

## OPEN ACCESS

DOI: 10.25040/ntsh2025.01.23

**Адреса для листування:** Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, бульвар Марії Примаченко, 26, Запоріжжя, 69000, Україна

**E-mail:** [anckapri4kina@gmail.com](mailto:anckapri4kina@gmail.com)

**Надійшла до редакції:** 24.03.2025

**Прийнята до друку:** 28.05.2025

**Опублікована:** 20.06.2025

**ORCID ID**

Ганна Бухало:

<https://orcid.org/0000-0002-0002-0664>

**Конфлікт інтересів:** автор декларує відсутність конфлікту інтересів.

**Дозвіл комісії з питань біоетики:** це дослідження не потребує дозволу комісії з питань біоетики.

**Фінансування:** автор декларує, що не отримував фінансування із жодного джерела.



© Всі автори, 2025

## ПЛАТНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ У КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАКОНОДАВЧІ ВИМОГИ ТА ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Ганна Бухало

*Запорізький державний медико-фармацевтичний  
університет, Запоріжжя, Україна*

Фактично всі послуги з медичного обслуговування населення в державних і комунальних закладах охорони здоров'я є платними. Адже замовник цих послуг – держава, яка й сплачує виконавцю за надання медичних послуг згідно з Програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (власне, надання медичних послуг за Програмою медичних гарантій – це основний напрям діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я). На жаль, Програма медичних гарантій (ПМГ) не покриває всіх витрат медичного закладу для

забезпечення медичним працівникам навіть мінімальної заробітної плати, визначеної законодавством про працю.

**Мета цієї роботи** – донести до лікарів та керівників державних і комунальних некомерційних закладів охорони здоров'я, що в сучасних умовах цілком можливо й доцільно налагодити такий інструмент додаткового фінансування медичного закладу, як надання платних послуг з медичного обслуговування населення, а також запропонувати деякі практичні рекомендації щодо запровадження платних медичних послуг.

Нова постанова Кабінету Міністрів України (КМУ) від 05.07.2024 № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб» значно розширює можливості державних і комунальних закладів охорони здоров'я щодо отримання джерел додаткового фінансування, жодним чином не обмежуючи медичний заклад у визначенні переліку платних послуг, що надаватимуться в ньому, заабезпечуючи право медичній установі самостійно встановлювати ціни на ці послуги.

**Висновки.** Абсолютно всі послуги з медичного обслуговування населення в державних і комунальних закладах охорони здоров'я можуть бути платні за певних обставин (якщо інше не передбачене законодавством). Заклад охорони здоров'я самостійно визначає перелік платних послуг, встановлює ціни на них і може використовувати отримані додаткові кошти на власний розсуд для забезпечення своїх потреб. Запровадження надання платних послуг в державних і комунальних некомерційних закладах охорони здоров'я – цілком реальний і доцільний процес.

**Ключові слова:** платні медичні послуги, комунальний некомерційний заклад охорони здоров'я.

## PAID MEDICAL SERVICES IN MUNICIPAL HEALTHCARE FACILITIES: LEGISLATIVE REQUIREMENTS AND PRACTICAL SOLUTIONS

Hanna Bukhalo

*Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University,  
Zaporizhzhia, Ukraine*

Almost all healthcare services delivered by public and municipal healthcare institutions are, in practice, paid services, as the state functions as the primary purchaser and reimburses providers in accordance with the Program of State Guarantees for Medical Care of the Population.

The provision of services under this program constitutes the core function of these institutions. Nevertheless, the Program of Medical Guarantees (PMG) does not fully cover the operational costs of healthcare facilities, including expenditures necessary to provide healthcare workers with at least the minimum wage stipulated by labor legislation.

**The purpose** of this work is to convey to doctors and managers of state and communal non-commercial health care institutions that in modern conditions it is quite possible and appropriate to establish such a tool for additional financing of a medical institution as the provision of paid medical services to the population, as well as to offer some practical recommendations for the introduction of paid medical services.

In fact, all services for medical care of the population in state and communal health care institutions are paid. The customer of these services is the state, which pays the executor for the provision of these services under the Program of State Guarantees of Medical Services to the Population (the provision of medical services under the Program of Medical Guarantees is the main activity of state and communal health care institutions). Unfortunately, the medical guarantee program does not cover all the costs of a medical institution to provide medical workers with even the minimum wage, which is determined by law.

New Resolution of the CMU No. 781 of July 5, 2024 "Some issues of providing medical services to the population for a fee from legal entities and individuals" significantly expands the opportunities of state and communal health care institutions to obtain sources of additional **Funding**, without in any way limiting the medical institution in determining the list of paid services that will be provided in it, giving the medical institution the right to independently set prices for these services.

**Conclusions.** Absolutely all services for medical care of the population in state and communal health care institutions may be paid under certain circumstances (unless otherwise specified by law). The health care institution independently determines the list of paid services, sets their prices and can use these additional funds to meet its own needs. The introduction of the provision of paid services in state and communal non-commercial health care institutions is a very real and expedient process.

**Keywords:** paid medical services, communal non-commercial health care institution.

## OPEN ACCESS

DOI: 10.25040/ntsh2025.01.23

**For correspondence:** Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

**E-mail:** [anckapri4kina@gmail.com](mailto:anckapri4kina@gmail.com)

**Received:** 24 Mar, 2025

**Accepted:** 28 May, 2025

**Published:** 20 Jun., 2025

### ORCID ID

Hanna Bukhalo:

<https://orcid.org/0000-0002-0002-0664>

**Conflict of Interest:** The author declares no Conflict of Interest.

**Bioethics Commission permission to conduct research.** The study does not require permission from the Bioethics Commission.

