

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2019 – 2024 ГОДЫ

Введение

Организация хирургической помощи в Российской Федерации сегодня находится в достаточно сложных условиях, связанных с недостаточной укомплектованностью медицинскими кадрами, неполным соответствием медицинских организаций, оказывающих хирургическую помощь, существующим требованиям, недостаточной оснащенностью современным диагностическим и лечебным оборудованием, низкой транспортной доступностью многих регионов страны в силу географического положения и обширности территории, реформированием системы подготовки хирургов.

За последние 20 лет в результате развития новых хирургических технологий, ставших доступными в первую очередь крупным медицинским организациям, а также изменений в системе подготовки и трудоустройства врачей-хирургов, произошло разделение хирургической помощи в стране на несколько качественных уровней.

Маломощные городские и районные больницы оказались не в состоянии на уровне современных требований обеспечить населению оказание специализированных видов медицинской помощи. В результате этих процессов снизилась доступность специализированной помощи для жителей малых городов, сельских и удаленных населенных пунктов. Районные больницы при дефиците кадров и оборудования, не имея достаточного потока пациентов хирургического профиля, вынуждены проводить стационарное лечение терапевтическим или амбулаторным пациентам. Доля сельских жителей в стране составляет 25%, однако в некоторых регионах в силу вышеназванных причин стационарная хирургическая помощь оказывается на уровне районных больниц только 6% пациентов от общего количества получающих стационарную хирургическую помощь. В силу разного уровня оснащенности, кадровой составляющей медицинских организаций, значительный поток пациентов, который раньше получал хирургическую помощь в районных больницах, переместился в региональные центры. Это приводит к увеличению очереди на плановое оперативное лечение в областные (краевые, республиканские, окружные) и федеральные медицинские организации по целому ряду хирургических заболеваний. Хирургические отделения крупных медицинских организаций вынужденно выполняют большой объем рутинных хирургических вмешательств вместо более активного развития высокотехнологичной медицинской помощи.

В такой ситуации целесообразно эти потоки пациентов перераспределять на межрайонные хирургические центры, как это и делается в регионах, где они уже созданы. Объединение нескольких маломощных районных хирургических стационаров в один межрайонный хирургический

центр на базе крупной центральной районной или центральной городской больницы представляется выходом в сложившейся ситуации.

Таким образом, в структуре хирургической помощи в регионах Российской Федерации формируется трехуровневая система. Однако в организации этой системы нет единых подходов, нет единых критериев определения уровней хирургической помощи, оптимального для каждого уровня оснащения и объема хирургических вмешательств. Нет единых взглядов в вопросах маршрутизации пациентов с тяжелой хирургической патологией. Существующий Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» уже не отражает изменений, происходящих в системе хирургической помощи.

Эти противоречия являются ключевыми на современном этапе функционирования хирургической службы в стране. Для дальнейшего развития системы хирургической помощи необходимы шаги, направленные на изменение негативных тенденций.

В этой связи целесообразно принятие единой концепции развития хирургической помощи, которая позволит рационально использовать имеющиеся материальные ресурсы и профессиональные кадры.

В то же время оптимизация хирургической помощи не должна восприниматься исключительно как закрытие маломощных хирургических отделений. На небольших территориях нет необходимости сохранять круглосуточный хирургический стационар в каждом районе, что уже произошло в ряде регионов Центрального федерального округа. В регионах со значительными в сотни километров расстояниями между населенными пунктами сохранение даже небольших хирургических отделений жизненно необходимо. Важно сформулировать задачи для хирургических отделений разных уровней, с учетом их оснащения, кадрового состава и географического положения.

Предлагаемый проект Концепции развития хирургической помощи в Российской Федерации до 2024 года разработан в целях повышения доступности и качества оказания медицинской помощи населению страны.

I. Основные нормативные документы

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"».

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 года № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 ноября 2018 года № 743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 года № 125 «Об утверждении Положения о формировании сети национальных медицинских исследовательских центров и об организации деятельности национальных медицинских исследовательских центров».
7. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 декабря 2017 г. № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

II. Хирургическая помощь в Российской Федерации

В Российской Федерации по данным отчетов главных хирургов регионов стационарная хирургическая помощь населению оказывается более чем в 3150 государственных медицинских организациях. Только 115 медицинских организаций официально выполняют функции межрайонного хирургического центра (далее – МХЦ). Наиболее развита сеть МХЦ в Республике Башкортостан (11), Кировской области (10), Красноярском крае (9), Тамбовской области (8).

Кадры

Количество врачей хирургического профиля по данным Росстата с 2012 года увеличилось с 71,0 тыс. до 73,7 тыс. человек. Одним из критериев, характеризующих доступность хирургической помощи, является обеспеченность населения врачами-хирургами. Этот показатель за последние пять лет не изменился и составляет 5,0. Общих хирургов в стране в 2017 г. работало 20 437 (1,74 на 10 тыс. населения), в 2018 г. (данные из отчетов главных хирургов 84 субъектов РФ) – 19 942 (13 959 хирургов работают в стационарах и 5 983 – в поликлиниках) или 1,7 на 10 тыс. населения. Для сравнения в США в 2005 г. практиковало 17 243 хирурга общего профиля. На национальном уровне число хирургов общего профиля на 100 тыс. населения варьировало от 6,53 в городских районах до 7,71 в крупных сельских районах и 4,67 в малых/изолированных сельских районах, т.е. обеспеченность общими хирургами в США в 2,5 раза ниже российского показателя. При этом проблемы с хирургическими кадрами в обеих странах идентичны: число общих хирургов и их число в сельских районах сокращается. Во-вторых, персонал общей хирургии, особенно в сельских районах, стареет. Например, исследование, проведенное в сельской местности штата Миссури, показало, что почти половина работающих хирургов общего профиля пенсионного

возраста (Thompson M., 2005). При выборочной оценке возрастных показателей в регионах России (Архангельская область, Белгородская область) средний возраст хирургов, работающих в стационарах областных центров, составил 41,2 года, а в больницах сельских районов 49,7 года. Средний возраст поликлинических хирургов составил 48,6 года.

