г. Москва
12 октября 2026 г.
11.10.-13.45. № 24/26

ПРОТОКОЛ

заседания Профильной комиссии по специальности «хирургия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Председатель: Ревишвили Амиран Шотаевич, главный внештатный хирург и эндоскопист Минздрава России, генеральный директор НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

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

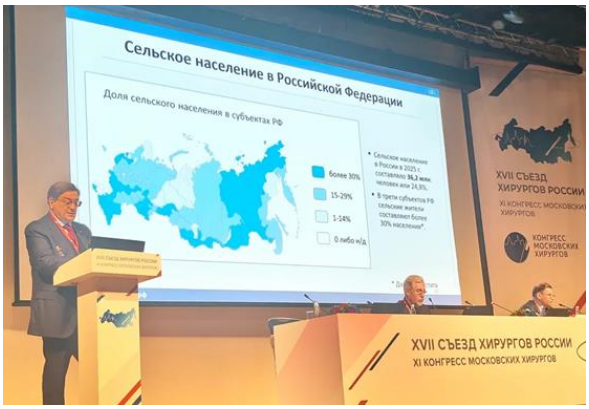
Основной темой заседания были вопросы организации хирургической помощи в сельских районах страны. Присутствовало 74 члена Профильной комиссии, в том числе главные хирурги 67 регионов страны.

Повестка

1. Открытие заседания – председатель Профильной комиссии Ревишвили Амиран Шотаевич, президент РОХ Шабунин Алексей Васильевич.
2. Вопросы организации хирургической помощи сельскому населению – А.Ш. Ревишвили.
3. Основные проблемы организации хирургической помощи в сельских районах РФ по данным анкетирования медицинских организаций - В.Е. Оловянный.
4. Выступления главных хирургов регионов:
   Берестенников Александр Викторович (Алтайский край);
   Зятьков Илья Николаевич (Омская область);
   Мельситов Владислав Александрович (Саратовская область);
   Разумовский Николай Константинович (Нижегородская область);
   Лисин Игорь Евгеньевич (Тверская область);
   Черданцев Дмитрий Владимирович (Красноярский край).
5. О проекте Порядка организации медицинской помощи по профилю «хирургия» - В.Е. Оловянный
6. Вопросы организации бариатрической помощи – Неймарк Александр Евгеньевич.

Открыл заседание академик РАН А.Ш. Ревишвили. Председатель комиссии подчеркнул важность вопроса организации хирургической помощи сельскому населению страны, которое в Российской Федерации составляет почти 25 % или более 36 млн. человек. В трети субъектов страны сельские жители составляют более 30%.

Отмечено достаточно много публикаций по проблемам организации медицинской помощи сельскому населению. В первую очередь подчеркивается более низкая доступность медицинской помощи в силу ограниченной транспортной доступности и недостаточных ресурсов медицинских организаций в сельской местности (кадров, оборудования). Однако исследований, касающихся хирургической помощи в сельской местности РФ до сегодняшнего дня, не было.



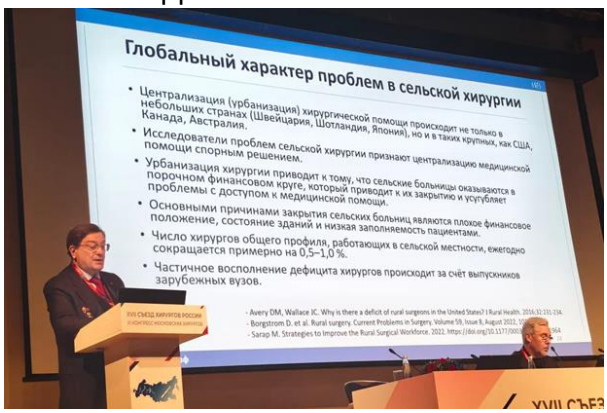
НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского исследовал объемы, структуру и качество неотложной хирургической помощи в больницах первого уровня, которые в основном и относятся к сельской медицине, за период 2023-2025 гг. Отмечено, что объем неотложных операций на первом уровне существенно уступает больницам второго и третьего уровня. Тем не менее, только количество неотложных абдоминальных операций в больницах первого уровня в год превышает 45 тысяч вмешательств. Проведенное исследование показало, что при остром аппендиците, перфоративной язве, ущемленной грыже, летальность в больницах первого уровня оказалась ниже, чем на втором и третьем уровне, что можно объяснить и более ранними сроками обращения, и переводом пациентов с тяжелым течением заболеваний в больницы более высокого уровня. Таким образом, можно говорить, что при указанных острых заболеваниях, качество оказания хирургической помощи в сельских районах страны не уступает уровню городов и региональных центров и этот раздел сельской хирургии целесообразно сохранять.

