

Д О К Л А Д

ОТ ЕКСПЕРТНАТА КОМИСИЯ ЗА ВЪНШНА ОЦЕНКА

**НА ЦЯЛОСТНАТА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ
И НА ОТДЕЛНИТЕ МЕДИЦИНСКИ И ДРУГИ ДЕЙНОСТИ**

НА

**„МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ –
РАКОВСКИ” ЕООД**

ГР. РАКОВСКИ

МАРТ 2008 г.

ДО
АКРЕДИТАЦИОННИЯ СЪВЕТ
ПРИ МИНИСТЕРСТВОТО НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Д О К Л А Д

ОТ ЕКСПЕРТНА КОМИСИЯ

ЗА ОЦЕНКА КЪМ АКРЕДИТАЦИОННИЯ СЪВЕТ

ПРИ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ОТНОСНО: ОЦЕНЯВАНЕ НА „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА
ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ - РАКОВСКИ” ЕООД - ГР. РАКОВСКИ

УВАЖАЕМИ Г-Н ПРЕДСЕДАТЕЛ,

УВАЖАЕМИ ЧЛЕНОВЕ НА АКРЕДИТАЦИОННИЯ СЪВЕТ,

На основание чл. 28, чл. 29 и чл. 30 от Наредба №18/2005 г. на МЗ за критериите, показателите и методиката на акредитация на лечебните заведения и в изпълнение на Заповед № РД- от .2008 г. на Министъра на здравеопазването, Експертна комисия за оценка в състав:

1. Д-р Маргарита Иванова Джурелова - председател
2. Д-р Елена Христова Ганева –педиатрия
3. Д-р Михаил Петров Абрашев –
4. Д-р Светла Иванова Брънекова - Образна диагностика
5. Росица - икономист
6. Мария Кръстева Брадистилова - юрист
7. Валерия Петрова Славова - бакалавър по здравни грижи

Извърши оценяване на цялостната медицинска дейност и на отделните медицински и други дейности на „Многопрофилна болница за активно лечение” ЕООД гр. Раковски в периода 18.03 – 21.03.2008 г.

Оценяването се извърши въз основа на:

1. Доклади за самооценка на болницата и на отделните медицински и други дейности и приложения към тях доказателствен материал по критериите, показателите и методиката за акредитация по Наредба № 18 от 20.06.2005 г. на Министерство на Здравеопазването.
2. Посещение и проверки на всички структури на лечебното заведение.
3. Допълнително изискани материали и документация.
4. Проведени срещи и разговори с Управителя на ЛЗ, главна медицинска сестра, главен счетоводител, с медицински и немедицински специалисти.
5. Проведена среща с представители на държавната и общинска власт в качеството си и на пациенти на Болницата.
6. Проверка на медицинска документация.
7. Проведени разговори и анонимна анкета сред пациентите.

Становищата и заключенията на Експертната комисия са направени по всеки един от критериите и показателите за съответния вид оценка в обема дейности, заявен от лечебното заведение, в съответствие с Програмата за акредитация на лечебни заведения и диспансери със стационар /Приложение № 1 към чл. 21, т. 1 и Приложение № 9 към чл. 22, ал. 1, т. 4 на Наредбата/.

Експертната комисия извърши оценката на базата на съпоставянето на реалното положение с изискванията, включени в критериите и показателите и е подкрепена с доказателствен материал, който се намира в лечебното заведение.

Самооценъчните доклади са изготвени без да се ползват консултанти /в болницата работи 1 експерт по оценка и акредитация на лечебни заведения/. Доказателственият материал бе достатъчен и много добре подреден. Персоналът в отделните структури е напълно запознат с всички изисквания, критерии и показатели на наредбата и е съпричастен към процеса на акредитация.

Обобщеният доклад е обсъден от членовете на цялата комисия и проектът за решение за крайни акредитационни оценки е приет единодушно.

От страна на Управителя на болницата д-р Томбашки, както и от всички служители на болницата ни бяха осигурени необходимите трудови и битови условия за работа, контакти и съдействие.

Лечебното заведение се акредитира за трети път.

У В О Д

Природни дадености и ресурси

Община Раковски е разположена в Южна България, в източната част на плодородното Пазарджишко-Пловдивското поле на Горнотракийската низина, североизточно от град Пловдив; заема важно пътно-транспортно положение, което оказва благоприятно влияние върху стопанския живот; притежава благоприятни почвено-климатични условия и равнинен релеф, което обуславя развитие, както на интензивно земеделие, така и на промишленост; има свободен потенциал – земя и води, които биха допринесли за нейното развитие; територията ѝ е бедна на рудни и нерудни изкопаеми; разполага с инертни материали – главно строителен камък; богата е на подпочвени води; водните ресурси, задоволяват потребностите ѝ.

Състояние, процеси и тенденции в местната икономика

Икономическият облик на Община Раковски се определя от предприятията на химическата индустрия, шивашката, хранително-вкусовата промишленост, търговията и услугите, селското стопанство, строителството, транспорта. Икономиката на Общината се характеризира с разнообразна отраслова и териториална структура, добра инфраструктура за обслужване на икономиката, добри възможности за преработка на суровините, произвеждани на територията на общината, добре подготвени кадри.

По брой на стопанските субекти Община Раковски е на седмо място спрямо останалите общини в Пловдивска област.

II. 1. Анализ на географското разположение, природно-климатичните дадености и ресурси

II. 1.1. Географско разположение

Община Раковски е разположена в Южна България, в източната част на плодородното Пазарджишко-Пловдивското поле на Горнотракийската низина, североизточно от град Пловдив.

Границите ѝ са:

- север и североизток – Община Брезово, Пловдивска област;
- изток – Община Братя Даскалови, Старозагорска област;
- юг – Община Садово, Пловдивска област;
- запад, югозапад – Община Марица, Пловдивска област;
- запад – Община Калояново, Пловдивска област;

Общината в сегашния си вид е образувана на 26.01.1979 година с Указ 93 за административно-териториални промени в страната. Разположена е върху площ от 264 кв.км и обхваща гр.Раковски - център на Общината и селата Белозем, Стряма, Чалъкови, Шишманци, Болярино и Момино село. Територията на общината е гъсто заселена и съставлява 4,4% от общата територия на областта. Гъстотата на населението е 106 души/кв.км. Общината се отнася към категорията на средно големите общини.



ОБЩИНА РАКОВСКИ



Община Раковски се намира в западната част на Горнотракийската низина и има изключително равнинен релеф с надморска височина до 180 м.. Град Раковски е административен център на община Раковски и е разположен върху площ от 550 хектара.

Освен общинския център общината включва и селата Белозем, Болярино, Момино село, Стряма, Шишманци и Чалъкови и има население над 27 хил. души. Общината граничи с общините Брезово, Братя Даскалови, Садово, Марица и Калояново.

Шестдесет процента от това население изповядва западното православие и това е най-голямата католическа общност в страната.

Транспорт. През територията на общината протичат реките Стряма и Марица и нейния ляв приток- река Сребра. През нея преминават автомагистрала "Тракия" и шосето от Пловдив през Брезово за Павел Баня и Казанлък. През територията ѝ преминава и ЖП линията от София през Пловдив за Бургас.

Град Раковски се намира в западната част на Горнотракийската Низина и е на 25 км североизточно от град Пловдив. Градът е с развит равнинен релеф. Град Раковски е административен център на община раковски и е разположен върху площ от 550 хектара.