Всего в государственных медицинских организациях в 2018 г. была выделена 27 991 ставка хирурга (из них 8 207 для хирургов поликлиник), что на 779 ставок меньше по сравнению с 2017 г. Укомплектованность по ставкам составила 91,6% (в 2017 г. – 88,4%), в стационарах – 92,7%, в поликлиниках – 88,9%. Коэффициент совместительства составил 1,3 (в 2017 г. – 1,4).

Высшую категорию имеют 35,7% хирургов, первую – 14,3%, вторую 5,9%. Доля хирургов без категории составляет 44,1%. Для сравнения среди всех специальностей доля врачей без категории составляет 54,3% (2017).

Наибольшее число хирургов, не имеющих квалификационной категории (более 60%), отмечено в Республике Татарстан, Кабардино-Балкарской Республике, Республике Ингушетия, городе Москве, Челябинской и Тульской областях. Минимальная доля хирургов, не имеющих квалификационной категории во Владимирской области (11%) и Чеченской Республике (15%).

Койки

Количество коек хирургического профиля в стране по данным Росстата сократилось за последние 5 лет с 256,4 тыс. до 224,8 тыс. (на 12,3%), а количество коек на 10 тыс. обслуживаемого населения – с 17,9 до 15,3.

В 2017 г. число коек общехирургического профиля составляло 72 482 (4,94 на 10 тыс. населения). За год количество коек сократилось на 2 100. Выявлены существенные различия в обеспеченности хирургическими койками по федеральным округам (далее – ФО) – от 6,3 в Южном и Северо-Кавказском ФО до 10,1 в Сибирском ФО. Различия между регионами оказались более значимыми: от 3,8 в Астраханской области и 4,4 в Ленинградской области до 14,8 в Омской области и 16,6 в Республике Саха (Якутия). Одним из объяснений такой вариабельности может быть различие между регионами и федеральными округами по плотности населения и площади территорий. В удаленных территориях вынужденно сохраняются койки хирургического профиля.

Тем не менее, сокращение хирургических коек оправдано широким внедрением малоинвазивных хирургических технологий, приводящих к сокращению продолжительности стационарного лечения. Основным критерием при сокращении должна быть не занятость койки в году, а уровень хирургической активности в медицинской организации. Много примеров в отчетах главных хирургов регионов, когда койка в районной больнице работает 340 дней в году и более, при этом оперативная активность составляет менее 20%, т.е. подавляющее число пациентов в хирургическом отделении получают терапевтическое лечение. Негативной тенденцией

следует признать сохранение небольшого количества хирургических коек (менее 10) в составе отделений смешанного профиля (хирургия, гинекология, оториноларингология), где врач-хирург в единственном числе, и ограничен в диагностических и оперативных возможностях. Такие отделения не решают серьезных хирургических задач и являются по сути номинальными.

Экстренная хирургическая помощь

Отчетные данные за 2017-2018 гг. говорят о существенных различиях в качестве оказания экстренной хирургической помощи, как между федеральными округами, так и между отдельными регионами в пределах одного федерального округа, на что указывают различный уровень летальности и оперативной активности, удельный вес применения малоинвазивных технологий.

В последние годы возросла доля пациентов, госпитализированных позже 24 часов от начала заболевания с 33% (2000) до 38% (2017), что является одним из основных факторов, отрицательно влияющих на уровень летальности, и косвенно указывает на снижение доступности хирургической помощи. Однако основные причины увеличения количества поздно обращающихся пациентов с острыми хирургическими заболеваниями не связаны с деятельностью хирургической службы.

Всего по экстренным показаниям в общехирургические отделения в 2018 г. поступило 2 292 503 больных (63,3% от общей количества госпитализированных), оперировано 992 761 больной (оперативная активность 43%). Послеоперационная летальность составила 4,5%. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 6,7 дня.

Следует обратить внимание на рост послеоперационной летальности при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки с 4,8% до 8,9% при снижении количества этого осложнения язвенной болезни с 2000 г. в два раза (2018). Не уменьшается больничная и послеоперационная летальность при гастро-дуоденальных кровотечениях (соответственно 5,0% / 12,4%), при острой кишечной непроходимости (4,9% / 9,3%), при ущемленной грыже (3,0% / 2,9%) и остром аппендиците (0,15% / 0,15%).

Наши показатели больничной летальности уступают показателям США за 2009 г: острый панкреатит – 2,8% / 1,0%; острый аппендицит – 0,15% / 0,04%; желудочно-кишечные кровотечения – 5,0% / 3,5%; острая спаечная кишечная непроходимость – 3,9% / 2,7%; острый холецистит – 0,85% / 0,4% (Peery A., 2012).

В то же время увеличилась оперативная активность при остром холецистите до 62,3% (в 2017 г. – 59,8%), остром панкреатите до 13,0% (11,2%), гастро-дуоденальных кровотечениях до 20,0% (18,4%), однако данный показатель различен по регионам, что указывает на отсутствие единых тактических подходов в ургентной хирургии в стране.

В целом количество экстренных хирургических вмешательств при заболеваниях органов брюшной полости в Российской Федерации с начала XXI века сократилось на 30%, что можно связать с развитием плановой

хирургии желчнокаменной болезни и грыж брюшной стенки, эффективностью лечения язвенной болезни, а также с улучшением инструментальной диагностики (лапароскопия, УЗИ, КТ).