В качестве примера ограниченной доступности медицинской помощи сельским жителям представлено распределение эндоскопических вмешательств по уровням медицинской помощи. В больницах первого уровня практически не выполняются эндоскопические лечебные процедуры. Аналогичная ситуация по распределению вмешательств под лучевой навигацией. Значительно реже используется лапароскопическая техника. В такой ситуации нуждающиеся в данных процедурах пациенты вынужденно направляются в больницы второго и третьего уровня.

Основная нагрузка в неотложной хирургии приходится на больницы второго уровня, часть из которых также относится к сельскому

здравоохранению. На этом уровне летальность самая высокая, что можно объяснить и кадровыми проблемами, и недостаточным оснащением больниц.

Подробно вопросы оказания неотложной хирургической помощи представлены авторами исследования в Российском хирургическом журнале №3 за 2026 г. Основной вывод – сельские больницы сохраняют важное значение для оказания неотложной хирургической помощи.



Академик А.Ш. Ревишвили подчеркнул, что проблемы сельского здравоохранения и, в частности, хирургической помощи, важнейшей его составляющей, не являются исключительно российскими. В последние годы наблюдается значительной рост зарубежных публикаций на данную тему. Авторы этих исследований отмечают происходящую централизацию или урбанизацию хирургической помощи не только в небольших по территории странах, но и в таких крупных, как США, Канада, Австралия.

При этом многие исследователи признают централизацию медицинской помощи спорным решением. Как следствие централизации хирургической помощи отмечаются финансовые проблемы сельских больниц, сокращается число хирургов в сельской местности. Дефицит хирургов приходится восполнять выпускниками зарубежных вузов. То есть все те проблемы, что наблюдаются в сельском здравоохранении РФ.

Для решения проблем сельской хирургии за рубежом предлагается дополнительная подготовка врачей-хирургов по смежным специальностям, в первую очередь, по эндоскопии, травматологии, детской хирургии, акушерству и гинекологии. Уделяется внимание стажировке ординаторов в сельских больницах. Вводятся финансовые меры поддержки сельских хирургов (США, Канада), в частности доплаты за количество выполняемых операций. Важным вопросом считается поиск желающих работать в сельской местности и налаживание взаимодействия сельских хирургов с городскими системами здравоохранения.

Для изучения проблем в сельской хирургии НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского провел анкетирование больниц первого и второго уровня. На вопросы анкеты получены ответы от 1030 больниц.

В сообщение по данным анкетирования **(В.Е. Оловянный)** включены ответы 921 больницы, оказывающей хирургическую помощь в сельской местности (1 уровень – 625 больниц, 2 уровень – 296 больниц). Наибольшее число анкет заполнили: Алтайский край (62), Свердловская область (55), Республика Татарстан (54), Нижегородская область (45), Саратовская область (40), Пермский край (38), Тверская область (36), Волгоградская область (35), Красноярский край (35), Воронежская область (33), Омская область (31), Приморский край (30).

Отмечены значительные различия между больницами первого и второго уровня не только по обеспечению хирургами, эндоскопистами и анестезиологами-реаниматологами, но и по оснащению больниц компьютерными томографами, видеоэндоскопическими комплексами.

Показатель	I уровень (n=625)	II уровень (n=296)
Среднее число хирургов на одну больницу	**2,4** (n=1502)	**5,2** (n=1535)
Доля хирургов, оказывающих экстренную помощь (%)	**76,4** (n=1147)	**76,9** (n=1180)
Доля больниц без хирургов (%)	**2,7 (n=17)**	0
Доля хирургов с дополнительной специальностью (%)	36,8 (n=552)	44,1 (n=677)
Выпускники зарубежных вузов* (%)	6,5 (n=98)	7,6 (n=117)

* Приехавшие в РФ с 2000 по 2025 гг.

В 2,7% больниц первого уровня нет хирургов, в 18% больниц нет постоянных анестезиологов и эндоскопистов. Значительную долю хирургов (более 17%) составляют врачи со стажем работы более 40 лет. В то же время молодых специалистов (со стажем до 3 лет) на первом уровне всего 7,7%, а на втором - 11,6%. Значительная доля врачей вынуждена иметь вторую и третью специальность, что важно, прежде всего, для оказания неотложной помощи при дефиците этих специалистов в сельской местности

Дополнительная специальность	I уровень (n=1502)	II уровень (n=1535)
Эндоскопия (%)	**20,8** (n=313)	**17,1** (n=262)
Ультразвуковая диагностика (%)	8,1 (n=122)	8,7 (n=134)
Онкология (%)	6,3 (n=95)	5,0 (n=76)
Травматология и ортопедия (%)	5,8 (n=88)	3,5 (n=54)
Детская хирургия (%)	4,0 (n=60)	3,4 (n=52)
Урология (%)	4,0 (n=60)	4,8 (n=73)

- Встречаются такие специальности, как анестезиология-реаниматология, оториноларингология, офтальмология, рентгенология, паталогическая анатомия, судмедэкспертиза, психиатрия, неврология, педиатрия, терапия, сердечно-сосудистая хирургия, профпатология, нейрохирургия, колопроктология, гинекология, рентгенхирургия, фтизиатрия, эндокринология

Однако существует проблема в обучении и сохранении аккредитации по дополнительным специальностям.