**Funding:** The author declares that no source of **Funding** funded the study.



© All authors, 2025

## Вступ

Право закладу охорони здоров'я надавати медичні послуги за кошти юридичних та фізичних осіб в Україні гарантоване законодавством. Зокрема, у статті 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» йдеться про те, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я «... можуть надавати послуги з медичного обслуговування, які не покриваються програмою державних гарантій з медичного обслуговування населення, а також в інших випадках, перелік яких затверджується Кабінетом міністрів України, за плату від юридичних і фізичних осіб. Плата за такі послуги з медичного обслуговування встановлюється закладами охорони здоров'я самостійно» [1].

**Мета роботи** – донести до лікарів та керівників державних і комунальних некомерційних закладів охорони здоров'я, що в сучасних умовах цілком можливо й доцільно налагодити такий інструмент додаткового фінансування медичного закладу, як надання платних послуг з медичного обслуговування населення, а також запропонувати деякі практичні рекомендації щодо запровадження платних медичних послуг.

У липні 2024 року була ухвалена постанова КМУ № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб», що набула чинності 01.01.2025, і якою фактично скасовано постанову КМУ від 17.09.1996 № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» [2; 3].

Обсяг послуг, що за них сплачує держава і вони є безоплатними для пацієнтів, визначений у Програмі медичних гарантій (ПМГ). 24 грудня 2024 року була ухвалена постанова КМУ № 1503 «Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році», що містить Таблицю співставлень (офіційна назва згідно з наказом МОЗ України від 03.04.2020 № 773 із внесеними змінами і доповненнями). Це таблиця-класифікатор медичних інтервенцій (медичних процедур, хірургічних операцій), що належать до ПМГ, тобто оплачувані коштом державного бюджету [4; 5].

Окрім загальнодержавних нормативно-правових документів, які регулюють надання платних медичних послуг державними і комунальними закладами охорони здоров'я, медичні заклади також мають право ухвалювати локальні нормативні документи, зокрема й для того, щоб убезпечити себе при виникненні певних правових проблем у процесі їхньої медичної діяльності. Це такі документи, як статут медичного закладу, положення про платні послуги, наказ керівника медичного закладу про набуття чинності цими документами, наказ керівника про затвердження тарифів на платні послуги, договір про надання платних медичних послуг.

Статутом медичного закладу має бути передбачене надання цим закладом (підприємством) платних медичних послуг, оскільки статут – це базовий документ, згідно з яким працює будь-яка юридична особа, зокрема і медична установа. У більшості статутів хоча б однією фразою передбачено, що для забезпечення своїх господарських потреб будь-яка, навіть некомерційна, установа має право здійснювати певну господарську діяльність. Єдина відмінність некомерційних установ від комерційних – це те, що вони не передають прибуток від діяльності своїм засновникам, а використовують його для своїх власних потреб – як от: покращення матеріально-технічної бази, забезпечення роботи працівників, підвищення заробітної плати, покриття будь-яких витрат на свою основну діяльність.

Чи є положення про надання платних медичних послуг обов'язковим, а чи бажаним локальним документом, залежить від того, наскільки детально в статуті регламентоване коло діяльності закладу і як саме заклад надає платні медичні послуги. Якщо ці частини (пункти) статуту викладені досить загально, то доцільно ухвалити окреме положення про надання платних медичних послуг, яке б частково дублювало постанову КМУ від 05.07.2024 № 781 і де б йшлося про те, які саме платні послуги і за яких умов надають у цьому медичному закладі (перелік може й не містити всі платні послуги, що надаються).

Якщо положення про платні послуги ухвалені, то має бути й особа, яка відповідає за його виконання. Найпростіше – затвердити

## Introduction

The right of a healthcare institution to provide medical services at the expense of legal entities and individuals in Ukraine is guaranteed by law. In particular, Article 18 of the Law of Ukraine "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare" states that state and municipal healthcare institutions "may provide medical services that are not covered by the program of state guarantees for medical care of the population, as well as in other cases, the list of which is approved by the Cabinet of Ministers of Ukraine, for a fee from legal entities and individuals. The fee for such medical services is established by healthcare institutions independently..." [1].

**The purpose of the work** - to convey to doctors and heads of state and municipal non-profit healthcare institutions that in modern conditions it is quite possible and advisable to establish such a tool for additional financing of a medical institution as the provision of paid medical services to the population, as well as to offer some practical recommendations for the introduction of paid medical services.

In July 2024, Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 781 (entered into force on January 1, 2025) "Some issues of providing medical services to the population for a fee from legal entities and individuals" was adopted, which actually repealed Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1138 of September 17, 1996 "On approval of the list of paid services provided in state and municipal healthcare institutions and higher medical educational institutions" [2; 3].

The scope of services paid by the state and free of charge for patients is determined in the Medical Guarantees Program. On December 24, 2024, the Cabinet of Ministers of Ukraine adopted Resolution No. 1503 "Procedure for the Implementation of the Program of State Guarantees for Medical Care for the Population in 2025", which contains the so-called comparison table, i.e. a certain classifier of medical interventions (medical procedures, surgical operations) that belong to the Medical Guarantees Program, i.e. are paid for from the state budget. The comparison table is approved by Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 773 [4; 5].

In addition to national regulatory documents that regulate the provision of paid medical services by state and municipal healthcare institutions, the medical institution itself must have local regulatory documents, including in order to protect itself in the event of certain legal problems that may arise in the process of medical activities. These are documents such as the charter of a medical institution, regulations on paid services, an order of the head of the medical institution on the implementation of this regulation, an order of the head on the implementation of tariffs for paid services, and an agreement on the provision of paid medical services.