ГРАД РАКОВСКИ

История за създаването на града. Земята на града са били населени с арменци-павликяни, изповядващи една от най-значимите ереси в Средновековния свят. Като военно задължено население със статут на граничари и тежко въоръжена пехота павликяните винаги са в първите редици на битките за България през IX-XIV в. В края на XIV в. яростно сражавайки

се с османските нашественици, по голямата част от тях се оттегля в земите около последната твърдина на Българското царство – Никопол. През XVII в. те приемат католическото вероизповедание от чипровски мисионери и постепенно се завръщат по родните си места в Тракия. Българите католици от Раковски, доказват на дело, че различната вяра не винаги е повод за разединение на българската нация. През XVII – XIX в. и в тяхната малка общност започват процесите на Българското Възраждане. Интересна и значима литература създават през този период редица видни католически интелектуалци – Павел Дуванли, Петър Ковачев, Яко Яковски.

Сведения за трите села от чието сливане се ражда гр.Раковски, се срещат в редица турски данъчни регистри. Ген.Николаево се появява с имена Калъчла саръ и Саръ Калъчла – в 1488 и 1576 год., село Секирово с името Балтаджиляр – 1576 г., с.Парчевич - с името Али Факъх. През 1966 г. трите села - Генерал Николаево, Секирово и Парчевич - се обединяват, за да бъде създаден град Раковски.

Общината заема важно пътно-транспортно положение. През територията ѝ преминава автомагистрала “Тракия” и жп.магистрален път № 8: Изток-Запад /София –Пловдив-Бургас/. Чрез нея се осъществява връзката Черно море-Западна Европа. Това оказва благоприятно влияние на стопанския живот на Общината. Друг важен път, който преминава през общината е Пловдив – Раковски – Брезово – Шипка.

През територията на с. Стряма преминава южния пръстен на магистрален газопровод с капацитет 15 000 м3/ч. Трасето се намира в непосредствена близост до терена на Индустриална зона Раковски.

Общата площ на град Раковски е 550 хектара. С указ № 100 от 03.06.1966 год. се обединяват селата Генерал Николаево, Секирово и Парчевич, с което се обявява създаването на град Раковски. Той е разположен на 25 км североизточно от гр. Пловдив. Най-близки до него селища са Отец Кирилово, Дрангово, Шишманци, Стряма и Момино село.

Следващото по големина селище е село Стряма. То е разположено на 8 км западно от град Раковски и има обща площ от 227 хектара.

Село Белозем е разположено на около 18 км югоизточно от град Раковски с обща площ 226 хектара.

Село Болярино е разположено на 16 км югоизточно от град Раковски с площ 136 хектара.

Село Шишманци се намира на 10 км югоизточно от град Раковски и има обща площ 96 хектара.

Село Чалъкови се намира на 22 км на юг от град Раковски и има площ 85 хектара.

Изводи :

1. Задълбочава се демографското застаряване на населението;
2. Намалява населението в активна възраст;
3. Стабилизира се показателя раждаемост;
4. Показателят обща смъртност леко нараства;
5. Процеса на депопулация продължава;
6. Детската смъртност леко се завишава и е над средната за страната

Тревожни са показателите за раждаемост и смъртност със значителен превес на смъртността, което води до задълбочаване на демографското застаряване на населението, намаляване на населението в активна възраст, процесът на депопулация продължава.

В края на наблюдавания период през 2004 г. в сравнение с 2000 г. наблюдаваме значително намаление на населението в подтрудопособна възраст и нараства това в надтрудопособна възраст. За пояснение след 2000 г. съгласно Кодекса за социално

осигуряване, се увеличава възрастта за пенсиониране, а през 1970 г. е наблюдавано населението над 60 г. за надтрудоспособна възраст.

Възрастовата структура съответствува на общата характеристика на областта. Продължава процесът на демографско застаряване. Превिшаването на броя на възрастовото население над това в подтрудоспособна възраст е показател за неговото застаряване. При степента на застаряване е нормално смъртните случаи да превишават значително ражданията, но все пак отрицателния естествен прираст е около средния за тази категория население за страната.

Нарастването на относителния дял на населението от високите възрасти се наблюдава и в града и селата на Общината, но темпът на остаряване в селата е по-бърз.

Причини за тези процеси са както негативните показатели, така и вътрешно и външномиграционните процеси.

Върху раждаемостта най-голямо влияние има делът на лицата между 15 и 49 г. , т.е. населението, което участва във възпроизводствения процес. В този диапазон са всички раждания при жените, а мъжете, които след 50 години стават бащи са единици. Тенденцията за намаляване на раждаемостта се обуславя от все по-голямото относително увеличение на жените във високи фертилни възрасти (над 30 г. и повече), които се характеризират с много ниска раждаемост. Освен този процес на остаряване на женското фертилно население, намалява и самата раждаемост в отделните възрасти.

При анализиране на възрастовата структура е необходимо да се спомене и за фертилния контингент (женското население от 15 до 49 г.). През 2003 г. този дял е 44,5 % от цялото женско население /6286 жени/. От тези жени 43,52 % са от диапазона 15-29 г. , когато се осъществяват основната част от ражданията.

Раждаемост

Прогнозирането на раждаемостта и смъртността на населението от даден регион може да се извърши значително по-обосновано, ако се съпоставят тенденциите на изменение в миналото със средните за страната.

От предишните показатели възрастовата структура оказва голямо влияние върху показателите раждаемост и смъртност. Към настоящият момент тези тенденции са ускорени от икономическата криза и влошените здравни и социални условия на живот.

Показателите раждаемост, смъртност, естествен прираст са показани в следващата таблица:

Демографски показатели за община Раковски през периода 2001 – 2003 г.

Години	Раждаемост	Естествен прираст	Смъртност	Детска смъртност
/на 1000 души население/			/на 1000 ж. р./	
2001	7,5	- 7,0	14,6	0,0
2002	9,1	- 4,8	13,9	19,7
2003	9,0	- 5,1	14,1	0,0

Неблагоприятната динамика на раждаемостта и смъртността доведе до рязко спадане на естествения прираст. През 2003 година той е – 5.1 / - 143 души/, като предходната година е - 4.98 / -136 души/. За сравнение за областта през 2003 година естествения прираст е – 4.6, а за предходната година е - 4.9. Забелязва се леко завишаване на раждаемостта в Общината – 9,0.

По същество възпроизводствения процес на населението е функция на сложен комплекс фактори, но особено значение имат икономическите и социалните. Очертаващата се тенденция на подобряване на тези фактори предполага, че демографските показатели на Общината ще се подобряват.

През 2003 година раждаемостта за Общината е със стойност 9 % на хиляда души, при 8.8% на хиляда за областта и 8.6% на хиляда за страната. В разглеждания период е налице тенденция на повишаване на раждаемостта в Общината сред ромското население.

За периода 2001 – 2003 година смъртността за Общината запазва стойностите си от предходните години, като 2001 година е била 14,6 % на хиляда, при 14.1% на хиляда за 2003 година. Основна причина за умиранията остават болестите на органите на кръвообращението- от тях най-голям е дялът на исхемичната болест на сърцето и мозъчно-съдовата болест. Още за високата смъртност в Общината е допринесла и технологията на експлоатация на бившите уранови находища.

Периода се характеризира с по-голям брой заселени граждани от този на изселените от Общината - +132 души.

Поради липса на данни в страната не може да се посочи броя на жителите на Общината, намиращи се в чужбина.

В етническо отношение населението е компактно българско, между което 382 турци и 3 056 роми. В отделни населени места са създадени квартали от ромско население.