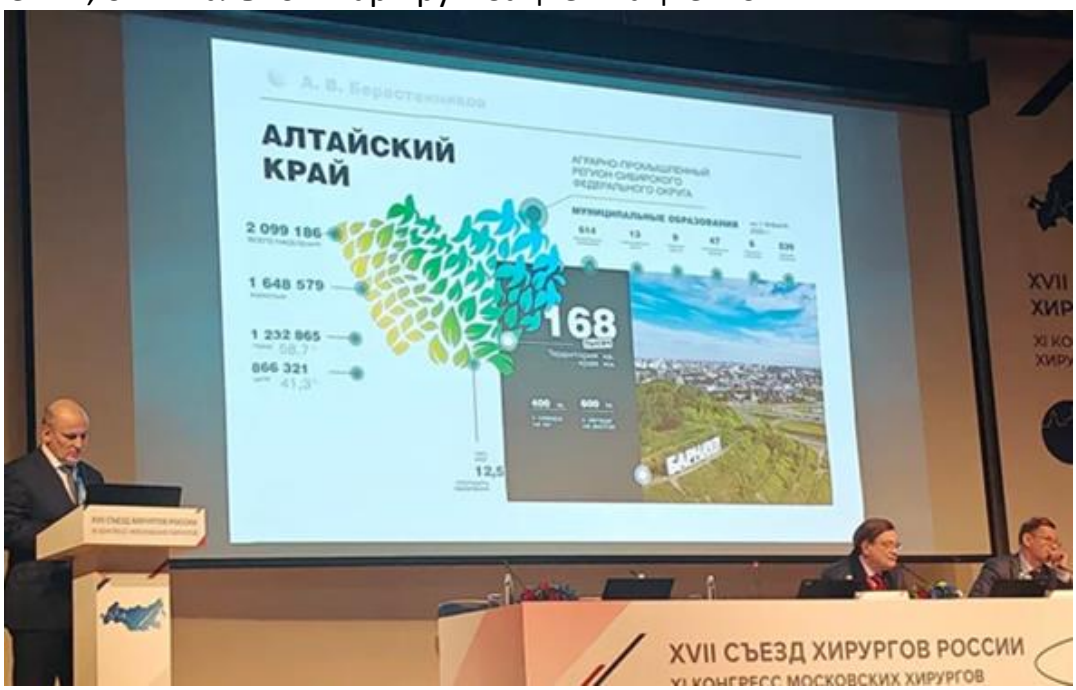
По программе модернизации первичного звена отремонтировано более 40% хирургических отделений и операционных, обновлено или получено оборудование для лапароскопической хирургии в 30% больниц, что отмечается как положительное явление. Однако более 50% используемого оборудования со сроком эксплуатации более 10 лет. Но и имеющееся оборудование используется не в полной мере. Лапароскопическая холецистэктомия выполняется только 77% больниц второго уровня и в 34% больниц первого уровня. Гастроскопия – в 92% второго уровня и в 82% больниц первого уровня. Неиспользование лапароскопического и эндоскопического оборудования можно объяснить дефицитом хирургов, анестезиологов, эндоскопистов.

Большинство респондентов (45,8%) среди имеющихся проблем в сельской хирургии на первое место поставили дефицит кадров, на второе – дефицит оборудования (27,5%), на третье (9,0%) – вопросы организации хирургической помощи.