The charter of a medical institution must provide for the provision of paid medical services by the enterprise, since the charter is the basic document under which any legal entity, including a medical institution, operates. Most charters provide, in at least one phrase, that any institution, even a non-profit one, has the right to carry out certain economic activities to meet its economic needs. The only difference between non-profit institutions and commercial ones is that they do not transfer profits from their activities to their founders, but use them for their own needs, to improve the material and technical base, to provide employment for employees, to pay competitive wages, and to cover any expenses for their main activities.

Whether a provision on paid services is a mandatory or desirable local document depends on how detailed the charter is about what exactly the institution does and how exactly it provides paid medical services. If these points are set out in the charter in a rather general manner, it is recommended to make a provision on paid services, which would partially duplicate the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 781 and which would state which paid services, under what conditions, are provided by the institution, and which would contain a list of these paid medical services (this list may not contain all paid services provided in the medical institution).

If the institution has a Regulation on paid services, then there must be a person who implements it. The easiest way to do this is by order of the manager, because there is no need to

це положення наказом керівника закладу, оскільки в такому разі не доведеться скликати загальні збори колективу підприємства і залучати засновників закладу. Такий наказ у майбутньому спростить процедуру внесення змін у документ, наприклад, щодо звуження або розширення переліку послуг.

Обов'язково має бути виданий наказ керівника медичного закладу про затвердження тарифів на платні послуги. Це публічний документ, оскільки постановою КМУ від 05.07.2024 № 781 чітко визначено, що медичний заклад повинен публічно оголошувати, які платні послуги та за якими тарифами він надає.

Чи можлива реалізація договору про надання платних послуг як публічного договору, чи потрібно укладати договір про надання платних послуг з кожним пацієнтом? Чинне законодавство не вимагає укладання письмового договору з кожним окремим пацієнтом. Найпростіше задля економії ресурсів оприлюднювати на вебсайті закладу публічний договір про надання платних послуг із зазначенням того, що оплачуючи ту чи іншу послугу в закладі, пацієнт долучається до публічного договору і погоджується з його умовами. Публічний договір може містити низку розділів (пунктів), здатних значно пом'якшити ризики для підприємства. У цьому договорі також має бути зазначено, що отримувач послуг поінформований про можливість надання потрібної йому послуги за ПМГ.

Ціни на платні медичні послуги заклад охорони здоров'я має право встановлювати самостійно. Єдиного порядку формування цін і тарифів на медичні послуги на державному рівні не затверджено. Отже, можна скористатися будь-якою методикою ціноутворення, яка враховує загальні норми калькулювання.

Утім ціна на медичну послугу має бути логічна і обґрунтована – така, що розрахована з урахуванням виходу медичного закладу на конкурентний комерційний ринок від початку надання платних медичних послуг. А це передбачає можливість подання будь-якої скарги до Антимонопольного комітету на медичний заклад про необґрунтовані ціни. І якщо не вдасться довести, чим обґрунтована ціна на медичну послугу, Антимонопольний

комітет може самовільно скасувати ціну як таку, що не є конкурентною і обґрунтованою.

Варто також пам'ятати, що медичний заклад може витратити прибуток на оновлення своєї матеріально-технічної бази, на зарплатню працівникам. Але про ці кошти заклад також звітує: він оприлюднює на них план, а потім звітує про виконання або невиконання цього плану. Тому тут треба діяти в рамках економічної доцільності і розуміння того, яким буде попит на певні медичні послуги і як згодом прибуток від них можна витратити на користь самого медичного закладу.

Усі послуги, які надає державний або комунальний некомерційний заклад охорони здоров'я, є платними, але частина з них надається за ПМГ, а інша частина – за кошти громадян. Отже, державні та комунальні некомерційні підприємства наповнюють свій дохід із різних джерел: використовуючи кошти фізичних осіб, кошти юридичних осіб (наприклад, за проходження профілактичних медичних оглядів працівників, які оплачують роботодавці) і кошти ПМГ. Кожен заклад має колектив лікарів, перед якими треба виконувати певні зобов'язання, зокрема щодо мінімального розміру заробітної плати, тому будь-які зміни щодо тривалості робочого часу лікаря мають бути з ним узгоджені відповідно до законодавства про працю. Якщо лікар у межах свого робочого часу виконує ПМГ, то час, що залишився, може бути відведений на надання платних медичних послуг. Адже, на жаль, ПМГ не покриває всіх витрат медичного закладу для забезпечення навіть мінімальної зарплатні медичним працівникам, визначеної законодавством.

Постанова КМУ від 05.07.2024 № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб» затверджена відповідно до ч.10 статті 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Документ визначає основні вимоги до суб'єктів, які здійснюють медичне обслуговування за плату, зокрема ліцензування, стандарти якості послуг, порядок взаємодії з пацієнтами.

Документ також створює рівні умови для всіх суб'єктів медичної діяльності, які працюють у сфері платних послуг.

convene a general meeting of the enterprise's staff or summon the founders of the institution. Such an order in the future, if the list of paid services is expanded or narrowed, simplifies the procedure for changing it.

The institution must have an Order of the Head on the introduction of tariffs for paid services. This document is public, since Resolution No. 781 clearly states that a medical institution must publicly announce what paid services it provides and at what tariffs.

Is it possible to implement a contract for the provision of paid services in the form of a public contract, or is it necessary to conclude a contract for the provision of paid services with each patient? Current legislation does not require the conclusion of a written contract with each individual patient. The easiest way to save resources is to post a public contract on the provision of paid services on the institution's website, noting that by paying for a particular paid service at the institution, the patient joins the public contract and agrees to its terms. A fairly large number of points can be included in a public contract that can reduce many risks for the enterprise. The contract should also note that the consumer is informed about the possibility of receiving the service he needs under the Medical Guarantee Program.

