734,731	80 395,399	19 464,267	12 693,893	32 158,160	68 124,935	44 428,624	112 553,559
25	м. Київ	136 446,904		136 446,904	54 578,762		54 578,762	191 025,666		191 025,666
РАЗОМ		2 000 000,000	500 000,000	2 500 000,000	800 000,000	200 000,000	1 000 000,000	2 800 000,000	700 000,000	3 500 000,000

Спрощення процедури добровільного об'єднання громад

17 березня 2017 року Президент України Петро Порошенко підписав Закон "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо добровільного приєднання територіальних громад" (законопроект №4772). Закон дає змогу суттєво пришвидшити формування спроможного базового рівня місцевого самоврядування, бо значно спрощує процедуру добровільного об'єднання громад.

"Безліч громад, які бачили у консолідації зусиль великі можливості для розвитку і прагнули об'єднатися, довгий час були заручниками сусідів, які з тих чи інших причин цього не хотіли. Зараз, коли

Вже створені ОТГ пройшли процедуру об'єднання, вже сформували органи управління. Вони мають більш широкі повноваження і значні ресурси, що дозволяє їм реалізовувати проекти розвитку

інфраструктури: ремонтувати і навіть будувати школи, дитсадки, водогони, дороги, системи вуличного освітлення, закуповувати комунальну техніку, створювати комунальні підприємства, дбати про благоустрій навіть найвіддаленіших

Чому громади бажають приєднуватися до ОТГ*



ширші повноваження



більше ресурсів та можливостей для розвитку



вже сформовані дієві органи управління ОТГ



підтримка ОТГ з боку держави, бізнесу, міжнародних проектів

закон дозволяє визнавати спроможними навіть ті громади, які об'єдналися не за перспективним планом, цей бар'єр зникає. Крім того, відтепер громади можуть без зайвих фінансових і політичних стресів приєднуватися до вже існуючих об'єднаних громад", – зазначив Перший заступник Міністра регіонального розвитку,

сіл тощо. У цьому їм допомагає держава, місцевий бізнес, сприяють міжнародні партнери.

Звичайно, сусідні громади, які з тих чи інших причин одразу не пішли на об'єднання, зараз вже бачать усі вигоди такої консолідації зусиль і бажають долучитися до ОТГ.

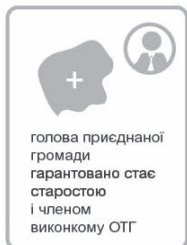
Переваги приєднання – фінансові та політичні



голову ОТГ не переобирають в ході приєднання



вибори депутатів проводяться не на всій території ОТГ, а лише в приєднаній громаді



голова приєднаної громади гарантовано стає старостою і членом виконкому ОТГ



інтереси мешканців приєднаної громади захищені і представлені в раді ОТГ



приєднання = спрощена процедура добровільного об'єднання громад

Переваги приєднання – фінансові та політичні

Раніше приєднатися до вже створеної ОТГ можна було лише знову пройшовши усю процедуру об'єднання. А це, звичайно, політично і фінансово не вигідно.

До слова, був лише один випадок приєднан-

ня громади шляхом повторного об'єднання громад: Куцурубська ОТГ, що на Миколаївщині, проводила перші місцеві вибори голови та депутатів двічі – впер-

будівництва та житлово-комунального господарства **В ячеслав Негода.**

Чому громади хочуть приєднуватися до ОТГ?

ше у 2015 році, а вдруге, вже у більш широкому складі, у 2016 році.

Новий закон значно спрощує процедуру доєднання до діючої об'єднаної громади. Ним передбачається, що голову ОТГ в ході приєднання не переобирають, вибори депутатів проводяться не в усій об'єднаній громаді, а лише на приєднаній території. Приєднана громада стає старостинським округом в ОТГ. При цьому, голова приєднаної громади гарантовано отримує повноваження старости і стає членом виконкому ОТГ.

Отже в раді ОТГ будуть представлені інтереси усіх мешканців новоствореної громади, а місцева влада не зазнає політичних потрясінь.

Тобто процес приєднання можна назвати спрощеною процедурою об'єднання громад.

Хто може приєднатися до ОТГ?

За спрощеною процедурою до ОТГ може приєднуватися громада, яка має з нею спільну межу і за перспективним планом формування територій громад області відноситься до цього об'єднання.

До яких ОТГ можна приєднуватися?

За спрощеною процедурою можна приєднуватися лише до ОТГ, визнаних Урядом спроможними. У Законі йдеться, що Кабінет Міністрів може визнати ОТГ спроможною за умови її утворення навколо населеного пункту, визначеного перспективним планом як адміністративний центр, а також якщо кількість населення ОТГ становить не менше половини кількості населення громад, які мали в перспективі увійти до такої ОТГ.

Отже тепер громади можуть об'єднатися і отримати статус спроможної ОТГ навіть якщо це об'єднання не на 100 % відповідає перспективному плану. Тобто громади, які не хочуть об'єднуватися, тепер не стоятимуть на заваді тим, хто готовий розвиватися шляхом консолідації зусиль.

Виникає запитання, чи можна за цим законом приєднуватися до вже існуючих 366 ОТГ, більшість з яких вже на 100% відповідають перспективному плану? Можна. Якщо таке приєднання не суперечить законодавству і методиці формування громад, не створює "білих плям" (громади є суміжними) на сусідніх територіях, це не складно буде зробити, навіть за умови внесення змін до перспективного плану.

Чи можна приєднуватися до міст обласного значення?

Поправка, яка дозволяла приєднуватися громадам до міст обласного значен-

Хто може приєднатися до ОТГ



За спрощеною процедурою може приєднуватися громада, яка має спільну межу з ОТГ і за перспективним планом** відноситься до цього об'єднання

Хто може ініціювати об'єднання

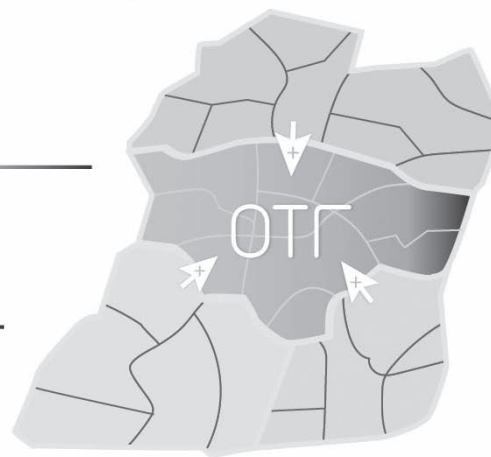


Ініціатором можуть бути голова, депутати чи мешканці як ОТГ, так і приєднуваної громади

Чи може ОТГ відмовити громаді в приєднанні?



Може, але у цьому випадку Кабінет Міністрів України має право скасувати рішення про визнання такої ОТГ спроможною



ня в законопроекті була. Це логічно, бо і ОТГ, і міста обласного значення є спроможними. Але під час розгляду документу в Парламенті у другому читанні, у залі не знайшлося голосів для підтримки цієї поправки. Отже, поки що норми закону стосуються лише приєднання до ОТГ.

Хто може ініціювати об'єднання?

Ініціатором, як і у випадку об'єднання громад, можуть бути голова, депутати чи мешканці як ОТГ, так і приєднуваної громади.

Чи може ОТГ відмовити громаді в приєднанні?

Може хіба що у випадку, коли громада, яка хоче приєднатися, не належить до ОТГ за перспективним планом чи не має з нею спільної межі. Якщо ж ОТГ відмовлятиме "законним претендентам" на приєднання, Кабінет Міністрів України матиме право скасувати рішення про визнання такої ОТГ спроможною.

Як Закон вплине на процес формування перспективних планів областей?

Так як громади тепер у меншій мірі залежатимуть від існуючих перспективних планів, очікується, що обласні ради разом з обласними державними адміністраціями розроблятимуть більш цілісні, збалансовані перспективні плани, сформовані на основі чітких розрахунків і критеріїв формування спроможних громад.

Чи можуть до ОТГ приєднуватися суміжні громади з інших районів?

Законом це не забороняється. Але до останнього часу Центральна виборча комісія не вбачала підстав для призначення перших виборів в об'єднаних громадах, створених на межі кількох районів.

Поправка депутата Василя Гуляєва до фінальної редакції законопроекту № 4772 включена не була. Між тим, вона вкрай важлива для міст обласного значення, бо передбачала надання цим містам статусу об'єднаних територіальних громад.

Прийняття цієї правки дозволило б довколишнім сільським радам приєднуватися до міст обласного значення за спрощеною процедурою: без необхідності проведення в місті виборів голови та депутатів. Довибори депутатів до міської ради потрібні були б лише на території тих рад, які приєдналися до міст обласного значення.

12 об'єднаних громад отримують фінансування на створення ЦНАПів від U-LEAD



14 березня 2017 року відбулося урочисте підписання меморандумів про співпрацю між представниками 12 об'єднаних територіальних громад та компанією SKL International щодо створення в цих громадах центрів надання адміністративних послуг (ЦНАП).

За словами В'ячеслава Негоди, створені в об'єднаних громадах ЦНАПи повинні відрізнятися від тих, що вже працюють, скажімо, при райдержадміністраціях. Через те, що громади мають більш широкі власні повноваження там мають змогу якісно надавати не лише адміністративні, а й комунальні та інші послуги

Під час заходу Перший заступник Міністра регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства **В'ячеслав Негода** зазначив: "Децентралізація, як і будь-яка інша реформа, не має сенсу, якщо у житті мешканців громади не відбувається позитивних змін. Наближення якісних послуг до людей – це і є ті зміни, яких найбільше чекали і які вже відчули в багатьох громадах. Швидкі успіхи в цьому напрямку стали можливими в тому числі і завдяки державній підтримці та сприянню наших міжнародних партнерів".

За словами В'ячеслава Негоди, створені в об'єднаних громадах ЦНАПи повинні відрізнятися від тих, що вже працюють, скажімо, при райдержадміністраціях. Через те, що громади мають більш широкі власні повноваження там мають змогу якісно надавати не лише адміністративні, а й комунальні та інші послуги. Ці послуги можуть бути також доступнішими. Для цього в селах об'єднаних громад важливо створювати віддалені та мобільні робочі

місця для фахівців ЦНАПів, залучати до надання послуг сільських старост.

"Також слід зауважити, що на цьому заході поруч з головами об'єднаних громад є представники деяких районних державних адміністрацій. Отже на районному рівні вже є розуміння, що перспектива – за об'єднанням громад, і цей процес краще підтримувати ніж блокувати", – сказав Перший заступник Міністра.

Мартін Хагстрьом, Посол Швеції в Україні, вважає, що кінцевою метою реформи децентралізації в Україні є досягнення та підтримка високого рівня життя для звичайних громадян. Важливим аспектом реформи є надання високоякісних адміністративних послуг для всіх громадян і приватного сектора. За словами пана Посла, "ЄС і його держави-члени, в тому числі Швеція, віддані підтримці проведення реформи децентралізації в Україні, яка крім іншого передбачає розширення потенціалу місцевих громад".

Хьюг Мінгареллі, посол, Голова делегації ЄС в Україні, переконаний, що з під-

писанням угоди про партнерство лідери громад беруть сьогодні зобов'язання щодо дуже складного завдання створення центрів адміністративних послуг в своїх громадах. Це буде означати багато роботи і зусиль. Але, на думку посла, це буде винагороджуюче завдання. Добре функціонуючі центри адміністративних послуг могли б стати символом реформ на шляху до нової якості місцевого самоврядування в Україні: дружній і прозорий офіс, що забезпечує вільне від корупції надання послуг всім громадянам громади.

У компанії SKL International зазначили, що в рамках меморандуму у цих 12 об'єднаних громадах до кінця року передбачається ремонт і обладнання Центрів адміністративних послуг, а також навчання відповідних фахівців та інформування населення про діяльність ЦНАПів.

Як відомо, компанія SKL International реалізує Початкову фазу проекту U-LEAD component 2 "Створення центрів надання адміністративних послуг та підвищення поінформованості населення про місцеве самоврядування" у частині розбудови Центрів адміністративних послуг. U-LEAD є спільною програмою Європейського Союзу та його держав-членів – Данії, Естонії, Німеччини, Польщі та Швеції.

В планах проекту U-LEAD component 2 відкриття не менше 24 ЦНАПів в уже створених об'єднаних громадах до кінця 2017 року і до 600 центрів – до кінця 2020 року.

Загальний розмір фінансування складає 800 тисяч євро.

Як повідомлялося, 24 січня 2017 року перші 14 об'єднаних громад підписали меморандуми з компанією SKL International щодо створення ЦНАПів.

<http://decentralization.gov.ua/news/item/id/4728>



Фіналістами для отримання допомоги по створенню ЦНАПів стали:

1. Іршанська ОТГ (Житомирська обл.)
2. Краснопільська ОТГ (Сумська обл.)
3. Миколаївська селищна ОТГ (Сумська обл.)
4. Старосинявська ОТГ (Хмельницька обл.)
5. Чемеровецька ОТГ (Хмельницька обл.)
6. Глобинська ОТГ (Полтавська обл.)
7. Калитянська ОТГ (Київська обл.)
8. Северинівська ОТГ (Вінницька обл.)
9. Веселівська ОТГ (Запорізька обл.)
10. Мокрокалигірська ОТГ (Черкаська обл.)

Фіналіст по отриманню допомоги на створення віддаленого робочого місця:

Білозірська ОТГ (Черкаська обл.).

Фіналіст по отриманню допомоги на створення мобільного робочого місця:

Славута (Хмельницька обл.).



Глухів ініціював створення об'єднаної територіальної громади

1 березня 2017 року були проведені громадські обговорення щодо ініціати́ви Глухівського міського голови [розпорядження № 25-ОД від 31 січня 2017 року] щодо створення Глухівської об'єднаної територіальної громади шляхом добровільного об'єднання територіальних громад деяких сіл у Глухівську територіальну громаду з адміністративним центром у місті Глухові.

Після політичного відходу гетьмана Івана Мазепи від російського царя Петра I в 1709 році столиця України була перенесена з Батурина в Глухів, що був на межі з кордонами тогочасної Росії.

Міський голова Мішель Терещенко пояснив своє бачення реформи децентралізації в Глухові: "Сьогодні ми відзначаємо важливий момент у житті нашої спільноти. Ми повинні переглянути наш територіальний устрій. У минулому столітті існували міста, села, райони, округи, повіти. А тепер ми будемо мати Громаду, а пізніше – нове співтовариство громад. Тільки 2 або 3 рази на століття випадає така можливість для реформування нашого спільного життя. Сьогодні в нас є цей шанс, і вперше ця перебудова не повинна стати результатом адміністративного рішення, а має бути здійсненою відповідно до волі більшості нашого народу. Це фантастична можливість, і ми повинні її використати".

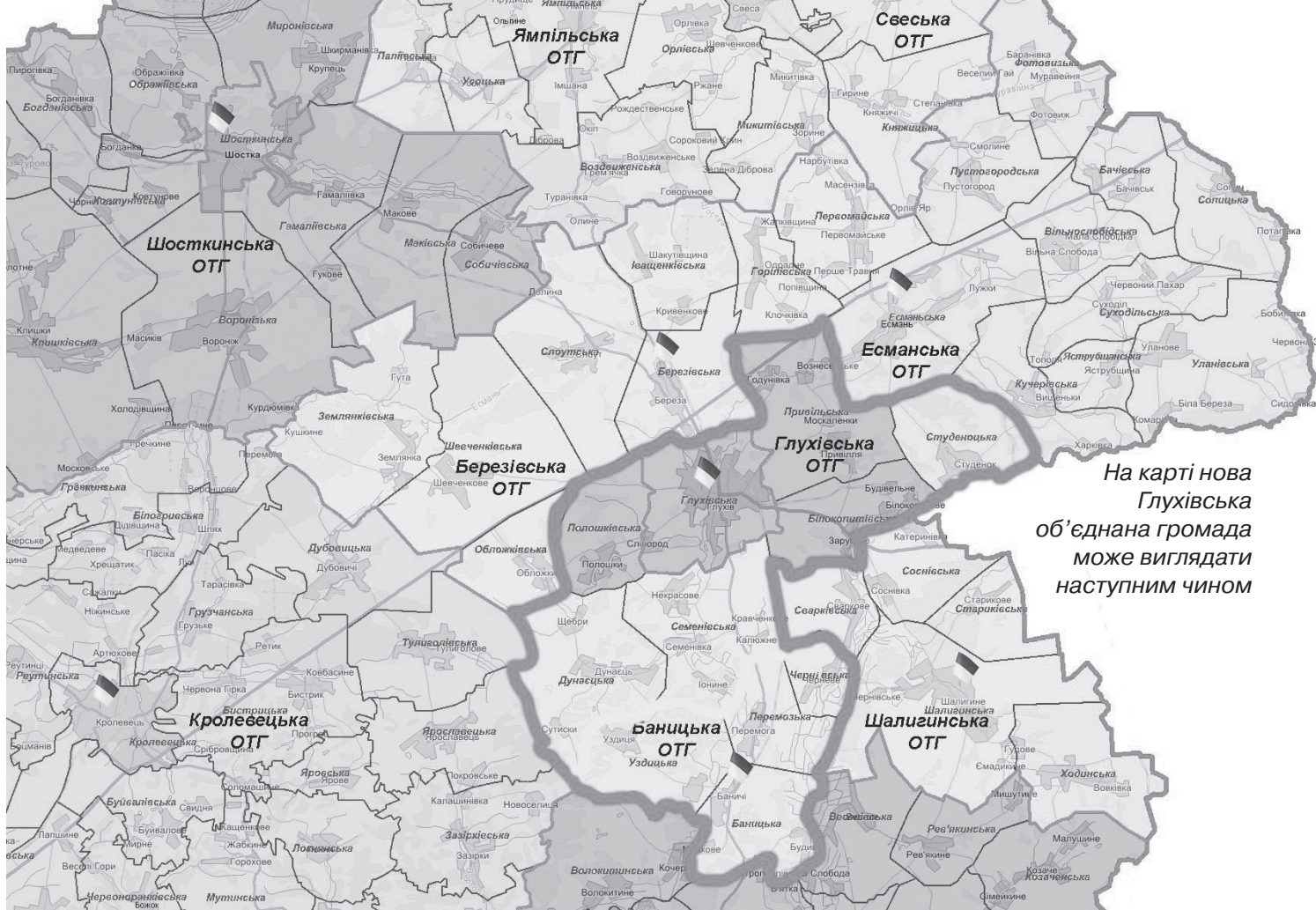
Пропозиція щодо підтримки ініціати́ви Глухівського міського голови про добро-

вільне об'єднання територіальних громад сіл у Глухівську територіальну громаду з адміністративним центром у місті Глухові була винесена на голосування. Її підтримали 72 присутніх у залі, не підтримали 4, утрималися 10. Ця пропозиція буде включена до порядку денного найближчого пленарного засідання Глухівської міської ради.