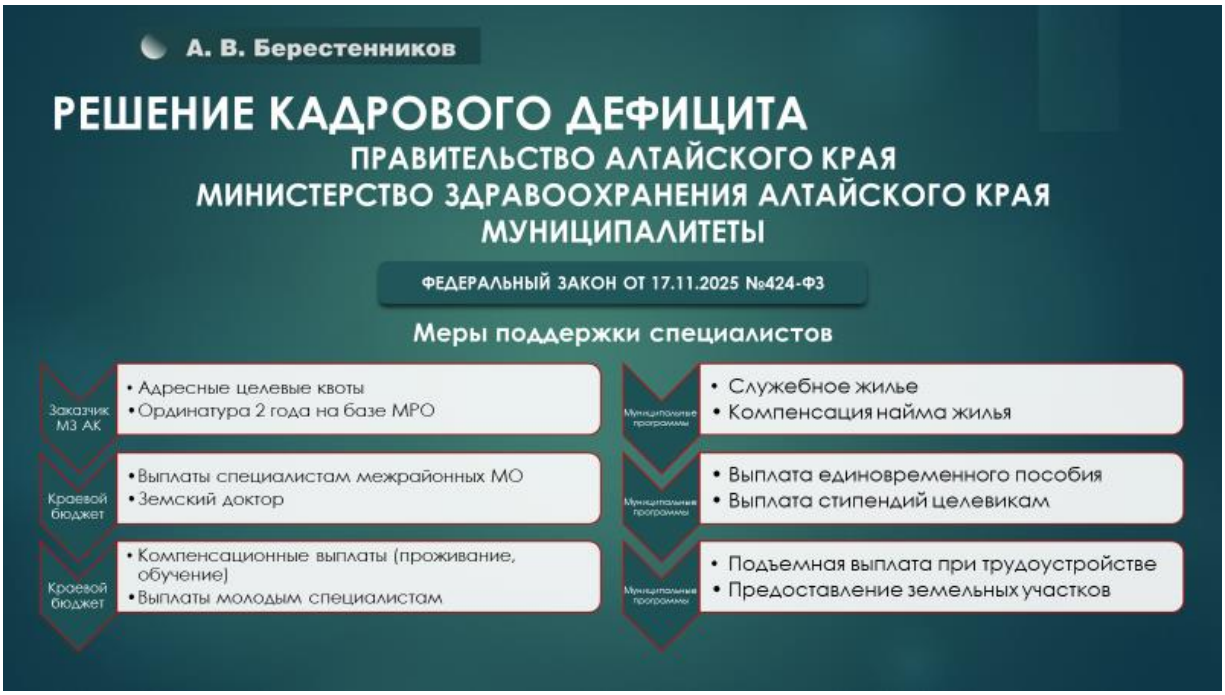
Несмотря на имеющиеся льготы для сельской местности, пока не ясно, как будет сокращаться дефицит врачей в сельских больницах, особенно удаленных территорий. Однако и закрывать хирургические стационары в большинстве больниц первого уровня нет оснований.

По теме заседания было предложено выступить главным хирургам ряда регионов, где на вопросы анкеты ответило наибольшее число больниц.

В сообщении об организации хирургической помощи сельскому населению в Алтайском крае (**А.В. Берестенников**) отмечено, что дефицит кадров хирургов решается за счет создания межрайонных хирургических отделений, оптимальной маршрутизацией пациентов.



Используются социально-экономические меры поддержки специалистов, работающих в сельской местности. Задача – сохранение хирургической службы в районах с населением менее 10 тыс. человек.



Проблемы хирургической службы центральных районных больниц в Омской области (**И.Н. Зятьков)** связаны со значительной территорией региона, удаленностью населенных пунктов, кадровым дефицитом, отсутствием местной авиации.

Докладчик отметил низкий профессиональный уровень приезжающих работать выпускников медицинских вузов из соседних республик и, по сути, разрушение системы санитарной авиации в областной больнице, которая позволяла не только оказывать помощь на месте, но и обучать районных врачей. Пути решения проблемы: льготное поступление сельских жителей в медицинский вуз с целевым направлением, обязательная отработка, возможно возвращение интернатуры по хирургии взамен ординатуры, финансовая и социальная привлекательность работы, более строгие подходы для аккредитации приезжих специалистов.

Среди проблем оказания хирургической помощи сельскому населению Саратовской области (**В.А. Мельситов**) отмечены низкая укомплектованность стационаров I уровня и межрайонных центров врачами эндоскопистами и анестезиологами-реаниматологами.