Население по етнически групи според проведените преброявания

Етнически групи		Към 04.12.1992	Към 01.03.2001
Българи		27 103	24 896
Турци		322	328
Цигани		1 050	3 056
Други		47	37
Не се самоопределя		-	33
Непоказано		-	33
Общо		28 522	28 383

Общини, населени места 2003 г.	Общо	Живородени			Умрели			Заселени		
		общо	Момчета	Момичета	Общо	Мъже	Жени	Общо	Мъже	Жени
Община Раковски	27878	250	133	117	393	220	173	289	131	158
град Раковски	15924	139	75	64	212	117	95	85	39	46
село Белозем	4264	39	21	18	58	31	27	25	9	16
село Болярино	467	7	3	4	7	4	3	33	18	15
село Момино село	788	7	3	4	15	13	2	29	13	16

село Стряма	3382	30	15	15	58	34	24	84	40	44
село Чалъкови	2040	16	11	5	25	15	10	14	5	9
село Шишман ци	1013	12	5	7	18	6	12	19	7	12

НАСЕЛЕНИЕТО И СЕЛИЩНАТА МРЕЖА КАТО ФАКТОР ЗА УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ И ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ОБЩИНАТА

1. Население и демографски процеси – характеристики и тенденции на изменение.

Заетост и безработица.

По брой на населението си Община Раковски е на шесто място в областта. Към 01.01.2000 година населението на Общината наброява 27549 души. Средната гъстота на населението в Общината е 104,3 жители на квадратен километър. Средно за страната този показател е 74,2 души на квадратен километър, тоест значително е по-висок от този за страната.

Демографските процеси в Общината през последните 10 години показват превозни симптоми на влошаване. Те намират израз в чувствително намаляване към демографското производство и очертаване на трайна тенденция на намаляване броя на населението.

Процесът на намаляване на раждаемостта през последните години е застрашителен. През 1989 година раждаемостта в Община Раковски е 11,5 на хиляда, в края на 1999 година тя спада на 4,2 на хиляда, тоест е по-ниска с 7,3 пункта.

За страната раждаемостта през 1999 година е 7,9 на хиляда жители, или раждаемостта в Общината е по-ниска от тази за страната с 3,7 пункта. Факторите за това състояние са комплексни, но главно влияние оказва влошената вътрешна икономическа конюнктура. Наред с това отрицателно влияние оказва и полово-възрастовата структура на населението. В Общината се очертава процес на рязко застаряване на населението. Намалява относително и абсолютно броя на жените във възрастта между 18-49 години.

Не е за подценяване и показателя за смъртност сред населението. За 1989 година смъртността е 10,4 на хиляда жители от населението. През 1999 година тя достига 13,2 на хиляда. Причините за увеличаване на смъртността е застаряването на населението и начина на експлоатация на урановите находища.

Изменението в равнищата на раждаемостта и смъртността води до намаляване на естествения прираст на населението в Общината. Разликата между ражданията и умираанията, отнесени към средногодишния брой на населението дава неговия естествен прираст – минус

1,62%, тоест населението бавно намалява с посочения процент. Тази тенденция е неблагоприятна за Общината, което в бъдеще ще доведе до намаляване на трудовия потенциал.

По отношение на трудовия потенциал на Общината влияние оказва и вътрешната миграция на населението. През периода 1990-1998 година от Община Раковски мигрират жители в трудоспособна възраст. През 1999 година обаче завръщащите се са повече от напусналите я. Причините за това са общото влошаване на икономическото състояние в страната и увеличаващата се безработица. В резултат се очертава положителна миграция.

През 1999 година в работоспособна възраст са 15186 души или 55,12% от населението на Общината. От тях 8344 са мъже и 6842 – жени, съответно 30,29% мъже и 24,83% жени от работоспособното население.

В пенсионна възраст са 7603 души, или 27,60%, в това число 4753 жени и 2850 мъже. Възрастовата структура в сравнение с тази за страната, в Общината е влошена. За Общината 17,28% са подрастващи, 55,12% са в трудоспособна възраст и 27,60% са в пенсионна възраст. За страната това съотношение е следното: 17,60% подрастващи, 57,70% в трудоспособна възраст и 24,70% в пенсионна възраст.

Данните за населението в подтрудоспособна възраст, в трудоспособна и в надтрудоспособна възраст за Община Раковски са посочени в следните таблици и възрастовата структура е показана на диаграма 3:

От посочените данни се констатира значително отклонение в категорията на трудоспособно население в сравнение със средното за страната. Трудоспособното население за Общината е с 2,48 пункта по-ниско от средното за страната, а в пенсионна възраст населението в Общината е с 2,90 пункта по-високо от средното за страната. По същество очертаното състояние не е благоприятно.

Може да бъде направен извод, че възрастовата структура на населението на Община Раковски е от регресивен тип, тъй като населението в надтрудоспособна възраст е 27,6%, а населението в подтрудоспособна възраст е 17,28% от общото население на Общината, тоест застаряващото население е почти 10% повече от младото.

В етническо отношение населението е компактно българско с малки изключения на ромско и турско население. Напоследък в отделни населени меска са създадени квартали от ромско население.

Състоянието и тенденциите в демографското развитие на Общината показват, че и в бъдеще тези процеси ще се развиват в очертаните направления. Ако не се презприемат и

проведат съответните мероприятия, процесите ще се развиват в посока на влошаване. Посоченото по-горе дава основание да се дефинират приоритетите на общинската демографска политика.

На базата на демографското състояние се очертават следните основни проблеми:

- отрицателен прираст на населението за изтеклия период средногодишно минус 1,62;
- влошена възрастова структура, нарастване относителното тегло на населението в пенсионна възраст и намаляване относителното тегло на населението в трудоспособна възраст;
- възпроизводството на населението в Общината е значително под средното за страната;

По същество възпроизводствения процес на населението е функция на сложен комплекс фактори, но особено значение имат икономическите и социалните. Поради това, че не се очертава тенденция в подобряването на тези фактори, може да се посочи, че демографското състояние на Общината ще продължи да се влошава.

Прогнозата за демографското развитие на Община Раковски е направена за 10 години. Населението в Общината бавно ще намалява за периода както следва:

2000 година – 27130 души

2003 година – 26635 души

2005 година – 25400 души

2010 година – 24720 души

Тази прогноза може да се окаже със занижени цифри, тъй като не е отчетена положителната вътрешна миграция поради липса на данни.

През периода ще продължи и влошаването на възрастовата структура на населението. Ще намалява населението в трудоспособна възраст за сметка на увеличаването на това в пенсионна възраст което ще се дължи на намалената раждаемост в Общинат. Посоченото състояние поставя редици проблеми пред общинското ръководство. На първо място се очертава необходимостта от подбързване използването на съществуващия трудов потенциал.

Изводи:

- динамика, очертаваща постепенно намаляване на населението;
- положителен вътрешен миграционен процес, тоест приток на население от други населени места към Община Раковски. Този процес за сега все още е слабо изразен;

- изменения в числеността на населението и влошаване на основните демографски фактори – раждаемост, смъртност, естествен прираст и други дължащи се преди всичко на неблагоприятната социално-икономическа конюнктура и като цяло за страната и в частност за Общината;
- ще продължи да намалява с умерени темпове населението, което налага да се предприемат мерки за намаляване и/или спиране на този негативен процес;
- вътрешна миграция – голяма част от жителите на Общината работят в чужбина – Италия, Гърция и други. Някои от които не се връщат или нямат такова намерение;

На 24.08.1924 година е положен първият камък на болницата и същата година тя е построена. През 1928 година голямото земетресение я разрушава и през 1932 година тя е възстановена с партер и 40 стаи. През 1957 година е направена надстройка.

