

г. Москва
21 октября 2025 г.
16.10.-18.40.

№ 22/25

ПРОТОКОЛ
заседания Профильной комиссии по хирургии
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Председатель: Ревитшвили А.Ш., главный внештатный хирург и эндоскопист Минздрава России, генеральный директор НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

Ответственный секретарь: Оловянный В.Е., заместитель генерального директора по организационно-методической работе НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

Заседание состоялось в период проведения 16 съезда Российского общества хирургов и было посвящено обсуждению проекта нового Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия». Проект документа была заранее разослан членам Профильной комиссии и размещен на сайте главного хирурга Минздрава России. Присутствовало 78 членов Профильной комиссии, в том числе 7 главных хирургов федеральных округов и 62 главных хирурга регионов страны. Присутствовали председатели ряда региональных отделений РОХ.

Повестка

1. Открытие заседания – председатель Профильной комиссии Ревитшвили Амиран Шотаевич, президент РОХ Шабунин Алексей Васильевич.
2. Основные предложения в проект нового Порядка – Оловянный В.Е.
3. Обсуждению проекта нового Порядка:
 - Багненко С.Ф., главный хирург СЗФО;
 - Кучин Ю.В., главный хирург Астраханской области;
 - Демин Д.Б., главный хирург Оренбургской области;
 - Разумовский Н.К., главный хирург Нижегородской области;
 - Тотиков В.З., главный хирург Республики СО-А и СКФО;
 - Солошенко А.В., главный хирург Белгородской области;
 - Юданов А.В., главный хирург Новосибирской области и СФО;
 - Бондаревский И.Я., главный хирург Челябинской области.
4. Ревитшвили А.Ш. – Заключительное слово.

Открыл заседание академик РАН А.Ш. Ревитшвили. Председатель комиссии отметил важность принятия нового Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» (далее – проект Порядка по хирургии), напомнив, что действующий нормативный документ был принят в 2012 г. В настоящее время Минздравом России предложено

подготовить проект нового Порядка главному специалисту хирургу, обсудить с экспертным сообществом и направить в департаменты министерства до 20 ноября 2025 г. Академик Ревишвили А.Ш. подчеркнул, что за прошедшие годы со времени принятия действующего Порядка организация хирургической помощи перешла к трехуровневой системе, однако в нормативной базе этот организационный принцип не зафиксирован. В хирургии активно развиваются минимально инвазивные технологии, появилось новое оборудование, что также требует отражения в нормативном документе.

Председатель профильной комиссии озвучил основные предложения в новый Порядок:

Определение уровней хирургической помощи – главный вопрос.

Рекомендации по штатам и оснащению хирургических отделений должны учитывать уровень медицинской организации (сейчас единые рекомендации, независимо от уровня больницы).

Обязательное определение уровня медицинской организации и маршрутизации пациентов хирургического профиля в региональном нормативном документе (сейчас такого требования нет).

Расширение перечня медицинского оборудования для хирургических отделений и операционных.

Перечень медицинского оборудования оформляется с указанием аналогов и кодов из номенклатуры медицинских изделий.

Не всё оборудование должно быть обязательным для больниц всех уровней. Для дорогостоящего оборудования целесообразно обоснование с учетом объема и уровня хирургической помощи.

Главный специалист Минздрава России отметил, что уровни оказания медицинской помощи уже зафиксированы в ряде обновленных порядков, в частности по акушерству и гинекологии, в проекте порядка по детской хирургии, однако, и в том, и в другом есть отличия от Порядка по хирургии. Предложение главного хирурга по уровням хирургической помощи основаны на уже сформировавшейся трехуровневой системе в большинстве регионов страны, ежегодном анализе работы медицинских организаций трех уровней: *Первый уровень* — медицинские организации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь (поликлиники), а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального образования (районные, центральные районные больницы). *Второй уровень* — медицинские организации, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований, и/или имеющие в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения. *Третий уровень* — медицинские организации, оказывающие преимущественно специализированную, в том числе

высокотехнологичную, медицинскую помощь (IIIA – региональные клиники, IIIB – федеральные клиники).

В новом Порядке целесообразно внести изменения по штатному расписанию, оснащению хирургических структурных подразделений медицинских организаций, исходя из уровня хирургической помощи.