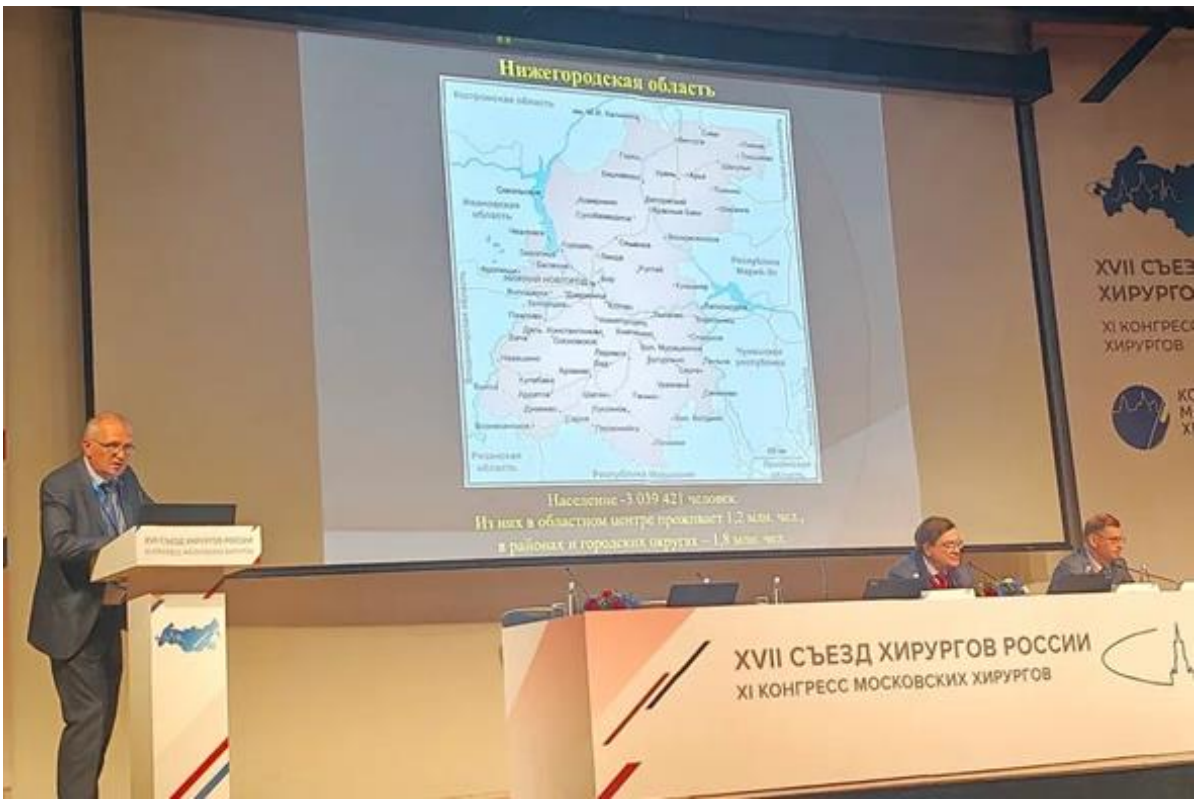
В межрайонных центрах эндоскопическая помощь оказывается врачами-совместителями. Нехватка средств на ремонт оборудования. Отсутствие слаженного взаимодействия между хирургической и онкологической службами в регионе. Предложения по решению проблем: подушевое финансирование медицинских учреждений I уровня целесообразно сочетать с дополнительным стимулированием тех лечебных учреждений, где в полном объеме оказывается эндоскопическая, анестезиолого-реанимационная и хирургическая помощь; формирование программ финансирования ремонта высокотехнологичного и импортного оборудования в медицинских учреждениях I уровня и межрайонных центрах;

пересмотр тарифов оплаты законченных случаев заболевания ТФОМС; решение кадровых проблем, в том числе с привлечением врачей-стажеров в межрайонные центры; приоритетное укомплектование хирургами и анестезиологами больниц, расположенных рядом с крупными автодорожными магистралями.

В Нижегородской области (**Н.К**. **Разумовский)** основные проблемы для больниц первого и второго уровня связаны с дефицитом кадров. На первом уровне для хирурга ограничены возможности повышения квалификации (посещения конференций, мастер-классов), т.к. зачастую в штате больницы один врач. На втором уровне недостаток и изношенность медицинского оборудования, значительная нагрузка на врачей. Существуют проблемы в согласованности перевода пациентов.

Хирургическая служба МО первого уровня работает недостаточно эффективно (низкая оперативная активность, недостаточная работа хирургической койки).

Хирургическая служба МО второго уровня работает с существенной перегрузкой на фоне кадрового дефицита, что сопровождается высокой госпитальной летальностью. Требуется реорганизация хирургической службы районов Нижегородской области. В настоящее время проводится работа по организации 17 межрайонных медицинских центров.



В Тверской области (**И.Е**. **Лисин)** организована трехуровневая система хирургической помощи. В настоящее время определены задачи и возможности каждого уровня. Приказ по совершенствованию организации оказанию хирургической помощи в Тверской области будет пересмотрен с учетом принятого Порядка оказания помощи взрослому населению по профилю «хирургия».

Основная проблема кадровая. Меньшая часть выпускников ординатуры идет работать в районные больницы (в 2025 г. из 9 выпускников только двое, в 2026 г. из 10 - трое).

При строительстве современных межрайонных больниц, как Беженская ЦРБ, можно решать и кадровую проблему и добиться повышения качества медицинской помощи.

Среди проблем организации хирургической помощи сельскому населению Красноярского края (**Д.В. Черданцев**) на первом плане стоит огромная территория с низкой плотностью проживания населения и низкая обеспеченность населения врачами-хирургами.

В крупных регионах целесообразно выделение медицинских округов, что позволяет планировать маршрутизацию больных хирургического профиля в зависимости от кадровой и ресурсной обеспеченности округа, а также мероприятия по совершенствованию кадровой и ресурсной структуры.

Перспективным направлением следует признать развитие телемедицинских технологий.

Принципиально важное значение имеет сохранение мощностей санитарной авиации для качественной и доступной помощи больным хирургического профиля.

В сообщении о проекте Порядка организации медицинской помощи по профилю «хирургия» (**В.Е. Оловянный)** отмечено, что в настоящее время на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов Минздрав России разместил для обсуждения вариант актуализированного Порядка.