Лечебното заведение преминава през етапите на здравната реформа, като болницата се разделя от поликлиниката през 1999 година на общинска болница – Раковски и АПЗЗ.

Със заповед № РД 20-3 от 18.07.2000 г. на министъра на здравеопазването на основание чл. 101, ал. 1 и 6 и във връзка с чл. 104 и чл. 38 от ЗЛЗ, болницата е преобразувана в еднолично търговско дружество с общинско имущество.

Болницата е разположена на 25 км североизточно от Пловдив, в центъра на Тракийската низина и обслужва две общини – община Раковски и община Брезово. През последните години се наблюдава и тенденция за лечение на пациенти извън посочените общини, поради отпадане на районирането в страната.

“МБАЛ – Раковски” ЕООД осигурява със спешна и планова консултативна и лечебна помощ жителите на двете общини с общо население около 37 хиляди души.

МИСИЯ на болницата е оказване на качествена и достъпна болнична помощ на пациенти с възникнали остри или обострени хронични заболявания в следните направления: вътрешни болести, детски болести, неврология, физиотерапия и рехабилитация.

ПРИОРИТЕТИ - повишаване качеството на медицинската помощ, внедряване на съвременни управленчески модели, повишаване икономическата

ефективност, постигане на устойчива и дългосрочна финансова стабилизация на дружеството чрез активно включване в системата на здравното осигуряване, разширяване спектъра на оказваните здравни услуги и подобряване представянето на болницата пред обществеността. „МБАЛ-Раковски” ЕООД гр. Раковски се развива устойчиво като модерно, отговарящо на потребностите за болнична помощ лечебно заведение. Стремешът е да се поддържа оптимален капацитет и продуктивност чрез инвестиране в изграждането на висококвалифицирани медицински професионалисти, иновационни медицински технологии и инфраструктура.

СТРУКТУРАТА НА БОЛНИЦАТА отговаря на изискванията на Наредба № 29 от 23.11.1999 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи: диагностично-консултативен блок, стационарен блок с 5 отделения и административно - стопански блок.

Към болницата **няма разкрита аптека** и лекарствоснабдяването се извършва по договори, както следва: Договор от 23.05.2003 г. с „МБАЛ-Пловдив” АД- гр. Пловдив. В лечебното заведение **не се провеждат клинични изпитания** на лекарства или апаратура върху хора и **не се провежда обучение**.

Болницата **осъществява дейности по диагностика, лечение, рехабилитация** и консултации от друго лечебно заведение по следните основни специалности: вътрешни болести, детски болести, неврология, физиотерапия и рехабилитация, образна диагностика и клинична лаборатория. Спектърът на разкритите специализирани звена е в съответствие с функциите, капацитета, предназначението и обществените очаквания от болницата. Основните задачи пред управлението на болницата са в посока на :

- Повишаване квалификацията на персонала - следдипломно обучение на лекарите, провеждане на колегиуми, семинари и участие в системата на продължаващо медицинско образование. В доказателствения материал са приложени съответните сертификати.

- Подобряване на апаратурната обезпеченост: **Закупени са: лапароскоп за миниинвазивна хирургия, нов наркозно-дихателен апарат, 2 нови монитора за пълен мониторинг на основни жизнени функции, включително капнометрия, ЕКГ апарати, пулсов оксиметър, дефибрилатор – синхронизиран с ЕКГ записващо устройство, 1 инфузионна помпа, проявителна машина, ФГС и видеоендоскоп PENTAX - последно поколение за горна и долна ендоскопия, спирометър, комбиниран триизмерен ехограф, колпоскоп, друг ехограф, оборудван с вагинална и трансректална сонда за нуждите на ГО, ЕМГ, доплер - сонограф, 3 електроножа, нови компютърни конфигурации, апарат за магнитотерапия, апарат за електролечение, апарат за УВЧ, лазер - апарат, нибулайзер-ултразвуков, нов рентгенов апарат, биомикроскоп, офталмоскоп, нов автоматичен биохимичен анализатор и хематологичен брояч и др.**

- Намаляване на непреките разходи: централната климатична система е дооборудвана с борд - компютър за автоматично дозиране на газовото гориво за поддръжка на оптимална температура в помещенията. Изградена е болнична

информационна система за нуждите на АСБ, като същата е обезпечена с необходимите софтуерни продукти. Прецизира се доставката и разходите за лекарствоснабдяването и консумативите.

„МБАЛ - Раковски” ЕООД има разработена Програма за развитие и управление.

ЧАСТ ПЪРВА

ВЪНШНА ОЦЕНКА НА ЦЯЛОСТНАТА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ НА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

НАПРАВЛЕНИЕ № 1

ОЦЕНЯВАНЕ НА УСЛОВИЯТА И СРЕДСТВАТА, С КОИТО СЕ ОКАЗВАТ ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ

Критерий № 1. Управление на лечебното заведение

***1.1.** Лечебното заведение има разрешение за осъществяване на лечебна дейност - МБ № - 97 от 06.02.2001 г. на МЗ, актуализирано от 19.02.2008 г.

1.1.1. Има съответствие на дейността, осъществявана от лечебното заведение и вписаната в разрешението за дейност.

Лечебното заведение е регистрирано като еднолично дружество с ограничена отговорност „Многопрофилна болница за активно лечение – Раковски” – гр. Раковски с Решение № 9802/13.09.2000 г. на Пловдивския окръжен съд, ф.д. № 3656 по описа за 2000 г. В последствие регистрацията е актуализирана с решения № 2665/26.03.2003 г. и решение № 7051/15.11.2005 г. Има налично удостоверение за актуално състояние на дружеството. Седалище и адрес на управление – гр. Раковски, ул. „Михаил Добромиров” № 1. Дружеството се представлява и управлява от д-р Иван Йосифов Томбашки с ЕГН 6110164520 - гр. Раковски, ул. „Тунджа” № 2. ЛЗ е регистрирано по Булстат № 115532871 (от 27.09.2000 г.). Данъчен № 1168074766.

Лечебното заведение осъществява следните дейности: диагностика и лечение на заболявания, рехабилитация, диагностика и консултации, поискани от лекар от други лечебни заведения, по следните основни и/или профилни специалности: вътрешни болести кардиология, пневмология и фтизиатрия; гастроентерология, нефрология, нервни болести, детски болести, анестезиология и интензивно лечение; физикална и рехабилитационна медицина, образна диагностика и клинична лаборатория.

Лечебната дейност се осъществява в отделения по – вътрешни болести, отделение за интензивно лечение, нервни болести, детски болести, физикална и рехабилитационна медицина, отделение по образна диагностика и клинична лаборатория.

Установява се пълно съответствие на осъществяваната от лечебното заведение дейност с предмета на дейност, вписан в съдебното решение и с вписаните в разрешението дейности.

1.1.2. Фактическата структура е посочена в Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение и отговаря на установената в ЗЛЗ и Наредба № 29 от 1999 г. за основните изисквания за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-санитарни грижи. Правилникът е утвърден от управителя на лечебното заведение. Лечебното заведение притежава удостоверение № СР – 4 от 17.01.2008 г., издадено от РЦЗ гр. Пловдив, което удостоверява, че устройството, дейността и вътрешния ред са в съответствие с Наредба № 29/23.11.1999 г.

„МБАЛ – Раковски” ЕООД има следната структура, утвърдена със заповед № 18/18.01.2008г:

- **Диагностично-консултативен блок:**

1. Приемно-консултативни кабинети – 4 броя, разположени на входа на отделенията.
2. Кабинети за функционална диагностика – ЕЕГ, ЕМГ, ДСГ.
3. Клинична лаборатория – разположена в самостоятелна сграда в двора на лечебното заведение.
4. Отделение по Образна диагностика – без легла, разположено на I етаж на ЛЗ.