Перелік територіальних громад, яким пропонується об'єднання:

- Села Баничі, Будища, Мацкове – Баницька сільська рада
- Села Білокопитове, Заруцьке, селища Будівельного – Білокопитівська сільська рада
- Села Дунаєць, Сутиски, Щебри – Дунаєцька сільська рада
- Села Уздиця, Вікторове – Уздицька сільська рада
- Село Перемога – Перемозька сільська рада
- Село Полошки – Полошківська сільська рада
- Села Привілля, Годунівка, Москаленки, Хотминівка – Привільська сільська рада
- Села Семенівка, Іоніне, Калюжне, Кравченкове, Некрасове – Семенівська сільськоа рада
- Село Студенок – Студенецька сільська рада
- Село Черневе – Чернівська сільська рада





На сьогодні в Глухівському районі вже створені й амбітно розвиваються **Березівська** та **Шалигінська** об'єднані територіальні громади. Місто Глухів ініціює в 2017 році приєднання до себе як програму-максимум 10 сільських рад, хоча розглядають і мінімальний варіант – без сел Уздиця, Баничі та Перемога. Який формат зрештою буде реалізований – покажуть перемовини між керівниками громад і обговорення в цих селах.

Глухів – одне з найдавніших міст України, колишня столиця України часів Гетьманщини. Перша згадка про нього як про місто Чернігівського князівства зустрічається в Іпатіївському літописі за 1152 рік. В церковних джерелах місто згадується в 992 році, коли було створено Чернігівську єпархію і Глухів ввійшов до її складу. Після війни 1648-1654 років Глухів одержав статус сотенного міста Ніжинського полку. У 1663-1665 рр. існував Глухівський полк на чолі з полковниками Кирилом Гуляницьким та Василем Черкашеницею.

Після політичного відходу гетьмана Івана Мазепи від російського царя Петра I в 1709 році столиця України була перенесена з Батурина в Глухів, що був на межі з кордонами тогочасної Росії.

І сьогоднішня ініціатива мера Мішеля Терещенка про підтримку реформи децентралізації і створення більш потужного муніципального утворення, на мою

думку, повинна бути підтримана на всіх рівнях влади. Це перше місто обласного значення в Сумській області, яке зробило такий радикальний крок, і незважаючи на недосконале українське законодавство і небажання ЦВК пускати на вибори об'єд-

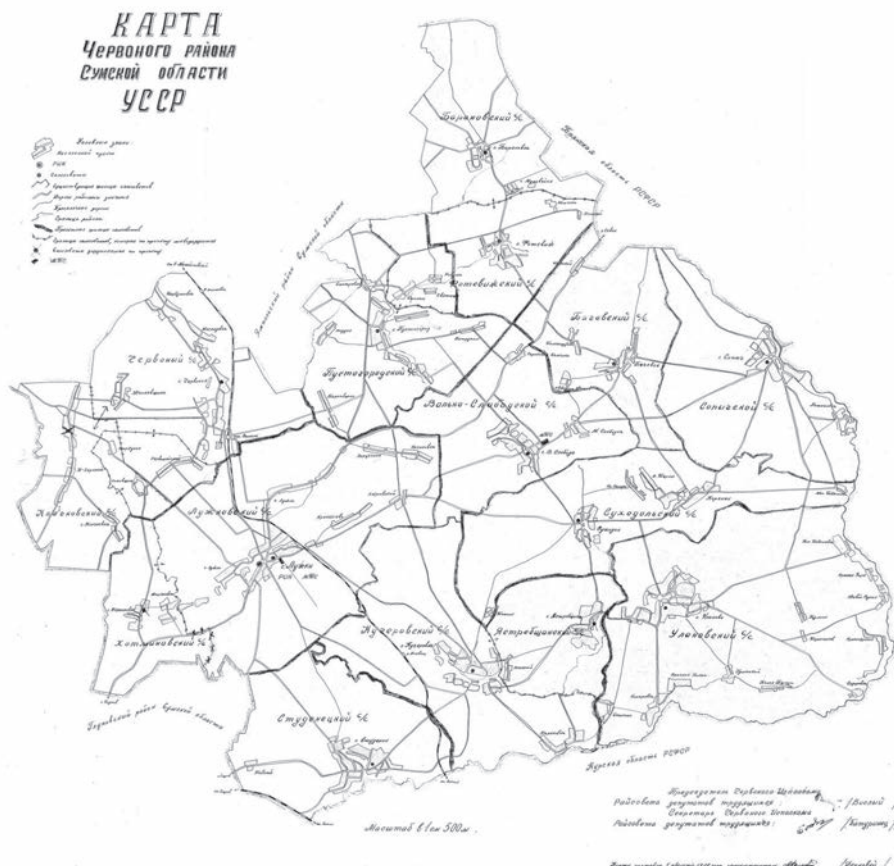
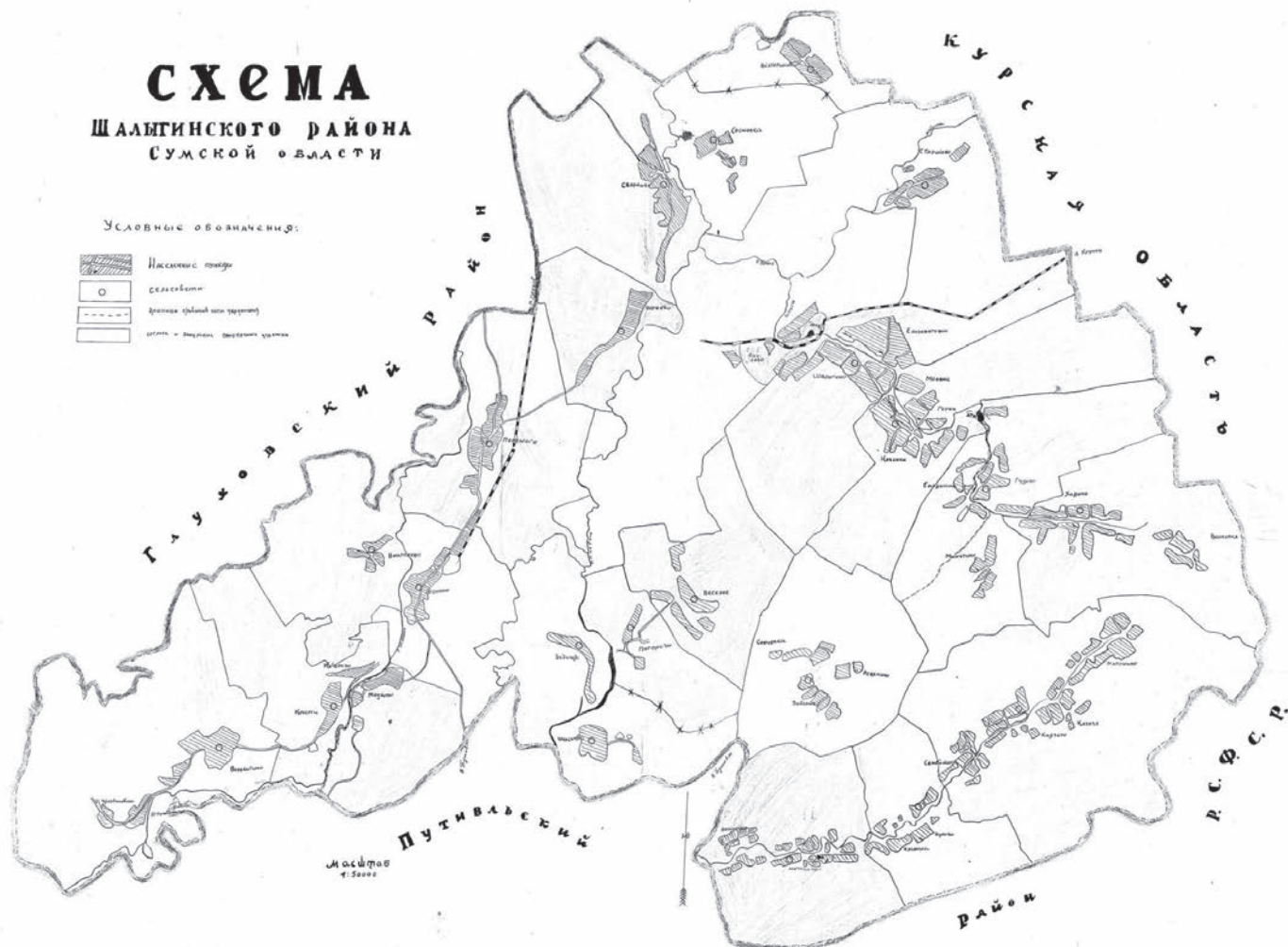


СХЕМА ШАЛТИНСКОГО РАЙОНА СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Условные обозначения:

	Населенные пункты
	Сельсоветы
	Границы (районной или уездной)
	Границы и кварталы, перспективные кварталы



нані громади навколо великих міст, цілком має шанс стати успішним проектом.

Після залишиться тільки дооб'єднати решту сел згідно Перспективного плану

створення спроможних громад навколо нинішнього села Есмань, колишнього центру Червоного району, який існував на поч. XX ст. [1925 р.]



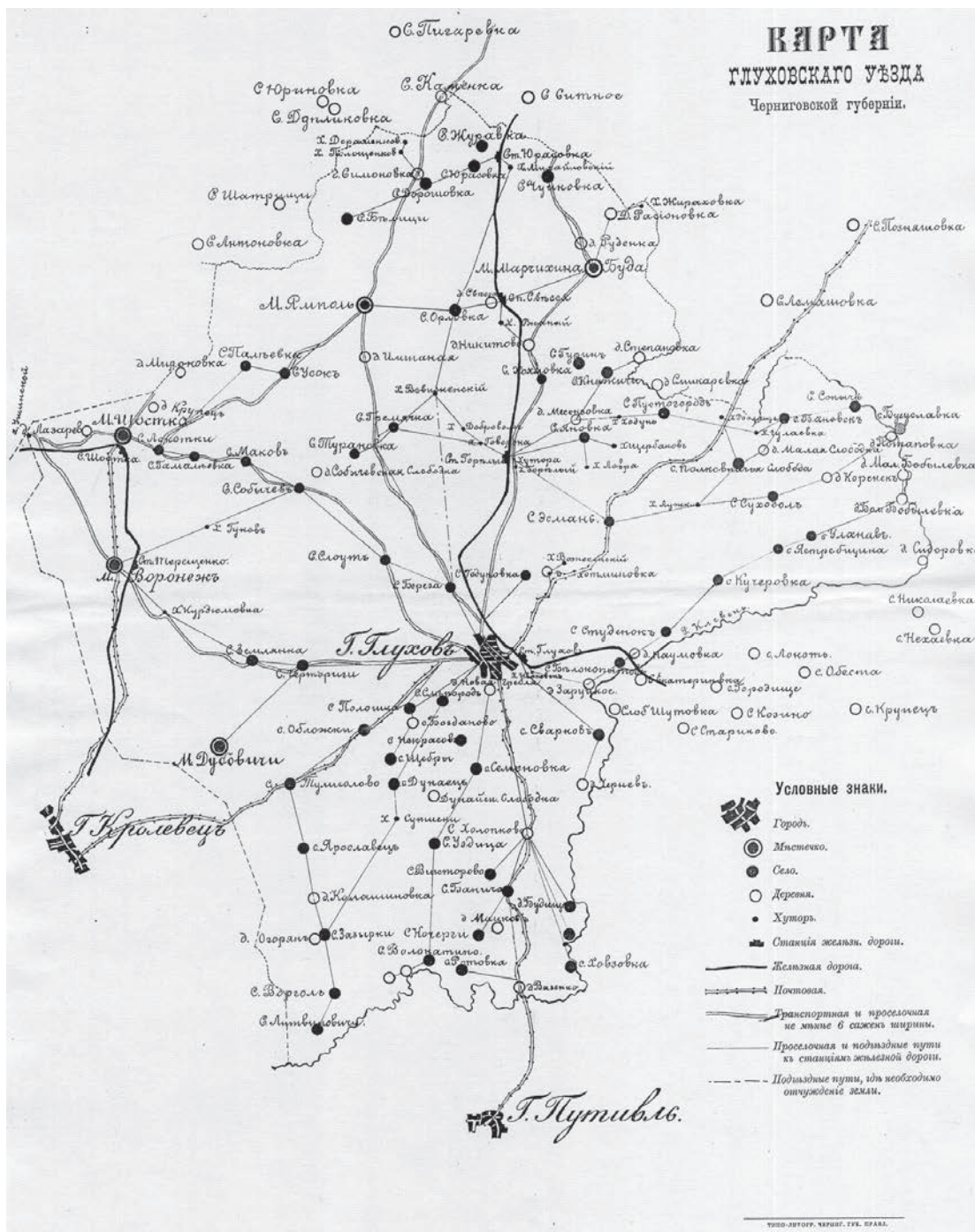


Michel Terestchenko
співзико 2 місяці тому

Успішне формування нашої нової територіальної одиниці. Це робиться, але, на жаль, наша лікарня знаходиться в такому стані після декількох років занедбаності та приватизації (у нас навіть є нічний клуб, який був збудований і приватизований на території нашої лікарні), що ми не маємо шансу стати центром майбутнього госпітального округу. Це нереально. Але ми отримаємо особливий статус для нашої лікарні і, ймовірно, зможемо розвивати її ще більше, не маючи тиску від необхідності бути в центрі госпітального округу. Зараз ми плануємо нові хороші перспективи для нашої лікарні, яка, ймовірно, буде в змозі надавати більш якісні послуги, якщо навіть не отримала можливості виконувати всі зобов'язання регіонального центру.

Але те, що Глухів не став центром госпітального округу не означає, що ми будемо відмовлятися від боротьби, за те, щоб залишитися адміністративним центром. Для цього, Глухів володіє всіма необхідними якостями. Він був важливим центром у минулому, і, незважаючи на 80 років комунізму і 20 років бандитизму, злочинці не змогли знищити все, і в нас є хороший шанс стати центром адміністративного округу до 2020 року, особливо якщо ми продемонструємо розвиток та інвестиції в нашої Глухівській Громаді. Це цілком можливо.

<https://www.facebook.com/michel.terestchenko.3>



Насамкінець для всіх, хто цікавиться реформою і практично створює сьогодні Глухівську міську об'єднану громаду, цікавим може стати карта колишнього Глухівського повіту Чернігівської губернії сторічної давності.

Набрала чинності постанова, яка визначає новий механізм зарахування частини акцизу до місцевих бюджетів



До місцевих бюджетів надходитиме 13,44% акцизу з виробленого та ввезеного пального.

Набрала чинності постанова Кабінету Міністрів України "Деякі питання зарахування частини акцизного податку з виробленого в Україні та ввезеного на митну територію України пального до бюджетів місцевого самоврядування" (№ 96 від 8 лютого 2017 року). Документ опубліковано на Урядовому порталі.

Постанова передбачає, що 13,44% акцизного податку з виробленого та ввезеного пального буде зараховуватися до місцевих бюджетів. Крім того, документ визначає, що розподіл частини акцизного податку з пального між місцевими бюджетами відповідно до часток для зарахування до місцевих бюджетів буде відбуватися щоденно.

Такий механізм розподілу названо-го акцизу, як пояснює Міністерство фінансів, сприятиме детінізації та підвищить ефективність сплати акцизного податку, а також забезпечить стабільні надходження до місцевих бюджетів.

У ЧОМУ ПРОБЛЕМА?

У 2016 році було скасовано податок з роздрібного продажу палива у розмірі 5%, який сплачувався до місцевих бюджетів. Причиною цього була тінізація роздрібного продажу палива окремими платниками даного податку, що спричиняло недонадходження акцизного податку з роздрібного продажу до місцевих бюджетів. Мінфін розробив ефективну модель, за якої 13,44% акцизного податку з виробленого та ввезеного пального буде сплачуватися до місцевих бюджетів. Наприклад, наразі ставка акцизного податку на бензин становить 213,5 євро за 1000 л, з цієї суми 28,7 євро за 1000 л (13,44%) буде спрямовано до місцевих бюджетів.

ЩО ЦЕ ДАЄ?