Несмотря на существующие проблемы, качество оказания экстренной хирургической помощи улучшается, что подтверждает снижение летальности при острых заболеваниях органов брюшной полости. Больничная летальность за 2018 г. уменьшилась на 1 479 человек, однако послеоперационная летальность сохранилась на уровне 2017 г. – 10 620 человек (2,8%).

Малоинвазивные методы лечения острых заболеваний органов брюшной полости внедряются по регионам неравномерно. Доля лапароскопических операций при остром холецистите в 2018 г. в целом по стране составила 51,3% с летальностью 0,21% (при открытых операциях – 2,3%). Применение лапароскопической холецистэктомии в регионах варьирует от единичных случаев до 97% (Москва). В ряде регионов широко используется мини-доступ.

Доля лапароскопической аппендэктомии в лечении острого аппендицита возросла с 21,1% (2017) до 23% (2018). По регионам частота применения лапароскопии так же значительно различается – от единичных случаев до 97,3% (Москва). Только в четырех регионах метод не используется. Для сравнения в США доля лапароскопической аппендэктомии в 2010 г. составила 71% с диапазоном по разным больницам от 40,9 до 93,1% (Cooper M., 2014).

Редко применяется лапароскопическая техника в лечении перфоративной язвы – в 8,6% случаев (в 2017 г. – в 7,2%), и только в 56 регионах.

Количество выполняемых процедур под лучевой навигацией в экстренных ситуациях также значительно различается по регионам – от единичных случаев до 435 вмешательств, при среднем показателе по стране 40 процедур на 100 тысяч населения. В четырех регионах метод не применяется.

Различная частота применения малоинвазивных технологий, как между отдельными медицинскими организациями, так и целыми регионами наблюдается не только в нашей стране. Причины этой вариабельности в разных экономических возможностях, в организации обучения врачей и существующих предпочтениях традиционной хирургии.

Для дальнейшего повышения качества экстренной хирургической помощи в стране необходимо использовать единые подходы в диагностике и лечении, обозначенные в разрабатываемых клинических рекомендациях.

В регионах, где уровень лапароскопической хирургии уступает среднероссийским показателям, в первую очередь обязательны региональные программы по развитию малоинвазивных методов хирургии. В качестве примеров возможных решений приведем региональный приоритетный проект «Развитие малоинвазивной хирургии в Новосибирской области в

2018–2022 гг.» или целевая закупка в 2018–2019 гг. видеоэндоскопических комплексов и эндоскопов в медицинские организации II уровня за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (Архангельская область).

Целесообразно возобновление учета острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по федеральной статистической форме, что позволит принимать более эффективные управленческие решения на всех уровнях хирургической помощи. Оптимальным условием было бы внедрение единой автоматизированной электронной системы учета и отчетности по основным показателям работы хирургических служб медицинских организаций.

Плановая хирургическая помощь

В общехирургических отделениях в 2018 г. в плановом порядке прооперировано 870 241 больной (оперативная активность 63,3%). Средняя продолжительность стационарного лечения составила 7,5 дня. Послеоперационная летальность – 0,3%.

Доля малоинвазивных холецистэктомий: лапароскопическим способом выполнено 80,6% операций (летальность 0,03%), из мини-доступа – 10,9% (летальность – 0,06%) при количестве осложнений соответственно 0,31% и 0,38%. Холедохолитотомия лапароскопическим доступом выполнена в 34,6% случаев. Таким образом, лапароскопическая хирургия желчнокаменной болезни в РФ соответствует уровню экономически развитых стран мира.

В хирургии грыж брюшной стенки аллопластика использовалась в 56,3% случаев (в т.ч. при паховых грыжах в 59,6% случаев, при вентральных грыжах в 56,5% случаев). Лапароскопическая техника при паховых грыжах применена в 8,3%, при вентральных грыжах – в 3,5%. Для сравнения, различные варианты аллопластики паховых грыж в США в 2003 г. составляли 83% (Puri V., 2006).

При грыжах пищевода отверстия диафрагмы лапароскопия применена в 64,6% операций, при образованиях надпочечников – в 62,7% случаев, при язвенной болезни – у 9,4% больных.

Лапароскопический доступ при операциях на толстой и прямой кишке в отделениях общей хирургии и колопроктологии в 2018 г. применен в 14,5% (в 2017 г. – 2,9%). В США доля лапароскопической колэктомии в 2010 г. составила 28,4% с диапазоном по больницам от 6,7% до 49,8% (Cooper M., 2014).

В целом частота использования лапароскопической техники в плановой и экстренной абдоминальной хирургии в Российской Федерации за последние 10 лет значительно выросла. По ряду позиций достигнут уровень, сопоставимый с западными странами.

За удовлетворительными показателями качества оказания хирургической помощи в целом по регионам не заметны различия по уровням медицинских организаций, а они значимы.

При выборочной оценке распределения объемов оказания хирургической помощи по уровням медицинских организаций в ряде регионов страны в 2018 г. (Архангельская, Костромская, Оренбургская, Рязанская и Тульская области) установлено, что на I уровне пролечено от 6% до 28% больных, на II уровне – от 20% до 58%, на III уровне – от 29% до 55%.

Доля пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, варьировала от 55% до 70% на I уровне, от 46% до 72% на II уровне и от 56% до 83% на III уровне, но во всех регионах экстренная госпитализация превышала плановую.

Оперативная активность в экстренной хирургической помощи распределилась в диапазоне: от 12% до 39% (I уровень), от 28% до 54% (II уровень) и 38% до 62% (III уровень). В плановой хирургии на первом уровне оперативная активность варьировала от 17% до 62%, на втором – от 48% до 79%, на третьем – от 63% до 99%.