- **Стационарен блок – 65 легла:**

1. Интензивно отделение - 6 легла.
2. Вътрешно отделение – 21 легла, в т.ч.
 - сектор “Палиативни грижи” 3 легла;
 - сектор „Кардиология” – 5 легла;
 - сектор „Пулмология” – 5 легла;
 - сектор „Гастроентерология” - 4 легла;
 - сектор „Нефрология” – 4 легла.
3. Неврологично отделение – 10 легла.
4. Детско отделение – 18 легла в т.ч.
 - детски кърмачески сектор - 10 легла;
 - детски неинфекционен сектор - 8 легла.
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина – 10 легла.

- **Административно-стопански блок** – на втория етаж. Включва: счетоводство, Личен състав и ТРЗ, информационно и административно обслужване, технически отдел, котелно звено, пералня, кухня, стерилизационно звено, пречиствателна станция и транспортно звено.

Посочената структура отговаря напълно на изискванията за ефективно изпълнение предмета на дейност на ЛЗ.

*1.2. Лечебното заведение се управлява съгласно Търговския закон и изискванията на ЗЛЗ. Лечебното заведение се управлява от Д-р Иван Томбашки, с образователно-квалификационна степен магистър по медицина и с призната специалност по “Неврология”. Назначен е с договор за управление от 31.08.2001 г., актуализиран на 02.11.2004 г. Същият има завършен квалификационен курс по “Здравен мениджмънт” с продължителност 210 часа от Висш медицински институт – гр. Пловдив през 2000 г. и 212 часа към Европейски колеж по Икономика и управление - гр. Пловдив през 2006 г. Отговаря на изискванията на ЗЛЗ.

*1.3. Управителят на “МБАЛ –Раковски” ЕООД д-р Томбашки е назначен след проведен конкурс на 01.08.2001 г. със Заповед № ДЗ-46 от 31.08.2001 г. в изпълнение на решение № 427 взето с протокол № 22 от 17.08.2001 г. на Общински съвет гр. Раковски по реда на Наредба № 9/26.06.2000 г. за условията и реда за провеждане на конкурси за възлагане управлението на лечебните заведения. Сключеният договор за възлагане на управлението на болницата с

д-р Томбашки е за срок от 3 години. Договорът е продължен с анекс по Решение на ОбС на 02.11.2004 г. с още 3 години. С Решение № 51 взето с протокол № 6 от 27.02.2008 г. на заседание на Общинския съвет на Община Раковски с д-р Иван Томбашки е сключен договор за управление за още 3 год. Изпълнени са изискванията на чл. 63 ал. 3 от ЗЛЗ. Съществува заповед, която регламентира заместването на управителя в случаите когато същия отсъствува. За заместник е определен Д-р Йосиф Изамски – началник на Вътрешно отделение. **Задължителният показател е изпълнен.**

***1.4.** Главната медицинска сестра е бакалавър по „Управление на здравните грижи”/ Диплом № 491 от 23.02.2007 г. на МУ гр. Пловдив г. и е назначена на срочен трудов договор.

***1.5.** Разработените длъжностни характеристики са в съответствие с изискванията на КТ и ЗЛЗ като подробно и ясно регламентират ролята, правата, задълженията и отговорностите на всички работещи в Лечебното заведение. Утвърдени са от Управителя и се намират в досието на всеки служител, който е запознат с тях срещу подпис.

***1.6.** Със заповеди на Управителя на МБАЛ са изградени органите и комисиите по чл. 74 ал. 1 от Закона за лечебните заведения.

1.6.1. Медицински съвет, Лечебно-контролна комисия, Комисия за борба с вътреболнични инфекции, Комисия за безопасността и рационалната употреба на кръвта и кръвните съставки и Съвет по здравни грижи. Дейността на всяка комисия и Медицинския съвет е регламентирана с правилници. Всяко заседание се протоколира.

1.6.2. Комисия по етика, Комисия по лекарствена политика.

Дейността на изброените комисии е регламентирана с утвърдени от Управителя на болницата правилници в съответствие със Закона за лечебните заведения. Създадените комисии периодично провеждат заседания, видно от доказателствения материал.

***1.7. Разработени** са и са въведени в действие правила за координация и взаимодействие между отделните структурни звена на ЛЗ относно: доставка на материали, доставка на лекарства и консумативи, доставка на медицински газове, доставка на апаратура, складово стопанство, поддръжка на материална база и др. Разработен е синхронизиран общоболничен график, утвърден от Управителя на ЛЗ, който обхваща всички структури и дейности на болницата и при необходимост се актуализира.

***1.8.** „МБАЛ-Раковски” ЕООД има разработена Програма за развитие и управление на ЛЗ за период от 3 години (2008-2010 година), която включва:

1.8.1 Визия, цели и задачи на ЛЗ;

1. Укрепване и съхраняване здравето на хората в продължение на целият им живот.

2. Намаляване на разпространението на определени болести и облекчаване на страданията предизвиквани от тях .

3. Оказване на конкретна медицинска помощ за възстановяване и укрепване здравето на децата, младежите и възрастните.

4. Повишаване качеството на живот на пациентите.

1.8.2. Анализ на дейността на ЛЗ ;

Статистическите показатели за дейността на болницата за 2006 г. са следните:

- преминали болни – 2867
- проведени леглодни – 23182
- среден престой – 8,1
- използваемост в дни – 331
- оборот – 41
- умрели – 39 души
- леталитет 1,4

Статистическите показатели за дейността на болницата за 2007 г. са следните:

- преминали болни – 3306
- проведени леглодни – 23494
- среден престой - 7,1
- използваемост в дни – 340
- оборот – 48
- умрели – 55 души
- леталитет 1.7

2006 година Среден разход на:

- Един преминал болен – 421,31 лв.
- Един леглоден – 52.66 лв.
- Един лекарствен – 10,55 лв.
- Един храноден – 1.56 лв

Икономическите показатели на лечебното заведение за 2007 г. са следните:

Среден разход на:

- Един преминал болен – 416.67 лв.
- Един леглоден – 57.00. лв.
- Един лекарствен – 10.50. лв.
- Един храноден – 1.81лв.

1.8.3. Насоки за устойчиво развитие в условия на конкуренция.

В „МБАЛ – Раковски” ЕООД има разработен маркетингов план със заложен в него продуктова, дистрибутивна, ценова и комуникационна стратегия. По този начин се търси осигуряване на информационни връзки между лечебното заведение и потребителите на здравни услуги, осигуряване на равнопоставен достъп на пациентите и тяхната ориентация към предлаганите от

„МБАЛ – Раковски” ЕООД здравни услуги. Осъществяват се всички набелязани в плана мероприятия.

Заключение:

Изпълнени са всичките 8 задължителни показатели.

КРИТЕРИЙ № 2. УПРАВЛЕНИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

2.1. „МБАЛ - Раковски” ЕООД – гр. Раковски разполага с актуално поимено щатно разписание на служителите към 01.01.2008 г., утвърдено от Управителя – д-р Иван Томбашки.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

№	МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ	всичко	със специалност	Чужд език	Компют.грамотност
1	лекари	15			
2	мед.сестри	21			
4	Кл..лаборанти	2			
5	рентг.лаборанти	2			
6	рехабилитатори	2			
	ОБЩО				

Съгласно щатното разписание служителите са 75 броя, от които: лекари –15, медицински сестри - 21 броя, кл. лаборанти - 2 броя, рентгенови лаборанти - 2 броя, рехабилитатори - 2 броя.