A healthcare institution has the right to set prices for paid medical services independently. A single procedure for setting prices and tariffs for medical services has not been approved at the state level. Any pricing methodology that takes into account general calculation standards can be used.

The price of a medical service must be calculated and must be logical, because by starting to provide paid medical services, a non-profit medical institution enters a competitive commercial market. This provides for the possibility of filing a complaint with the Antimonopoly Committee against such a medical institution about unreasonable prices. If the Antimonopoly Committee is not shown what justifies the price of a medical service, it may unilaterally cancel the price as not being competitive and justified.

It should also be remembered that a medical institution must spend its profits on updating

its material and technical base, on employee salaries. But the institution also reports on these funds: it sets a plan for them, and then reports on the implementation or non-implementation of this plan. Therefore, it is necessary to act within the framework of economic feasibility and understanding what the demand for certain medical services will be and how the profits from them can be spent for the benefit of the medical institution itself.

All services provided by a state or municipal non-profit healthcare institution are paid, but some of them are provided under the Medical Guarantees Program, and some are paid for by citizens. Therefore, state and municipal non-profit enterprises replenish their income from various sources: at the expense of funds from individuals, funds from legal entities (for example, for preventive medical examinations of employees, which are paid for by employers) and funds from the Medical Guarantees Program. The institution has a team of doctors to whom it must fulfill certain obligations regarding the minimum wage, etc. Any changes to the duration of a doctor's working hours must be agreed with him in accordance with labor legislation. If a doctor implements a medical guarantee program within his working hours, the remaining time may be allocated to providing paid medical services. Unfortunately, the Medical Guarantee Program does not cover all the costs of a medical institution to ensure even the minimum salary for medical workers, which is determined by law.

Resolution of the Cabinet of Ministers No. 781 of July 5, 2024 "Some issues of providing medical services to the population for a fee from legal entities and individuals" was approved in accordance with Part 10 of Article 18 of the Law of Ukraine "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare". The document defines the basic requirements for entities that provide medical services for a fee, including licensing, service quality standards, and the procedure for interacting with patients.

The document also creates equal conditions for all medical entities operating in the field of paid services.

The resolution significantly expands the possibilities of medical institutions to obtain ad-

Ця постанова значно розширює можливості медичних закладів щодо отримання джерел додаткового фінансування. Всі послуги, що надаватимуться комунальними та державними некомерційними підприємствами, мають належно конкурувати, тобто мати рівні умови з комерційними медичними закладами. Постанова в жодному разі не обмежує заклади охорони здоров'я у визначенні переліку платних медичних послуг, що надаватимуться.

Постанова № 781 також визначає перелік випадків надання платних медичних послуг (не перелік самих платних послуг), скасовує перелік платних послуг, наведених у постанові № 1138 (тобто абсолютно всі послуги з медичного обслуговування можуть бути платними за певних обставин), надає право закладам охорони здоров'я самостійно встановлювати ціни на ці послуги (виходячи з умов місцевого ринку медичних послуг, платоспроможності місцевого населення, цін конкурентів на аналогічні послуги і т. ін.), визначає обов'язок документального оформлення надання платних послуг (так само, як це робиться в комерційних закладах охорони здоров'я – повинна бути відповідна договірною базою, чітко визначена ціна, підтвердження факту надання послуги) і визначає перехід на безготівковий розрахунок.

Перелік випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, поділяється на дві групи:

- 1) випадки, коли юридичні та фізичні особи здійснюють повну оплату наданих послуг;
- 2) випадки, коли юридичні та фізичні особи здійснюють оплату додаткових послуг (якщо пацієнт отримує певні послуги за ПМГ, а додаткові необхідні йому послуги оплачує самостійно).

Повна оплата послуг здійснюється у таких випадках:

- коли послуга надається без скерування лікаря, окрім тих випадків, коли скерування не є обов'язкове відповідно до чинного законодавства (звернення до гінеколога, психіатра, стоматолога тощо);
- надання послуг з медичного обслуговування населення за договорами з юридичними особами;

- надання послуг з медичного обслуговування населення в закладах охорони здоров'я, що належать до сфери підпорядкування Державного управління справами та державних органів, які входять до сектору безпеки та оборони, пацієнтам, які не належать до прикріпленого контингенту;
- надання послуг з медичного обслуговування населення, які не покриваються ПМГ медичного обслуговування населення (коли послуга не входить до ПМГ або медичний заклад не має можливості надати таку послугу протягом певного часу, але пацієнт бажає її отримати терміново).

Послуга не може бути надана за оплату, а надається лише за ПМГ у таких випадках:

- коли пацієнт має підписану декларацію з сімейним лікарем, терапевтом або педіатром і послуга надається на первинному рівні медичної допомоги;
- коли пацієнт має електронне скерування на послугу, що належить до ПМГ, від сімейного лікаря або лікаря-куратора медичного закладу;
- коли пацієнт звертається за послугою, яка належить до ПМГ і не потребує обов'язкового електронного скерування;
- коли пацієнт перебуває у невідкладному стані та потребує екстреної медичної допомоги.

Оплата додаткових послуг виконується у таких випадках:

- коли послуга надається за місцем мешкання або перебування пацієнта, на його вибір, за умови відсутності показів для її надання;
- при самостійному виборі лікаря-куратора для надання спеціалізованої медичної допомоги планово в стаціонарних умовах;
- при перебуванні пацієнта в палаті підвищеного рівня комфорту та сервісу на власний вибір пацієнта.