Послеоперационная летальность в экстренной хирургии на первом уровне отмечена от 2,6% до 13%, на втором – от 3,2% до 7%, на третьем – от 2,5% до 15%.

В плановой хирургии послеоперационная летальность была значительно ниже: на первом уровне от 0 до 2,4%, на втором – от 0 до 5,9%, на третьем уровне – от 0,03% до 0,5%.

Широкий диапазон показателей, характеризующих работу хирургических стационаров, не только подтверждает разные возможности медицинских организаций разных уровней, но и различия в качестве медицинской помощи. Более того, даже среди медицинских организаций одного уровня показатели интенсивности хирургической деятельности и ее качественные характеристики очень разнятся, чего в принципе не должно быть.

Такое неравномерное распределение связано с разными подходами в выстраивании трехуровневой системы хирургической помощи, которая складывается не столько из географических особенностей регионов, сколько из кадрового и технического обеспечения и выбора медицинских организаций для выполнения функций межрайонных центров.

В регионах нередко встречаются больницы со статусом межрайонного центра, когда в штате всего один-два хирурга, коечная мощность отделения составляет 20 коек, не выполняются диагностическая лапароскопия и лечебная внутрисветная эндоскопия, отсутствует возможность выполнять компьютерную томографию в экстренных ситуациях.

Амбулаторная хирургия и стационарзамещающие технологии

Расширение объема амбулаторных хирургических вмешательств в настоящее время является одной из основных задач. В 2017 г. в амбулаторных условиях выполнено более 2 млн. общехирургических операций или 146 вмешательств на 10 тыс. населения. Доля операций стационарного уровня, выполняемых в амбулаторных условиях, минимальна

и в редких регионах достигает 1-2% от общего количества амбулаторных вмешательств.

В районных больницах I уровня амбулаторная хирургия с койками дневного стационара целесообразна в качестве альтернативы круглосуточному маломощному хирургическому стационару (до 10 коек) с одним хирургом в медицинской организации, с крайне низкой оперативной активностью. Однако развивать стационарзамещающие технологии в условиях сельской местности или отдаленного района сложно в силу затрудненной транспортной доступности для пациентов. Амбулаторная хирургия на первом и втором уровнях представлена неотложной помощью и плановыми вмешательствами небольшого объема, не ограничивающими передвижение пациентов. Организация центров амбулаторной хирургии (ЦАХ) целесообразна, прежде всего, в медицинских организациях III уровня с дневными стационарами, имеющих возможности оказания анестезиологических пособий, что позволяет перенести часть стационарных хирургических технологий в герниологии, флебологии, проктологии, травматологии и ортопедии на амбулаторный уровень. В сотрудничестве с расположенными на базе медицинской организации кафедрами хирургии ЦАХ может стать обучающим центром для амбулаторных хирургов региона.

III. Цель и задачи Концепции

Цель: Совершенствование организации, повышение доступности и качества хирургической помощи населению Российской Федерации.

Задачи:

1. Формирование трехуровневой системы оказания хирургической помощи в Российской Федерации.
2. Распределение видов, условий и форм хирургической помощи по уровням медицинских организаций.
3. Рациональное использование кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций субъектов РФ в соответствии с уровнями оказания хирургической помощи.
4. Оптимизация системы подготовки врачей-хирургов и комплектования штатов хирургических отделений в соответствии с уровнями хирургической помощи.
5. Формирование межрегиональных специализированных хирургических центров в Федеральных округах на базе медицинских организациях III уровня, имеющих наибольший опыт и лучшие результаты в лечении одной или нескольких категории пациентов, объединенных по нозологии (профилю).

1. Формирование трехуровневой системы оказания хирургической помощи в Российской Федерации

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи субъектами Российской Федерации формируется и

развивается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам. Министерством здравоохранения Российской Федерации рекомендуется установление распределения медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, по следующим уровням:

первый уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический, акушерско-гинекологический и педиатрический профили;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

второй уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

третий уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

В пределах третьего уровня системы организации медицинской помощи выделяют подуровень, включающий федеральные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

1.1. Распределение медицинских организаций по уровням оказания хирургической помощи

С учетом изложенных рекомендаций и опыта организации хирургической помощи в ряде субъектов РФ, медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю «хирургия» целесообразно разделить на три уровня:

первый уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделение, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по профилю «хирургия» населению в пределах муниципального образования, выполняющие функции центральной районной (районной) или городской больницы.

второй уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по профилю «хирургия»

населению одного или нескольких муниципальных образований, выполняющие функции центральной районной, межрайонной или городской (центральной городской) больницы.

третий уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «хирургия», выполняющие функции областной (краевой, республиканской, окружной) больницы или федерального центра.

В пределах третьего уровня системы организации медицинской помощи выделяется подуровень (третий уровень Б), включающий медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «хирургия» в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

1.2. Основные критерии на соответствие медицинской организации уровню (I, II, III) оказания специализированной медицинской помощи по профилю «хирургия»

Для соответствия **I уровню** необходимо:

- количество врачей-хирургов в соответствии с коечной мощностью отделения;
- количество коек хирургического профиля от 12 до 30, в зависимости от численности обслуживаемого населения;
- наличие врача анестезиолога-реаниматолога, врача-эндоскописта, врача ультразвуковой диагностики для работы в круглосуточном режиме и/или с организацией работы на дому;
- работа клинико-диагностической лаборатории в круглосуточном режиме;
- возможность проведения лучевых исследований в круглосуточном режиме;
- наличие отделения анестезиологии-реанимации или блока (палаты) реанимации и интенсивной терапии, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение.