В болницата функционира система за подбор на кадрите, съобразена с разпоредбите на КТ и ЗЛЗ. Трудовоправните отношения с лица извън посочените в чл. 68 ал. 6 от ЗЛЗ са уредени чрез постоянни трудови договори след съответен изпитателен срок.

2.1.1. Броят на лекарите с придобита специалност е 14, т.е. – **93 %** от всичките лекари. **Показателят е изпълнен.**

Високият процент на лекарите с призната специалност е гаранция за качеството на извършвания в болницата лечебно-диагностичен и рехабилитационен процес. **Показателят е изпълнен.**

2.1.2. Лекарят без специалност не е зачислен за специализация. **Показателят не е изпълнен.**

2.1.3. Броят на медицинските специалисти е около 2 пъти по-голям от броя на лекарите. **Показателят е изпълнен.**

2.1.4. В ЛЗ лекарите с повече от една придобита специалност са 2 броя – **13,3 %**. **Показателят е изпълнен.**

2.1.5. В лечебното заведение всички лекари са със стаж над 5 години след придобиване на специалност. **Показателят е изпълнен.**

2.1.6. В ЛЗ не са разкрити такива структури.

***2.2.В „МБАЛ - Раковски” ЕООД** – гр. Раковски обучението и квалификацията са приоритет за ръководството на болницата. Има Програма за специализация и продължително обучение на персонала. Ежегодно се използват програмите за провеждане на следдипломно обучение към СДО. Всеки лекар в МБАЛ Раковски разработва и повишава квалификацията си по индивидуален план за самоподготовка с участие в общозаведенчески колегиуми, участие в семинари, работата на дружества и конгреси свързани със съответната специалност, презентации на лекарствени средства и други.

Колегиумите на лекарите и средния медицински персонал се провеждат по предварително изготвен годишен план – график. За всеки проведен колегиум се съставя протокол.

„МБАЛ - Раковски” ЕООД ежегодно прави абонамент за медицински вестници и списания, с което се дава възможност на персонала за проследяване на новостите в медицината. За 2008 г. има абонамент за: Форум Медикус, специализирани издания по Вътрешни болести, Детски болести, Неврологични болести, Физиотерапия и рехабилитация, Клинична лаборатория, рентгенология и сестрински грижи, както и изданията “Медицински менджмънт и здравна политика” и практическия наръчник на издателство “РААБЕ”. **Задължителният показател е изпълнен.**

Заключение: Изпълнен задължителен показател.

Изпълнени са 5 от всички 6 оценъчни показатели – 83.33%.

КРИТЕРИЙ № 3:

СЪОТВЕТСТВИЕ НА МАТЕРИАЛНО-ТЕХНИЧЕСКАТА БАЗА, АПАРАТУРА И ИНСТРУМЕНТАРИУМ С ВИДА И ПРЕДМЕТА НА ДЕЙНОСТ

***3.1.** Лечебното заведение притежава Хигиенно заключение, издадено от РИОКОЗ – гр. Пловдив № 12364 от 08.12.2000 г., в последствие актуализирано с хигиенно заключение № 10819 от 10.10.2003 година и № 228/ 11.01.2008 г., с което се удостоверява, че отговаря на хигиенните изисквания по чл. 7 от Наредба № 29 за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи.

„МБАЛ – Раковски” ЕООД – притежава документи на съответните органи, които доказват съответствието с действащите в страната технически норми и изисквания:

- Лицензия: серия И-7369, рег. № 02168 на Агенция за ядрено регулиране, издадено на 29.12.2006 г. със срок на Лицензията 5 години за обект Отделение образна диагностика;
- Договор № 76 от 03.01.2008 г. със СД „Медико-газ-Христов и Христова” – гр. София за контрол на кислородна и вакумна инсталация.
- Сертификат за контрол на работна среда № 76-II от 06.11.2006 г. на „МЦ СОНЕЛ-ФАРМ” ООД – гр. Пазарджик.

Извършват се текущи ремонти във всички звена на болницата, с цел поддържане на материално-техническата база в отлично състояние.

Задължителният показател е изпълнен.

3.2. Съответствие на наличната медицинска апаратура и оборудване.

3.2.1. Заявените в предмета на дейност на лечебното заведение видове дейности са осигурени с необходимата по вид и количество медицинска апаратура и техника. Същата съответства на изискванията на медицински стандарти по клинични направления, застъпени в дейността, а именно: неврология; клинична лаборатория; образна диагностика; физикална и рехабилитационна медицина, анестезиология и интензивно лечение.

„МБАЛ-Раковски” ЕООД изпълнява всички дейности договорени с НЗОК по клинични пътеки – 30 броя за 2007 г. В момента болницата отново кандидатства за тези 30 броя пътеки.

Налице са технологични данни, включващи модел, идентификационен номер, фирма - производител, техническа годност, видно от счетоводна програма ”СТЕП-СОФТ” – гр. София. **Показателят е изпълнен.**

3.2.2. За дейностите, за които няма медицински стандарти са изготвени и се прилагат собствени клинични протоколи 25 на брой и 42 технически фиша. Същите се усъвършенстват, а контролът за тяхното изпълнение се извършва от началниците на структурите, Лечебно-контролната комисия и Съвета по здравни грижи. Стриктно се спазват и изискванията за изпълнението на дейностите по КП, за които е сключен договор с РЗОК. **Показателят е изпълнен.**

3.3. „МБАЛ- Раковски” ЕООД разполага с апаратура над минималните изисквания на медицинските стандарти:

- Стандарт Образна диагностика – Мамограф и Ехограф със сонда за изследване на гърди.

- Стандарт Физикална и рехабилитационна медицина – апарат за лимфо стаза, вибромасажор и игли за иглотерапия. **Показателят е изпълнен.**

3.4. Извършва се периодична профилактика и поддръжка на наличната медицинска апаратура и оборудване от специализирани за целта фирми, с които лечебното заведение има сключени договори, както следва:

- Договор от 05.12.2007 г. с „Рентгеножва техника” ООД – гр. Пловдив за сервизно обслужване на рентгенови апарати;
- Договор с “КО-МЕД Медицинтехник” ООД – гр. Пловдив за сервизно обслужване на медицинска техника и апаратура;
- Договор № 3 от 23.01.2008 г. с „АВЛ София“ ЕООД - гр. София за сервизно обслужване на лабораторна техника;
- Договор от 28.02.2007 г. с „ВСВ Спектър ООД” гр. Раковски за обслужване на компютърна и офис техника, операционни системи и софтуерни продукти;
- Договор от 24.09.2007 г. с „Медитекс-04”ЕООД гр. Пловдив за сервизно обслужване на медицинска апаратура- ОФТР.

За извършените профилактични прегледи са налице констативни протоколи.

В разработения Инвестиционен план 2008-2010 г. на стойност над 1.5 млн. лева заложен за ремонтни дейности и обновяване на медицинската апаратура, съответстващо на болничните приоритети, за изпълнение на бъдещите клинични пътеки и въвеждането на нови медицински стандарти. **Показателят е изпълнен.**

Заключение: **Задължителният показател е изпълнен.**
Изпълнени са всичките 3 оценъчни показатели – 100%.

