

**Коломійчук О.Е.**

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

## ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

*В статті проведено детальний аналіз сучасної системи надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні, яка включає три рівні медичного обслуговування. У дослідженні розглядаються три основні рівні надання такої допомоги, кожен з яких має специфічні функції та завдання у забезпеченні комплексного обслуговування жінок та новонароджених.*

*Значна увага автором приділяється ролі першого рівня акушерсько-гінекологічної служби, метою якого є запобігання небажаній вагітності, ускладненням під час вагітності та розвитку гінекологічних захворювань.*

*Також автор пропонує для розгляду таблицю з детальним описом критеріїв розподілу пацієнток на різні рівні надання стаціонарної допомоги в залежності від наявних в закладах послуг та ступенів ризику у вагітних.*

*У статті розглядається нормативно-правове регулювання організації роботи всіх рівнів та видів акушерсько-гінекологічної допомоги. Однак, автор наголошує на недостатній стандартизації акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. У статті підкреслено необхідність удосконалення нормативно-правової бази.*

*Основний розділ статті присвячений аналізу міжнародного досвіду в організації акушерсько-гінекологічної служби. Автор детально розглядає організацію акушерсько-гінекологічної служби на прикладах розвинутих країн, таких як Німеччина, Великобританія і США, порівнює українську систему з міжнародними моделями та підкреслює необхідність впровадження передових практик у вітчизняну систему охорони здоров'я, наводить дані досліджень, проведених в кількох розвинутих країнах у 2018 році, і порівнює з даними країн, що розвиваються. Також в цьому розділі описані напрямки надання послуг в різних країнах, що може слугувати модельним прикладом для засад публічного управління в Україні.*

*У висновках зазначається, що для підвищення якості акушерсько-гінекологічної допомоги необхідне створення і впровадження чітких стандартів надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Це сприятиме покращенню стану здоров'я жіночого населення та матиме позитивний вплив на демографічну ситуацію в Україні, забезпечуючи якісне і своєчасне медичне обслуговування жінок.*

**Ключові слова:** акушерсько-гінекологічна допомога, медичні послуги, нормативно-правове регулювання, рівні надання медичної допомоги, міжнародний досвід, охорона здоров'я, публічне управління, організація і управління в охороні здоров'я.

**Постановка проблеми.** Ефективність роботи акушерсько-гінекологічної служби залежить від низки чинників, в тому числі від норм, описаних в нормативно-правових актах, стандартах та протоколах, що регулюють діяльність служби. У статті досліджено теоретичні підходи до систематизації галузевих нормативно-правових актів, що стосуються управління акушерсько-гінекологічною службою. Результати цього дослідження можуть бути використані для розробки нових нормативних документів, які сприятимуть удосконаленню роботи системи охорони здоров'я в Україні.

Тему для дослідження обрано з огляду на критичну важливість здоров'я нації для національної

безпеки. Особлива увага надається акушерсько-гінекологічній службі, оскільки вона забезпечує охорону здоров'я вагітних жінок, породіль та новонароджених, що є особливо актуальним в умовах воєнного стану. Сучасні виклики, такі як війна, демографічна криза, збільшення частоти ускладнень вагітності, а також необхідність стандартизації та вдосконалення медичних послуг, вимагають ретельного аналізу існуючої організаційної структури та нормативно-правового забезпечення цієї галузі. Крім того, порівняння з міжнародними моделями може сприяти запровадженню передових практик, що є передумовою забезпечення якісного медичного обслуговування жінок на всіх рівнях надання допомоги.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Під час підготовки цієї статті були використані теоретичні праці провідних вітчизняних науковців у галузі публічного управління та права, зокрема роботи Г. О. Кузьменко, Т. П. Юрочко, Ю. І. Сенюк та З. О. Надюк. Вони розглядають різні аспекти публічного управління в контексті нормативно-правового регулювання, що дозволило здійснити аналіз існуючих проблем у сфері управління акушерсько-гінекологічною службою та запропонувати можливі шляхи їх вирішення. Ці дослідження стали основою для висновків про необхідність удосконалення законодавчої бази та адаптації її до сучасних умов і потреб населення.