Внесенные поправки, касающиеся включения положений из новых нормативных актов, в частности из Приказа Минздрава России от 19 августа 2021 г. №866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность», носят формальный характер и не требуют детального обсуждения.

Важным положительным моментом следует признать включение обновленных приложений к Приказу по оснащению хирургических подразделений, что было предложено Профильной комиссией в октябре 2025 г. Для ряда дорогостоящего оборудования (С-дуга, аппарат для интраоперационного УЗИ) указана потребность в одном аппарате на операционный блок, что также следует признать обоснованным.

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от _____2026 г. № _____

Изменения,
которые вносятся в Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 15 ноября 2012 г. № 922н

1. Пункт 2 дополнить абзацем пятым следующего содержания:
«паллиативной медицинской помощи.».
2. Пункт 3 дополнить абзацем пятым следующего содержания:
«вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).».

Однако принцип распределения оборудования оставлен прежний (из действующего Порядка) с учетом вида выполняемых операций – операции на кисти, операции на костях, реконструктивно-пластические операции. Под такую общую терминологию могут быть включены самые разнообразные, разной сложности операции. Использование таких формулировок не может отражать реальную потребность медицинской организации в том или ином высокотехнологичном оборудовании. При таком подходе районная больница может приобрести С-дугу или УЗ-аппарат для интраоперационной диагностики при минимальном объеме операций на костях или единичных, порой вынужденных, реконструктивных вмешательствах на органах брюшной полости. В такой ситуации это оборудование будет простаивать.

37 (необходимо наличие одной из указанных позиций)	376460	Система диагностическая рентгеновская многофункциональная, мобильная	Мобильный рентгеновский аппарат с электронно-оптическим преобразователем или мобильный рентгеновский аппарат С-дуга с возможностью рентгеноскопии, оснащенный монитором и принтером	не менее 1 на операционный блок[4]
	209250	Система флюороскопическая рентгеновская общего назначения передвижная, аналоговая		
	209270	Система флюороскопическая рентгеновская общего назначения передвижная, цифровая		
	208940	Система рентгеновская диагностическая передвижная общего назначения, цифровая		
	208920	Система рентгеновская диагностическая передвижная общего назначения, аналоговая		

39	260250	Система ультразвуковой визуализации универсальная	Аппарат ультразвуковой диагностики с интраоперационным датчиком для открытой и лапароскопической хирургии	1 на операцион-ный блок[5]
40 (необходимо наличие одной из указанных позиций)	139690	Шкаф для хранения лекарственных средств	Сейф для хранения лекарственных препаратов	1
	335210	Сейф-термостат для хранения наркотических препаратов		

Прочее оборудование (оснащение)

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, штук
1	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	не менее 2

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2012 г. № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2012 г. № 24852) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 сентября 2014 г. № 557н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 декабря 2015 г., регистрационный № 35201), от 7 июля 2020 г. № 686н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 августа 2020 г., регистрационный № 59225) и от 24 июня 2025 г. № 364н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 августа 2025 г., регистрационный № 83136).».

[2] В хирургических отделениях, в которых выполняются реконструктивные пластические операции с использованием микрохирургической техники.

[3] В хирургических отделениях, в которых выполняются реконструктивные пластические операции на кисти.

[4] В хирургических отделениях, в которых выполняются реконструктивные пластические операции на костях.

[5] В хирургических отделениях, в которых выполняются реконструктивные пластические операции.

Предложенное Профильной комиссией по хирургии в 2025 г. распределение высокотехнологичного оборудования с учетом уровня медицинской организации более целесообразно и с клинической, и с экономической позиции.

55[15]	Мобильный рентгеновский аппарат с электронно-оптическим преобразователем или мобильный рентгеновский аппарат С-дуга с возможностью рентгеноскопии, оснащенный монитором и принтером **	не менее 1 на операционный блок	Система диагностическая рентгеновская многофункциональная, мобильная	376460
			Система флюороскопическая рентгеновская общего назначения передвижная, аналоговая	209250
			Система флюороскопическая рентгеновская общего назначения передвижная, цифровая	209270

57	Аппарат ультразвуковой диагностики с интраоперационным датчиком для открытой и лапароскопической хирургии *	1 на операционный блок	Система ультразвуковой визуализации универсальная	260250

_____

* Для медицинских организаций третьего уровня

** Для хирургических отделений медицинских организаций второго и третьего уровня.

*** Для хирургических отделений, в которых выполняются реконструктивные пластические операции с использованием микрохирургической техники.

**** Для хирургических отделений медицинских организаций третьего уровня и отделений гнойной хирургии.

***** Для хирургических отделений, в которых выполняются реконструктивные пластические операции на костях.

В проект Порядка от Минздрава России не включен раздел по описанию трехуровневой системы хирургической помощи, которая функционирует в большинстве регионов страны (за исключением отдельных северных территорий) на основе региональных приказов и распоряжений, но не отражена в основном нормативном документе, определяющем принципы организацию хирургической помощи в стране.

