г. Москва

04 апреля 2018 г. № 7/18

**ПРОТОКОЛ**

**Заседания Профильной комиссии по хирургии**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Президиум заседания:** А.Ш.Ревишвили – председатель, И.И.Затевахин, С.Ф.Багненко, А.В.Федоров, М.Л.Таривердиев - секретарь

**Состав присутствовавших членов Президиума профильной комиссии:**

1. Ревишвили А.Ш.
2. Багненко С.Ф.
3. Емельянов С.И.
4. Луцевич О.Э
5. Затевахин И.И.
6. Сажин В.П.
7. Таривердиев М.Л.
8. Федоров А.В.
9. Чжао А.В.
10. Шабунин А.В.
11. Котив Б.Н.

Членов Профильной комиссии: 61 главный хирург субъектов Российской Федерации, Главные хирурги Федеральных округов РФ – в полном составе

1. **Ревишвили А.Ш.**: На прошлом совещании Президиума профильной комиссии совместно с Министерством здравоохранения обсуждался Профессиональный стандарт «врач-хирург». Был согласован совместный с Минздравом вариант. Нам необходимо сегодня доработать его окончательно – поэтому прошу Президиум профильной комиссии высказать свои замечания и предложения. Далее согласованный вариант будет вывешен как на сайте Главного хирурга, так и на сайте РОХ.
2. **Федоров А.В.** Обращаю ваше внимание на то, что есть регионы, главные хирурги которых не предоставили вовремя отчет по статистике! **А.Ш. Ревишвили:** прошу вывесить список должников на сайты для того, чтобы это было видно всем.
3. **Далее:** заслушаны доклады Главных хирургов Федеральных округов Российской Федерации.
4. **Сажин В.**П. Главный хирург Центрального федерального округа. О состоянии развития хирургии в ЦФО, Отчет о работе хирургической службы в ЦФО за 2017 год.
* **Юданов А.В. (СибФО):** Какая статистическая информация по наличию оборудования собирается в ЦФО? **Ответ:** по I уровню – оснащение палат интенсивной терапии, по II уровню – оснащение отделений реанимации. По эндоскопии, эндохирургии – имеется серьезная проблема с вышедшим из строя оборудованием, отсутствием расходных материалов к имеющемуся оборудованию, что вызывает его простой. На I-II уровнях главврачи не в состоянии сами приобретать расходные материалы из-за недостатка финансирования ТФОМС. Это напрямую влияет на то, что летальность по основным показателям не снижается!
* **Касатов А.В** (Пермский край): На местах имеется оборудование и обученные кадры, однако вместо работы на местах предпочитают по каждому случаю вызывать на себя санавиацию. Таким образом, центральные ЛПУ подменяют ЛПУ I и II уровней. Как заставить врачей на I и II уровням работать по стандартам? **Ответ в результате дискуссии:** Выход – в создании Межрайонных центров, в которых концентрируются пациенты, таким образом, увеличивается количество вмешательств. Нет смысла тиражировать технологии там, где ими пользуются несколько раз в год.
1. **Кукош М.В.** Главный хирург Приволжского федерального округа. О состоянии развития хирургии в ПФО, Отчет о работе хирургической службы в ПФО за 2017 год.

**Основные проблемы, общие для всех регионов Приволжского федерального округа:**

* Не растет обеспеченность службы хирургами. Действующие хирурги на волне преследований за «ятрогенные преступления» боятся делать большие операции. По этой же причине отсутствует мотивация студентов идти в хирургию.
* Расторгаются договора по программе «земский врач». Заработная плата хирурга в районах при постоянной загрузке не превышает 20-30 тысяч рублей.
* Отсутствует мотивация для повышения врачебной категории
* Нет статистических данных об оперативных вмешательствах, производимых в негосударственных учреждениях здравоохранения
* Невозможность своевременной починки вышедшего из строя оборудования, отсутствие расходных материалов к нему
* Основной критерий роста летальности в регионах ПФО – проблема отсроченной госпитализации при острых состояниях: на примере желудочно-кишечных кровотечений - даже в столице округа – г. Нижнем Новгороде нет круглосуточной и достаточно оборудованной эндоскопической службы
* Необходим скорейший переход на Клинико-статистические группы при расчете стоимости лечения – например, при современных видах герниопластики ранняя выписка больного не оплачивается ТФОМС
* Межрайонные центры хирургии не загружены в той мере, в которой они должны работать. Отмечается спорадическое открытие и закрытие ЛПУ без учета реальной потребности региональной хирургической службы.