**Постановка завдання.** Основною метою цієї статті є аналіз нормативно-правового регулювання управління акушерсько-гінекологічною службою в Україні і здійснення всебічного аналізу організаційної структури акушерсько-гінекологічної служби в Україні з акцентом на нормативно-правове забезпечення та різницю в наданні медичних послуг на різних рівнях і порівняння української системи з міжнародними практиками.

#### **Виклад основного матеріалу**

#### **Рівні надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню**

В Україні акушерсько-гінекологічна допомога надається як на рівні первинної ланки, у спеціалізованих медичних закладах, таких як пологові будинки та жіночі консультації, так і в різних відділеннях лікарень, поліклінік та інших закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності. Крім того, надання таких послуг відбувається в перинатальних центрах та спеціалізованих установах МОЗ, серед яких Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені О. М. Лук'янової НАМН України. Також послуги можуть надаватися мобільними виїзними бригадами, в тому числі бригадами від неурядових або міжнародних організацій.

Система надання акушерсько-гінекологічної допомоги передбачає три умовні рівні медичної допомоги, з визначеними шляхами перенаправлення пацієнток між ними.

#### *1 рівень.*

Українські вчені Н.Я Жилка Г.О Слабкий О.С Щербінська зазначають [1], що перший рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги в основному має профілактичний характер. Його мета полягає в попередженні небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні жінки з неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також

неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики, акушерки або фельдшера. Це дозволяє вчасно виявляти можливі проблеми та забезпечувати належний контроль за станом здоров'я вагітної жінки. За скасуванням у 2016 році Наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. штатні розписи формувалися з розрахунку одна посада лікаря на 3300 жіночого населення.

Наказ МОЗ «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» від 15.07.2011 № 417 втратив чинність на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я № 590 від 28.02.2020, проте система і надалі працює за принципами, описаними в цьому Наказі, а окремі протоколи, стандарти та настанови МОЗ гінекологічного і акушерського спрямування містять рекомендації щодо направлення жінок до певного рівня закладів.

На першому рівні акушерсько-гінекологічні послуги та відповідні консультації надаються у амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини або фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАПах). Переважно на першому рівні консультування здійснює сімейний лікар або терапевт. Акушерки у ФАПах займаються переважно профілактичною роботою, зокрема ведуть школи відповідального батьківства, профілактичні групи, бесіди із сім'ями вагітних. Вагітні без ускладнень перебувають під наглядом лікаря загальної практики, акушерки або фельдшера, але обов'язково проходять консультації у лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації центральної районної лікарні на 19–21 і 30 тижнях вагітності. У разі виникнення акушерських ускладнень, патологій плоду чи загострення екстрагенітальних захворювань, вагітна передається під наглядом лікаря акушера-гінеколога.

Згідно з Наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», організація первинної медичної допомоги (ПМД) включає динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та, за необхідності, направлення вагітних до акушера-гінеколога в заклад вторинної медичної допомоги. Проте в цьому наказі не вказані деталі щодо дій лікаря у разі ведення неускладненої вагітності. Також перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що проводяться в рамках ПМД, не включає фізикального гінекологічного обстеження, бактероскопічних або цитологічних досліджень.

Вчені В.І. Пирогова, І.В. Козловський та О.В. Лаба вважають, що пріоритетними напрямками інтеграційних процесів між сімейними лікарями та гінекологами є підготовка медичного персоналу для надання невідкладної допомоги жінкам, впровадження механізмів взаємодії між різними медичними службами, консультативні послуги з профілактики інфекцій, діагностика і лікування поширених гінекологічних захворювань, направлення пацієнок для отримання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних оглядів для раннього виявлення злоскісних новоутворень, інформаційно-просвітницька робота з жіночим населенням щодо профілактики захворювань та збереження репродуктивного здоров'я, а також з підлітками щодо безпечної сексуальної поведінки.