На основании вышеизложенного председателем Профильной комиссии главным хирургом Минздрава России А.Ш. Ревишвили предложено проголосовать по двум вопросам:

1. Целесообразно ли включение в Порядок по хирургии положения об уровне хирургической помощи?

2. Целесообразно ли в стандарте оснащения хирургической операционной отражать уровень медицинской организации?

Присутствующие на заседании члены профильной комиссии единогласно проголосовали за включение в проект Порядка по хирургии указанных положений.

По вопросам организации бариатрической помощи в стране выступил исполнительный директор МОО «Общество бариатрических хирургов» Неймарк А.Е. Предложено внести дополнение к Порядку по хирургии – раздел по организации помощи пациентам с ожирением с указанием дополнительного оснащения, штатного состава, маршрутизации и дополнить профессиональный стандарт «Врач-хирург» требованиями к подготовке хирурга по бариатрической хирургии и дополнительными трудовыми функциями.

В ходе обсуждения данного вопроса члены профильной комиссии (Е.Ю. Зайцев, В.Е. Оловянный) предложили не дополнять Порядок по хирургии частными разделами, такими, как бариатрическая хирургия или герниология, так как невозможно в основном документе, регламентирующем организацию медицинской помощи по профилю «хирургия», учесть все направления или разделы хирургической помощи. Целесообразно основные вопросы организации бариатрической помощи включить в клинические рекомендации по ожирению. Возможно, следует разработать отдельный нормативный документ – «Правила организации бариатрической помощи». Других предложений не было.

В заключение председатель Профильной комиссии **А.Ш. Ревишвили** поблагодарил всех собравшихся за активное обсуждение вопросов повестки и предложил включить в Протокол заседания ряд пунктов.

Решения Профильной комиссии по специальности «хирургия» Минздрава России

1. Организация хирургической помощи сельскому населению страны нуждается в пристальном внимании со стороны всех ветвей власти. Необходима целенаправленная подготовка хирургов для работы в сельских больницах с освоением смежных специальностей. Целесообразны финансовые меры поддержки сельских хирургов, прежде всего с учетов лечебной нагрузки, выполняемых операций. Необходимы дополнительные меры по организации межрайонных медицинских центров/больниц.
2. Результаты анкетирования медицинских организаций по вопросам хирургической помощи в сельской местности целесообразно опубликовать в профильном журнале.
3. Направить в Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России предложение по дополнению проекта Порядка оказания медицинской помощи по профилю «хирургия» разделом по трехуровневой системе хирургической помощи и предложение по оснащению хирургических стационаров высокотехнологичным медицинским оборудованием с учетом уровня медицинской организации.
4. Сообщение Общества бариатрических хирургов принять к сведению.

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

Председатель А.Ш. Ревишвили

Список членов Профильной комиссии по специальности «хирургия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

	ФИО	Присутствие 12.10.2026
Председатель	Ревишвили Амиран Шотаевич	✓
	Емельянов Сергей Иванович	-
	Затевахин Игорь Иванович	-
	Котив Богдан Николаевич	✓
	Кубышкин Валерий Алексеевич	-
	Луцевич Олег Эммануилович	✓
	Порханов Владимир Алексеевич	✓
	Фёдоров Андрей Владимирович	-
ответственный секретарь	Оловянный Владимир Евгеньевич	✓

Главные хирурги субъектов и ФО РФ

ФО/субъект РФ	ФИО	Присутствие
Центральный ФО	Сажин Вячеслав Петрович	-
Белгородская область	Солошенко Александр Валентинович	✓
Брянская область	Сергеев Евгений Валерьевич	✓
Владимирская область	Абдуллаев Абакар Эльбрусович	✓
Воронежская область	Кретинин Геннадий Юрьевич	✓
Ивановская область	Гусев Александр Владимирович	✓
Калужская область	Бычков Сергей Геннадьевич	-

Костромская область	Хетагуров Михаил Александрович	✓
Курская область	Локтионов Алексей Леонидович	-
Липецкая область	Сундеев Сергей Викторович	✓
Московская область	Захаров Юрий Иванович	✓
г. Москва	Шабунин Алексей Васильевич	✓
Орловская область	Щеликов Леонид Леонидович	✓
Рязанская область	Юдин Владимир Александрович	✓
Смоленская область	Москалёв Андрей Павлович	✓
Тамбовская область	Ягофиров Амир Канзафарович	✓
Тверская область	Лисин Игорь Евгеньевич	✓
Тульская область	Демченко Иван Николаевич	✓
Ярославская область	Чулков Егор Евгеньевич	✓
Северо-Западный ФО	Багненко Сергей Фёдорович	✓
Республика Карелия	Грибков Артём Андреевич	✓
Республика Коми	Перминов Алексей Сергеевич	✓
Архангельская область	Тарабукин Андрей Валентинович	✓
Вологодская область	Смирнов Роман Юрьевич	-
Калининградская область	Юдин Стоян Владимирович	-
Ленинградская область	Прядко Андрей Станиславович	✓
Мурманская область	Манучаров Арам Альбертович	-
Новгородская область	Захаров Дмитрий Васильевич	✓