Для соответствия **II уровню** (в т.ч. межрайонному хирургическому центру) необходимо:

- количество врачей-хирургов в соответствии с коечной мощностью отделения;
- количество коек хирургического профиля от 30, в зависимости от численности обслуживаемого населения;
- количество дежурных врачей определяется из расчета: не менее двух врачей-хирургов, два врача анестезиолога-реаниматолога и врач-эндоскопист в круглосуточном режиме;
- наличие отделения анестезиологии-реанимации, обеспечивающее круглосуточное медицинское наблюдение;
- работа клинико-диагностической лаборатории в круглосуточном режиме;

- возможность проведения видеоэндоскопических операций и эндоскопических исследований в круглосуточном режиме;
- возможность проведения ультразвуковых исследований в круглосуточном режиме;
- возможность проведения лучевых исследований, в том числе на аппарате КТ в круглосуточном режиме.

Для соответствия **III уровню**, кроме указанных требований для I и II уровней, дополнительно необходимо:

- количество врачей-хирургов в соответствии с коечной мощностью отделения;
- количество коек хирургического профиля от 30 и более, в зависимости от объема хирургической помощи;
- наличие отделения гнойной хирургии от 30 коек;
- при работе хирургического стационара в режиме скорой помощи больницы количество дежурных врачей-хирургов и врачей-анестезиологов определяется из расчета не менее двух операционных бригад (два хирурга и один анестезиолог) и врач-хирург приемного отделения;
- дежурство врачей других хирургических профилей в круглосуточном режиме;
- отделение (койки) хирургического профиля для краткосрочного пребывания (хирургия одного дня).

1.3. Принципы организации межрайонного хирургического центра

Целесообразность организации межрайонных медицинских центров в системе отечественного здравоохранения вопрос не новый. Положение о межрайонном специализированном лечебно-профилактическом отделении центральной районной (городской) больницы утверждено Приказом министра здравоохранения СССР от 23 сентября 1983 г. №1000. Положением был определен порядок формирования этих отделений и введения дополнительных должностей в зависимости от численности прикрепленного населения других районов, где нет возможности оказания квалифицированной помощи по данной специальности. О необходимости возрождения межрайонных центров с целью повышения качества и доступности оказания медицинской помощи указано в Постановлении Правительства Российской Федерации № 1387 от 5.11.1997 г., однако 20 лет назад этот организационный шаг выполнить не удалось.

Необходимость в организации на базе межрайонных медицинских центров межрайонных хирургических отделений в настоящее время проявляется все более отчетливо. Кроме критериев, изложенных в разделе 1.2. необходимо учитывать следующие моменты:

- межрайонный хирургический центр (далее – МХЦ) организуется на функциональной основе, на базе наиболее крупной медицинской организации, способной выполнять медицинское обслуживание населения прилегающих муниципальных образований по основным хирургическим

профилям специализированной медицинской помощи, оказание которых невозможно или ограничено в соседних районных больницах и/или городских больницах;

- оптимальный вариант функционирования МХЦ на базе медицинской организации, официально имеющий статус межрайонной больницы;

- МХЦ организуется в целях повышения доступности и качества специализированной медицинской помощи с учетом оснащения современным оборудованием и кадрового потенциала;

- административно-организационное управление МХЦ осуществляется администрацией медицинской организации, на базе которой организован МХЦ;

- организационно-методическое сопровождение деятельности МХЦ осуществляется главным внештатным специалистом хирургом и специалистами департамента организации медицинской помощи населению регионального управления здравоохранения.

Для больших территорий (регионы Севера, Сибири, Дальнего Востока) при организации межрайонных центров по профилю «хирургия» необходимо учитывать потребность в плановой хирургической помощи населения, проживающего в пределах 100 - 150 км от МХЦ.

1.4. Принципы маршрутизации пациентов хирургического профиля по уровням оказания медицинской помощи

Маршрутизация пациента – организационная технология, инструмент внедрения порядков оказания медицинской помощи больным по профилям и медицинских стандартов, а в перспективе – клинических рекомендаций.

Отсутствие формальных ограничений для выполнения хирургических вмешательств повышенной сложности в медицинских организациях I уровня при отсутствии потока пациентов и необходимого оснащения повышает риск осложнений и неблагоприятного исхода. Есть примеры недопустимо высокого уровня летальности в плановой хирургии.

Есть и примеры ежегодного выполнения единичных сложных операций с высоким уровнем летальности в медицинских организациях третьего уровня.

Для нивелирования подобных негативных примеров целесообразна строгая маршрутизация пациентов как внутри региона, так и межрегиональная.

На I уровне (центральные районные, районные, центральные городские и городские больницы) врачами-хирургами организуется оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в плановой и неотложной форме, специализированной медицинской помощи в условиях дневных и круглосуточных стационаров, преимущественно в экстренной и неотложной формах.

При дефиците врачей в сельских районах, хирурги загружены работой круглые сутки. В таких условиях для них основной задачей была и остается

экстренная хирургическая помощь, а плановая хирургия должна быть рационально распределена между медицинскими организациями всех уровней в зависимости от степени сложности вмешательства.

Направлению на II уровень (в межрайонный хирургический центр) подлежат пациенты, нуждающиеся в оказании специализированной помощи и технологиях, не применяемых на первом уровне.

Направление больных на консультацию и лечение осуществляется заведующим отделением, при его отсутствии – лечащим врачом в рамках установленного взаимодействия между медицинскими организациями региона.