Пункт про самостійний вибір лікаря-куратора при плановому стаціонарному лікуванні відкриває досить широке поле для керівника закладу охорони здоров'я, коли в цьому закладі є лікарі, що мають велику популярність серед пацієнтів.

До особливостей надання платних послуг з точки зору загальних правил належать:

ditional sources of financing. All services provided by municipal and state non-profit enterprises must compete properly, that is, have equal conditions with commercial medical institutions. The resolution in no way restricts healthcare institutions in determining the list of paid medical services to be provided.

The resolution defines the list of cases of providing paid medical services (not the list of paid services themselves), cancels the list of paid services in resolution No. 1138 (i.e., absolutely all medical services may be paid under certain circumstances), gives healthcare institutions the right to independently set prices for these services (based on the conditions of the local medical services market, the solvency of the local population, competitors' prices for similar services, etc.), defines the obligation to document the provision of paid services (in the same way as is done in commercial healthcare institutions, i.e. an appropriate contractual basis, a clearly defined price, confirmation of the fact of the provision of the service) and determines the transition to cashless payment.

The list of cases in which state and municipal healthcare institutions may provide medical services to the population for a fee from legal entities and individuals is divided into two groups:

- 1) cases when legal entities and individuals pay in full for the services provided;
- 2) cases when legal entities and individuals pay for additional services (when the patient receives certain services under the medical guarantee program, and pays for additional services he needs).

Full payment for services is made in the following cases:

- when the service is provided without a doctor's referral, except in cases where a referral is not required by law (referral to a gynecologist, psychiatrist, dentist, etc.);
- provision of medical services to the population under contracts with legal entities;
- provision of medical services to the population in healthcare institutions falling under the jurisdiction of the State Administration of Affairs and state bodies included in the security and defense sector, to patients who do not belong to the attached contingent;
- provision of medical services to the population that are not covered by the Program of

State Guarantees of Medical Services to the Population (when the service is not included in the Program of Medical Guarantees or the medical institution is unable to provide such a service within a certain time, but the patient wishes to receive it urgently).

The service cannot be provided for a fee (provided only under the medical guarantee program) in the following cases:

- when the patient has a signed declaration with a family doctor, therapist or pediatrician and the service is provided at the primary health care level;
- when the patient has an electronic referral for a service included in the Medical Guarantees Program from a family or treating physician;
- when the patient applies for a service included in the Medical Guarantees Program and does not require a mandatory electronic referral;
- when the patient is in an emergency and requires emergency medical care.

Payment for additional services is made in the following cases:

- when the service is provided at the patient's place of residence or stay of his choice, provided that there are no indications for its provision;
- when independently choosing a treating physician when providing specialized medical care on a scheduled basis in a hospital setting;
- when the patient is in a ward with an increased level of comfort and service by the patient's own choice.

The clause on the independent choice of a treating physician during planned inpatient treatment opens up a fairly broad field for the head of a healthcare facility when this facility has doctors who are widely popular among patients.

There are the following features of the provision of paid services from the point of view of general rules:

- contractual obligations of the patient-hospital are similar to the obligations of the client-contractor (conflict situations are possible regarding the quality of the service provided, because the patient considers a paid medical service not as the medical care

- договірні зобов'язання «пацієнт-лікарня» мають бути аналогічні зобов'язанням «клієнт-виконавець» (для запобігання імовірності виникнення конфліктних ситуацій щодо якості наданої послуги, оскільки пацієнт розглядає платну медичну послугу не як необхідну йому медичну допомогу, а як сервіс, який він замовляє за свої кошти і вимагає певної його якості – своєчасності надання, відсутності черги, комфортності кабінету, комунікації з лікарем-куратором тощо);
- зобов'язання мають бути закріплені документально (як договір між юридичною особою – медичним закладом і фізичною особою – пацієнтом). У судовій практиці юридична особа вважається стороною, яка має більше прав і можливостей, тому фіксація всіх зобов'язань (щодо розрахунку, надання послуги, обсягу послуг, наявності додаткових запитань щодо конкретної послуги) має бути добре закріплена у договорі для уникнення суперечностей між закладом охорони здоров'я і пацієнтом;
- чітка фіксація цін: пацієнт має розуміти, скільки коштує те, що він замовляє;
- аналогічні вимоги і щодо підприємницької діяльності, зокрема щодо реклами та конкуренції (обґрунтування цін, інформування про послуги, що фактично прирівнюється до реклами, обґрунтування того, чому певна послуга не може бути надана безоплатно);
- відповідальність за ненадання послуг або неякісне їх надання.

З урахуванням можливих ризиків, що виникають у зв'язку з наданням платних медичних послуг, можна сформулювати загальні рекомендації для закладів охорони здоров'я:

- прозорість інформації (перелік платних та безоплатних послуг, їхня вартість та умови надання, наголошуючи на тому, що отримання послуги за ПМГ чи отримання платної послуги – це вибір самого пацієнта);
- оприлюднення і актуалізація інформації (на офіційному вебсайті закладу та на інформаційних стендах);
- публічна оферта (наявність на сайті) – не є обов'язкова відповідно до постанови 781, але може допомогти при врегулюванні спірних питань. Публічна оферта – це договір, що пропонується потенційному клієнтові на тих чи інших умовах (вчасність відвіду-

вання замовлених послуг; умови і порядок повернення сплачених коштів клієнтові; вирішення конфліктних ситуацій; розуміння клієнтом того, що отримання послуги за плату – це його вибір, і т. ін.);

- безготівковий розрахунок (обов'язкова умова, із внесенням відповідних даних до електронної системи охорони здоров'я, ЕСОЗ).