Ответственный секретарь комиссии В.Е. Оловянный отметил, что предложено два основных варианта по определению первого уровня стационарной хирургической помощи:

Первое предложение – стационарная хирургическая помощь I уровня организуется в медицинской организации (районной, центральной районной больнице) при определенной численности прикрепленного населения. При меньшей численности – организуется кабинет хирурга при поликлинике и дневной стационар.

Второе предложение – стационарная хирургическая помощь может организовываться в больницах I уровня независимо от численности прикрепленного населения и удаленности от больниц более высокого уровня. Коечная мощность отделения определяется с учетом численности населения района.

Исходя из ежегодно получаемых и анализируемых отчетных данных через электронную систему от 2900 медицинских организаций, оказывающих хирургическую помощь, выступающий отметил, что в настоящее время функционирует много небольших хирургических стационаров, отнесенных к первому уровню, в самых отдаленных районах больших по площади территорий. И несмотря на небольшие объемы хирургической помощи в таких районных больницах, сохранение этих хирургических отделений важно, особенно для оказания экстренной и неотложной хирургической помощи.

Докладчик привел ряд примеров организации хирургической помощи в регионах с большой территорией, где доставка пациента в стационар более высокого уровня может быть проблематичной, как по клинической ситуации, так и по имеющимся географическим, погодным ограничениям для транспортировки. В то же время в небольших по площади регионах, в которых ряд районных хирургических отделений уже закрыт, доставка пациентов в больницы второго уровня не является проблемой, и в таких регионах на первом уровне может быть оставлена только амбулаторная помощь.

Таким образом, определение первого уровня стационарной хирургической помощи должно проводиться с учетом географических, демографических, кадровых особенностей региона.

Для обсуждения представлены предложения по штатному расписанию для хирургических отделений, оснащению структурных подразделений. В частности, предложен различный подход в определении штатной должности врача-хирурга, исходя из уровня медицинской организации. Нагрузка на

одного врача по количеству коек должна быть снижена: для первого и второго уровня с 12 до 10 коек, для третьего до 5 коек.

В обсуждении проекта Порядка по хирургии приняли участие:

Главный хирург СЗФО, академик РАН С.Ф. Багненко, предложивший открывать хирургическое стационарное отделение при обслуживаемом населении от 50 тыс. человек, а межрайонные больницы должны обслуживать не менее 200 тыс. человек. При меньшей численности населения района и хорошей транспортной доступности, в районной больнице целесообразно оставлять хирургический кабинет и дневной стационар. При больших расстояниях для доставки пациента в хирургический стационар используется санитарная авиация. Такая позиция объяснена или отсутствием кадров в районных больницах, или ограниченными возможностями в применении современных хирургических и эндоскопических технологий, ограниченными возможностями в проведении интенсивной терапии и реанимации.

Выступившие в прениях главные хирурги регионов (**Демин Д.Б., Разумовский Н.К., Солошенко А.В., Юданов А.В., Кучин Ю.В., Тотиков В.З., Бондаревский И.Я.**) отметили необходимость сохранения стационарной хирургической помощи в больницах первого уровня, особенно в больших по площади и удаленных территориях, объясняя свою позицию ограниченной доступностью санитарной авиации, прежде всего, по погодным условиям, в экстренных случаях и возможностью выполнять экстренные и неотложные операции на месте при наличии в больнице хирурга и анестезиолога-реаниматолога. Относительно раздела порядка по оснащению хирургических операционных, выступающие предложили указывать в стандарте для больниц второго и третьего уровня наличие дорогостоящего оборудования обязательным, а не по требованию.

В заключении председатель Профильной комиссии **А.Ш. Ревшвили** поблагодарил всех собравшихся за активное обсуждение проекта Порядка по хирургии, присланные предложения и озвучил решение собрания.

Решения Профильной комиссии по хирургии Минздрава России:

1. Проект документа для обсуждения дополнительно разместить на сайте РОХ.
2. Продолжить прием предложений в проект до 10 ноября через организационно-методический отдел НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского om@ixv.ru.
3. После доработки проекта вновь разместить на сайте главного хирурга и далее направить в Минздрав России к указанному сроку.

Протокол Профильной комиссии по хирургии направлен в Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России.

Председатель

А.Ш. Ревшвили