Врачу-хирургу следует учитывать возможности применения малоинвазивных методов лечения у пациентов с рядом острых заболеваний и состояний, целесообразность и возможность транспортировки пациента в медицинскую организацию II или III уровня (состояние пациента, удаленность, время транспортировки, возможности выполнения малоинвазивной операции на вышестоящем уровне). При отсутствии таких возможностей или навыков, выполняется оперативное вмешательство открытым доступом.

Хирургические отделения I уровня должны оказывать, прежде всего, экстренную помощь при остром аппендиците, перфоративной язве, ущемленной грыже, желудочно-кишечном кровотечении, травме органов грудной и брюшной полостей.

При остром холецистите, острой кишечной непроходимости, остром панкреатите, когда возможны отсроченные хирургические вмешательства, применение малоинвазивных технологий, а также требуется дорогостоящая интенсивная терапия, целесообразен перевод больных на II или III уровень.

Оснащение хирургических отделений данного уровня диагностическими лапароскопическими комплексами и обучение хирургов основам диагностической лапароскопии представляется обоснованным, прежде всего, с целью повышения качества оказания хирургической помощи в экстренных и неотложных ситуациях.

Для оптимизации экстренной медицинской помощи в регионах должны внедряться системы мониторинга за госпитализируемыми пациентами на первом уровне. В ряде регионов налажена система ежедневной отчетности в режиме телемедицинской связи медицинских организаций I уровня в консультативные центры при областных (краевых, республиканских, окружных) больницах о госпитализации пациентов в тяжелом состоянии, возникающих послеоперационных осложнениях, необходимости повторных вмешательств.

Объем и степень сложности плановых оперативных вмешательств на I уровне должен соответствовать квалификации врача-хирурга, материально-техническим возможностям медицинской организации, клиническим рекомендациям и регулироваться нормативным актом (приказом) регионального управления здравоохранения в соответствии с Порядком

организации медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Например, лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора в лечении желчнокаменной болезни. Следовательно, на I уровне при отсутствии специального медицинского оборудования, выполнение холецистэктомии открытым способом (через лапаротомию) нецелесообразно. Используемая в последнее время в региональных приказах формулировка «минимальный перечень оперативных вмешательств в медицинских организациях» применительно к конкретному уровню формально не ограничивает хирурга от выполнения не соответствующих условиям операций.

В хирургических отделениях I уровня при большой нагрузке экстренной и неотложной помощью плановая хирургия должна быть ограничена первичным грыжесечением, флебэктомией (после прохождения тематического усовершенствования), как исключение – лапароскопическая холецистэктомия при наличии оборудования и подготовленных хирургов. Однако увеличение количества этих операций на первом уровне прогнозировать невозможно из-за ограниченной численности населения сельских районов. Небольшой объем плановых операций не будет способствовать накоплению опыта и совершенствованию хирурга в лапароскопической хирургии.

Кроме того, хирургические отделения I уровня целесообразно использовать для госпитализации больных, которым не требуется интенсивное лечение, а также для больных после завершения этапа лечения в медицинских организациях II и III уровней.

На II уровне должны активно внедряться современные малоинвазивные технологии, прежде всего, лапароскопические и эндоскопические вмешательства при желчнокаменной болезни, косметические варианты флебэктомий, протезирующие операции при всех типах грыжах брюшной стенки. Необходимо перераспределение объемов хирургической помощи при перечисленных заболеваниях с III уровня на II уровень.

На II уровне целесообразно сохранение специализированных коек (детская хирургия, травматология, урология).

Объем и спектр оперативных вмешательств на II уровне по всем хирургическим профилям должен соответствовать лицензированным видам деятельности, уровню квалификации врача-хирурга, сертификату специалиста, материально-техническим возможностям медицинской организации и внедряемым национальным клиническим рекомендациям.

На III уровне в медицинских организациях регионального центра и федерального подчинения оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная хирургическая помощь. На базе специализированных хирургических отделений медицинских организаций данного уровня

целесообразна организация региональных специализированных центров (отделений) с консультативными приемами специалистов.

Централизация специализированных видов хирургической помощи в форме региональных и межрегиональных отделений (центров) хирургии печени и поджелудочной железы, реконструктивной гастроэнтерологии, гнойной хирургии, комбустиологии, эндокринной хирургии, колопроктологии, торакальной хирургии и др. с большим потоком профильных пациентов позволит повысить качество медицинской помощи на региональном уровне и в федеральном округе в целом.

1.5. Организационные мероприятия по обеспечению функционирования трехуровневой системы оказания хирургической помощи в РФ

1. Принятие дополнений и изменений в Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» в стандарты оснащения и штатные расписания в соответствии с трехуровневой системой организации хирургической помощи.
2. Определение нормативным документом регионального управления здравоохранения уровней медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «хирургия» на основании изменений и дополнений в Порядке оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия».
3. Выделение среди медицинских организаций субъекта РФ, оказывающих медицинскую помощь по профилю «хирургия», межрайонных хирургических центров с определением прикрепленных территорий (зон ответственности) в соответствии с принятыми критериями II уровня хирургической помощи.
4. Разработка порядка оплаты медицинской помощи в межрайонных хирургических центрах.
5. Разработка региональной и межрегиональной маршрутизации пациентов хирургического профиля для оказания экстренной, неотложной и плановой специализированной медицинской помощи.

2. Распределение видов, условий и форм хирургической помощи по уровням медицинских организаций

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

Первичная специализированная медико-санитарная помощь по профилю «хирургия» оказывается врачами-хирургами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Первичная специализированная медико-санитарная помощь может оказываться амбулаторно, в условиях дневного стационара, а также вне медицинской организации и в транспортном средстве (статья 33). Данный

вид медицинской помощи осуществляется на всех уровнях в плановой и неотложной формах.

Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной) по профилю «хирургия» оказывается врачами-хирургами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию (статья 34). Данный вид медицинской помощи оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в экстренной, неотложной и плановой форме, на всех уровнях.

Высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «хирургия», являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, оказывается в хирургических стационарах третьего уровня в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

3. Рациональное распределение и использование кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций на территории региона в соответствии с уровнями оказания хирургической помощи

При инспектировании медицинских организаций в ряде случаев выявляется, что имеющееся оборудование (эндохирургические комплексы, эндоскопы, операционные столы), полученное по программе модернизации здравоохранения или при организации травмоцентра, не используются на протяжении нескольких лет по причине отсутствия подготовленного специалиста. В таких ситуациях иногда решением регионального управления здравоохранения проводится перераспределение оборудования в другие медицинские организации, где оно востребовано. Такой механизм следует признать рациональным при дефиците дорогостоящего оборудования.

Необходимо проведение анализа эффективности использования диагностического и лечебного оборудования в медицинских организациях всех трех уровней и рассмотрение при необходимости вопроса о его перераспределении между медицинскими организациями. Такие примеры

перераспределения оборудования через решение регионального управления здравоохранения имеются.

При принятии дополнений и изменений в Порядок организации медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» согласно критериям уровней хирургической помощи (раздел 1.2.) появится нормативный акт, дифференцированно регламентирующий уровень оснащения хирургических стационаров и штатный состав хирургических отделений.

4. Оптимизация системы подготовки врачей-хирургов и комплектования штатов хирургических отделений в соответствии с уровнями хирургической помощи

Система подготовки врачей-хирургов в последнее время претерпевает изменения. С одной стороны, увеличение минимального срока обучения до двух лет, появление симуляционных классов и центров, всевозможных тренингов позволяют обучающимся в ординатуре врачам приобрести больше знаний и мануальных хирургических навыков. С другой стороны, с отменой интернатуры прогнозируется, возможно, временное увеличение дефицита хирургов.

Еще более обсуждаемым вопросом в среде хирургов является существующая система трудоустройства начинающих хирургов. Система государственного распределения отменена, условия целевого обучения и распределения выпускники медицинских вузов зачастую не соблюдают, стараясь остаться работать в крупных клиниках. Не привлекает и программа «Земский доктор» врачей-хирургов на работу в межрайонные хирургические центры, а для малых городов она не предусмотрена, где межрайонные центры формируются.

Основными направлениями оптимизации кадровой ситуации могут быть:

- реализация программ социальной поддержки специалистов, в т.ч. МХЦ (предоставление служебного жилья, субсидии на приобретение жилья, оплата найма, выплата подъемных молодым специалистам и др.);

- использование МХЦ для летней практики студентов медицинских вузов и ординаторов для стажировки на втором году обучения;

- введение в практику обучения врачей-хирургов и врачей-эндоскопистов из МО I и II уровня по программе тематического усовершенствования с привлечением к обучению ведущих специалистов из МО III уровня. Основное внимание должно быть уделено освоению новых хирургических технологий (лапароскопия, аллопластика при грыжах, пункционные вмешательства под ультразвуковой навигацией в экстренных ситуациях) и необходимых практических навыков при оказании экстренной и неотложной помощи по смежным специальностям (травматология, нейрохирургия, урология, детская хирургия).

Целесообразно развитие вертикали кураторства хирургических

отделений с учетом уровня оказания помощи и территориального расположения:

- хирургическим отделениям медицинских организаций III уровня согласно Приказу Минздрава России № 125 от 13.03.2019 г. организационно-методическую поддержку оказывает НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского;
- специалисты медицинских организаций III уровня курируют хирургические отделения II уровня (МХЦ и городские больницы);
- кураторами хирургических отделений I уровня назначаются хирурги межрайонных центров. В функции кураторов помимо организационно-методической поддержки, должны входить консультативная помощь, инспектирование и экспертиза качества медицинской помощи.

5. Формирование межрегиональных специализированных хирургических центров в федеральных округах на базе медицинских организаций III уровня

Разные возможности оказания медицинской помощи по отдельным сложным и высоко затратным направлениям хирургии (заболевания печени и поджелудочной железы, эндокринной системы, гнойно-септические осложнения, травматические повреждения) присутствуют не только между разного уровня хирургическими стационарами, но и между ведущими клиниками соседних регионов. Влияет состояние материальной базы, кадровый потенциал и даже традиции клиник. В этой связи целесообразность организации межрегиональных хирургических центров федеральных округов представляется конструктивным предложением.

Межрегиональный центр хирургии федерального округа может быть создан на основе самого крупного и высокоспециализированного стационара 3-го уровня. Оптимальное условие – работа главного специалиста округа в данной медицинской организации. Может несколько медицинских организаций в федеральном округе выполнять функции специализированного межрегионального центра. Основные функции межрегионального центра хирургии: высокотехнологичная помощь для нескольких субъектов РФ, методическая и консультативная помощь стационарам 3-го уровня федерального округа с возможностью перевода больных «на себя» из других регионов, дистанционные консультации, выезд специалистов, право проверки и экспертизы работы стационаров 3-го уровня в федеральном округе, координация обучения хирургов в масштабе федерального округа. В организационно-методическом плане межрегиональный центр должен подчиняться головному профильному учреждению (НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России).

Необходимый компонент реализации и эффективной работы – экономическая целесообразность госпитализации «на себя» тяжелых и сложных пациентов.

Система оплаты за пролеченного больного должна обеспечивать экономическую целесообразность этапного оказания медицинской помощи

всем ее участникам (стационары I, II, III уровней).