По-перше, ця модель сприятиме детінізації та підвищить ефективність сплати акцизного податку. По-друге, це забезпечить стабільні надходження до місцевих бюджетів. В свою чергу це позитивно вплине на соціально-економічний розвиток регіонів у 2017 році.

Додаткова інформація:

Порядок передбачає:

зарахування частини (13,44%) акцизного податку з виробленого та ввезеного пального до місцевих бюджетів;

щоденний розподіл частини акцизного податку з пального між місцевими бюджетами відповідно до часток для зарахування до місцевих бюджетів.

Частки для зарахування акцизного податку до місцевих бюджетів визначені виходячи з фактичних нарахувань з роздрібною торгівлі паливом за 2016 рік на відповідній території.



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 8 лютого 2017 р. № 96

Київ

Деякі питання зарахування частини акцизного податку з виробленого в Україні та ввезеного на митну територію України пального до бюджетів місцевого самоврядування

Відповідно до пункту 43 розділу VI "Прикінцеві та перехідні положення" Бюджетного кодексу України Кабінет Міністрів України постановляє:

1. Затвердити:

Порядок зарахування частини акцизного податку з виробленого в Україні та ввезеного на митну територію України пального до бюджетів місцевого самоврядування (далі — Порядок), що додається;

частки для зарахування до бюджетів місцевого самоврядування частини акцизного податку з виробленого в Україні та ввезеного на митну територію України пального у першому півріччі 2017 р., визначені відповідно до Порядку, згідно з додатком.

2. Державній фінансовій службі подати до 10 липня 2017 р. Міністерству фінансів інформацію з урахуванням даних реєстраторів розрахункових операцій про обсяг реалізованого за перше півріччя 2017 р. суб'єктами господарювання роздрібною торгівлю пального у розрізі адміністративно-територіальних одиниць.

3. Міністерству фінансів:

визначити відповідно до Порядку частки для зарахування до бюджетів місцевого самоврядування частини акцизного податку з виробленого в Україні та ввезеного на митну територію України пального у другому півріччі 2017 р. та подати Кабінетові Міністрів України проект рішення про внесення відповідних змін до цієї постанови;

надавати роз'яснення щодо застосування Порядку.

к Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України
№202/02-17 від 02.03.2017



РБ
в.г. 02.03.2017

2

4. Державній казначейській службі у двотижневий строк з дня набрання чинності:

цією постановою здійснити розподіл частини акцизного податку з виробленого в Україні та ввезеного на митну територію України пального, що надійшов з 1 січня 2017 р., між бюджетами місцевого самоврядування;

змiнами до цієї постанови, якими затверджуватимуться частки для зарахування до бюджетів місцевого самоврядування частини акцизного податку з виробленого в Україні та ввезеного на митну територію України пального у другому півріччі 2017 р., здійснити розподіл частини акцизного податку з виробленого в Україні та ввезеного на митну територію України пального, що надійде з 1 липня 2017 р., між бюджетами місцевого самоврядування.

5. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування.



Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

Інд. 67

В первинній медичній допомозі у 2017 році плануються революційні зміни

Міністерство охорони здоров'я України розробило нову систему фінансування первинної медичної допомоги [ПМД], яка за умови погодження Міністерством фінансів та подальшого внесення змін в Державний бюджет-2017 р., буде запроваджена вже в цьому році.

Починається формування "зеленого реєстру", який дає можливість визначити для кожного закладу ПМД кількість та статеву-вікову структуру пацієнтів, що уклали Декларації з лікарями цього закладу

Пропоную ознайомитись з основними змінами, які пропонуються профільним міністерством та експертами. Інформацію подаю максимально структуровано, з чіткими задачами для всіх бенефіціарів.

Крок 1. Нова бюджетна програма "Фінансування ПМД"

- У формулу для обрахунку медичної субвенції будуть внесені зміни: з обсягів субвенції вилючаються кошти на ПМД. За новою формулою заново перераховуються обсяги медичної субвенції для міст, районів, ОТГ та областей на 2017 рік. Відповідні зміни вносяться в Закон про Держбюджет-2017. Обсяги медичної субвенції з Держбюджету для кожного з місцевих бюджетів зменшуються, однак ці кошти будуть надані на фінансування ПМД через інший механізм.
- Сума, на яку буде зменшена медична субвенція, спрямовується на фінансування нової, окремої бюджетної програми – "Фінансування ПМД". В Закон про Держбюджет-2017 будуть внесені зміни, якими встановлюється відповідне бюджетне призначення. Розпорядником коштів за новою програмою є МОЗ або Національна служба здоров'я України [далі – НСЗУ].

Крок 2. Підготовка реєстрів пацієнтів – "зеленого" і "червоного"

"Зелений реєстр" – це дані в розрізі суб'єктів надання ПМД про кількість па-

цієнтів, що уклали Декларації про вибір лікаря ПМД з лікарями відповідного закладу (або з відповідним ФОП). Цей реєстр почне формуватися після початку приписної кампанії і буде поступово наповнюватись.

"Червоний реєстр" – це дані в розрізі закладів про кількість пацієнтів згідно з їхньою офіційною "припискою" до певного закладу ПМД на момент початку приписної кампанії. Початковий склад цього реєстру буде сформовано за даними, зібраними у закладів ПМД через ОДА. Але ці дані в подальшому будуть уточнюватись в ході приписної кампанії (як описано нижче). Суть уточнення полягатиме в тому, щоб виключати з "червоного реєстра" тих осіб, що "переходять в зелений реєстр", підписуючи Декларації. Мста уточнення – уникнення подвійного фінансування закладів.

До 1 березня 2017 р. МОЗ шляхом запиту на ОДА збирає інформацію про перелік існуючих закладів ПМД з указанням кількості офіційно приписаного до них населення, його статево-вікової структури, а також географічної зони обслуговування кожного закладу [перелік адрес – вулиць та номерів будинків, населення яких "приписується" до закладу для отримання ПМД].

З 1 березня стартує приписна кампанія, в ході якої:

- Починається формування "зеленого реєстру", який дає можливість визначити для кожного закладу ПМД кількість та статеву-вікову структуру пацієнтів, що уклали Де-

кларації з лікарями цього закладу.

- В системі E-Health передбачається можливість автоматично визначати за місцем реєстрації нового пацієнта, до якого закладу ПМД він/вона офіційно приписаний [адже ми дізнаємось з "червоного реєстру", до якого закладу належить кожен з будинків].
- За допомогою E-Health буде здійснюватись коригування "червоного реєстру". Це коригування буде здійснюватись в розрізі закладів, а не в розрізі окремих осіб [тобто лише на рівні загального обсягу та структури населення, приписаних до закладу, а не на рівні окремих прізвищ]. Задача коригування: зменшити загальну кількість приписаних до закладу пацієнтів на ту кількість осіб, що уклала Декларації [з цим чи іншим закладом]. Нам не потрібно ідентифікувати цих людей особисто.
- Як тільки в "зеленому реєстрі" буде з'являтися новий пацієнт, система E-Health буде автоматично коригувати "червоний реєстр": одна одиниця буде відніматись від того закладу ПМД, до якої людина належить згідно з адресою.
- Якщо Декларацію підписує людина, що не має місця реєстрації, коригування для "червоного реєстру" не відбувається. Як буде пояснено далі, для таких випадків коригування і не потрібне, бо за новою схемою подвійне фінансування для таких випадків не можливе.

Крок 3. Запуск нової схеми фінансування з 1 липня 2017 р.

- Для цілей обрахунку фінансування на II півріччя 2017 р., МОЗ фіксує кількість людей, що встигли підписати Декларацію [згідно з даними "зеленого реєстру"], станом на 1 травня 2017 р.. Громадяни продовжують підписувати Декларації і надалі, але тих, хто приписується після 1 травня, буде враховано пізніше [як описано нижче].
- До 1 травня 2017 р. Кабінет Міністрів [за пропозицію МОЗ або НСЗУ у разі її створення] затверджує своєю постановою "капітаційну ставку" для фінансування ПМД на II півріччя 2017 р., а також деталізований перелік послуг ПМД, що входить до гарантованого пакету медичної допомоги на II півріччя 2017 р. і повинен бути забезпечений за відповідні кошти.

Капітаційна ставка не повинна бути вищою, ніж весь обсяг бюджетної програми "Фінансування ПМД", поділений на 42,6 млн населення [все населення країни без АРК та Севастополя станом на 1 грудня 2016 р]. Однак ця ставка може бути і нижчою, для цілей формування тимчасового резерву коштів.

- До 15 травня МОЗ [або НСЗУ у разі її створення] за допомогою системи E-Health формує і затверджує відомість, в якій зазначається для кожного суб'єкта ПМД: - кількість осіб, приписаних до цього закладу згідно з "червоним реєстром", та - кількість осіб, що підписали Декларації з лікарями цього закладу згідно з "зеленим реєстром".
- МОЗ/НСЗУ розподіляє кошти бюджетної програми "Фінансування ПМД" шляхом множення капітаційної ставки на суму пацієнтів для кожного закладу – як з "червоного реєстру" [офіційно приписаних, що залишились після постійного коригування], так і з "зеленого реєстру" [нових, згідно з Деклараціями]:

$$\text{Фінансування закладу на II півріччя} = \text{капітаційна ставка} \times \left(\begin{array}{c} \text{кількість осіб,} \\ \text{приписаних до} \\ \text{цього закладу} \\ \text{в «червоному} \\ \text{реєстрі»} \end{array} + \begin{array}{c} \text{кількість осіб,} \\ \text{приписаних до} \\ \text{цього закладу} \\ \text{в «зеленому} \\ \text{реєстрі»} \end{array} \right)$$

- На підставі визначених обсягів фінансування, кожен з суб'єктів ПМД підготує план використання бюджетних коштів до кінця 2017 р. за скороченою формою економічної класифікації видатків бюджету і надішле на затвердження в МОЗ / НСЗУ.
- Описана формула демонструє, що коригування "червоного реєстру" необхідне для уникнення подвійного виділення коштів на заклад. Якщо Декларації не підпише жодна людина, всі кошти програми будуть розподілені виключно за "червоним реєстром". Однак при переході пацієнтів у інші заклади, відповідну суму необхідно віднімати з того закладу, до якого вони були "приписані" раніше.
- Нова модель не припускає виділення закладам іншого [додаткового] фінансування, крім розрахованого за капітаційною ставкою. Зокрема:
 - Суб'єкти надання ПМД, створені як нові юридичні особи після початку приписної кампанії [у яких немає жодного пацієнта в "червоному реєстрі"], повинні будуть якомога швидше набрати достатню

Як тільки в "зеленому реєстрі" буде з'являтися новий пацієнт, система E-Health буде автоматично коригувати "червоний реєстр": одна одиниця буде відніматись від того закладу ПМД, до якої людина належить згідно з адресою.



Юрій Ганущак

4 лютого ·

Ще раз проглядаю параметри реформи охорони здоров'я. Як інженер. Отже, основні опції: страхова - бюджетна, децентралізована - централізована, фінансування установ - фінансування послуги. остання опція має теж два варіанти: відшкодування закладу - відшкодування пацієнту.

Страхова - джерело - страхові внески. Збираються з усіх потенційних пацієнтів. Позитив - так у більшості країн, система відпрацьована. Негатив - на перехідному етапі де взяти гроші на фінансування мед допомоги для пенсіонерів. А вони найбільше хворіють. Другий негатив - концентрація у страховика величезної суми коштів. Вкрадуть, 100%. Це Україна. Ще одна ремарка - страхова компанія, яка отримає кошти з бюджету - нонсенс. Однак у нас цю ідею активно пропагують. Бюджетна. Фінансування із загального фонду бюджету. У Англії працює. Рівень централізації. При страховій - може бути деконцентрована, але управлінський орган все одно в центрі. При бюджетній - тільки децентралізована. Мер відповідальний за все.

Фінансування установ - це зараз. Позитив - можливість планувати бюджет. Негатив - так зараз. Відшкодування послуги - це коли оплата йде за надані послуги медзакладу. труднощі - потрібно розрахувати вартість послуги. Це важко. Тому практика інших країн - розрахунок вартості груп споріднених пацієнтів. Тобто однотипні послуги оцінюються одинаково, рахується їх кількість на місяць і проплатується. можна бюджетувати. Однак спочатку потрібно звести баланси, щоб бюджет не закінчився протягом кварталу. ну і звичайно - привести самі заклади до нормативного рівня завантаженості. Те, що я й хочу зробити через госпітальні округи.

І наразі - кому компенсувати. Установі - будуть приписки. Пацієнту - спочатку він платить - потім йому компенсують. так у Франції. Жорстко. Однак зараз пацієнт і так платить, без компенсації.

Яку сукупність Ви вибрали б?

👍 Подобається

💬 Коментувати

➦ Поширити

👤 Oleksandr Khoruzhenko, Oleg Medunitsya та 12 інших осіб

Приписна кампанія триватиме постійно, і вимагатиме коригування розподілу коштів між закладами відповідно до рішень пацієнтів про вибір або зміну лікарів. У II півріччі 2017 р. таке коригування буде здійснено один раз – за результатами III кварталу.

кількість пацієнтів у "зелений реєстр". У протилежному випадку, такі суб'єкти повинні будуть шукати тимчасові можливості фінансування до моменту достатнього наповнення [наприклад, шляхом пошуку домовленостей з місцевою владою]

– Існуючі заклади, пацієнти яких будуть незадоволені їхніми послугами і почнуть активно підписувати Декларації з іншими суб'єктами надання ПМД, можуть відчувати стрімке скорочення кількості осіб, приписаних до них у "червоному реєстрі" при відсутності нових осіб у "зеленому реєстрі". Такі заклади стикнуться зі зменшенням фінансування, починаючи з липня, і повинні будуть вжити заходи для врахування цих обставин

- Як зазначалось раніше, підписання Декларацій особами без місця реєстрації не створить проблеми для обрахунку фінансування за новою моделлю. Такі особи будуть враховуватись при визначенні фінансування закладу, який вони обрали. Однак, оскільки вони не були "приписані" до жодного іншого за-

кладу, скорочувати фінансування для жодного іншого з закладів не потрібно [коригування "червоного реєстру" не відбувається].

Крок 4. Коригування розподілу у IV кварталі

- Приписна кампанія триватиме постійно, і вимагатиме коригування розподілу коштів між закладами відповідно до рішень пацієнтів про вибір або зміну лікарів. У II півріччі 2017 р. таке коригування буде здійснено один раз – за результатами III кварталу.
- З цією метою, в серпні МОЗ / НСЗУ сформує оновлену відомість про обсяги пацієнтів в "червоному" та "зеленому" реєстрі у розрізі окремих закладів. Це буде можливо за допомогою системи E-Health, де відповідні дані будуть постійно оновлюватись. На підставі оновленої відомості, буде здійснено перерахунок коштів, що виділяються кожному із закладів.
- Суб'єкти надання ПМД повинні будуть внести відповідні зміни у плани використання бюджетних коштів до кінця 2017 р.

Крок 5. Розподіл ймовірного залишку коштів за новою програмою

- При витрачання коштів нової бюджетної програми "Фінансування ПМД" може виникнути залишок коштів на початок року. Наразі пропонується розподілити ці кошти на фінансування виплат суб'єктам надання ПМД на заходи з розвитку та адаптації до нової моделі фінансування [в порядку, визначеному МОЗ].

Що потрібно для реалізації цих позицій?

- Узгодження з Мінфіном
- Внесення змін до Бюджетного кодексу та змін до Закону про Держбюджет-2017 не пізніше 1 травня
- Оперативний збір даних для формування "червоного реєстру" за допомогою ОДА
- Готовність необхідних функцій системи E-Health до початку приписної кампанії
- Готовність місцевої влади підтримати активних нових суб'єктів надання ПМД

Резюме:

1. Міністерство охорони здоров'я хоче дати можливість людям **укладати прямі договори із усіма видами медичних закладів**, які надають первинну медичну допомогу – з амбулаторіями, приватни-

ми практиками – усіма лікарськими закладами, які є у громаді. Громада повинна мати можливість самостійно формувати свою мережу.

2. Можливість для педіатрів надавати первинну медичну допомогу. На первинці **буде три спеціальності** – це сімейний лікар, педіатр і дільничний терапевт.
3. **Заробітна плата лікаря більше не буде фіксованою**, вона залежатиме від кількості його пацієнтів і тарифу, визначеного для певних категорій пацієнтів. Є рекомендована цифра – 2 тисячі пацієнтів. Вона може відрізнятись залежно від умов, тому що не скрізь це фізично можливо. І лікар не може відмовляти пацієнту, якщо він до нього приходить.
4. **Тарифи залежатимуть від віку пацієнта. 210 гривень на одну людину в рік – це середній тариф.** Він буде удвічі більшим за маленьку дитину до 5 років і за людину 65+. Так само будуть проміжні тарифи – за дітей від 5 до 18 і так далі. В березні цю тарифну сітку оприлюднять. З наступного року розглянуть можливість ввести інші коефіцієнти – за пацієнтів із хронічними хворобами тощо.
5. Модель розподілу коштів між лікарями всередині закладів визначатиме керівництво конкретного медичного закладу, але **лікар отримує можливість обирати, де йому працювати.** Таким чином, керівники закладів і місцева громада будуть зацікавлені у тому, щоб запропонувати лікарям кращі умови.
6. E-Health – це єдина електронна система обміну медичною інформацією, до якої вноситимуть дані усіх пацієнтів і відповідно розподілятимуть кошти. Єдиний реєстр пацієнтів є тим механізмом, який дозволить не мати пацієнта, зареєстрованого у трьох місцях. Реєстр не поширюється на випадки, коли людині потрібна невідкладна допомога.
7. Нова система почне діяти з весни у тих областях, які будуть готові швидше, з літа – у тих, які йдуть повільніше. З 2018 року – в усіх обов'язково. Основні критерії готовності – поінформованість пацієнтів і лікарів, налагоджена робота з електронним реєстром та готовність закладів укласти юридичні договори.