Псковская область	Фёдоров Денис Александрович	✓
г. Санкт-Петербург	Яблонский Пётр Казимирович	✓
Ненецкий АО	Буторин Андрей Владимирович	-
Южный ФО	Черкасов Михаил Фёдорович	✓
Республика Адыгея	Багов Азамат Маюрович	✓
Республика Калмыкия	Хонинов Доржи Владимирович	✓
Республика Крым	Закут Самир Рабах Добахович	✓
Краснодарский край	Барышев Александр Геннадиевич	-
Астраханская область	Кучин Юрий Владимирович	✓
Волгоградская область	Землянская Арина Викторовна	✓
Ростовская область	Саркисян Ваган Арамович	✓
г. Севастополь	Хабаров Олег Робертович	✓
Северо-Кавказский ФО Республика Северная Осетия-Алания	Тотиков Валерий Зелимханович	✓
Республика Дагестан	Магомедов Ибрагим Уцумиевич	✓
Республика Ингушетия	Мальсагов Тимур Абуязитович	✓
Кабардино-Балкарская Республика	Баксаноков Залим Хусенович	✓
Карачаево-Черкесская Республика	Волостников Евгений Васильевич	✓
Чеченская Республика	Казбеков Лом-али Лемаевич	✓

Ставропольский край	Байчоров Энвер Хусейнович	✓
Приволжский ФО Самарская область	Корымасов Евгений Анатольевич	✓
Республика Башкортостан	Сафонов Антон Сергеевич	-
Республика Марий Эл	Глазырин Алексей Павлович	✓
Республика Мордовия	Алагулов Алексей Александрович	✓
Республика Татарстан	Мельников Евгений Анатольевич	✓
Удмуртская Республика	Зайцев Дмитрий Викторович	✓
Чувашская Республика	Олигер Антон Алексеевич	✓
Пермский край	Касатов Анатолий Владимирович	-
Кировская область	Попырин Игорь Анатольевич	✓
Нижегородская область	Разумовский Николай Константинович	✓
Оренбургская область	Демин Дмитрий Борисович	✓
Пензенская область	Середин Сергей Александрович	✓
Саратовская область	Мельситов Владислав Александрович	✓
Ульяновская область	Зубенин Сергей Владимирович	✓
Уральский ФО	Прудков Михаил Иосифович	-
Курганская область	Середкин Денис Леонидович	-
Свердловская область	Засорин Александр Александрович	✓
Тюменская область	Зайцев Евгений Юрьевич	✓
Челябинская область	Бондаревский Илья Яковлевич	-

Ханты-Мансийский АО-Югра	Кислицин Дмитрий Петрович	✓
Ямало-Ненецкий АО	Тимофеев Сергей Николаевич	✓
Сибирский ФО Новосибирская область	Юданов Анатолий Васильевич	✓
Республика Алтай	Хазов Антон Викторович	✓
Республика Тыва	Сат Буян Александрович	-
Республика Хакасия	Борисов Владимир Владимирович	-
Алтайский край	Берестенников Александр Викторович	✓
Красноярский край	Черданцев Дмитрий Владимирович	✓
Иркутская область	Сандаков Павел Иванович	✓
Кемеровская область	Лесников Степан Михайлович	✓
Омская область	Зятьков Илья Николаевич	✓
Томская область	Комкова Татьяна Борисовна	-
Дальневосточный ФО	Стегний Кирилл Владимирович	-
Республика Бурятия	Содномов Чингис Валерьевич	-
Республика Саха (Якутия)	Иванов Иван Сергеевич	✓
Забайкальский край	Михайличенко Максим Игоревич	✓
Камчатский край	Стасевич Владимир Викторович	-
Приморский край	Чеснаков Олег Вячеславович	✓
Хабаровский край	Воронов Александр Викторович	✓
Амурская область	Брегадзе Евгений Юрьевич	-

Магаданская область	Георгиевский Дмитрий Николаевич	-
Сахалинская область	Бандуристов Глеб Сергеевич	✓
Еврейская автономная область	ГВС не назначен	-
Чукотский автономный округ	Деканов Михаил Юрьевич	-
Новые регионы		
Донецкая Народная Республика	Енгенов Никос Михайлович	✓
Луганская Народная Республика	Тадевосян Артак Ашотович	✓
Запорожская область	Нестеренко Дмитрий Алексеевич	-
Херсонская область	Гаптракипов Эдуард Халилович	-