КРИТЕРИЙ № 4

ИНФОРМАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ

***4.1.** „МБАЛ - Раковски” ЕООД разполага с 18 компютъра свързани с локална мрежа и интернет. От тях в Административно стопанския блок- 6 , Вътрешно отделение -3, Неврологично отделение – 2, Детско отделение – 2, ОФРМ – 1, Интензивно отделение – 1, Образна диагностика 2 и Клинична лаборатория – 1. В лечебното заведение действа единна болнична информационна система за събиране, обработка и анализ на информация от провежданата медицинска практика. Използва се счетоводна програма „Степ софт” на фирма „Степ софт” гр. София, която включва Счетоводство, ТРЗ и Личен състав, амортизации и синтетични и аналитични справки. Използват се операционни системи WINDOWS, XP. Има изградена Интернет - мрежа. Анализират се задълбочено всички количествени и качествени параметри.

4.1.1. Събират се и ежемесечно се отчитат: брой легла, брой преминали болни, използваемост, оборот на леглата, среден престой, леталитет.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

ПОКАЗАТЕЛИ	2005	2006	2007	ИЗМЕНЕНИЕ 2006 спрямо 2005г.		ИЗМЕНЕНИЕ 2007 спрямо 2006г.	
				в абс.ст- ст	в %	в абс.ст- ст	в %
1. Брой преминали болни	2 597	2 787	3 214	190	7%	427	15%

2. Среден брой болнични легла	69	70	69	1	1%	-1	-1%
3. Брой проведени леглодни	23 992	22 797	23 494	-1 195	-5%	697	3%
4. Оборот на болничните легла	38	40	47	2	6%	7	17%
5. Използваемост на болничните легла в дни	348	326	340	-22	-6%	15	5%
6. Използваемост на болничните легла в %	95%	89%	93%	0	-6%	4%	4%
7. Среден престой на 1 преминал болен	9.24	8.18	7.31	-1	-11%	-0.87	-11%

От анализа на качествените показатели се наблюдава: при запазване на постоянния брой болнични легла тенденция към увеличение 2006г. със 7 на сто и 2007 с 15 на сто на преминалите болни при намаление на средния болничен престой. Използваемостта на болничните легла е средно 93 на сто, което е добър показател за дейността на лечебното заведение.

4.1.2. Икономическата характеристика на лечебната дейност се извършва от отдел Счетоводство. Изготвят се справки за: стойност на един лекарствен, храноден, преминал болен, леглоден;

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

ПОКАЗАТЕЛИ	2005	2006	2007	ИЗМЕНЕНИЕ 2006 спрямо 2005г.		ИЗМЕНЕНИЕ 2007 спрямо 2006г.	
				в абс.ст- ст	в %	в абс.ст- ст	в %
1. Стойност на 1 преминал болен	453.58	421.31	416.67	-32	-7%	-5	-1%
2. Стойност на 1 храноден / лв./	1.33	1.56	1.81	0	17%	0.25	16%
3. Стойност на 1 лекарствен / лв./	9.86	10.55	10.50	1	7%	-0.05	0%
4. Стойност на 1 леглоден /лв./	45.11	50.65	57	6	12%	6.37	13%

Отчет за приходите и разходите на МБАЛ “ Раковски” ЕООД – гр.Раковски

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

РАЗМЕР И СТРУКТУРА НА ПРИХОДИТЕ И РАЗХОДИТЕ										
ПОКАЗАТЕЛИ	2005	отн. дял в %	2006	отн.дял в %	2007	отн. дял в %	Изменение през 2006 г. спрямо 2005 г.		Изменение през 2007 г. спрямо 2006 г.	
							в абс. ст-ст	в %	в абс. ст-ст	в %
ПРИХОДИ										
I. Нетни приходи от продажби на стоки, услуги и други	51 125	5%	41 718	3%	70 291	5%	-9 407	-18%	28 573	68%
II. Приходи от финансираня	1 043 691	95%	1 245 391	97%	1 326 478	95%	201 700	19%	81 087	7%
в това число:										
а. Приходи от финансиране от МЗ	224 478	21%	105 390	8%	0	0%	-119 088	-53%	-105 390	-100%
б. Приходи от финансиране от общината	41 300	4%	34 218	3%	0	0%	-7 082	-17%	-34 218	
в. Приходи от финансиране от РЗОК	761 913	70%	1 105 783	86%	1 311 173	94%	343 870	45%	205 390	19%
- по договор за ВСМД, извършвани в болнични условия	36 129	3%	34 088	3%	34 108	2%	-2 041	-6%	20	0%
- по договор за клинични пътеки	725 784	66%	1 071 695	83%	1 277 065	91%	345 911	48%	205 370	19%

г. Други	16 000	1%		0%	15 305	1%	-16 000	-100%	15 305	
Общо приходи от дейността	1 094 816		1 287 109		1 396 769		192 293	18%	109 660	9%
РАЗХОДИ										
I. Разходи по икономически елементи	1 167 126		1 174 193		1 339 162		7 067	1%	164 969	14%
в това число:							0			
1. Разходи за материали, в т.ч.:	276 412	24%	316 041	27%	328 577	25%	39 629	14%	12 536	4%
- Разходи за медикаменти и консумативи	236 650	20%	240 440	20%	246 680	18%	3 790	2%	6 240	3%
- Разходи за храна	39 762	3%	35 625	3%	52 273	4%	-4 137	-10%	16 648	47%
в това число: храна за болни	31 928	3%	35 624	3%	42 442	3%	3 696	12%	6 818	19%
- Разходи за други материали		0%	39 976	3%	29 624	2%	39 976		-10 352	-26%
2. Разходи за ел.енергия	27 006	2%	28 003	2%	29 367	2%	997	4%	1 364	5%
3. Разходи за горива и смазочни материали	9 114	1%	8 943	1%	9 898	1%	-171	-2%	955	11%
4. Разходи за отопление	69 685	6%	70 466	6%	90 989	7%	781	1%	20 523	29%
5. Разходи за вода	3 047	0%	2 627	0%	2 908	0%	-420	-14%	281	11%
6. Разходи за външни услуги	70 905	6%	101 740	9%	89 115	7%	30 835	43%	-12 625	-12%
7. Разходи за амортизации	67 148	6%	58 414	5%	63 709	5%	-8 734	-13%	5 295	9%
8. Разходи за възнаграждения	472 021	40%	440 552	38%	573 849	43%	-31 469	-7%	133 297	30%
9. Разходи за осигуровки	144 249	12%	105 224	9%	125 557	9%	-39 025	-27%	20 333	19%
10. Други разходи	27 539	2%	42 183	4%	25 193	2%	14 644	53%	-16 990	-40%
Б. Общо разходи за дейността / I+II+III+IV /	1 167 126		1 174 193		1 339 162		7 067	1%	164 969	14%
Печалба / Загуба	-72 310		112 916		57 607		185 226		-55 309	

Приходите на МБАЛ “Раковски “ ЕООД за **2005** г. са в размер на 1 095 хил.лв. Като най – голям относителен дял заемат приходите от финансираня – 1 044 хил. лв. или 95 % от общите приходи., от РЗОК – 762 хил.лв. / 70% /, от МЗ – 224 хил.лв. / 21% / и от Община Раковски – 41 хил.лв. / 4% /, следвани от приходите от продажба на услуги – 51 хил.лв./ 5% /.

Разходите на болницата за **2005** г. са в размер на 1 167 хил.лв.,като разходите за материали са 276 хил.лв. или 24% от общите разходи, от тях за медикаменти и консумативи – 237 хил.лв. / 20% /, за възнаграждения – 472 хил.лв. / 40 % /, за осигуровки 144 хил.лв / 12 % /. Болницата завършва 2005г. със счетоводна загуба от 72 хил.лв.