Павло Ковтонюк

15 лютого ·

Стежити

З усіх наших проєктів найбільш зухвалим безперечно є побудова eHealth.

Але тільки так є шанс отримати результат в ті короткі терміни, які в нас є.

Сьогодні ми прийняли важливе рішення - створення проєктного офісу з розробки першого мінімально життєздатного продукту (MVP) на базі громадських організацій Transparency International Ukraine та All-Ukrainian Network of People Living with HIV.

Цей продукт дозволить нам влітку запустити реформу фінансування первинної допомоги уже з використанням електронної охорони здоров'я - реєстрами пацієнтів, лікарів, медичних закладів.

Почався відлік. Покладаю великі надії на енергію та талант команди проєктного офісу на чолі з Yuriy Bugay. Дякую команді TI та Мережі за фаховість у підготовці проєктного офісу.

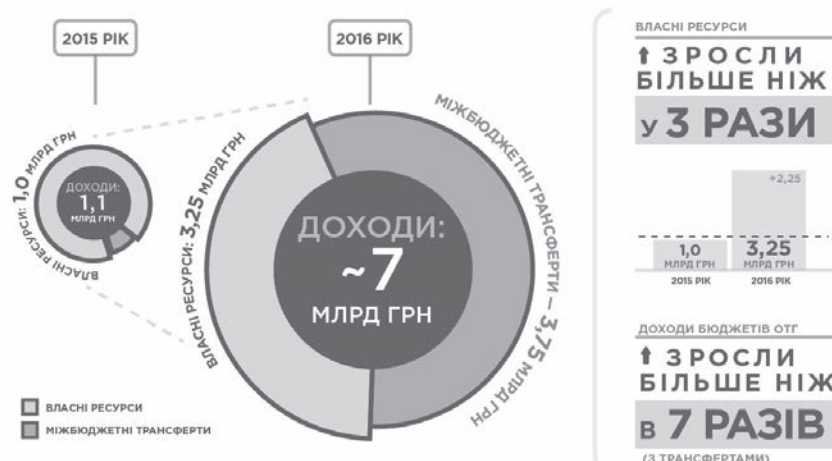
Тільки вперед.



Е-Health: прорыв в украинской системе здравоохранения. Что получают пациенты

Сегодня в Украине много говорят о реформе медицины и об инициативе eHealth, но далеко не все понимают, что это значит и каждый трактует этот термин...

СТРУКТУРА ДОХОДІВ ЗАГАЛЬНОГО ФОНДУ ОБ'ЄДНАНИХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД УКРАЇНИ*



*159 ОБ'ЄДНАНИХ ГРОМАД, УТВОРЕНИХ У 2015 РОЦІ

МИНІСТЕРСТВО РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНИ ТА ЖИТТЄВОГО КОМУНАЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА



Як працюватимуть госпітальні округи в Сумській області

Міністерство охорони здоров'я в рамках наради з головами управлінь охорони здоров'я всіх регіонів України 21 грудня 2016 року розглянуло проекти госпітальних округів в усіх областях України, обговоривши їх можливі межі та склад лікарень.

Проєкти представили 24 області та м. Київ. 19 областей змогли відстояти свої концепції згідно урядової методики формування госпітальних округів, на доопрацювання були повернуті проекти Львівської, Одеської, Закарпатської, Черкаської, Івано-Франківської, Донецької та Луганської областей.

Проект створення госпітальних округів в Сумській області **був попередньо затверджений у складі 5 округів з центрами в містах Суми, Шостка, Конотоп, Охтирка та Ромни**. Хоча варто відзначити, що **управління охорони здоров'я Сумської ОДА презентувало в МОЗ проект на 6 округів, плюс ще з центром в м. Глухів**. Є ще в розробці проект на 4 госпітальних округи без центру в м. Ромни, є ще більш радикальний – створення 3 великих госпітальних округів з центрами тільки в Сумах, Шостці та Конотопі. Керівництво Сумської області сьогодні робить ставку на максимальну кількість.

Яке рішення прийме уряд в січні 2017 року, важко сказати. Згідно урядової методики, на мою думку, **було б доцільним утворити 3-4 госпітальні округи навколо міст, які тримають демографію на рівні 50 тис. жителів**, мають розвинену медичну інфраструктуру, традиції, найбільш ефективний персонал, який потенційно може надавати якісні послуги.

До того ж, потрібно розуміти, що створюючи сьогодні госпітальні округи, **уряд фактично визначає нову модель майбутнього адміністративно-територіального устрою**. Межі госпітальних округів будуть збігатися з межами нових районів/повітів, для цього буде потрібне рішення парламенту звичайно.

Доцільність і логіку презентованої концепції я виношу на загальне обговорення, хотілось би отримати максимальний feedback, бажано без емоцій і базуючись передовсім на здоровому глузді.

Отже, Кабінет міністрів України Постановою №932 від 30 листопада 2016 року затвердив порядок створення госпітальних округів та зобов'язав місцеві органи влади сформулювати їх у відповідності до нормативів, розроблених МОЗ. Госпітальні округи створюватимуть у межах тієї чи іншої області, однак їх формування матиме свою специфіку. **Госпітальні округи створюються для того, щоб упорядкувати мережу закладів медичної допомоги**.

Впорядкування буде відбуватись за 2 принципами: по-перше, має бути забезпечена **доступність громадянина до якісної допомоги**, по-друге, заклади, де надається ця допомога, повинні мати належне навантаження, аби підтримувати **належну кваліфікацію медичних фахівців**. Таким чином, мережа госпітального округу впорядковується, визначається лікарня інтенсивного лікування, яка буде найбільш потужною в окрузі, а решта лікарень будуть перепрофільовані таким чином, щоб там надавались послуги, які не потребують високотехнологічного обладнання, **міністерство пропонує лише технічні розрахунки порядку формування округів, а місцева влада сама краще знає яких і скільки лікарень потрібно громаді**, де першочергово потрібно зробити дороги для вчасного доїзду швидкої тощо.

До складу госпітального округу повинно входити не менше однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного ліку-

Госпітальні округи створюються для того, щоб упорядкувати мережу закладів медичної допомоги



Один із варіантів план-схеми створення 6 госпітальних округів в Сумській області, запропонований Управлінням охорони здоров'я Сумської облдержадміністрації на нараді в Міністерстві охорони здоров'я 21/12/2016 р.

вання першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров'я. Перелік медичних втручань з надання вторинної [спеціалізованої] медичної допомоги затверджуватиметься МОЗ, так само як і примірні таблиці матеріально-технічного оснащення лікарень.

Документом також визначаються нормативи кількості обслуговування пацієнтів. Так багатопрофільна **лікарня інтенсивного лікування 1-го рівня має обслуговувати не менше 120 тис осіб, а 2-го рівня – не менше 200 тис осіб.**

Межі та склад госпітальних округів повинні визначатись таким чином, щоб жителі, які в них проживають, мали доступ до вторинної [спеціалізованої] медичної допомоги у межах свого госпітального округу. **Адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб.**

Ці та інші вимоги до порядку визначення складу та меж госпітальних округів були доведені обласним державним адміністраціям, щоб **сформувати та визначити оптимальні маршрути пацієнтів.** До 1 лютого 2017 року МОЗ повинен остаточно внести до Кабінету Міністрів України проект нормативно-правового акту щодо затвердження переліку та складу госпітальних округів в усіх областях України.

Госпітальні округи – це інструмент управління медичною інфраструктурою, введений в Україні ще в 2011

році. У 2011 році ЗУ "Основи законодавства України про охорону здоров'я" було доповнено статтею 35-2, яка вимагає створення госпітальних округів. Згідно з цією статтею, госпітальні округи необхідні для підвищення якості та доступності вторинної медичної допомоги, а також для ефективного використання коштів.

Інфраструктура для надання медичних послуг в Україні є вкрай неефективною:

При дуже низькій якості медичних послуг, Україна є четвертою в світі за кількістю лікарняних ліжок на душу населення та другою у європейському регіоні [після РФ] за середнім рівнем тривалості госпіталізації. Україна також має більшу порівняно з середнім для ЄС кількість лікарів та медичних сестер; В той же час, більшість медичних закладів в Україні – це малопотужні та малозавантажені лікарні, які мають зношені основні фонди та застаріле технічне оснащення.



Така організація мережі створює дві проблеми. По-перше малочисельні послуги мають високу відносну собівартість: надавати їх в більшому обсязі було б вигідніше. По-друге, фахівці, що не мають достатньої завантаженості [на відміну від тих, хто працює "на потоці" у потужних добре оснащених лікарнях] поступово втрачають кваліфікацію та життєво необхідні для пацієнтів практичні навички. Адже не варто очікувати якісних та безпечних послуг від хірурга, який здійснює у кращому випадку лише кілька серйозних операційних втручань на місяць.

В той же час, оптимізація мережі медичних закладів є складним завданням через низку політичних та технічних причин:

- Більшість закладів перебувають у комунальній власності і рішення щодо них приймають відповідні місцеві ради
- Стаття 49 Конституції України забороняє скорочення існуючої мережі медичних закладів [отже їх необхідно стратегічно перепрофілювати, а не закривати]
- Перепрофілювання закладів створює необхідність працевлаштування їх персоналу
- Розвиток великих і потужних закладів, що мають взяти на себе обслуговування пацієнтів в належній кількості і на сучасному рівні, потребує капітальних інвестицій
- Розвиток потужних закладів потребує міжрайонної співпраці, оскільки жоден окремих район України не має населення для достатньої завантаженості сучасної лікарні

Оптимізація мережі через госпітальні округи дозволить вирішити ці складності, оскільки збалансовує місцеву автономію та керованість процесу урядом, а також створює відповідні фінансові стимули. Реформа передбачає: [1] створення округу на критеріях, затверджених урядом, [2] оголошення чітких стандартів для його закладів, але [3] прийняття всіх рішень щодо його реорганізації місцевими органами влади.

Межі округів визначають обласні державні адміністрації. Госпітальні округи буде створено як "функціональні об'єднання лікарень, розташованих на визначеній території". Пропонується, щоб межі цієї території і, відповідно, склад кожного округу, затверджувався обласною державною адміністрацією [ОДА], а остаточний перелік округів – Кабінетом Міністрів України [КМУ]. При цьому ОДА повинні будуть виходити з критеріїв формування округу, встановлених Постановою

КМУ ["Порядок утворення госпітальних округів"].

Критерії формування округу затверджує КМУ і вони є суто технічними: округ повинен мати такі межі і такий набір закладів, щоб в перспективі на його основі можна було створити ефективну і сучасну медичну мережу. А саме:

- Наявність принаймні однієї лікарні інтенсивного лікування [першого чи другого рівня]
- У разі наявності лікарні другого рівня – охоплення території з населенням мінімум 200 тис. осіб, а у разі наявності лише лікарні першого [базового] рівня – 120 тис. осіб
- Можливість доїзду до лікарні інтенсивного лікування з будь-якої точки округу за 60 хвилин

Після того, як округи буде сформовано, розпочнеться поступовий процес їх розбудови у співпраці з місцевою владою:

Міністерство охорони здоров'я [МОЗ] затвердить в розрізі основних видів медичної допомоги *Рамкові вимоги до медичних закладів*, які будуть вважатись необхідними для надання відповідних послуг. Ці вимоги будуть стосуватись функціональних і кадрових потужностей закладу, а також його забезпеченості медикаментами та обладнанням. Більшість лікарень виявляться неспроможними задовольнити цим вимогам на початковому етапі, але стандарт МОЗ буде використовуватись як дороговказ для поступового реформування і розвитку мережі;

У 2017 р. місцевим радам кожного округу [районним, міським, ОТГ] буде запропоновано створити спільний орган управління госпітальним округом – *госпітальну раду*. До неї увійдуть депутати кожної місцевої ради округу пропорційно до чисельності їх населення.

Ради госпітального округу повинні будуть затвердити багаторічний план розвитку округу, в т.ч. обрати перелік *перспективних закладів вторинної допомоги*, які буде вирішено розвинути до рівня Рамкових вимог МОЗ. Вибір перспективних закладів буде здійснюватись на основі локальних протоколів медичної допомоги та клінічних маршрутів пацієнтів. Іншими словами, буде обрано ті заклади, до яких має сенс переспрямувати потік пацієнтів з точки зору медичної ефективності.

Відповідно, госпітальні ради також визначать заклади, що повинні бути поступово *перепрофільовані* – наприклад, в філії перспективних закладів, в інші типи медичних закладів, в заклади для надання соціальних послуг [хоспіси, центри допомоги літнім чи людям з інвалідністю

У 2017 р. місцевим радам кожного округу [районним, міським, ОТГ] буде запропоновано створити спільний орган управління госпітальним округом – госпітальну раду. До неї увійдуть депутати кожної місцевої ради округу пропорційно до чисельності їх населення.

Забезпеченість ліжковим фондом та лікарями населення майбутніх госпітальних округів Сумської області

Адміністративні території	Кількість ліжок (на 14.12.2016)	Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	
		абс.	на 10 тис. населення
Сумська область	9 230	83,1	37,0
Сумський госпітальний округ	2 172	47,5	26,7
м. Суми	1 370	50,8	30,3
Сумський район	245	39,1	21,4
Білопільський район	270	53,5	20,4
Краснопільський район	125	43,5	17,4
Лебединський район	162	35,2	25,8
Глухівський госпітальний округ	415	49,1	21,3
Глухівський район	280	49,4	22,1
Путівльський район	135	48,5	19,7
Конотопський госпітальний округ	959	52,2	23,8
Конотопський район	656	54,5	25,0
Буринський район	135	53,9	21,1
Кролевецький район	168	43,8	21,6
Охтирський госпітальний округ	636	49,3	25,5
Охтирський район	366	49,2	26,6
Тростянецький район	170	48,2	26,1
Великописарівський район	100	51,6	20,1
Роменський госпітальний округ	600	51,2	27,7
Роменський район	370	50,4	31,2
Недригайлівський район	130	52,7	23,1
Липоводолинський район	100	52,6	20,0
Шосткинський госпітальний округ	671	48,3	25,3
Шосткинський район	420	42,8	27,1
Середино-Будський район	105	63,1	21,6
Ямпільський район	146	60,6	20,3

Вибір опорних шкіл відбувається на конкурсній основі (з врахуванням широких рекомендацій), в той час як вибір перспективних медичних закладів буде більш детально регламентованим і спиратись на чіткі галузеві стандарти

тощо] або в інші організації за рішенням громад.

Для фінансування поступової перебудови закладів округу пропонується створення окремої програми Державного бюджету. Кошти цієї програми розподілятимуться безпосередньо між закладами, але лише у випадку якщо їх обрано *перспективними* рішенням госпітальної ради [а отже, всі її громади дали згоду на відповідні зміни, в тому числі на перепрофілювання інших закладів, що поступово втрачатимуть навантаження].

В той же час, буде можливим виділення частини коштів програми на заходи з перепрофілювання та реорганізації інших закладів округу згідно з багаторічним Планом його розвитку [в т.ч. на відповідні заходи з соціального захисту та перекваліфікації членів трудових колективів цих інших закладів].

Пропонований підхід перекликається з реформою освіти, в ході якої було запроваджено освітні округи та опорні школи. В той же час, є і важливі відмінності:

- Госпітальний округ має охоплювати більшу кількість населення, ніж освітній, і тому буде зазвичай формуватись як міжрайонне об'єднання [радше ніж об'єднання в межах одного району чи громади]. Це

тягне за собою складніші механізми управління [госпітальні ради тощо]

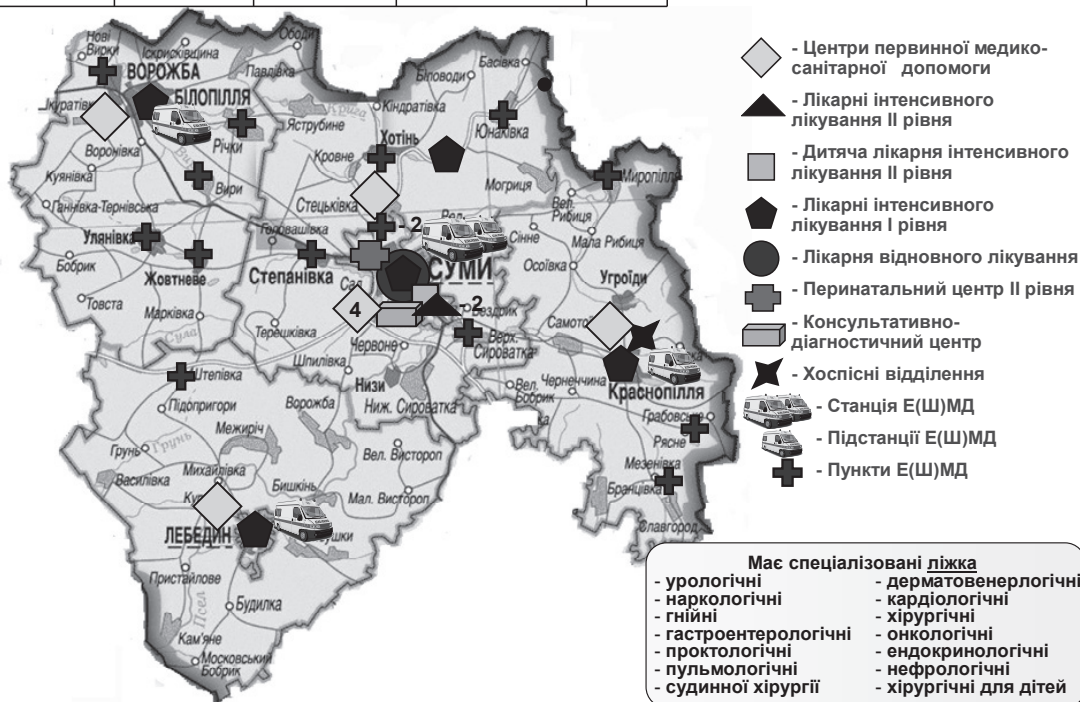
- Вибір опорних шкіл відбувається на конкурсній основі (з врахуванням широких рекомендацій), в той час як вибір перспективних медичних закладів буде більш детально регламентованим і спиратись на чіткі галузеві стандарти
- Більш активна участь МОЗ у визначенні стандартів відбору перспективних медичних закладів [в порівнянні з підходом в освіті, де більш активну роль віддано громадам] пов'язана, серед іншого, з тим, що в середньо-строковій перспективі фінансування вторинної медичної допомоги буде здійснюватись через механізм національного медичного страхування. Закупівля послуг вторинної медичної допомоги національним страховиком буде здійснюватись лише у випадку, якщо заклад відповідає Рамковим вимогам МОЗ для такої послуги. Саме тому на етапі реорганізації мережі лікарень необхідно відразу орієнтуватись на ці вимоги і готувати лікарні до діяльності в умовах національного медичного страхування

Отже, давайте детальніше розглянемо переваги і недоліки запропонованої моделі госпітальних округів в Сумській області.