Чи можна брати оплату за послугу у разі якщо пацієнт має електронне скерування, але відсутнє місце в черзі на обрану пацієнтом дату? Так, можна, оскільки скерування чинне впродовж року. Необхідність надати послугу за скеруванням регламентоване наказом МОЗ України № 586, термін надання – 30 днів. Якщо дата не влаштовує пацієнта, то можна надати платну послугу. Якщо у закладу немає можливості надати цю послугу протягом 30 днів, то заклад має повідомити про це пацієнта, і пацієнт вирішує, чи йому чекати можливості отримати послугу за ПМГ, чи шукати інший заклад, де йому буде надана послуга, чи отримати цю послугу за власні кошти.

Чи можна вести дві окремі черги (ПМГ та платні послуги) протягом одного періоду часу у одного й того ж лікаря? Можна, але рекомендовано розділити робочий день лікаря на два окремі графіки: спочатку ПМГ, а потім платні послуги або навпаки. Це спростить надання мінімального рівня послуг за ПМГ, спростить комунікацію лікаря з пацієнтами і пацієнтів між собою, а при перевірці рівня надання послуг за ПМГ – спростить звітування за виконанням надання послуг згідно з ПМГ..

Чи може комунальне некомерційне підприємство бути підрядником і надавати послуги за договором з фізичною особою-підприємцем? Ні, відповідно до обмежень, встановлених постановою № 781, комунальні некомерційні підприємства можуть надавати послуги за договором виключно з юридичними особами. Тут ідеться про дискримінацію фізичних осіб-підприємців (ФОПів) і, ймовірно, це положення буде виправлене. Що більше буде звернень з цього приводу як від ФОПів, так і від медичних закладів, то швидше буде усунуте це обмеження.

Які послуги на первинній ланці медичної допомоги можуть бути платними? Послуги

he needs, but as a service that he orders at his own expense and requires a certain quality of it - timeliness, lack of queues, comfort of the office, communication with the doctor, etc.);

- obligations must be documented (this is a contract between a legal entity - a medical institution, and an individual - a patient). In judicial practice, a legal entity is considered the party with more rights and opportunities, therefore, the recording of obligations (recording the calculation, recording the provision of the service, the scope of the provision of services, the presence of additional questions about the service) must be well established so that there are no questions to the healthcare institution later;
- clear price fixing (the patient must understand how much what he orders costs);
- similar restrictions on entrepreneurship, in particular regarding advertising and competition (reasonableness of prices, information about services, which is actually equated to advertising, justification of why a certain service cannot be provided free of charge);
- liability for non-provision of services or their poor quality.

Taking into account the possible risks arising from the provision of paid medical services, general recommendations for healthcare institutions can be formulated:

- transparency of information (list of paid and free services, their cost and terms of provision, emphasizing that receiving a service under the Medical Guarantees Program or receiving a paid service is the patient's choice);
- publication and updating of information (on the official website of the institution and on information stands);
- public offer (availability on the website). Not mandatory according to the resolution, but can help in resolving disputes. A public offer is a contract offered to a potential client on certain conditions (timeliness of attending the ordered services; conditions and procedure for returning paid funds to the client; resolution of conflict situations; understanding by the client that receiving a service for a fee is his choice, etc.);
- cashless payment (mandatory condition, with entry of relevant data into the Electronic Health Care System).

Is it possible to charge a fee for services from a patient with an existing electronic referral if there is no place in the queue for the selected date? Yes. The referral is valid for a year. The need to provide a service according to the referral is regulated by Order of the Ministry of Health No. 586, the term is 30 days. If the date does not suit the patient, a paid service can be provided. If the facility is unable to provide this service within 30 days, the facility must notify the patient, and the patient decides whether to wait for the opportunity to receive the service under the Medical Guarantees Program (MGP), look for another facility where the service will be provided, or receive this service at their own expense.

Is it possible to run two separate queues (MGP and paid services) during the same period of time with the same doctor? It is possible, but it is recommended to divide the doctor's working day into two separate schedules: first MGP, and then paid services, or vice versa. This will simplify the provision of the minimum level of services under the MGP, simplify communication between doctors and patients and between patients, and when checking the level of service provision under the MGP, simplify reporting on the implementation of the provision of services under the Medical Guarantees Program.

May a municipal non-profit enterprise be a contractor and provide services under a contract with an individual entrepreneur? No, according to the restrictions established in Resolution No. 781, municipal non-profit enterprises may provide services under a contract exclusively with legal entities. This is discrimination against individual entrepreneurs, and most likely this provision will be corrected. The more appeals there are on this issue from both individual entrepreneurs and medical institutions, the sooner this restriction will be corrected.

What primary care services may be paid for? Primary care services (family doctor, pediatrician, therapist) may be paid for only in the absence of a declaration, if it is impossible to conclude a declaration with this doctor, or if the patient wishes to receive the services of a specific doctor. At the primary level, services related to the specialized level (ultrasound, laboratory tests, etc.) may be subject to payment.

первинної ланки (сімейний лікар, педіатр, терапевт) можуть бути платними лише за відсутності декларації, при неможливості укласти декларацію з цим лікарем або якщо пацієнт бажає отримати послугу саме у конкретного лікаря. На первинній ланці платними можуть бути послуги, що належать до спеціалізованого рівня (УЗД, лабораторні дослідження і т. ін.).