*2 рівень.* На другому рівні послуги надають спеціалісти центральних районних лікарень, центральних міських лікарень, міських лікарень, жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів, центрів планування сім'ї та оглядових кабінетів поліклінік. На цьому рівні спостерігаються вагітні без ускладнень, а також вагітні з акушерськими ускладненнями та важкими супутніми екстрагенітальними патологіями або вродженими вадами розвитку плоду. У разі потреби таких пацієнок направляють на третій рівень надання медичної допомоги або у денні стаціонари для подальшого спостереження та лікування.

*3 рівень.* На третьому рівні спеціалізовану акушерсько-гінекологічну допомогу надають фахівці обласних лікарень, перинатальних центрів, наукові співробітники відповідних установ або кафедр. Ці заклади забезпечують проведення глибокого всебічного медичного обстеження, яке неможливо виконати на попередніх рівнях, також пацієнтки отримують консультації та додаткові обстеження у вузьких спеціалістів. Після проведення всіх необхідних досліджень складається індивідуальний план спостереження, який передається на перші два рівні для подальшого медичного нагляду.

За потреби, зокрема при наявності супутніх захворювань або станів, з будь-якого рівня надання допомоги жінки можуть бути скеровані до лікарів-спеціалістів для додаткових консультацій або обстежень.

Послуги з амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги надаються також дівчатам від народження і до повноліття, проте переважно на рівні первинному та третинному, оскільки для надання послуг дітям лікар має отримати відповідну спеціалізацію. Такими спеціалістами є сімейні лікарі

та акушери-гінекологи у високоспеціалізованих закладах, як правило в обласних лікарнях.

### **Рівні надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню**

Розглянемо послуги стаціонарної допомоги, які надаються, за рівнями (табл. 1).

Наказ МОЗ України від 29.12.03 N 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» також, як і вищезазначений Наказ «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», фактично втратив чинність у зв'язку з втратою чинності Наказу Міністерства охорони здоров'я N 620. Проте так само, як у випадку з амбулаторною допомогою, стаціонарна допомога надається за принципами і підходами, описаними у цьому Наказі.

### **Міжнародний досвід**

У «Міжнародному журналі гінекології та акушерства» [2] ще у 1983 році за результатами широкого дослідження було запропоновано кілька основних моментів, які слід враховувати при впровадженні охорони здоров'я жінок у країнах третього світу: (1) уникати некритичного простого повторення моделей розвинених країн; (2) використовувати більшу частку ресурсів для первинної медичної допомоги; (3) рекомендувати більш агресивне впровадження заходів профілактики; (4) направити зусилля на підтримку постійного та неспорядичного контакту між системою охорони здоров'я та цільовою групою населення; (5) звернути більшу увагу на направлення і зворотні направлення для покращення інтеграції різних рівнів системи охорони здоров'я; (6) делегувати функції лікарів середньому медичному персоналу; (7) наголошувати на медико-санітарній освіті, як офіційній, так і в повсякденному контакті між медичними працівниками та цільовою групою населення. За 50 років ці рекомендації не втратили своєї актуальності.

Попри уніфіковані в світі підходи до надання акушерсько-гінекологічних послуг, організація надання послуг і публічне управління службою значним чином відрізняється від країни до країни в залежності від економічної та безпекової ситуації, страхової системи, обсягів бюджету країни, які виділяються на охорону здоров'я, навіть від превалюючої в регіоні релігії та культурних особливостей.