1] 3 центром в м. Суми, де передбачено прикріплення 4 районів [Краснопільський, Білопільський, Лебединський, Сумський]. Кількість населення, що обслуговується – 457,7 тис. осіб. Відстань до центру госпітального округу від найвіддаленішого населеного пункту коливається від 60 до 80 км. В ЦРЛ прикріплених районів відсутня більшість вузькопрофільних ліжок – урологічні, дерматовенерологічні, наркологічні, кардіологічні, гастроентерологічні, онкологічні, проктологічні, ендокринологічні, пульмонологічні, нефрологічні, судинної та гнійної хірургії та дитячі хірургічні.

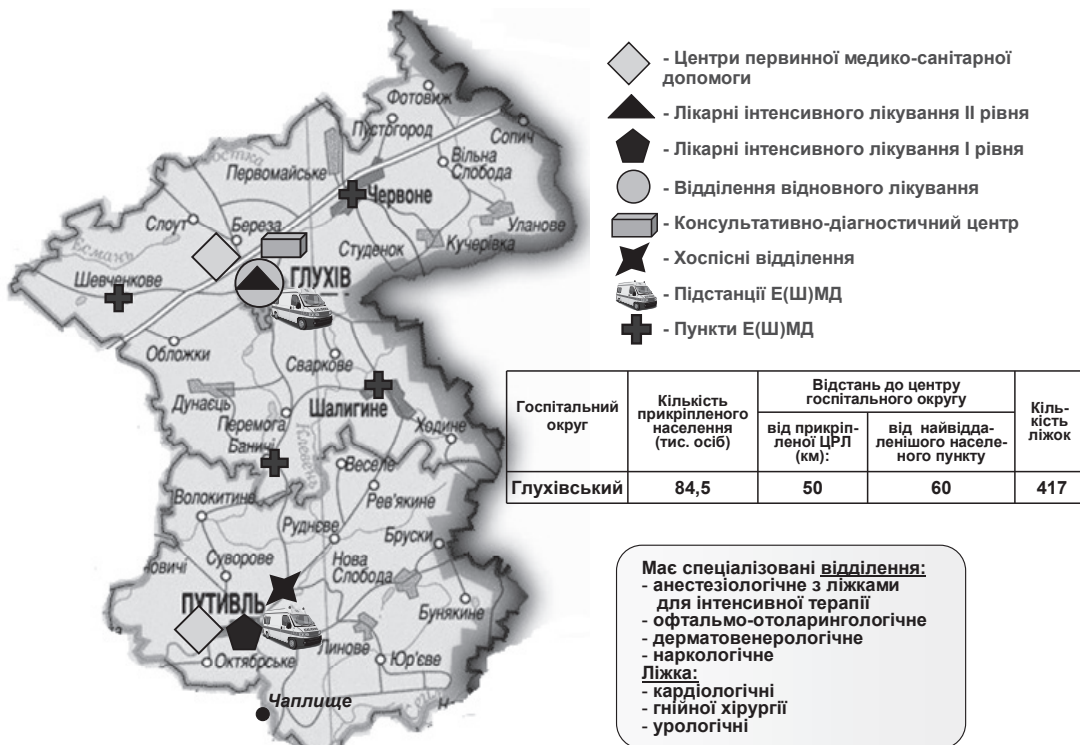
Госпітальний округ	Кількість прикріпленого населення (тис. осіб)	Відстань до центру госпітального округу		Кількість ліжок
		від прикріпленої ЦРЛ (км):	від найвіддаленішого населеного пункту	
Сумський	457,7	45; 53; 60	70;75;80;60	2241

План-схема формування Сумського госпітального округу



2] Глухівський – прикріплено 2 райони [Путівльський, Глухівський]. Кількість населення, що обслуговується – 84,5 тис. осіб. Відстань до центру госпітального округу від найвіддаленішого населеного пункту – 60 км. В Глухівській ЦРЛ функціонує 5 міждіагностичних відділень: анестезіології та реанімації з ліжками інтенсивної терапії, урологічне, офтальмо-отоларингологічне, дерматовенерологічне та наркологічне. Крім того – кардіологічні, гнійні хірургічні та урологічні ліжка.

План-схема формування Глухівського госпітального округу



План-схема формування Конотопського госпітального округу

Госпітальний округ	Кількість прикріпленого населення (тис. осіб)	Відстань до центру госпітального округу		Кількість ліжок
		від прикріпленої ЦРЛ (км)	від найвіддаленішого населеного пункту	
Конотопський	183,8	50; 60	82; 97	1029



- ◆ - Центри первинної медико-санітарної допомоги
- ▲ - Лікарні інтенсивного лікування II рівня
- - Лікарні інтенсивного лікування I рівня
- - Відділення відновного лікування
- - Перинатальний центр II рівня
- - Консультативно-діагностичний центр
- ★ - Хоспісні відділення
- 🚑 - Станція Е(Ш)МД
- 🚑 - Підстанції Е(Ш)МД
- ⛑ - Пункти Е(Ш)МД

Має спеціалізовані відділення:

- анестезіологічне з ліжками для інтенсивної терапії
- кардіологічне
- гастроентерологічне
- урологічне
- онкологічне
- наркологічне
- офтальмологічне
- дерматовенерологічне
- туберкульозне
- Ліжка:
- проктологічні для дорослих
- хірургічні для дітей
- отоларингологічні для дітей

3] Конотопський – прикріплено 3 райони [Буринський, Конотопський, Кролевецький]. Кількість населення, що обслуговується – 183,8 тис. осіб. Відстань до центру госпітального округу від найвіддаленішого населеного пункту коливається від 45 до 97 км. В Конотопській ЦРЛ розгорнуто 9 міжрайонних відділень: кардіологічне, гастроентерологічне, травматологічне, урологічне, онкологічне, наркологічне, офтальмологічне, дерматовенерологічне та туберкульозне. Крім того – проктологічні ліжка та для дітей – хірургічні, отоларингологічні.

Госпітальний округ	Кількість прикріпленого населення (тис. осіб)	Відстань до центру госпітального округу		Кількість ліжок
		від прикріпленої ЦРЛ (км)	від найвіддаленішого населеного пункту	
Охтирський	129,1	20; 40	65; 75	663

План-схема формування Охтирського госпітального округу



- ◆ - Центри первинної медико-санітарної допомоги
- ▲ - Лікарні інтенсивного лікування II рівня
- - Лікарні інтенсивного лікування I рівня
- - Відділення відновного лікування
- - Перинатальний центр II рівня
- - Консультативно-діагностичний центр
- ★ - Хоспісні відділення
- 🚑 - Станція Е(Ш)МД
- 🚑 - Підстанції Е(Ш)МД
- ⛑ - Пункти Е(Ш)МД

Має спеціалізовані відділення:

- травматологічне
- урологічне
- неврологічне
- офтальмологічне
- отоларингологічне
- анестезіологічне з ліжками для інтенсивної терапії

4] Охтирський – прикріплено 3 райони [Тростьянецький, Великописарівський, Охтирський]. Кількість населення, що обслуговується – 129,1 тис. осіб. Відстань до центру госпітального округу від найвіддаленішого населеного пункту коливається від 45 до 75 км. У структурі Охтирської ЦРЛ – 5 міжрайонних відділень, що відсутні у прикріплених закладах: травматологічне, урологічне, неврологічне, офтальмологічне та отоларингологічне.

5] Роменський –
прикріплено 3 райони
[Недригайлівський,
Липоводолинський,
Роменський].

Кількість населення,
що обслуговується
– 117,1 тис. осіб.

Відстань до центру
госпітального округу
від найвіддаленішого
населеного пункту

коливається від 60 до 75
км. У складі Роменської

ЦРЛ – 8 міжрайонних
відділень: кардіологічне,
травматологічне,
урологічне, онкологічне,

отоларингологічне
для дорослих та дітей,
офтальмологічне,
туберкульозне та

дерматовенерологічне
для дорослих та дітей.

Крім того – гнійні хірургічні
ліжка та для дітей –
інфекційні, хірургічні.

План-схема формування Роменського госпітального округу

Має спеціалізовані відділення:

- кардіологічне
- травматологічне
- урологічне
- онкологічне
- отоларингологічне для дорослих та дітей
- офтальмологічне
- туберкульозне
- дерматовенерологічне для дорослих та дітей

Ліжка:

- гнійної хірургії
- інфекційні для дітей
- хірургічні для дітей

Госпітальний округ	Кількість прикріпленого населення (тис. осіб)	Відстань до центру госпітального округу		Кількість ліжок
		від прикріпленої ЦРЛ (км):	від найвіддаленішого населеного пункту	
Роменський	117,1	27; 30	65; 75	607

- ◆ - Центри первинної медико-санітарної допомоги
- ▲ - Лікарні інтенсивного лікування II рівня
- - Лікарні інтенсивного лікування I рівня
- - Відділення відновного лікування
- ⊕ - Перинатальний центр II рівня
- ⊞ - Консультативно-діагностичний центр
- ✕ - Хоспісні відділення
- ⚡ - Станція Е(Ш)МД
- ⚡ - Підстанції Е(Ш)МД
- ⊕ - Пункти Е(Ш)МД



6] Шосткинський –
прикріплено 3 райони
[Ямпільський, Середино-
Будський, Шосткинський].

Кількість населення,
що обслуговується
– 138,9 тис. осіб.

Відстань до центру
госпітального округу
від найвіддаленішого
населеного пункту

коливається від 40 до
90 км. В Шосткинській

ЦРЛ функціонує 7
міжрайонних відділень:

кардіологічне, інфекційне,
травматологічне для
дорослих та дітей,

шкірно-венерологічне,
отоларингологічне
для дорослих та дітей

та наркологічне. Крім
того – ендокринологічні,
урологічні, онкологічні та

дитячі хірургічні ліжка.

План-схема формування Шосткинського госпітального округу

- ◆ - Центри первинної медико-санітарної допомоги
- ▲ - Лікарні інтенсивного лікування II рівня
- ▲ - Дитяче відділення лікарні інтенсивного лікування
- - Лікарні інтенсивного лікування I рівня
- - Відділення відновного лікування
- ⊕ - Перинатальний центр II рівня
- ⊞ - Консультативно-діагностичний центр
- ✕ - Хоспісні відділення
- ⚡ - Станція Е(Ш)МД
- ⚡ - Підстанції Е(Ш)МД
- ⊕ - Пункти Е(Ш)МД

Має спеціалізовані відділення:

- кардіологічне
- інфекційне
- травматологічне для дорослих та дітей
- шкірно-венерологічне
- офтальмологічне
- отоларингологічне для дорослих та дітей
- наркологічне

Ліжка:

- ендокринологічні; урологічні; онкологічні;
- хірургічні для дітей



Госпітальний округ	Кількість прикріпленого населення (тис. осіб)	Відстань до центру госпітального округу		Кількість ліжок
		від прикріпленої ЦРЛ (км):	від найвіддаленішого населеного пункту	
Шосткинський	138,9	30; 75	55; 90	751

Найбільший на сьогодні конфлікт спостерігається між елітами Шостки та Глухова за вплив на всіх стейкхолдерів, хто приймає рішення про створення госпітальних округів, а ми розуміємо, що це і центри майбутніх повітів. Ще два місяці тому уряд планував створити такі центри тільки у містах з населенням 50 тис. чол. і більше. А таких в Сумській області тільки 3 – Суми, Шостка та Конотоп. В Охтирці на сьогодні проживає близько 47 тис. чол., а в Ромнах – близько 42 тис. чол.

Лобісти Глухова відстоюють думку, що при дотриманні критеріїв щодо кількості обслуговування населення [200 тис. осіб – для лікарень інтенсивного лікування другого рівня та 120 тис. осіб – першого рівня] за умови створення п'яти госпітальних округів [без Глухівського] неможливим буде забезпечення своєчасною доступною медичною допомогою [радіус зони обслуговування – 60 км, термін доїзду – 60 хв.] жителів Путивльського району.

В Сумській облдержадміністрації вважають, що за умови створення трьох госпітальних округів [без Роменського, Охтирського і Глухівського] – під ризик неотримання своєчасної медичної допомоги підпадають жителі Охтирського, Липоводолинського, Путивльського, Великописарівського, Роменського районів, де відстань до лікарні інтенсивного лікування другого рівня від найвіддаленішого населеного пункту цих районів складає більше 100 км, що неможливо буде подолати за 60 хвилин.

Пропонована Сумською ОДА структура закладів 6 госпітальних округів у Сумській області:

1. Сумський госпітальний округ з адміністративним центром у м. Суми:

- м. Суми [міські клінічні лікарні № 1 [лікарня інтенсивного лікування II рівня], № 4 та № 5 [лікарня інтенсивного лікування II рівня] міський клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії; міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди – дитяча лікарня інтенсивного лікування II рівня]
- Сумський район [Сумська клінічна ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня]
- м. Білопілля та Білопільський район [Білопільська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня, ДЛ смт Жовтневе, ДЛ смт Улянівка, СДЛ с. Річки]
- смт Краснопілля та Краснопільський район [Краснопільська ЦРЛ

– лікарня інтенсивного лікування I рівня]

- м. Лебедин та Лебединський район [Лебединська ЦРЛ ім. К.О. Зільберника – лікарня інтенсивного лікування I рівня]

2. Глухівський госпітальний округ з адміністративним центром у м. Глухів:

- м. Глухів та Глухівський район [лікарня інтенсивного лікування II рівня]
- м. Путивль та Путивльський район [Путивльська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня]

3. Конотопський госпітальний округ з адміністративним центром у м. Конотоп:

- м. Конотоп та Конотопський район [Конотопська ЦРЛ ім. академіка Михайла Давидова – лікарня інтенсивного лікування II рівня, Конотопська міська лікарня]
- м. Буринь та Буринський район [Буринська ЦРЛ ім. професора М.П.Новікова – лікарня інтенсивного лікування I рівня, СДЛ с. Слобода]
- м. Кролевець та Кролевецький район [Кролевецька ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня]

4. Охтирський госпітальний округ з адміністративним центром у м. Охтирка:

- м. Охтирка та Охтирський район [Охтирська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування II рівня, Чупахівська СЛ, Комишівська СДЛ, Куземинська СДЛ, Хухрянська СДЛ, Грунська СДЛ]
- смт Велика Писарівка та Великописарівський район [Великописарівська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня]
- м. Тростянець та Тростянецький район [Тростянецька ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня]

5. Роменський госпітальний округ з адміністративним центром у м. Ромни:

- м. Ромни та Роменський район [Роменська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування II рівня]
- смт Липова Долина та Липоводолинський район [Липоводолинська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня]
- смт Недригайлів та Недригайлівський район [Недригайлівська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня]

6. Шосткинський госпітальний округ з адміністративним центром у м. Шостка:

- м. Шостка та Шосткинський район [Шосткинська ЦРЛ – лікарня інтен-

Найбільший на сьогодні конфлікт спостерігається між елітами Шостки та Глухова за вплив на всіх стейкхолдерів, хто приймає рішення про створення госпітальних округів, а ми розуміємо, що це і центри майбутніх повітів.

Госпітальні округи	Прикріплені райони	Найвіддаленіші від центрів госпітальних округів	Відстань, км
м. Суми	Краснопільський	с.Порозок (ФП)	70
	Білопільський	с.Ганнівка-Тернівська (ФП)	75
	Лебединський	с.Московський Бобрик (ФАП)	80
	Сумський	с.Басівка (ФП)	60
м. Конотоп	Буринський	с.Піски (СЛА)	97
	Кролевецький	с.Обтове (АЗПСМ)	80
	Конотопський	с.Крупське (ФП)	45
м. Шостка	Ямпільський	с.Чуйківка (ФАП)	55
	С.Будський	с.Нововасилівка (ФП)	90
	Шосткинський	с.Глазове (ФП)	40
м. Ромни	Недригайлівський	с.Маршали (ФП)	65
	Л.Долинський	с.Капустинці (СЛА)	75
	Роменський	с.Голінка (ФП)	60
м. Охтирка	Тростянецький	с.Гребениківка (АЗПСМ)	65
	В.Писарівський	с.Братениця (ФП)	75
	Охтирський	с.Карпилівка (ФП)	45
м. Глухів	Путивльський	с.Чаплище (ФП)	60
	Глухівський	с.Баранівка (ФП)	60

Госпітальний округ не буде створюватись як окрема юридична особа та суб'єкт підприємницької діяльності.

