

*Приложение 1
к приказу от 01.04.2026 г. №11*

**ПОЛОЖЕНИЕ
о Врачебной комиссии**

Общие положения

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение определяет цели, задачи, компетенцию, порядок формирования и работы Врачебной комиссии (далее — Комиссия) в ООО «ТРИ Д» (далее — Клиника).

1.2. Комиссия создаётся в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказа Минздрава России от 10.04.2025 № 180 н «О порядке создания и деятельности врачебной комиссии».

1.3. Комиссия действует на принципах коллегиальности, независимости суждений, клинической обоснованности, соблюдения врачебной тайны и приоритета безопасности пациента при оказании стоматологической помощи.

1.4. В своей деятельности Комиссия руководствуется Конституцией РФ, федеральными законами, нормативными актами Минздрава России, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по стоматологии, санитарными правилами, Уставом Клиники и настоящим Положением.

2. Состав и организация работы Комиссии

2.1. Персональный состав Комиссии (председатель, заместитель, секретарь, члены) утверждается приказом руководителя Клиники сроком на один календарный год или на срок, пока в приказ не потребуется внести изменения в составе Членов комиссии.

2.2. Председателем назначается руководитель Клиники или его заместитель по медицинской части (главный врач). В случае отсутствия главного врача — заведующий лечебным отделением с высшей квалификационной категорией.

2.3. В обязательный состав Комиссии включаются:

- врач-стоматолог;
- медицинская сестра — для контроля инфекционной безопасности.

2.4. Секретарь Комиссии ведёт документацию, составляет план-график заседаний, оповещает членов, готовит выписки из протоколов. Секретарём может

быть как медицинский работник, так и уполномоченный административный сотрудник.

2.5. Заседания Комиссии:

- Плановые — не реже одного раза в месяц (график утверждается руководителем).
- Внеплановые — по решению председателя (клинический инцидент, жалоба пациента, сложный клинический случай, нестандартная тактика лечения).

2.6. Заседание правомочно при участии не менее 2/3 от списочного состава Комиссии. Решения принимаются простым большинством голосов присутствующих. При равенстве голосов решающим является голос председателя.

2.7. Итоги заседания оформляются **Протоколом** (в бумажном или электронном виде с УКЭП), который подписывается председателем и секретарём. Протоколы хранятся 10 лет.

3. Основные функции и полномочия Комиссии в стоматологической практике

3.1. Клинические и лечебно-диагностические функции

3.1.1. Рассмотрение сложных диагностических ситуаций, включая:

- дифференциальную диагностику болевого синдрома в челюстно-лицевой области (невралгии, одонтогенные и неодонтогенные причины);
- оценку целесообразности сохранения зуба со сложным эндодонтическим статусом (перфорации корня, сломанный инструмент);
- выбор тактики ведения пациентов с системными заболеваниями (сахарный диабет, гемофилия, онкология) в амбулаторной стоматологии.

3.1.2. Принятие решений о назначении лекарственных средств:

- антибиотиков и антисептиков в схемах лечения одонтогенных абсцессов и флегмон;
- комбинированных обезболивающих препаратов пролонгированного действия;

- лекарственных препаратов по жизненным показаниям, не входящих в стандарты (индивидуальная непереносимость, редкие аллергические реакции).

3.2. Контроль качества и безопасности медицинской помощи

3.2.1. Оценка соответствия оказываемой стоматологической помощи утверждённым клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по специальностям:

- терапевтическая стоматология (пломбирование корневых каналов, реставрации);
- хирургическая стоматология (удаление зубов, резекция верхушки корня);
- ортопедическая стоматология (качество примерок, точность изготовления конструкций).

3.2.2. Проверка качества оформления медицинской документации:

- амбулаторная карта стоматологического больного (форма 043/у);
- дневники ведения пациента, включая записи о местной анестезии;
- электронный реестр рентгенологических исследований (с оценкой обоснованности назначения КЛКТ и внутриротовых снимков).

3.2.3. Обеспечение **радиационной безопасности**:

- контроль наличия информированного согласия пациента на рентген-исследование;
- проверка соблюдения режима работы рентген-кабинета (дозиметрический контроль, защита персонала и пациентов);
- разбор случаев необоснованного назначения лучевой диагностики (например, проведение КЛКТ при неосложнённом кариесе одного зуба).