Послуги сексуального здоров'я є частиною охорони здоров'я жінок у Великобританії, вони безкоштовні та доступні. Послуги та консультації можна отримати в клініках сексуального здоров'я

Таблиця 1

Номер п\п	Рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги	Типи закладів	Які послуги надаються
1	I рівень	Районні і міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології і інтенсивної терапії (ВАІТ).	Медичні послуги для вагітних з низьким ризиком розвитку перинатальних ускладнень, надання ургентної гінекологічної допомоги.
2	II рівень	Районні лікарні з ВАІТ, акушерсько-гінекологічні відділення міських лікарень, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово.	Медичні послуги новонародженим масою тіла > 1800 г (термін гестації > 34 тижні), які мають неважкі форми захворювань без значних порушень життєвих функцій. I і II група динамічного спостереження (вагітні низького і високого ступеня ризику).
3	III рівень	Обласні, міські пологові будинки і перинатальні центри, які є клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III-IV рівня акредитації, мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. О. М. Лук'янової НАМН України.	Медичні послуги розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня ризику розвитку перинатальних та материнських ускладнень з важкою акушерською й екстрагенітальною патологією (включно із послугами перших двох рівнів). Надають спеціалізовану гінекологічну допомогу із застосуванням сучасних методів діагностики та лікування, високоспеціалізовану допомогу. Установи III рівня повинні забезпечити надання медичної допомоги новонародженим масою тіла < 1800 г і терміном гестації < 34 тиж. незалежно від наявної патології, а також усім новонародженим з важкими формами захворювань або будь-якими порушеннями життєвих функцій.

(які також називають клініками планування сім'ї, сечостатевої медицини або клініками сексуального та репродуктивного здоров'я), лікарів загальної практики, деяких аптеках та службах для молоді [3].

В Німеччині та Великобританії рівні надання акушерських послуг розподілені не за рівнем складності вагітності, а з огляду на здоров'я новонародженого. У Німеччині німецький федеральний об'єднаний комітет визначив два рівні спеціалізованої акушерської допомоги: перинатальні центри першого рівня, які надають найбільш спеціалізований догляд за недоношеними новонародженими з вагою при народженні менше 1250 г або терміном вагітності менше 29 тижнів, і другого рівня, де надають ширшу спеціалізовану допомогу, наприклад, новонародженим до 1499 г. В Німеччині споживачі медичних послуг абсолютно вільні у виборі лікарні через загальну систему медичного страхування, яка покриває послуги в усіх лікарнях. Домашні пологи можливі у випадку неускладненої вагітності, за потреби в невідкладній медичній допомозі під час домаш-

ніх пологів пацієнтку буде переведено до лікарні. Особливості акушерської допомоги в Німеччині [4] – право на консультації акушера або акушерки поширюється на період вагітності та період під час і після пологів, включаючи діагностику вагітності та допологовий прийом. Крім того, існує доступ до консультацій акушерки після пологів протягом дванадцяти тижнів; будь-які послуги післяпологового догляду після дванадцяти тижнів повинні бути призначені лікарем. Акушерська допомога визначається як спостереження за процесом пологів від початку перших перейм, допомога під час самих пологів і спостереження за післяпологовим періодом [4]. З 2005 року всі перинатальні центри (PNC) у Німеччині класифікуються на один із чотирьох рівнів медичної допомоги залежно від рівня складності медичної допомоги, що надається в центрі, і регіонального забезпечення догляду та медичних послуг: рівень I перинатальні центри I (PNC I), перинатальні центри II рівня (PNC II), акушерські відділення, що пропонують вторинну медичну допомогу та короточасну перинатальну допомогу (PC), і пологові будинки, які пропону-

ють стандартну медичну допомогу при пологах (МН). Перинатальні центри рівня I та II надають високоякісну допомогу третього або четвертого рівня, а центри рівня I пропонують найбільш спеціалізоване лікування [5].