сивного лікування II рівня, Шосткинська дитяча лікарня – дитяче відділення лікарні інтенсивного лікування]

- смт Середина-Буда та Середино-Будський район [Середина-Будська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня, Зноб-Новгородська СЛ]
- смт Ямпіль та Ямпільський район [Ямпільська ЦРЛ – лікарня інтенсивного лікування I рівня, МЛ м. Дружба, СЛ смт Свеса]

На сьогодні Міністерство охорони здоров'я розробляє **Примірне положення про госпітальний округ** [далі – Положення] на виконання вимоги частини 1 пункту 4 "Порядку створення госпітальних округів", де буде визначений правовий статус, загальні організаційні та процедурні засади діяльності госпітальних округів, а також права, обов'язки і відповідальність органів влади, що беруть участь у їх створенні.

Згідно п. 1.7. Проекту **перспективними закладами охорони здоров'я госпітального округу вважаються** "заклади охорони здоров'я, що надають вторинну [спеціалізовану] медичну допомогу, обрані рішенням госпітальної ради округу для розвитку згідно з Рамковими вимогами Міністерства охорони здоров'я щодо їх функціональних потужностей".

Згідно п. 1.8. Проекту прописується дифініція терміну **"локальні протоколи медичної допомоги"** – це "розроблені у межах госпітального округу докумен-

ти, спрямовані на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги при певних захворюваннях та інших патологічних станах відповідно до клінічної настанови, стандарту та уніфікованого клінічного протоколу. Локальний протокол медичної допомоги регламентує, як повинні координуватись та узгоджуватись в часі технології та методи надання медичної допомоги, яка медична інформація повинна при цьому реєструватись на кожному з етапів, які підходить клінічного аудиту при цьому повинні застосовуватись".

Госпітальний округ не буде створюватись як окрема юридична особа та суб'єкт підприємницької діяльності. Госпітальний округ створюватиметься на засадах співробітництва між його учасниками [міськими, районними радами та радами об'єднаних територіальних громад] і не буде окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади.

Госпітальна рада буде створюватись для визначення проблемних питань та розробки рекомендацій, пов'язаних з реалізацією на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також для координації дій, прийняття та виконання спільних рішень щодо організації та функціонування госпітального округу. Рада госпітального округу формуватиметься рішенням учасників госпітального округу [міських, районних рад та рад об'єднаних територіальних громад].

Кількість членів госпітальної ради від

кожного його учасника визначатиметься за такою формулою:

$$Li=1+S \times Ni/N,$$

- де Li – кількість членів госпітальної ради від i -ї адміністративно-територіальної одиниці [району, міста обласного значення, ОТГ]
- S – загальна кількість адміністративно-територіальних одиниць [районів, міст обласного значення, ОТГ, що входять до госпітального округу]
- Ni – кількість жителів в i -й адміністративно-територіальній одиниці [районі, місті, ОТГ]
- N – загальна кількість жителів в госпітальному окрузі

Члени госпітальної ради обиратимуть з її складу Голову госпітальної ради. Формою роботи госпітальної ради є її засідання, що проводяться не раніше, ніж один раз на квартал [або частіше у разі потреби за ініціативою будь-якого з членів госпітальної ради]. Засідання госпітальної ради веде її Голова, а за його відсутності – інший призначений ним/нею член госпітальної ради. Госпітальна рада інформує Міністерство охорони здоров'я України та уповноважений орган центральної влади, що відповідає за фінансування програм державного солідарного медичного страхування, про створення та реорганізацію госпітальної ради, затвердження та зміни її персонального складу.

Засідання госпітальної ради вважається правоможним, якщо на ньому присутні більш ніж дві третини його учасників. Пропозиції та рішення госпітальної ради вважаються схваленими, якщо за них проголосувало більш як половина присутніх на її засіданні членів госпітальної ради. У разі рівного розподілу голосів, вирішальним є голос головуючого на засіданні. Пропозиції та рішення фіксуються у протоколі засідання, який підписується головуючим на засіданні і надсилається до Міністерства охорони здоров'я України та уповноваженого органу центральної влади, що відповідає за фінансування програм медичного страхування.

Член госпітальної ради, який не підтримує пропозиції та рішення, може викласти у письмовій формі свою окрему думку, що додається до протоколу засідання.

Організаційне, інформаційне, матеріально-технічне забезпечення роботи госпітальної ради здійснюватиметься учасниками відповідного госпітального округу. Повноваження членів госпітальної ради закінчуються у зв'язку із закінченням терміну повноважень ради відповідної адміністративно-територіальної одиниці,

за власною ініціативою чи відкликанням відповідною радою.

До повноважень Ради госпітального округу буде відноситись:

- розробка, затвердження та періодичний перегляд локальних протоколів первинної та вторинної медичної допомоги та клінічних маршрутів пацієнтів в госпітальному окрузі
- розробка та періодичний перегляд багаторічного проекту плану розвитку госпітального округу згідно з вимогами, встановленими Розділом IV цього положення, а також подання цього документу на затвердження спільним рішенням місцевих рад – учасників госпітального округу
- розробка рекомендацій щодо реорганізації і перепрофілювання закладів, що надають медичну допомогу в межах госпітального округу
- розробка рекомендацій щодо призначення та звільнення членів органів управління закладів охорони здоров'я комунальної власності, що знаходяться в межах госпітального округу
- розробка і подання на розгляд уповноваженого органу центральної влади, що відповідає за фінансування програм медичного страхування, пропонуваного розподілу коштів державного бюджету за бюджетною програмою "Розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, що надають вторинну [спеціалізовану] медичну допомогу" між перспективними закладами охорони здоров'я цього округу
- розробка інших рішень і рекомендацій в межах компетенції органів місцевої влади та місцевого самоврядування щодо надання медичної допомоги в госпітальному окрузі

Учасники госпітального округу розроблятимуть багаторічний План розвитку госпітального округу строком до п'яти років.

Він обов'язково міститиме наступні розділи:

- опис локальних протоколів первинної та вторинної медичної допомоги та побудови клінічних маршрутів пацієнтів [графічно у вигляді окремого додатку]
- оптимальний розподіл функцій щодо надання послуг між учасниками госпітального округу та визначення пакетів послуг, що повинні надаватись відповідними за-

Госпітальний округ створюватиметься на засадах співробітництва між його учасниками [міськими, районними радами та радами об'єднаних територіальних громад] і не буде окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади.

Ради госпітальних округів своїм рішенням затверджують багаторічний План розвитку госпітального округу згідно з вимогами "Примірного положення про госпітальний округ", затвердженого МОЗ.

- кладами, відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів в процесі отримання послуг первинної та вторинної медичної допомоги [у вигляді окремого додатку]
- перелік перспективних закладів охорони здоров'я округу, чиї потужності пропонується розширити для досягнення цими закладами рівня, визначеного Рамковими вимогами Міністерства охорони здоров'я України, та обґрунтування пропонованого переліку
- плани розвитку перспективних закладів охорони здоров'я з оцінкою можливих ризиків і оцінка відповідних інвестиційних потреб [наводяться для кожного закладу охорони здоров'я у вигляді окремого додатку]
- реалістичний прогноз коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування викладених в плані розвитку інвестиційних потреб за рахунок місцевих бюджетів відповідних територіальних громад, недержавних інвестицій, спонсорських та благодійних внесків, коштів міжнародної допомоги. Такий прогноз наводиться з розбивкою на кожен рік запропонованого плану розвитку. У разі, якщо пропонується залучення коштів з місцевих бюджетів, прогноз попередньо буде узгоджуватися з виконавчим органом та бюджетною комісією відповідної місцевої ради, про результати чого зазначатися у плані розвитку. У разі, якщо очікується залучення недержавних коштів, до плану розвитку докладаються відповідні угоди з потенційними спонсорами
- механізми моніторингу та звітування перспективними закладами охорони здоров'я про хід розвитку та поліпшення послуг, що будуть надаватись в процесі розширення їх потужностей, перед іншими учасниками госпітального округу та населенням, що проживає на його території
- пропоновані підходи до реорганізації, в т.ч. перепрофілювання, закладів охорони здоров'я, чиї функції буде поступово переспрямовано для виконання перспективними закладами охорони здоров'я округу
- умови організації та оплати праці членів трудових колективів учасників госпітального округу, а також їх соціального захисту

Кабінет міністрів на сьогодні готує також **Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для фінансування програми "Розвиток перспективних закладів медичної допомоги другого рівня"**.

Документ визначатиме механізми використання коштів, передбачених у державному бюджеті для фінансування заходів для приведення закладів охорони здоров'я, що надають вторинну [спеціалізовану] медичну допомогу і **були обрані у якості перспективних рішенням госпітальних округів, до рівня Рамкових вимог щодо їх функціональних потужностей**, встановлених Міністерством охорони здоров'я України.

Головним розпорядником бюджетних коштів стане уповноважений центральний орган виконавчої влади [далі – УЦОВВ]. УЦОВВ отримує бюджетне призначення на фінансування послуг за програмою "Розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, що надають вторинну [спеціалізовану] медичну допомогу" шляхом затвердження його у законі про Державний бюджет України. Протягом 30 днів після прийняття закону про Державний бюджет України, УЦОВВ визначає подушний норматив розподілу коштів на підтримку перспективних закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, шляхом ділення загального обсягу бюджетного призначення за цією програмою на чисельність наявного населення України станом на 1 січня, що передуює плановому. **Інформація про значення подушного нормативу розподілу коштів на підтримку перспективних закладів доводиться до відома органів місцевого самоврядування та органів місцевої влади.**

Ради госпітальних округів своїм рішенням затверджують багаторічний План розвитку госпітального округу згідно з вимогами "Примірного положення про госпітальний округ", затвердженого МОЗ. План розвитку госпітального округу описує принципи та етапи **реорганізації мережі закладів охорони здоров'я округу з метою приведення їх функціональних потужностей до рівня, визначеного Рамковими вимогами**, що затверджуються у вигляді Наказу Міністерства охорони здоров'я України.

Разом із багаторічним "Планом розвитку госпітального округу", Рада госпітального округу буде подавати УЦОВВ пропонований розподіл коштів за бюджетною програмою "Розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, що надають вторинну [спеціалізовану] медичну допомогу" між перспективними

медичними закладами цього округу. При цьому, максимальний обсяг таких коштів, що можуть бути отримані закладами госпітального округу, визначається як чисельність його мешканців, станом на 1 січня, що передуює плановому, помножена на подушний норматив розподілу коштів на підтримку перспективних медичних закладів, визначений УЦОВВ на плановий рік. **Основна частина коштів пропонуваного плану розподілу коштів повинна спрямовуватись на підтримку перспективних закладів**, але допускається також **виділення незначної частини коштів на заходи з перепрофілювання та реорганізації інших закладів** охорони здоров'я округу згідно з багаторічним Планом його розвитку.

Обов'язковою умовою отримання коштів в рамках програми "Розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, що надають вторинну [спеціалізовану] медичну допомогу" будь-яким медичним закладом є його **автономізація шляхом переведення від форми бюджетної установи у статус державного підприємства, комунального підприємства або господарського товариства**.

Кошти бюджетної програми "Розвиток перспективних медичних закладів другого рівня" можуть використовуватись такими закладами на:

- ремонт, реконструкцію існуючих або будівництво нових споруд для розширення потужностей перспективних закладів
- придбання медичного обладнання та медичних виробів довготривалого використання
- інші капітальні видатки, спрямовані на розвиток закладу
- програми навчання та перекваліфікації персоналу

Отже, первинний рівень медичного обслуговування повинен забезпечуватись на базовому рівні адміністративно-територіального устрою, на рівні громади. На жаль, лише в третині з них є тільки амбулаторії. А первинний рівень передбачає амбулаторію і фельдшерсько-акушерський пункт. Причому амбулаторія – це основна медична послуга.

Вторинний рівень медицини – це цілий комплекс. Лікування 95% хвороб має забезпечуватись вторинним рівнем. Це інфраструктура належна, це обов'язкове лікування за медичними протоколами, тобто за інструкціями і ресурси, щоб все це забезпечити.

Все це можливе, але для цього потрібно забезпечити реформу адміністративно-територіального устрою.

Для того, щоб можна було сконцен-

трувати нормальну апаратуру і бригаду лікарів для надання послуг вторинної медичної допомоги, то **кількість населення на території має бути щонайменше 150 тисяч**. Бо, до прикладу, хірург, щоб бути досвідченим спеціалістом, має щонайменше двічі на день оперувати, а не один раз на два тижні. У другому випадку він покине таку лікарню і переїде туди, де дійсно він отримає належну лікарську практику. Саме тому виходить, що вторинна медицина має бути на вищому рівні адміністрування, ніж в "стандартному" нинішньому районі.

В Сумській області є 3-4 такі центри, які можуть взяти на себе ці функції. Сумська область має бути поділена на 3-4 округи, щоб відстань до відповідної лікарні вкладалася в межі так званого терапевтичного вікна – "золотої" години довозу хворого швидкою допомогою. Обласний рівень має забезпечувати третинний рівень медичного обслуговування – це високоспеціалізована медицина.

Яку модель медичного страхування обрала Україна?



Де працює така модель?



Швеція



Велика Британія



Канада



Італія



Іспанія



Бразилія

Старт в 2017-му!

Збір та акумуляція коштів вже існують та працюють

Застраховані 100% громадян

Не потрібні політичні торги

Рекомендовано Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я



World Health Organization

Громади самі визначають доцільність створення Центрів первинної медичної допомоги



МОЗ не втручатиметься в процес формування медичної інфраструктури в регіонах та надає широкі повноваження місцевим громадам в цьому питанні. Про це в рамках конференції "Від утворення об'єднаних територіальних громад – до розумного зростання" зазначив заступник міністра охорони здоров'я України Павло Ковтонюк.

ЦПМД – це велика структура, яка крім власне медичної частини, має велику адміністративну складову. Тому в об'єднаних територіальних громадах є сенс створювати його тільки тоді, коли населення громади відносно чисельне

Зокрема, Міністерство охорони здоров'я надало роз'яснення представникам місцевих громад щодо доцільності створення Центрів первинної медичної допомоги (ЦПМД) в об'єднаних територіальних громадах та утримання на первинній ланці вузьких спеціалістів.

Як зазначив Павло Ковтонюк, ЦПМД – це велика структура, яка крім власне медичної частини, має велику адміністративну складову. Тому в об'єднаних територіальних громадах є сенс створювати його тільки тоді, коли населення громади відносно чисельне.

"У нашому листі-роз'ясненні ми передбачили орієнтир на рівні 30 тисяч осіб, – наголосив заступник міністра, – але це не є жорстка рамка. Наприклад, на 22 тисячі мешканців при певних умовах є сенс створювати Центр, але ЦПМД на 5 чи 6 тисяч населення, де потрібно 2-3 лікарів, – недоцільно. Адже утримувати в такій структурі головного лікаря, бухгалтера, економіста, статиста, водія – фінансово неефективно".

Стосовно рішення щодо того, аби на первинній ланці працювали стоматологи, медичні лабораторії чи фізкабінети, заступник міністра підкреслив, що держава не буде регулювати питання медичної інфраструктури в громадах.

"Нам не важливо, як саме ви організуєте в громаді процес надання допомоги, це абсолютно ваша відповідальність, бо ви краще знаєте свої потреби і можливості. Держава повинна покривати виключно медичну послугу. На первинній ланці допомоги держава буде виплачувати вартість лікування пацієнта на рік. І кошти будуть йти постачальнику медичної допомоги. Якщо в громаді є бажання крім базових послуг первинної медичної допомоги мати, наприклад масаж, стоматологію, ще щось, це абсолютно не буде заборонено жодним регуляторним документом МОЗ, якщо громада бажає оплачувати це з місцевого бюджету", – поінформував Павло Ковтонюк.

Український кризовий медіа-центр: комунікація реформ

ДИСКУСІЯ ЗДОРОВОЇ ЛЮДИНИ

Реформа охорони здоров'я в коректних запитаннях та компетентних відповідях

Нова команда Міністерства охорони здоров'я оголосила, що вже цього року ми всі побачимо результати першого кроку реформ в медицині: реформи первинної ланки. Держава більше не фінансуватиме "зарплати" і "капремонти", а платитиме лікарям за обслуговування кожного з нас. Ми підписуємо договір з лікарем, він отримує за це гроші з бюджету. Це поки що не стосуватиметься спеціалізованих лікарів. Лише лікаря, до якого ми йдемо (чи якому дзвонимо), як тільки "щось не так". Як працюватиме нова модель? Український кризовий медіа-центр уважно стежить за розгортанням реформи і підготував для Вас перелік типових запитань, які ставлять реформаторам, а також – їхні відповіді, які в МОЗ не втомлюються надавати.

– Чи не стане медична реформа причиною хаосу, коли одне зруйнують, а інше побудувати ще не встигнуть? І чи не призведе це до того, що на практиці медична допомога стане ще менш доступною?