Чи можна встановити тарифи на платні послуги за плату на рівні тарифів Національної служби здоров'я України (НСЗУ)? Якщо так, то згідно з якими документами правильно оформити це на підприємстві та де взяти затверджені тарифи НСЗУ? Можна так зробити. Тарифи на платні послуги затверджує керівник закладу охорони здоров'я своїм наказом, і в ньому має бути прописано, як вони (послуги) розраховані, зазначена їхня вартість, і вся ця інформація має бути оприлюднена. Тарифи НСЗУ наведені у Програмі медичних гарантій.

Як організувати надання платних стоматологічних послуг дітям, якщо в ПМГ на 2025 рік передбачене надання планової стоматологічної допомоги дітям безкоштовно, але встановлений тариф 134,68 грн не дає можливості надавати якісну стоматологічну допомогу? Єдиний вихід – не працювати за пакетами медичних послуг. Тоді у закладу пакетів медичних послуг немає, але є ліцензія, є спеціалісти, тому надаючи платні послуги, заклад нічого не порушує.

Чи є можливість госпіталізації до стаціонару на платній основі і як саме? Це можливо, коли у пацієнта немає скерування, пацієнт не перебуває у невідкладному стані, коли відсутні покази для надання такої послуги за місцем перебування пацієнта або ця послуга не належить до ПМГ.

Який порядок проведення медичних оглядів, якщо в лікарні не передбачена така платна послуга? Як заносити її до ЕСОЗ і чи потрібно взагалі заносити? Проведення медичних оглядів – це надання допомоги за напрямом «Профілактика». У ПМГ визначені випадки, коли профілактика здійснюється за умовами ПМГ один раз на рік (один раз на рік – безоплатно). В усіх інших випадках профілактика здійснюється або на рівні

первинної ланки за умовами декларації, або за кошти пацієнта, якщо пацієнт звертається по спеціалізовану допомогу. Тому якщо пацієнт звертається з приводу профілактичного огляду, який не оплачується юридичною особою, треба перевірити, чи був у нього епізод профілактики з цим діагнозом протягом поточного року. І якщо був, то послуга буде платною.

Чи можна харчування пацієнтів перевести до категорії платних послуг? Це залежить від пакета медичних послуг. Якщо це пакет «Хірургія одного дня», то він не передбачає харчування пацієнта, і ця послуга може бути надана платно. Але при стаціонарному лікуванні харчування включене до пакета і має надаватися безкоштовно. Якщо ідеться про покращене харчування як про платну послугу, то наразі немає стандарту для визначення, що таке покращене харчування. Можуть бути оплачені якісь додаткові елементи харчування, але базовий пакет харчування оплачується з бюджетних коштів.

Чи може лікарня екстреної медичної допомоги надавати платні послуги? Будь-який комунальний некомерційний заклад має право надавати платні послуги, але не у разі екстреного стану пацієнта. Якщо така лікарня працює з плановими пацієнтами і якщо це не заборонено статутом закладу, то вона має право надавати платні медичні послуги.

Чи законна індексація тарифів на індекс інфляції замість їх щорічного перерахування? Заклади мають право при здійсненні калькуляції індексувати вартість платних послуг з урахуванням індексу інфляції. Але при цьому всі зміни тарифів на платні послуги мають бути оприлюднені на веб-сайті закладу і на інформаційному стенді для того, щоб вони були актуальні на момент звернення пацієнта. Адже, відповідно до Закону України «Про захист прав споживачів», пацієнт має право отримати платні медичні послуги за тією ціною, яка є опублікована. Заклад самостійно регулює періодичність перерахунку тарифів на платні послуги, які в ньому надаються.

Який відсоток вартості платної послуги має бути зарахований до зарплати лікаря? Це питання не врегульоване державними нормативними документами, але може бути врегу-

Is it possible to set tariffs for paid services at the level of the National Health Service tariffs? If so, what documents should be used to properly formalize this at the enterprise and where can I get the approved National Health Service tariffs? It is possible to do so. Tariffs for paid services are approved by order of the head of the healthcare institution, and it must specify how they are calculated, their cost, and all this must be made public. The tariffs of the National Health Service of Ukraine are set out in the Medical Guarantees Program.

How to organize the provision of paid dental services to children, if the SMP for 2025 provides for the provision of planned dental care to children free of charge, but the established tariff of UAH 134.68 does not allow for the provision of high-quality dental care? The only way out is not to work under medical service packages. Then the institution does not have medical service packages, but it has a license, there are specialists, so by providing paid services, the institution does not violate anything.

Is it possible to be hospitalized in a hospital on a paid basis and how? This is possible when the patient does not have a referral, the patient is not in an emergency, when there are no indications for this service at the patient's place of stay, or this service is not included in the MGP.

What is the procedure for conducting medical examinations if the hospital provides this as a paid service? How to enter it into the Electronic Health Care System and is it necessary to enter it at all? Conducting medical examinations is the provision of assistance in the direction of "Prevention". The MGP defines cases when prevention is carried out under the terms of the MGP once a year (once a year - free of charge). In all other cases, prevention is carried out either by the primary link under the terms of the declaration, or at the patient's expense, if the patient seeks specialized care. Therefore, if a patient applies for a preventive examination that is not paid for by a legal entity, it is necessary to check whether he had an episode of prevention with this diagnosis during the current year. If so, the service will be paid.

Can patient meals be transferred to the category of paid services? It depends on the med-

ical services package. If it is a "Surgery in a single day" package, then it does not include patient meals, so this service can be provided for a fee. But with inpatient treatment, meals are included in the package and should be provided free of charge. If we talk about improved nutrition as a paid service, then there is currently no standard for defining what improved nutrition is. Some additional elements of nutrition may be paid for, but the basic nutrition package is paid for from budget funds.