В Великобританії НСЗ визначила три рівні: відділення спеціального догляду (рівень 1), місцеві відділення для новонароджених (рівень 2) і відділення інтенсивної терапії новонароджених (рівень 3). У відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (рівень 3) надається весь спектр медичної допомоги новонародженим з масою тіла менше 1000 г або народжених у терміні вагітності менше 28 тижнів. З іншого боку, відділення спеціального догляду (рівень 1) надають лише деякі спеціалізовані послуги залежно від їхньої мережі новонароджених; крім того, вони мають спеціальне медичне обладнання для немовлят, які потребують переведення до відділення інтенсивної терапії новонароджених. Незважаючи на те, що локальні відділення для новонароджених (рівень 2) надають усі категорії неонатального догляду, більшість дітей у локальних відділеннях для новонароджених мають термін вагітності старше 27 тижнів і не потребують складного чи тривалого інтенсивного догляду [6]. У 2016 році впроваджено нову структуру відділів акушерсько-гінекологічної служби для покращення якості та безпечного догляду за материнством. Напрямки надання послуг розподілені на: послуги до вагітності, допологовий догляд, вразливі жінки, медичні ускладнення, стаціонарний догляд, елективне народження, догляд під час пологів, післяпологовий догляд, фетальна медицина, перинатальні втрати [7]. Під час вагітностей з низьким ризиком акушерки виконують роль координаторів за підтримки лікарів загальної практики. Більшість вагітних жінок можуть взагалі не відвідувати лікаря і не проходять медичні обстеження під час вагітності. Цю практику зменшення навантаження на лікарів додатково заохочує Департамент охорони здоров'я шляхом збільшення кількості акушерок та акушерських підрозділів [8].

В США у 1970-х роках дослідження показали, що своєчасний доступ до неонатальної та акушерської допомоги з урахуванням ризиків може знизити перинатальну смертність. З моменту публікації звіту «На шляху до покращення результатів вагітності» пройшло понад 3 десятиліття. У цьому звіті були визначені критерії для поділу медичної допомоги матерям і новонародженим на три рівні складності. Було рекомендовано направляти пацієнтів з високим ризиком до медичних

центрів вищого рівня, забезпечених відповідними ресурсами та персоналом. В поточній версії документу догляд за матерями стосується всіх аспектів допологового, інтранатального та післяпологового догляду за вагітною жінкою. Запропонована система класифікації рівнів материнської допомоги стосується пологових центрів, базової допомоги (рівень I), спеціальної допомоги (рівень II), субспеціальної допомоги (рівень III) і регіональних центрів перинатального медичного обслуговування (рівень IV). Мета регіонального догляду за матерями полягає в тому, щоб вагітні жінки з високим ризиком отримували допомогу в закладах, які готові надавати необхідний рівень спеціалізованої допомоги, тим самим зменшуючи материнську захворюваність і смертність у Сполучених Штатах [9].

Дослідження, проведені в кількох розвинених країнах у 2018 році [10], показали, що Німеччина, Франція та Японія мають різні проблеми якості та ефективності надання медичної допомоги вагітним: у Німеччині та Франції якість догляду за вагітними не відповідає високим витратам на охорону здоров'я та призводить до низької технічної ефективності, а японська система демонструє високу варіативність результатів і технічної ефективності. Зроблено висновки, що якість догляду за матерями під час пологів є особливою проблемою, яку, можливо, можна вирішити шляхом законодавчого впровадження систем забезпечення якості з більш суворими правилами реімбурсації в акушерстві.

Проте навіть в розвинених країнах з високим доходом існує нерівність у доступі до медичних послуг, що стосуються материнства і дитинства. Жінки у складних життєвих обставинах, таких як соціально-економічна депривація, зловживання психоактивними речовинами, погане психічне здоров'я або домашнє насильство, стикаються з нерівністю в доступі до послуг до, під час і після вагітності, також з нерівністю стикаються їхні новонароджені діти [7].