– Насправді, медична реформа впроваджується саме для того, щоби медичні послуги навпаки стали більш доступними та якісними. Зараз багато де є лікарні, але в них немає лікарів, сучасного обладнання чи ліків. Тобто медзаклад номінально існує, але реальної допомоги там надати не можуть. Після реформи первинну медичну допомогу надаватимуть лікарі, яких ви самі оберете. Більш спеціалізовану та складну, дороговартісну допомогу, будуть надавати в стаціонарних лікарнях другого та третього рівнів. За нормативами МОЗу, будь-яка лікарня інтенсивної терапії має бути в годинній доступності. Впровадження реформи розплановане по етапах. І новації, скажімо, на первинному рівні, аж ніяк не звужуватимуть можливості людей лікуватися в стаціонарах чи у разі потреби викликати швидку.





– Зараз людина приходить до дільничного лікаря або викликає його додому, і, наприклад, отримує лікарняний через грип. Хтось дає за це гроші, хтось ні...А як буде тепер?

– Зміни на первинній ланці не звужують права ні пацієнтів, ні лікарів. Вони тільки унормовують, чітко прописують правила взаємодії сторін. В результаті реформи вам не треба буде чекати лікаря з поліклініки – "за місцем реєстрації". Адже ви самі будете обирати його і укладати з ним пряму довготривалу угоду. При цьому не буде різниці, де ви прописані! Бо допомогу ви будете отримувати там, де живете фактично. Всі дані про вас та обраного вами лікаря будуть заноситись та зберігатись в єдиному електронному реєстрі. І за надання вам медичних послуг конкретним фахівцем йому

платитиме держава – через Національну службу здоров'я. Вам не треба буде витрачати жодних додаткових грошей. Адже оформлення необхідних довідок входить до переліку послуг, які надаються в межах гарантованого державою пакету послуг на первинному рівні меддопомоги.

– Реформа передбачає, що один лікар має обслуговувати 2 тисячі пацієнтів. Звідки ця цифра? І чи може бути їх більше або менше?

– 2000 пацієнтів – рекомендований показник. Зрозуміло, що за нової моделі фінансування кожен лікар "первинки" буде зацікавлений отримати якомога більше пацієнтів. А в селі, де живуть, до прикладу, 3 тисячі людей, просто не буде й іншого вибору. Тому в МОЗ запевняють: коли система почне працювати в повну силу, до питання нормативної кількості пацієнтів повернуться ще раз.

– За рік ми проаналізуємо цю цифру, чи вона відповідає реальній практиці в Україні і її відрегулюємо до того, як реально в Україні розподілені пацієнти між лікарями. Тому що в кожній країні Європи цей норматив свій. В Польщі їх 3000, в Хорватії – 3500, у нас було – 1500. Нам здається, що має бути більше. Ми поставили дві, але зробили це як рекомендацію. Тобто, якщо лікар набирає більше – це допускається.



– З чого конкретно складатимуться доходи лікарів, які надають первинну медичну допомогу?

– Якщо з лікарем уклали угоду 2 тис. пацієнтів, то всі гроші, закладені в держбюджеті на надання їм первинної меддопомоги (в 2017 р. – за попередніми розрахунками – це близько 210 грн на людину), будуть перераховані цьому лікареві (якщо він працює як ФОП), або установі, в якій той працює. Якщо 210 грн помножити на 2 тис. пацієнтів – це становитиме 420 тис. грн на рік. Лікар же, з яким ніхто не захоче укладати угоду, продовжить отримувати свою "ставку". Звісно, якщо адміністрація закладу захоче утримувати некомпетентного фахівця. В цій системі ми поступово відходимо від поняття "зарплати лікарів" і поступово переходимо до поняття "дохід лікарів". У лікарів будуть різні доходи. Сьогодні лікарі отримують гроші по тарифній сітці. Це така пласка система зарплат, де просто унормовано: у якого лікаря скільки є грошей безвідносно до того, скільки він обслуговує пацієнтів, як він їх обслуговує, чи довіряють вони йому, чи не довіряють. Ідея полягає в переході на принцип, коли кошти "ідуть" туди, де є багато пацієнтів.

– Тут є один нюанс: лікар працює в закладі, отже, кошти приходять на медичний заклад. І далі, звичайно, це буде залежати від політики керівництва закладу: яку воно обере модель винагороди для лікарів. Чи буде їм платити, знову таки, фіксовану ставку?! Чи буде платити в залежності від того, скільки людей туди приходять! Але за нової системи у лікаря так само буде вибір, де саме працювати! І це буде означати, що керівники закладів конкуруватимуть за цих лікарів. Ми ці питання вже відпарцювали з окремими регіонами. І регіони приходять до висновку, що вони будуть мотивувати свої комунальні заклади платити лікарям згідно кількості пацієнтів, які до них приходять. Інакше, їм просто не вдасться утримати фахівців. Бо ж вони можуть піти і працювати як фізичні особи-підприємці. І мені здається, що це також позитивний момент у цій реформі, що саме керівництво медзакладів, нарешті, стає зацікавленим в утриманні хороших лікарів. Мені здається, так само, що місцева влада буде зацікавленою в тому, щоб краще дбати про умови роботи цих лікарів.

– Хто буде контролювати якість роботи сімейних лікарів? Чи не вийде так, що вони гнатимуться лише за кількістю пацієнтів, щоб побільше заробити?

Запобіжник – це вибір пацієнта. Первинна ланка – єдина ланка медичної допомоги, де пацієнт, в принципі, може зробити усвідомлений вибір щодо лікаря. Щодо вузького спеціаліста пацієнт уже не дуже може вирішувати. Він не є фахівцем. А щодо лікаря "первинки" – може. Якщо у вашого лікаря буде багато пацієнтів, і він щоразу казатиме: "приходь через тиждень!" чи "я зараз не маю часу, у мене багато людей!" – ви просто підете до іншого лікаря. Це дуже дієвий механізм. Бо лікар буде зацікавлений не тільки в тому, щоб набрати людей, але й в тому, щоб утримувати своїх пацієнтів. Щоб до нього приходили з дітьми. Щоб приходили з батьками, щоб цілі сім'ї в нього лікувалися.

– Контроль. Він точно буде. Національна служба здоров'я, яка буде укладати договір, матиме дві функції. Одна фінансова – укладати договір і платити за ним лікаріві, а друга – контролювати лікаря, щоби він надавав медпослуги на первинному рівні згідно того порядку, який ми розробили. Зокрема, у Порядку написано, що "лікування повинно здійснюватися на основі доказової медицини на основі протоколів". Якщо будуть надходити скарги від пацієнтів, це так само буде контролюватись.

– Як знайти лікаря, з яким укладати угоду? Де його шукати?

– Тут багато варіантів – на вибір. Можна обирати лікаря з числа тих, котрі працюють у вашій районній поліклініці або в амбулаторії. Можна звернутись за порадою щодо хорошого лікаря до друзів/знайомих. Або відвідати веб-сайти, де зібрано інформацію про лікарів різних спеціальностей. Здорово конкуренція між лікарями "первинки" спонукатиме їх самих приходити до людей.

– Моя задача дуже проста: створити певні правила гри. Це те, на що впливає Міністерство. Ми створюємо такі правила гри, які мотивують лікаря думати про те, як зробити, щоб пацієнт до нього приходив?! Всі ми живемо в країні, де є терапевти, де є поліклініки. Якщо не буде в поліклініці, будемо йти в амбулаторію. Будемо дивитися в Інтернет, будемо питати знайомих. Я так само замислювався: як я буду це робити?! В поліклініку я не піду, бо вона мені не подобається. Але я, певне, обдзвоню своїх знайомих і поцікавлюсь: якого вони знають хорошого лікаря. І піду до нього.

<http://longread.uacrisis.org/healthfaq>

ДЕРЖАВНА ІНФРАСТРУКТУРНА СУБВЕНЦІЯ ОБ'ЄДНАНИМ ГРОМАДАМ 2016

1 МЛРД ГРН
ДЛЯ 159 ОТГ



1383
ПРОЕКТИ

~360
ОБ'ЄКТІВ ТА ЗАХОДІВ
У СФЕРІ ОСВІТИ
253 МЛН ГРН



~70
ОБ'ЄКТІВ СФЕРИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
47 МЛН ГРН



~20
ОБ'ЄКТІВ
ЦНАП
21 МЛН ГРН



~300 ОБ'ЄКТІВ
ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНОЇ
ІНФРАСТРУКТУРИ
257 МЛН ГРН



~150
ОБ'ЄКТІВ
ВУЛИЧНОГО ОСВІТЛЕННЯ
57 МЛН ГРН



~20
ШКІЛЬНИХ
АВТОБУСІВ
23 МЛН ГРН



9 ОБ'ЄКТІВ
ПОЖЕЖНИХ ДЕПО
ТА СПЕЦ. ТРАНСПОРТУ
4 МЛН ГРН



~40
АДМІНІСТРАТИВНИХ
БУДІВЕЛЬ
30 МЛН ГРН



~80 ОБ'ЄКТІВ
СПЕЦТЕХНІКИ,
ТА ІНШОГО ОБЛАДНАННЯ
128 МЛН ГРН



~120
ОБ'ЄКТІВ
СФЕРИ КУЛЬТУРИ
68 МЛН ГРН



~90 ОБ'ЄКТІВ ВОДО-
ПОСТАЧАННЯ, ВІДВЕДЕННЯ
ТА ПОЛІГОНІВ ТПВ
81 МЛН ГРН



ІНШІ
ОБ'ЄКТИ
ТА ЗАХОДИ
30 МЛН ГРН



Законопроект, який дає змогу провести перші вибори у об'єднаних громадах, створених на межі районів, прийнято!

14 березня 2017 року Верховна Рада України прийняла в цілому законопроект щодо особливостей добровільного об'єднання територіальних громад, розташованих на територіях суміжних районів (№5520), який дозволить провести перші вибори у низці вже об'єднаних громад.

Законопроект встановлює послідовність дій в процесі створення об'єднаних громад, до складу яких увійшли місцеві ради різних районів, або у випадку об'єднання громад навколо міст обласного значення. Очікується, що з його прийняттям Центральна виборча комісія отримає беззаперечні підстави для призначення перших місцевих виборів у більш як 30 об'єднаних громадах, які чекають на це більше року.

Крім того, законопроект дозволить закінчити процес об'єднання ще десяткам громад, створених

слово – громада. Якість освіти, охорони здоров'я, адміністративних послуг, соціального захисту – для цього ми повинні створити потужний фундамент для держави Україна. Цим фундаментом є об'єднана територіальна громада. Ухвалення законопроекту важливий крок, якого чекали десятки громад по всій Україні. Законопроект дає можливість й механізм для створення об'єднаних громад, до складу яких увійшли місцеві ради різних районів. А також, коли громади об'єднуються навколо міст обласного значення. Громади добровільно об'єднуються і прагнуть спільно будувати майбутнє навколо своїх традицій та культури, а не згідно встановлених меж районів. Багато громад залишилися поза можливостями відновити історичне об'єднання і створити ті громади, які весь час існували, але були поділені за часів радянської влади – щоб ними було простіше керувати. Дякую народним депутатам за підтримку", – наголосив Геннадій Зубко.

Крім того, Віце-прем'єр-міністр переконаний, що "ухвалення законопроекту – велика мотивація для десятків громад, створених на межі районів, закінчити процес об'єднання та великий поштовх до нового об'єднання".

Нагадаємо, відсутність підстав для призначення перших виборів в громадах, створених на межі районів або навколо міст обласного значення, ЦВК обґрунтовує необхідністю спочатку внесення Верховною

Радою України змін до меж відповідних районів. Хоча за зверненням Мінрегіону парламентський комітет з питань державного будівництва, регіональної політики та місцевого самоврядування надав роз'яснення, де йдеться, що вибори в зазначених випадках можна призначати і без внесення змін до меж районів.

на межі районів, які через позицію ЦВК не поспішали приймати остаточне рішення.

Виступаючи у Верховній Раді, Віце-прем'єр-міністр – Міністр регіонального розвитку, будівництва та ЖКГ Геннадій Зубко наголосив: "Сьогодні для нас ключовий момент в напрямку децентралізації, енергоефективності, а також ведення будівельного бізнесу в Україні. Все це сьогодні вкладається в одне



ЗАКОН УКРАЇНИ

Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо особливостей добровільного об'єднання територіальних громад, розташованих на територіях суміжних районів

Верховна Рада України п о с т а н о в л я є:

I. Внести зміни до таких законодавчих актів України:

1. У Земельному кодексі України (Відомості Верховної Ради України, 2002 р., № 3-4, ст. 27):

1) пункт "ж" статті 7, пункт "є" статті 8, пункт "к" статті 9, пункт "д" статті 10 виключити;

2) статтю 13 доповнити пунктом "е¹" такого змісту:
"е¹) внесення до Верховної Ради України пропозицій щодо встановлення та зміни меж районів, міст";

3) статтю 16 доповнити пунктом "д¹" такого змісту:
"д¹) внесення до Кабінету Міністрів України пропозицій щодо встановлення та зміни меж районів, міст";

4) статтю 17 доповнити пунктом "є¹" такого змісту:
"є¹) внесення до Кабінету Міністрів України пропозицій щодо встановлення та зміни меж районів, міст у порядку, визначеному законом";

5) у частині першій статті 174 слова "Верховної Ради Автономної Республіки Крим, обласних, Київської чи Севастопольської міської рад" замінити словами "Кабінету Міністрів України".

2. У Законі України "Про добровільне об'єднання територіальних громад" (Відомості Верховної Ради України, 2015 р., № 13, ст. 91, № 37-38, ст. 371; 2016 р., № 2, ст. 17, № 6, ст. 60):

1) у статті 7:

включити частину дев'яту в такій редакції:

"9. Якщо до складу об'єднаної територіальної громади увійшла територіальна громада (територіальні громади), розташована на території суміжного району, розширенню підлягають межі району, на території якого розташований адміністративний центр утвореної об'єднаної територіальної громади. У такому разі проект землеустрою щодо встановлення (зміни) меж району розробляється відповідно до постанови Ради міністрів Автономної Республіки Крим, розпорядження голови обласної державної адміністрації";

доповнити частиною десятою такого змісту:

"10. Утворення об'єднаної територіальної громади, до складу якої увійшли територіальна громада міста республіканського Автономної Республіки Крим або обласного значення і територіальна громада (територіальні громади) села, селища, іншого міста суміжного району, зміни меж районів не потребує";

2) у статті 8:

включити частину тринадцяту в такій редакції:

"13. У разі, якщо до складу об'єднаної територіальної громади увійшли територіальні громади, розташовані на територіях суміжних районів:

рішення Центральної виборчої комісії про призначення перших виборів депутатів сільської, селищної, міської ради та відповідного сільського, селищного, міського голови об'єднаної територіальної громади приймається до зміни меж відповідних районів;

загальний склад відповідних районних рад з цієї підстави не змінюється;

депутати відповідних районних рад продовжують

здійснювати свої повноваження до набуття повноважень депутатами районної ради наступного скликання, крім випадків, визначених законом;

районні ради здійснюють передачу із спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст у власність об'єднаних територіальних громад, що утворюються згідно із законом та перспективним планом формування територій громад, відповідних бюджетних установ та майна цих установ, розташованих на їхній території, відповідно до розмежування видатків між бюджетами, визначеного Бюджетним кодексом України. До завершення такого процесу передачі фінансування бюджетних установ, що здійснювалося за рахунок районних бюджетів, продовжує здійснюватися за рахунок відповідних районних бюджетів";

доповнити частиною чотирнадцятою такого змісту:

"14. Якщо до призначення чергових виборів до районних рад Верховна Рада України не прийняла рішення про зміну меж відповідних районів, території яких мають зазнати змін внаслідок утворення об'єднаної територіальної громади, виборці, які належать до такої об'єднаної територіальної громади, реалізують своє право обирати депутатів районної ради району, на території якого розташований адміністративний центр цієї об'єднаної територіальної громади. Вибори депутатів таких рад організовуються і проводяться в порядку, визначеному Законом України "Про місцеві вибори", з урахуванням таких особливостей:

загальний склад районної ради району, на території якого не розташований адміністративний центр об'єднаної територіальної громади, та кількість виборчих округів, що мають бути утворені на території відповідного району, визначаються без урахування виборців, які належать до об'єднаної територіальної громади на території цього району, та відповідних адміністративно-територіальних одиниць;

загальний склад районної ради району, на території якого розташований адміністративний центр об'єднаної територіальної громади, та кількість виборчих округів, що мають бути утворені на території відповідного району, визначаються з урахуванням виборців, які належать до такої об'єднаної територіальної громади і проживають на території суміжних районів, та відповідних адміністративно-територіальних одиниць".

3. Статтю 21 Закону України "Про місцеві державні адміністрації" (Відомості Верховної Ради України, 1999 р., № 20-21, ст. 190) доповнити пунктом 12 такого змісту:

"12) вносить до Кабінету Міністрів України пропозиції щодо встановлення та зміни меж районів, міст у порядку, визначеному законом".

II. Прикінцеві положення

1. Цей Закон набирає чинності з дня, наступного за днем його опублікування.

2. Кабінету Міністрів України у тримісячний строк з дня набрання чинності цим Законом привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом.

5520: Україна отримала новий стимул для збільшення кількості та якості об'єднаних громад

14 березня законопроект щодо особливостей добровільного об'єднання територіальних громад, розташованих на територіях суміжних районів (№5520), нарешті прийнято. Як цей документ вплине на виконання завдань реформи, ми розпитали народних депутатів та експертів.