May an emergency medical care hospital establish paid services? Any municipal non-profit institution has the right to provide paid services, but not in the event of a patient's emergency. If such a hospital works with scheduled patients and if this is not prohibited by the institution's charter, then it has the right to provide paid medical services.

Is it legal to index tariffs to the inflation index instead of their annual recalculation? Institutions have the right to index the cost of paid services taking into account the inflation index when calculating. However, all changes in tariffs for paid services must be published on the institution's website and on the stand so that they are up-to-date at the time of the patient's request. After all, according to the Law "On Consumer Protection", the patient has the right to receive paid medical services at the price that is published. The institution independently regulates the frequency of recalculation of tariffs for paid services provided there.

What percentage of the cost of a paid service should go to the doctor's salary? This issue is not regulated by state regulatory documents, but can be regulated by the institution's internal documents. Conditionally, the institution can charge the doctor even 90% of the salary.

Currently, most healthcare facilities do not have enough funds to fully cover doctors' salaries under the Medical Guarantee Program, provided that the minimum wage requirements are met. Is it possible to transfer doctors to 0.5 salaries and cover the remaining 0.5 salaries through paid services? Is this legal? The issue of transferring doctors to 0.5 of a full salary is a matter of labor law alone; it is a significant change in working conditions, and it can only happen in agreement

льоване внутрішніми документами закладу, оскільки заклад може нарахувати лікареві навіть у розмірі 90 % заробітної плати.

Натепер більшості закладів охорони здоров'я бракує коштів для того, щоб за ПМГ повністю покривати ставки лікарів за умови виконання вимог щодо розміру мінімальної заробітної плати. Чи можна переводити лікарів на 0.5 ставки, а інші 0.5 ставки покривати наданням платних послуг? Чи законно це? Переведення лікарів на 0.5 ставки з цілої ставки – це питання виключно законодавства про працю, оскільки це значні зміни в умовах праці, і це може відбутися лише за узгодженням із працівником, а не самовільним рішенням керівника. Якщо керівник розуміє, що запровадження платних послуг, зміна внутрішнього розпорядку роботи лікаря без переведення на 0.5 ставки забезпечать необхідні рівні заробітної плати, то просто не потрібно буде активізувати всю процедуру згідно з Кодексом законів про працю задля зміни тариф-

них ставок, штатного розпису тощо. Якщо ж платні послуги не можуть покрити витрати на мінімальний розмір заробітної плати, тоді вже треба вирішувати, у який спосіб, можливо і з виконанням вимог нормативних документів, забезпечити як мінімум беззбитковість підприємства.

Висновки:

1. Абсолютно всі послуги з медичного обслуговування населення в державних і комунальних закладах охорони здоров'я можуть бути платними за певних обставин (якщо інше не встановлене законодавством).
2. Заклад охорони здоров'я самостійно визначає перелік платних послуг, встановлює ціни на них і може використовувати ці додаткові кошти для забезпечення своїх власних потреб.
3. Запровадження надання платних послуг в державних і комунальних некомерційних закладах охорони здоров'я – цілком реальний і доцільний процес.

### Список літератури

1. Constitution of Ukraine (Vidomosti Verkhovnoi Rady of Ukraine (VVR), 1996, No. 30, p. 141). Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 781 of 05.07.2024 "Some issues of providing medical services to the population for a fee from legal entities and individuals". Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/781-2024-%D0%BF#Text>
3. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated September 17, 1996 No. 1138 "On Approval of the List of Paid Services Provided in State and Municipal Health Care Institutions and Higher Medical Educational Institutions." Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text>
4. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1503 "Procedure for the Implementation of the Program of State Guarantees of Medical Care for the Population in 2025." Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text>
5. Order of the Ministry of Health No. 773 of 03.04.2020 "On approval of the Table of comparison of medical services with the codes of the national classifier NC 025:2021 «Classifier of diseases and related health problems» and/or the national classifier NC 026:2021 «Classifier of medical interventions»". Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0773282-20#Text>

with the employee. There can be no unilateral decision by the manager here. If the manager sees that the introduction of paid services, changing the doctor's internal work schedule without transferring to 0.5 rates will ensure the necessary wage levels, then there will simply be no need to activate the entire procedure under the Labor Code to change tariff rates, staffing levels, etc. If paid services cannot cover the costs of the minimum wage, then it is necessary to decide how to fulfill the requirements of regulatory documents and ensure at least a break-even point for the enterprise.

### Conclusions:

1. Under certain circumstances (unless otherwise specified by law), absolutely all medical services provided to the population in state and municipal healthcare institutions may be subject to payment.
2. The healthcare institution independently determines the list of paid services, sets prices for them, and may use these additional funds to meet its own needs.
3. The introduction of paid services in state and municipal non-profit healthcare institutions is a completely real and appropriate process.

### References

1. Constitution of Ukraine (Vidomosti Verkhovnoi Rady of Ukraine (VVR), 1996, No. 30, p. 141). Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 781 of 05.07.2024 "Some issues of providing medical services to the population for a fee from legal entities and individuals". Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/781-2024-%D0%BF#Text>
3. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated September 17, 1996 No. 1138 "On Approval of the List of Paid Services Provided in State and Municipal Health Care Institutions and Higher Medical Educational Institutions." Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text>
4. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1503 "Procedure for the Implementation of the Program of State Guarantees of Medical Care for the Population in 2025." Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text>
5. Order of the Ministry of Health No. 773 of 03.04.2020 "On approval of the Table of comparison of medical services with the codes of the national classifier NC 025:2021 "Classifier of diseases and related health problems" and/or the national classifier NC 026:2021 "Classifier of medical interventions"". Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0773282-20#Text>