3.2.4. Инфекционная безопасность:

- контроль соблюдения санитарно-эпидемиологического режима при обработке стоматологических инструментов (включая угловые наконечники, ультразвуковые скалеры);

- проверка правильности сбора, дезинфекции и временного хранения медицинских отходов классов Б и В (использованные иглы, ватные тампоны с кровью, амальгама);
- разбор случаев потенциальных аварийных ситуаций (проколы перчаток, попадание биологической жидкости на слизистые).

3.3. Работа с несоответствиями и жалобами пациентов

3.3.1. Комиссия рассматривает все письменные обращения (жалобы) пациентов, связанные с:

- болевым синдромом после лечения (исключение невралгических причин);
- преждевременным выпадением пломбы или коронки;
- развитием воспалительных осложнений после удаления зуба (альвеолит, ограниченный остеомиелит);
- неудовлетворительным эстетическим результатом (цвет, форма реставрации).

3.3.2. По результатам рассмотрения жалобы Комиссия:

- квалифицирует наличие/отсутствие дефекта оказания медицинской помощи;
- при выявлении нарушения разрабатывает корректирующие мероприятия (индивидуальный план до лечения или устранения осложнения за счёт клиники);
- готовит проект ответа пациенту и предложения руководителю о дисциплинарном воздействии на сотрудника.

3.3.3. Комиссия анализирует эффективность принятых корректирующих действий через 30, 60, 90 дней (мониторинг повторных жалоб, качества перелечивания).

3.4. Обучающая и методическая работа

3.4.1. Проведение внутриклинических разборов (клинических конференций) по темам:

- «Алгоритм действий при анафилактической реакции на местный анестетик»;
- «Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении: анализ КЛКТ»;
- «Правила выписки рецептурных бланков в стоматологии (кеторолак, антибиотики)».

3.4.2. Разработка и актуализация внутренних регламентов (чек-листов):

- чек-лист готовности к приёму пациента с гипертоническим кризом в кресле;
- алгоритм действий при перфорации дна верхнечелюстной пазухи;
- стандарт сбора анамнеза для выявления риска бактериального эндокардита.

4. Процедура проведения внутреннего контроля качества и безопасности

4.1. Внутренний контроль качества и безопасности (ВКК) проводится Комиссией в двух формах:

- **Плановый** — согласно утверждённому графику (ежемесячная выборка 5–10% законченных случаев).
- **Внеплановый** — при поступлении жалобы, наступлении инцидента (перелом инструмента в канале, ожог слизистой, проглатывание коронки) или по предписанию контролирующих органов.

4.2. При проведении ВКК Комиссия использует критерии качества, утверждённые профессиональными стоматологическими ассоциациями, а также локальные чек-листы (например, «Оценка качества obturation корневых каналов на контрольном снимке»).

4.3. По результатам проверки Комиссия оформляет Протокол, в котором фиксирует:

- выявленные несоответствия (код дефекта по внутреннему классификатору);

- степень влияния на состояние здоровья пациента (не повлияло / лёгкий вред / средней тяжести);
- перечень предупреждающих мероприятий.

4.4. При выявлении систематических нарушений (например, несоблюдение времени стерилизации) Комиссия готовит предложения руководителю о пересмотре штатного расписания (дополнительная ставка медсестры) или о закупке нового оборудования (стерилизатора, прибора для проверки каналов).

5. Взаимодействие с внешними органами и отчётность

5.1. Комиссия по запросу представляет информацию в территориальные органы Росздравнадзора и Роспотребнадзора, страховые медицинские организации (в рамках экспертизы качества медицинской помощи по ОМС).

5.2. Председатель Комиссии **ежеквартально и по итогам года** представляет руководителю письменный отчёт о работе, включающий:

- количество проведённых заседаний (в т.ч. внеплановых);
- количество рассмотренных сложных клинических случаев;
- количество разобранных жалоб и результаты;
- основные выявленные дефекты и предпринятые корректирующие меры.

5.3. Контроль деятельности Комиссии осуществляет руководитель медицинской организации.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящее Положение вступает в силу с даты его утверждения руководителем Клиники.

6.2. Изменения и дополнения в Положение вносятся приказом руководителя по представлению председателя Комиссии.

6.3. Лица, входящие в состав Комиссии, несут дисциплинарную ответственность за пропуск заседаний без уважительной причины и за разглашение врачебной тайны в соответствии с законодательством РФ.