Делегирование полномочий межрегионального хирургического центра должно выполняться исходя из объективных критериев – по лучшим количественным и качественным показателям хирургического лечения одной или нескольких категории пациентов, объединенных по нозологии (профилю). Конкретная медицинская организация (организации) может быть рекомендована Минздраву России руководителем НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского и главным внештатным хирургом федерального округа на основе сравнительного анализа отчетной документации и инспектирования медицинских организаций, претендующих на выполнение функций межрегионального хирургического центра.

Формирование межрегиональных специализированных центров (отделений) в медицинских организациях III уровня направлено на повышение эффективности оказания специализированных, в т.ч. высокотехнологичных видов хирургической помощи в стране. Условиями для создания специализированных центров (отделений) должны стать консолидация практического потенциала хирургических отделений медицинских организаций III уровня с научно-методическим потенциалом базирующихся на них хирургических кафедр региональных медицинских вузов, а также организационно – методической помощью главных федеральных хирургов.

IV. Условия, основные этапы и ожидаемые результаты реализации Концепции

Реализация Концепции развития хирургической помощи в Российской Федерации до 2024 года возможна при условии изменения Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» и обязательного его выполнения региональными управлениями здравоохранения и государственными медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь по профилю «хирургия».

Реализация Концепции осуществляется поэтапно.

На **первом этапе** (2019-2021 гг.) предполагается проведение организационных мероприятий для перехода на трехуровневую систему хирургической помощи в Российской Федерации:

- доработка Концепции и дополнений в Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»;
- утверждение Министерством здравоохранения Российской Федерации дополнений к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» с учетом формирования трехуровневой системы хирургической помощи;
- формирование межрайонных хирургических центров во всех субъектах страны по единым принципам оснащения, кадрового состава, маршрутизации пациентов и финансирования;

- оптимизация коечного фонда хирургического профиля в соответствии с уровнями медицинской помощи;
- приведение хирургических отделений медицинских организаций в соответствие с изменениями Порядка оказания медицинской помощи по профилю «хирургия».

На **втором этапе** (2022–2024 гг.) реализации Концепции предполагается:

- функционирование трехуровневой системы оказания хирургической помощи;
- переход к оказанию хирургической помощи на основе клинические рекомендаций;
- организация специализированных межрегиональных хирургических центров в медицинских организациях III уровня;
- решение вопросов аккредитации специалистов хирургического профиля;
- анализ результатов реализации Концепции.

Социально-экономический эффект от реализации Концепции должен выразиться:

- в повышении доступности и качества оказания специализированной хирургической помощи населению страны;
- в стандартизации хирургической помощи в государственных медицинских организациях Российской Федерации на основе Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» и клинических рекомендаций;
- в улучшении показателей здоровья населения и качества жизни пациентов;
- в снижении уровня временной нетрудоспособности и инвалидизации работающих граждан;
- в повышении удовлетворенности населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Мониторинг хода реализации Концепции предусматривается путем анализа целевых индикаторов. К 2025 году при решении поставленных задач планируется:

- увеличение показателя хирургической активности в плановой хирургии для медицинских организаций I уровня до 70% (в н.вр. – от 17% до 62%), в экстренной хирургии до 50% (в н.вр. от 12% до 45%); для медицинских организаций II уровня (МХЦ) в плановой хирургии до 85% (в н.вр. от 48% до 79%), в экстренной хирургии до 65% (в н.вр. от 36% до 62%), для медицинских организаций III уровня в плановой хирургии до 90% (в н.вр. от 63% до 89%), в экстренной хирургии до 75% (в н.вр. от 38% до 62%);
- снижение больничной летальности в экстренной хирургии в целом по стране: при остром аппендиците до 0,1% (в н.вр. 0,15%); при остром холецистите до 0,5% (в н.вр. 0,8%); при перфоративной язве до 7,0% (в н.вр. 9,7%); при ущемленной грыже до 2% (в н.вр. 3%); при острой кишечной

непроходимости до 4% (в н.вр. 5,0%); при остром панкреатите до 2% (в н.вр. 2,8%); при гастро-дуоденальных кровотечениях до 3% (в н.вр. 5,0%)

- увеличение доли применения современных хирургических технологий: лапароскопической холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите – до 90% (в н.вр. 81%), при остром холецистите – до 75% (в н.вр. 51%); аллопластики грыж брюшной стенки – до 80% (в н.вр. 56%); лапароскопической аппендэктомии – до 40% (в н.вр. 23%);

- увеличение количества амбулаторных операций до 250 на 10 тыс. населения (в н.вр. – 146 операций на 10 тыс. населения).

V. Управление и механизмы реализации Концепции

Управление реализацией Концепции и контроль за её исполнением осуществляет Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Механизм реализации Концепции предусматривает выполнение мероприятий в рамках Национального проекта «Здравоохранение» (2019 – 2024).

Авторы:

Ревишвили А.Ш., академик РАН, главный внештатный хирург и эндоскопист Минздрава России, директор НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского (руководитель рабочей группы),

Сажин В.П., д.м.н., профессор, главный внештатный хирург Центрального ФО,

Прудков М.И., д.м.н., профессор, главный внештатный хирург Уральского ФО,

Черкасов М.Ф., д.м.н., профессор, главный внештатный хирург Южного ФО,

Федоров А.В., д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского,

Кукош М.В., д.м.н., профессор, главный внештатный хирург Приволжского ФО,

Юданов А.В., к.м.н., главный внештатный хирург Сибирского ФО, главный врач Новосибирской областной клинической больницы.

Оловянный В.Е., д.м.н., руководитель организационно-методического отдела НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

Уважаемые коллеги! Ваши замечания и предложения по проекту Концепции просим присылать в организационно-методический отдел «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России omo@ixv.ru