Анатолій Ткачук,
директор з науки та розвитку Інституту громадянського суспільства:

"Радянська система районів свого часу розвалила систему природно утворених волостей. А межі нинішніх об'єднаних громад (наприклад, Чорноострівська громада на Хмельниччині) часто повторюють межі колишніх волостей (...) Цей законопроект треба розглядати у контексті нещодавно прийнятого, але на разі не підписаного Президентом закону про приєднання до вже існуючих громад. Адже в Україні є кільканадцять громад, до яких тяжіють сільради сусідніх районів. Об'єднатися з цими громадами раніше сільради не могли. Але тепер це стало можливим. Вчора я, до прикладу, спілкувався з представниками Іршанської громади Хорошівського району Житомирської області. Район розділено таким чином, що сусідні з Іршанськом села знаходяться вже в іншому районі. До недавнього часу вони не могли приєднатися до Іршанська. А тепер довкола нього буде створено потужну громаду, на території якої будуть як міські, так і сільські території – і всі населені пункти знаходитимуться відносно недалеко від центру. Тобто завдяки цим двом законам Україна отримала новий стимул для збільшення кількості та якості громад".



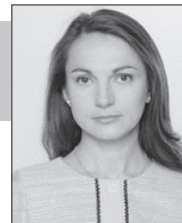
Олександр Дехтярчук,
народний депутат України:

"Ухваливши цей законопроект, Верховна Рада зробила перший крок до зміни адміністративного устрою України. Адже система районів, створена за радянських часів і не відповідає сучасним потребам держави. У Західній Україні райони взагалі утворювалися відповідно до кількості членів компартії. При цьому не враховувалися ні місцеві, ні ментальні особливості, ні комфортність проживання мешканців районів та сіл. У парку вимощувати доріжки треба там, де ходять люди, а не там, де їх запланував архітектор. Так само і тут: райони мають утворюватися самими громадами так, щоб їм було зручно. Власне, прийнятий вчора закон відкриває шлях до розвитку 33-м громадам, які досі не могли об'єднатися через відмову ЦВК призначати у них вибори".



ЗАКОН УКРАЇНИ

**Ганна Гопко,
народний депутат України:**



"Прийняття в цілому законопроекту №5520 – це важливий крок на шляху створення самодостатніх територіальних громад. Адже він розблоковує створення об'єднаних громад, які територіально перебувають у межах сусідніх районів. Скажімо, містечко чи кілька сіл з одного району хочуть об'єднатися з сусідніми селами, які знаходяться в іншому районі. Законодавство не забороняло їм цього робити, і є багато випадків, коли люди, місцеві ради підтримали такі рішення і прийняли рішення про об'єднання. Але ЦВК досі не призначала вибори у таких громадах, посиляючись на технічні прогалини у законодавстві. Тепер ці прогалини усунуто. ЦВК призначить вибори, і об'єднані громади буде створено – вони оберуть депутатів, голів, отримають широкі повноваження, значні ресурси й самостійні бюджети. Після цього межі районів зміняться – вся громада опиниться у тому районі, до якого належить її центр. Прийнятий вчора закон дозволить відійти від штучних меж районів, встановлених комуністичним режимом за числом членів КПРС чи через інші надумані причини. Тепер межі районів будуть більш природними і зручними для людей".

**Іван Лукеря,
спеціаліст з місцевого самоврядування Реанімаційного пакету реформ:**



"Прийняття законопроекту №5520 вирішило проблему близько півмільйона українців, які хотіли об'єднатися у громади, але не могли зробити цього через позицію ЦВК. Тепер ці люди зможуть на законних підставах організовувати процес управління власними територіями. Громади, які знаходяться на межі районів, отримають простір для розвитку, якого вони раніше не мали".

**Вікторія Пташник,
народний депутат України:**



"Деякі громади чекають на проведення виборів вже понад рік, тому для тих, хто підтримує і вболіває за реформу децентралізації, це – перемога. За, здавалось би, такий потрібний та актуальний законопроект, довелося поборотися. Ми дійсно щасливі, що всі витрачені зусилля не виявилися марними і зміни, на які так чекають на місцях, відбудуться".

Джерело: Прес-центр ініціативи "Децентралізація влади"

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 8 квітня 2015 р. № 214
Київ

Про затвердження Методики формування спроможних територіальних громад {Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 695 від 02.09.2015 № 601 від 08.09.2016}

Відповідно до статті 11 Закону України “Про добровільне об’єднання територіальних громад” Кабінет Міністрів України постановляє:

1. Затвердити Методику формування спроможних територіальних громад, що додається.
 2. Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним державним адміністраціям у місячний строк розробити проекти перспективних планів формування територій громад згідно з Методикою, затвердженою цією постановою, та подати їх на розгляд Верховної Ради Автономної Республіки Крим, обласних рад.
 3. Міністерству регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства надавати роз’яснення щодо застосування Методики, затвердженої цією постановою.
- Прем’єр-міністр України А.ЯЦЕНЮК
Інд. 39

ЗАТВЕРДЖЕНО постановою Кабінету Міністрів України від 8 квітня 2015 р. № 214 МЕТОДИКА

формування спроможних територіальних громад

1. Ця Методика визначає механізм та умови формування спроможних територіальних громад, а також порядок розроблення і схвалення перспективного плану формування територій громад Автономної Республіки Крим, області (далі –перспективний план).

2. У цій Методикі терміни вживаються у такому значенні:
спроможна територіальна громада –територіальні громади сіл (селищ, міст), які в результаті добровільного об’єднання здатні самостійно або через відповідні органи місцевого самоврядування забезпечити належний рівень надання послуг, зокрема у сфері освіти, культури, охорони здоров’я, соціального захисту, житлово-комунального господарства, з урахуванням кадрових ресурсів, фінансового забезпечення та розвитку інфраструктури відповідної адміністративно-територіальної одиниці;

потенційний адміністративний центр спроможної територіальної громади –населений пункт (село, селище, місто), який, як правило, розташований найближче до географічного центру території спроможної територіальної громади та має найбільш розвинуту інфраструктуру;

зона доступності потенційного адміністративного центру спроможної територіальної громади –територія навколо потенційного адміністративного центру спроможної територіальної громади, що визначається з урахуванням доступності послуг у відповідних сферах на території такої громади.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Законах України “Про місцеве самоврядування в Україні” та “Про добровільне об’єднання територіальних громад”.

3. Формування спроможних територіальних громад здійснюється з урахуванням:

здатності органів місцевого самоврядування вирішувати суспільні питання, які належать до їх компетенції, для задоволення потреб населення відповідних адміністративно-територіальних одиниць;

історичних, географічних, соціально-економічних, культурних особливостей розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць;

розвитку інфраструктури відповідних адміністративно-територіальних одиниць;

фінансового забезпечення відповідних адміністративно-територіальних одиниць;

трудова міграція населення;

доступності послуг у відповідних сферах.

4. Формування спроможних територіальних громад здійснюється шляхом:

розроблення Радою міністрів Автономної Республіки Крим, облдержадміністрацією проекту перспективного плану;

схвалення проекту перспективного плану Верховною Радою Автономної Республіки Крим, обласною радою;

затвердження Кабінетом Міністрів України перспективних планів;

добровільного об’єднання територіальних громад;

формування органів місцевого самоврядування спроможних територіальних громад.

5. Рада міністрів Автономної Республіки Крим, облдержадміністрація розробляє відповідно до цієї Методики із залученням у разі потреби представників органів місцевого самоврядування, органів самоорганізації населення та громадськості відповідних адміністративно-територіальних одиниць:

проект перспективного плану;
паспорти спроможних територіальних громад за формою згідно з додатком.

{Пункт 5 в редакції Постанови КМ № 695 від 02.09.2015}

6. Формування спроможних територіальних громад здійснюється у такій послідовності:

1) визначення потенційними адміністративними центрами міст обласного значення та населених пунктів, що мають статус районних центрів, та зон їх доступності.

Зони доступності таких потенційних адміністративних центрів визначаються на відстані не більш як 20 кілометрів дорогами з твердим покриттям. Відстань може бути збільшена до 25 кілометрів у разі, коли чисельність населення спроможної територіальної громади в зоні віддаленості від потенційного адміністративного центру більш як 20 кілометрів становить не більш як 10 відсотків загальної чисельності населення такої громади. Така відстань може бути зменшена у разі відсутності доріг з твердим покриттям чи особливостей рельєфу, що унеможлиблює сполучення (ріки без мостів, гори).

Зони доступності потенційних адміністративних центрів спроможних територіальних громад визначаються з урахуванням доступності послуг у відповідних сферах, зокрема часу прибуття для надання швидкої медичної допомоги у невідкладних випадках та пожежної допомоги, що не має перевищувати 30 хвилин;

2) визначення потенційними адміністративними центрами населених пунктів (сіл, селищ, міст), які раніше мали статус районних центрів та розташовані на відстані більш як 20 кілометрів дорогами з твердим покриттям від міст обласного значення та населених пунктів, які мають статус районних центрів, та зон їх доступності.

Зони доступності таких потенційних адміністративних центрів визначаються відповідно до підпункту 1 цього пункту.

У разі розташування в зоні доступності потенційного адміністративного центру спроможної територіальної громади, визначеного відповідно до підпунктів 1 і 2 цього пункту, населеного пункту (села, селища, міста), який має відповідні кадрові ресурси, фінансове забезпечення та розвинуту інфраструктуру (зокрема, на території якого є загальноосвітній навчальний заклад I-III ступеня, проживає не менш як 250 дітей шкільного і 100 дітей дошкільного віку), такий населений пункт може бути визначений потенційним адміністративним центром спроможної територіальної громади;

3) визначення потенційними адміністративними центрами інших населених пунктів (сіл, селищ, міст), територія яких не охоплюється зонами доступності потенційних адміністративних центрів, визначених відповідно до підпунктів 1 і 2 цього пункту, які розташовані на відстані не менш як 20 кілометрів дорогами з твердим покриттям від таких потенційних адміністративних центрів та частково забезпечені інфраструктурою.

У разі наявності на території, яка не охоплюється зонами доступності потенційних адміністративних центрів, визначених відповідно до підпунктів 1 і 2 цього пункту, більш як одного населеного пункту, який може бути визначений потенційним адміністративним центром, перевага надається тому, що має найбільш розвинуту інфраструктуру.

7. Межі території спроможної територіальної громади визначаються по зовнішніх межах юрисдикції рад територіальних громад, що входять до її складу.

8. Межі території спроможних територіальних громад визначаються з дотриманням таких вимог:

територія спроможної територіальної громади має включати території територіальних громад, що входять до її складу, та бути нерозривною;

спроможні територіальні громади розташовуються у межах території Автономної Республіки Крим, однієї області та у разі можливості одного району.

9. Територіальна громада, яка розташована на однаковій відстані від потенційних адміністративних центрів спроможних територіальних громад, може бути включена до складу тієї спроможної територіальної громади, потенційний адміністративний центр якої має найбільш розвинуту соціальну і транспортну інфраструктуру та розташований у межах одного району.

10. З метою забезпечення відкритості та прозорості роботи з розроблення проекту перспективного плану може утворюватися робоча група, до складу якої входять представники Ради міністрів Автономної Республіки Крим, облдержадміністрації, відповідних органів місцевого самоврядування, органів самоорганізації населення та громадськості.

11. З метою врахування інтересів територіальних громад під час розроблення проекту перспективного плану уповноважені Радою міністрів Автономної Республіки Крим, облдержадміністрацією посадові особи проводять консультації з уповноваженими представниками органів місцевого самоврядування та їх асоціацій, а також суб'єктами господарювання та їх громадськими об'єднаннями.

За результатами консультацій оформляється протокол.

Консультації проводяться під час:

визначення переліку територіальних громад, що можуть увійти до складу спроможної територіальної громади;

визначення переліку територіальних громад, території

яких не охоплюються зонами доступності потенційних адміністративних центрів;

визначення меж території спроможних територіальних громад.

Консультації проводяться насамперед з представниками територіальних громад, території яких охоплюються зонами доступності кількох потенційних адміністративних центрів.

12. Якщо в процесі розроблення проекту перспективного плану після проведення консультацій виникла необхідність внесення до нього змін, проводяться додаткові консультації.

13. Проект перспективного плану розробляється в електронному та паперовому вигляді та включає:

графічну частину, яка відображає межі спроможних територіальних громад, їх потенційні адміністративні центри та всі населені пункти, що увійшли до їх складу;

{Абзац другий пункту 13 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 695 від 02.09.2015}

перелік спроможних територіальних громад із зазначенням найменувань територіальних громад, що входять до їх складу.

{Абзац третій пункту 13 в редакції Постанови КМ № 695 від 02.09.2015; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 601 від 08.09.2016}

14. Проект перспективного плану схвалюється Верховною Радою Автономної Республіки Крим, відповідною обласною радою та вноситься в установленому порядку на розгляд Кабінету Міністрів України разом з паспортами спроможних територіальних громад для його затвердження.

У разі схвалення Верховною Радою Автономної Республіки Крим, відповідною обласною радою змін до перспективного плану, проект акта Кабінету Міністрів України про внесення таких змін до перспективного плану вноситься на розгляд Кабінету Міністрів України Радою міністрів Автономної Республіки Крим, облдержадміністрацією в установленому порядку.

{Пункт 14 доповнено абзацом згідно з Постановою КМ № 601 від 08.09.2016}

{Пункт 14 в редакції Постанови КМ № 695 від 02.09.2015}

Методика формування спроможних територіальних громад

Етапи формування спроможних громад:

Розроблення перспективного плану ОДА (РМ АРК)

Схвалення перспективного плану ОР (ВР АРК)

Затвердження перспективного плану КМУ

Добровільне об'єднання територіальних громад

Формування ОМС ОТГ

Загальний алгоритм:

Голова ОДА утворює та очолює Робочу групу

Визначення адмін Центрів

Зони доступності центрів

Проведення консультацій

Перелік ТГ, що увійдуть до ОТГ

Проведення консультацій

Межі СТГ

Проведення консультацій

Формується склад та зміст ПП

Складаються паспорти СТГ

Обласна Рада Схвалює ПП та подає його до КМУ

Перспективний план затверджується КМУ

Врегульовано Законом України "Про добровільне об'єднання громад"

Склад Робочої групи:

- голова обласної ради або його заступник;
- головний архітектор області;
- керівники структурних підрозділів ОДА;
- керівник головного управління юстиції області;
- не менше, як по два представники від ОМС;
- представники місцевих наукових установ;
- енографи та краєзнавці;
- представники громадських організацій;
- поважні люди;
- експерти різного профілю;
- інші особи.

Робоча група здійснює свою діяльність на принципах відкритості та прозорості. ОДА залучають представників ОМС, ОСН та громадськості для формування пропозицій

У населених пунктах поза доступністю визначених центрів обирається поселення з найбільш розвинутою інфраструктурою.

Загальні принципи:

- розвинена інфраструктура;
- рівновіддаленість від поселень;
- доступність публічних послуг; (зокрема: швидка та пожежна прибуває <30 хв.)

Потенційні адміністративні центри:

- 1.1. Міста обласного значення;
- 1.2. Районні центри.
- 2.1. Міста;
- 2.2. Селища;
- 2.3. Села.

Історичні центри, віддалені >20км від 1.1. та 1.2.

Відстань від поселень до Центру СТГ не більше 20 кілометрів по дорогах з твердим покриттям. (максимум 25 км, якщо чисельність жителів, що далі 20 км, менше 10% від загальної)

Висновок:

1) можливе збільшення відстані у випадках відсутності сполучення чи особливостей рельєфу.

2) можливе зменшення відстані у випадку коли в зоні доступності є населений пункт що може сам стати потенційним центром СТГ (своєю інфраструктурою, в т.ч. навчальний заклад 1-3 ступеня, в ньому проживає 250 дітей шкільного і 100 дошкільного віку)

Межі території СТГ = межах громад (сілрад), що утворюють СТГ.

Обов'язкові умови:

- Нерозривність (відсутність острівних територій)
- Вся територія в межах однієї області.

Спочатку з громадами, території яких охоплюються зонами доступності декількох потенційних центрів, а потім з представниками інших територіальних громад;

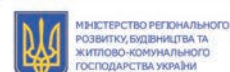
Для врахування інтересів територіальних громад ОДА проводить консультації з представниками:

- ОМС;
- асоціацій ОМС;
- суб'єктів господарювання;
- громадських об'єднань;
- всіх територіальних громад; Результати консультацій оформляються протоколами.

У випадку внесення змін до ПП проводяться Консультації

Проект перспективного плану розробляється в електронному та паперовому вигляді та включає:

- графічну частину, в масштабі 1:2000—1:10000, відображає межі, центри, всі населені пункти;
- паспорти спроможних територіальних громад.



Інститут Громадянського Суспільства
www.csl.org.ua

**Відокремлений підрозділ
"Центру розвитку місцевого
самоврядування" у Сумській області**

lgdc.sumy@gmail.com
www.facebook.com/lgdc.sumy
40000, м. Суми, пл. Незалежності 3/1, 1
поверх
Бізнес-центр "Акрополь"

www.decentralization.gov.ua
www.minregion.gov.ua
www.khoruzhenko.eu

Видавець: ФОП Наталуха А.С.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців серія
СМв № 034 від 28.04.09, видане Державним Комітетом телебачення та радіомовлення України.
Друк: ФОП Барабанцева С.Г.
Наклад 1000 прим. Підписано до друку 17.04.2017р.

За підтримки програми U-LEAD з Європою



МІНІСТЕРСТВО РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ
БУДІВНИЦТВА
ТА ЖИТЛОВО-КОМУНАЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА
УКРАЇНИ