В країнах, що розвиваються, відсоток пологів в інституціях варіюється від 28 (Гаїті) до 99 (Йорданія) і 98 (Вірменія) [11]. Автори великого дослідження «Рівні та тенденції використання послуг охорони материнства в країнах, що розвиваються» від USAID стверджують, що країни, що розвиваються, загалом досягли великих успіхів у розширенні сфери допологового догляду. Понад 80 відсотків жінок у більшості досліджуваних країн принаймні один раз оглядалися спеціалістом під час вагітності, а охоплення допологовою

допомогою сягає 90 відсотків у багатьох країнах. У всьому світі зростає тенденція до того, що жінки народжують дитину в медичних установах, як приватних, так і державних. Сильний висхідний тренд чітко очевидний у Північній Африці/Західній Азії/Європі та Латинській Америці та Карибському басейні, за винятком Гаїті. Країни в цих регіонах демонструють високий відсоток пологів у медичних установах, а не вдома чи деінде. У половині з 38 проаналізованих країн більшість жінок народжували свою останню дитину в інституційних установах. Незважаючи на цей прогрес, ситуація в Африці на південь від Сахари неоднозначна: рівень інституційної народжуваності перевищує 70 відсотків у Беніні, Намібії та Зімбабве, але нижче 20 відсотків в Ефіопії. Чад і Нігер, Регіон Південної/Південно-Східної Азії також відстає за відсотком жінок, які народжують у медичних установах [11].

В країнах, що розвиваються, ризик смерті жінки внаслідок вагітності або пологів становить приблизно одну на шість /вагітностей або пологів/ у найбідніших частинах світу порівняно з приблизно однією на 30 000 у Північній Європі [12], тобто коефіцієнт становить 1:5000. Материнська смертність стосується пологів і безпосередньо післяпологового періоду; акушерська кровотеча є основною медичною причиною смерті.

Як можна побачити з даних іноземних джерел, в розвинених країнах успішно діє система поділу медичних послуг на рівні по складності, і зокрема завдяки успішній організації рівні материнської смертності та інші суспільно важливі показники знано кращі, ніж у країнах з низьким рівнем доходу. Великобританія має три рівні неонатальної допомоги, що забезпечують належний догляд залежно від потреб пацієнтів, в Німеччині чотири

рівні. США з 1970-х років використовують систему рівнів, що доказово знижує перинатальну смертність та підвищує якість догляду за матерями і новонародженими. Запровадження подібної системи в Україні може значно покращити якість медичних послуг.

**Висновки.** В Україні відсутні нормативно-правові акти про організацію роботи акушерсько-гінекологічної служби. Створення та впровадження таких актів має стати важливим кроком для забезпечення якісного медичного обслуговування матерів і новонароджених. Нормативно-правові акти мають встановити чіткі стандарти і правила, які регулюватимуть роботу ЗОЗ та фахівців акушерсько-гінекологічної служби, рівні надання допомоги, стандартні маршрути пацієнта між цими рівнями та описуватимуть правила оцінки якості медичних послуг.

Регулювання стаціонарної допомоги має передбачати встановлення стандартів для ЗОЗ, що надають акушерсько-гінекологічні послуги. В нормативах мають бути зазначені вимоги до обладнання, кваліфікації медичного персоналу, умов перебування пацієнтів та управління надзвичайними закладом. Щодо амбулаторної допомоги, нормативно-правові акти мають стандартизувати процеси профілактики, попередньої діагностики, регулярних оглядів та післяпологового догляду. Це важливо для своєчасного виявлення проблем на ранніх стадіях вагітності та забезпечення необхідного догляду після народження дитини, а в перспективі – покращенню демографічної ситуації в країні. Регулювання амбулаторної допомоги також сприятиме покращенню координації між ЗОЗ різних рівнів, що є критично важливим для ефективного функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