**Дискуссия:**

**А.В. Юданов (СибФО)** – предложение рубрифицировать желудочно-кишечные кровотечения в отчетных таблицах. Вызывают сомнения чересчур низкие цифры послеоперационной летальности по острому панкреатиту.

- Классификацию острого панкреатита, видимо, надо также уточнить.

- Также в таблицах явно избыточная информация, например, ФИО хирургов.

- Предложено убрать из отчетности таблицу по кадрам.

- Неэффективность программы «Земский врач» - молодые специалисты получают деньги, с трудом отсиживают положенный срок на месте и уезжают, так как другая мотивация работать в районе отсутствует.

- Санавиация – в Новосибирской области существует утвержденный список расходных материалов, который обязаны иметь больницы, вызывающие на себя службу санавиации.

- Оборудование: необходимо на уровне страны сделать запросы по оснащению ЛПУ оборудованием для гибкой эндоскопии и оборудованием для лапароскопических операций. На основании полученных данных делать норматив оснащения на 10 000 населения.

**А.Ш.Ревишвили:** *просьба к А.В.Юданову – подготовить форму таблицы для сбора этих данных, предоставить ее в Президиум Профильной комиссии.*

1. **Черкасов М.Ф.** Главный хирург Южного федерального округа. О состоянии развития хирургии в ЮФО, Отчет о работе хирургической службы в ЮФО за 2017 год.
* Низкий уровень подготовки кадров, кадровый дефицит, дефицит расходных материалов и инструментария для имеющегося оборудования тормозит увеличение доли лапароскопических операций
* В силу кадрового дефицита необходимо совмещение навыков для хирурга, как минимум эндоскопических и УЗИ. Проблема решается 4-месячной программой на ФУВ.
* Необходимо констатировать ЗАПЛАНИРОВАНН низкий выпуск хирургов в ближайшие годы. В ближней перспективе проблема с молодыми кадрами в хирургии не имеет решения.
* Оборудование находится в изношенном состоянии, что напрямую влияет на безопасность выполнения хирургических вмешательств. Отсутствует норматив для степени износа оборудования. Необходимо создать критерии для определения степени износа. ТФОМС не расходует НСЗ№3 на обновление оборудования именно в силу того, что этих критериев нет.
* Межрайонные центры хирургии должны быть достаточно оснащены современным оборудованием – иначе хирург не имеет достаточной мотивации работы при низком уровне оснащенности
1. **С.Ф. Багненко**. Главный хирург Северо-Западного федерального округа. О состоянии развития хирургии в СЗФО, Отчет о работе хирургической службы в СЗФО за 2017 год.
* Необходимо увязать требования по спектру хирургической помощи к больницам с количеством населения, которое они обслуживают. Если не достигается повторяемости процесса – нельзя требовать от больницы тиражирования хирургической технологии! Выход – создание Межрайонных центров хирургии в тех местах, где технологии будут тиражируемыми
* Реальная хирургическая помощь должна концентрироваться в профильных ЛПУ. Раздача профильных коек по районам существенно уменьшает возможности всех ЛПУ в сети
1. **А.В.Шабунин**. Главный хирург г. Москвы
* В Москве удалось достичь взаимопонимания с ТФОМС, в точечных случаях тарифы повышены в 2-4 раза. Удалось доказать Фонду, что есть смысл заплатить больше сегодня, простимулировав тем самым развитие лапароскопических технологий
* Развитие стационаров краткосрочного пребывания. В поликлиниках не должно быть большой хирургии. Все 10 центров краткосрочного пребывания в Москве – в составе многопрофильных больниц.
1. **М.И.Прудков.** Главный хирург Уральского федерального округа. О состоянии развития хирургии в УрФО, Отчет о работе хирургической службы в УрФО за 2017 год.
* В формах отчетности должны использоваться только «взвешенные» показатели
* Назрела необходимость разработки стандартов оснащения оборудованием стационаров различного уровня
* Необходимо разработать показатели, характеризующие общий уровень внедрения малоинвазивных технологий
1. В.З.Тотиков. Главный хирург Северо-Кавказского федерального округа. О состоянии развития хирургии в СКФО, Отчет о работе хирургической службы в СКФО за 2017 год.
2. К.В.Стегний. Главный хирург Дальневосточного федерального округа. О состоянии развития хирургии в ДФО, Отчет о работе хирургической службы в ДФО за 2017 год.
* В ДФО, к сожалению, наблюдается частая и бессмысленная смена главных хирургов регионов. Это приводит к отсутствию контроля над хирургической службой. В частности, к демонстративной несдаче отчетности некоторыми регионами округа
* Приходится констатировать, что разрушена вертикаль управления службой
1. **Прения:**
* О.Н.Эргашев (Ленинградская область): в основу концепции развития хирургии в стране должен быть положен мультидисциплинарный подход к лечению хирургических болезней
* Ю.В.Кучин (Астраханская область): межрайонные центры хирургии целесообразно наделить функциями областной больницы с возможностью обучения кадров, соответствующим уровнем оснащения лечебной и диагностической базы
* В.А.Порханов (Краснодарский край): нам всем нужен четкий, емкий и короткий отчет, характеризующий работу хирургической службы региона
1. **Решение Президиума.**