#### Список літератури:

1. Н.Я Жилка Г.О Слабкий О.С Щербінська. Інтеграція послуг з акушерства і гінекології на рівень первинної медичної допомоги в Україні. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021. Т. 4 (49)/2021, № 49. С. 40–46.
2. Pinotti J. A., Faundes A. Obstetric and gynecological care for Third World women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1983. Vol. 21, no. 5. P. 361–369. URL: [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(83\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0020-7292(83)90002-4) (date of access: 04.06.2024).
3. Women's healthcare in the United Kingdom. *Expatica United Kingdom*. URL: <https://www.expatica.com/uk/healthcare/womens-health/a-guide-to-womens-healthcare-in-the-uk-289773/#access> (date of access: 04.06.2024).
4. Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2019 : of 27.11.2018. *Id.* § 24d. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/svbezgrv\\_2019/BJNR202400018.html](https://www.gesetze-im-internet.de/svbezgrv_2019/BJNR202400018.html) (date of access: 10.06.2024).
5. Duty Rosters and Workloads of Obstetricians in Germany: Results of a Germany-wide Survey / J. Neimann et al. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2017. Vol. 77, no. 08. P. 894–903. URL: <https://doi.org/10.1055/s-0043-110863> (date of access: 10.06.2024).
6. Accessibility of general and specialized obstetric care providers in Germany and England: an analysis of location and neonatal outcome / J. Bauer et al. *International Journal of Health Geographics*. 2017. Vol. 16, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12942-017-0116-6> (date of access: 04.06.2024).

7. Interventions to reduce inequalities for pregnant women living with disadvantage in high-income countries: an umbrella review protocol / N. Vousden et al. *Systematic Reviews*. 2024. Vol. 13, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02556-7> (date of access: 10.06.2024).

8. Standards for Maternity Care | RCOG. *RCOG*. URL: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/standards-for-maternity-care/> (date of access: 10.06.2024).

9. Levels of maternal care / M. K. Menard et al. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015. Vol. 212, no. 3. P. 259–271. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.12.030> (date of access: 04.06.2024).

10. Rump A., Schöffski O. Pregnancy care in Germany, France and Japan: an international comparison of quality and efficiency using structural equation modelling and data envelopment analysis. *Public Health*. 2018. Vol. 160. P. 129–142. URL: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.028> (date of access: 04.06.2024).

11. Wang, Wenjuan, Soumya Alva, Shanxiao Wang, and Alfredo Fort Levels and Trends in the Use of Maternal Health Services in Developing Countries. 2011. DHS Comparative Reports No. 26. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro. P. 51–53, 74. URL: DOI: 10.13140/RG.2.1.1830.8647 (date of access: 04.06.2024).

12. Ronsmans C., Graham W. J. Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*. 2006. Vol. 368, no. 9542. P. 1189–1200. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)69380-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)69380-x) (date of access: 10.06.2024).

### **Kolomiichuk O.E. ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF THE OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SERVICE IN UKRAINE**

*The article provides a detailed analysis of the modern system of providing obstetric and gynecological care in Ukraine, which includes three levels of medical care. The study examines three main levels of providing such care, each of which has specific functions and tasks in providing comprehensive care for women and newborns.*

*Considerable attention is paid by the author to the role of the first level of obstetric and gynecological service, the purpose of which is to prevent unwanted pregnancy, complications during pregnancy and the development of gynecological diseases.*

*The author also offers for consideration a table with a detailed description of the criteria for the distribution of patients to different levels of inpatient care depending on the services available in the institutions and the degree of risk in pregnant women.*

*The article deals with the regulatory and legal regulation of the work organization of all levels and types of obstetric and gynecological care. However, the author emphasizes insufficient standardization of obstetric and gynecological care in Ukraine. The article emphasizes the need to improve the legal framework.*

*The main section of the article is devoted to the analysis of international experience in the organization of obstetric and gynecological services. The author examines in detail the organization of obstetrics and gynecology services using the examples of developed countries such as Germany, Great Britain and the USA, compares the Ukrainian system with international models and emphasizes the need to introduce advanced practices into the domestic health care system, cites data from studies conducted in several developed countries in 2018, and compares with data from developing countries. Also, this section describes the directions of service provision in different countries, which can serve as a model example for the principles of public administration in Ukraine.*

*The conclusions state that to improve the quality of obstetric and gynecological care, it is necessary to create and implement clear standards for the provision of obstetric and gynecological care. This will help improve the health of the female population and have a positive impact on the demographic situation in Ukraine, providing high-quality and timely medical care for women.*

**Key words:** *obstetrics and gynaecology care, medical services, legal regulation, levels of medical care, international experience, health care, public administration, organization and management in health care.*