В ходе обсуждения профессионального стандарта «врач-хирург» решено удалить из пункта «Выполнять хирургические манипуляции при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях» следующие пункты:

-внутрикостное введение лекарственных препаратов;

-бужирование колостомы;

-имплантация подкожной венозной порт системы;

-аутодермопластика;

-иссечение суставной сумки (синовэктомия);

-иссечение новообразований перианальной области;

-резекция молочной железы;

-удаление инородного тела роговицы;

-ампутация пальцев нижней конечности.
Из пункта «Выполнять медицинские вмешательства при хирургических заболеваниях и (или) состояниях в условиях стационара» удалить:

-экзартикуляция нижней конечности;

-экзартикуляция верхней конечности;

-резекция сосуда;

-пластика сосуда.

Из пункта «Выполнять медицинские вмешательства при хирургических заболеваниях и (или) состояниях в условиях дневного стационара» исключить:

-удаление геморроидальных узлов;

-склеротерапия геморроидальных узлов;

-иссечение новообразований перианальной области и анального канала.

Выдвинуто предложение о введении в специалитет субординатуры с целью профессиональной подготовки хирурга поликлиники. Срок подготовки по программе ординатуры должен составлять 3 года для базового уровня с исключением ежегодной аккредитации.

Проголосовано единогласно – воздержавшихся и против не было.

1. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ. А.Ш.Ревишвили:**
* Необходимо наладить контроль за степенью оснащения ключевыми технологиями и оборудованием территорий РФ
* Целесообразно, по предложению В.А.Порханова, обратиться к губернаторам субъектов Российской Федерации о назревшей необходимости внедрения малоинвазивных хирургических технологий
* Необходимо наладить системную работу с ФФОМС и ТФОМС для эффективного пересмотра тарифов и, таким образом, для управления вектором развития хирургической службы в регионах – на примере опыта А.В.Шабунина в г. Москве
* Группа по разработке концепции развития хирургии в России работает на базе Научного исследовательского медицинского центра хирургии им. А.В.Вишневского, который концентрирует основные направления: статистика хирургической службы, федеральный центр телемедицины, методическое сопровождение внедрения технологий в регионах.
* Профессиональный стандарт «врач-хирург» включает отдельную трудовую функцию «Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по профилю «хирургия». Допуск к трудовой деятельности будет осуществляться после дополнительного профессионального образования - профессиональной переподготовке по специальности «Хирургия» для оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля в амбулаторных условиях в обьеме 800 часов после специалитета. Срок обучения в ординатуре для допуска к профессиональной деятельности по трудовой функции «Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «хирургия» - будет составлять 3 года для базового уровня.

 Председатель заседания

 Ревишвили А.Ш.