Задължения: Към **31.12.2005г.** краткосрочните задължения на МБАЛ - Раковски възлизат на 94 хил. лв., от които към персонала – 37 хил.лв., към РУ”Социално осигуряване” – 12 хил.лв, към доставчици – 21 хил.лв. Към 31.12.2005 г. болницата **няма просрочени задължения.**

Вземания: Към **31.12.2005г.** дружеството има вземания общо в размер на 4 хил.лв.

Приходите на болницата за **2006** г. са в размер на 1 287 хил.лв. Като най – голям относителен дял заемат приходите от финансираня – 1 245 хил. лв. или 97 % от общите приходи., от РЗОК – 1 106 хил.лв. / 86% /, от МЗ – 105 хил.лв. / 8% / и от Община Раковски – 34 хил.лв. / 3 % /, следвани от приходите от продажба на услуги – 42 хил.лв./ 3 % /.

Разходите на болницата за **2006** г. са в размер на 1 174 хил.лв.,като разходите за материали са 316 хил.лв. или 27% от общите разходи, от тях за медикаменти и консумативи – 240 хил.лв. / 20 % /, за възнаграждения – 441 хил.лв. / 38 % /, за осигуровки 105 хил.лв / 9 % /. Болницата завършва 2006г. със счетоводна печалба от 113 хил.лв.

Задължения: Към **31.12.2006г.** краткосрочните задължения на МБАЛ - Раковски възлизат на 105 хил. лв.,в т.ч. : към персонала – 47 хил.лв., към РУ”Социално осигуряване” – 14 хил.лв, към доставчици – 2 хил.лв. Към 31.12.2006 г. болницата **няма просрочени задължения.**

Вземания: Към **31.12.2006г.** дружеството има вземания общо в размер на 93 хил.лв.

Приходите на болницата за **2007** г. са в размер на 1 397 хил.лв. Като най – голям относителен дял заемат приходите от финансираня – 1 326 хил. лв. или 95 % от общите приходи, формирани основно от приходи от РЗОК – 1 311 хил.лв., следвани от приходите от продажба на услуги – 70 хил.лв./ 5% /.

Разходите на болницата за **2007** г. Са в размер на 1 339 хил.лв., като разходите за материали са 329 хил.лв. или 25% от общите разходи, от тях за медикаменти и консумативи – 247 хил.лв. / 18 % /, за възнаграждения – 574 хил.лв. / 43 % /, за осигуровки 126 хил.лв / 9 % /. Болницата завършва 2007г. със счетоводна печалба от 58 хил.лв.

Задължения: Към **31.12.2007г.** краткосрочните задължения на МБАЛ – Раковски възлизат на 109 хил. Лв.,в т.ч. : към персонала – 50 хил.лв., към РУ”Социално осигуряване” – 17 хил.лв, към доставчици – 6 хил.лв. Към 31.12.2007 г. Болницата **няма просрочени задължения.**

Вземания: Към **31.12.2007г.** дружеството има вземания общо в размер на 127хил.лв.

През **2006** г. Се наблюдава увеличение на приходите спрямо 2005г. с 18 % или с 192 хил.лв., през **2007г.** Се запазва тенденцията на увеличение на приходите спрямо 2006г. с 9 % или със 110 хил.лв. През 2006г. увеличението на разходите спрямо 2005г е незначително – 1%, докато през 2007г. се наблюдава увеличение на разходите спрямо 2006г. с 14 % или с 165хил.лв.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

Средна работна заплата

ПОКАЗАТЕЛИ	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Изменение през 2006 г. спрямо 2005 г.		Изменение през 2007 г. спрямо 2006 г.	
				в абс. ст-ст	в %	в абс. ст-ст	в %
Средна работна заплата -общо, в т.ч.:	499.60	523.79	588.81	24	4.84%	65	12.41%
1. Висш медицински персонал	725.65	812.50	960.45	87	11.97%	148	18.21%
2. Полувисш и среден медицински персонал	450.67	451.77	564.78	1	0.24%	113	25.01%
3. Друг персонал	292.59	307.09	414.05	15	4.96%	107	34.83%

Наблюдава се нарастване на средната брутна заплата през наблюдавания период 2006г спрямо 2005г . с 5% и 2007г. спрямо 2006г. с 12 %.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6

Показатели	години		
	2005	2006	2007
Постъпили :	2 584	2 836	3 265
Изход от лечението:			
- оздравели	1 352	1 156	1 272
- с подобрение	1 087	1 561	1 880
- без промяна	85	20	30
- с влошаване	13	2	0
- преведени	0	2	4
- починали	74	39	55
- изписани	2 535	2 787	3 195
Леталитет	3,08	1,96	2,01

4.1.4. Данни за наличността и движението на лекарствата:

Видът и количеството на лекарствата, консумативите и др. материали, както и размерът и структурата на входящите и изходящи парични потоци се анализира за цялото лечебно заведение. Същите могат да се проследят във всеки един момент, за произволно избран период от време и произволно избран пациент или структурно звено. Болницата няма собствена аптека , а работи по сключен договор с МБАЛ-Пловдив АД .

4.1.5. Лечебното заведение е изготвило списък на наличната медицинската апаратура – модел, идентификационен номер, фирма- производител, година на производство, амортизируема стойност, техническа годност. Ежегодно се извършва инвентаризация на материалните активи.

Информацията в модул „Дълготрайни активи” от Счетоводната програма дава възможност за анализ на дълготрайните активи по: модел, година на производство, амортизируема и балансова стойност.

Налице е амортизационен план, който е част от амортизационната политика на лечебното заведение. Добрата инвестиционна политика дава възможност на болницата както за сключване на договор с РЗОК, така и за подобряване качеството на лечебно- диагностичния процес. **Задължителният показател е изпълнен.**

4.2. Съществуващата система за събиране на информация за дейностите, извършвани в МБАЛ ” Раковски ” ЕООД, състояща се от:

- изготвяне, обработване, анализиране и архивиране на цялостната медицинска документация за пациентите, лекувани МБАЛ / ИЗ, епикриза и други /;
- изготвяне, обработване, анализиране и архивиране на документация, свързана с финансовата отчетност, доставката, разходването и отчитането на материалните средства;

- изготвяне, обработване, анализиране и архивиране на документация, свързана с административните актове на ръководството и взаимоотношението на лечебното заведение с пациентите и външни контрагенти;

Структурирането и организацията на посочената система за събиране на информация е регламентирана в правилника за документооборота и се изпълнява от конкретни длъжностни лица. Събраната информация се обработва ежемесечно, тримесечно, шестмесечно и годишно. Основната информация включва количествени и качествени показатели. Резултатите се представят във вид, желан от потребителя – текстове WORD, таблици и диаграми EXCEL, като се разглеждат от ръководството и отделните звена в болницата с маркиране на тесните места и вземане на решения за съответни действия.

Изготвят се оперативни сведения по нозологични единици, както и друга оперативна информация, необходима за мениджмънта на болницата. Отчетите и сведенията се изготвят в абсолютни числа, екстензивни и интензивни показатели и включват различни по вид и форма диаграми. В резултат на анализа на данните и наблюдаваните тенденции, Медицинският съвет и Управителят на болницата актуализират критериите и изискванията за повишаване на качеството и отстраняване на слабостите в дейността на лечебното заведение. Вземат мерки и сроковете за изпълнението им са обект на контрол от ръководството на Болницата. **Показателят е изпълнен.**

Заключение: Изпълнени са задължителният и оценъчен показател – 100 %.

КРИТЕРИЙ № 5: ДЕЙНОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТИ

5.1. Дейността в отделните структури (стационарни отделения и лаборатории) се осъществява съгласно:

5.1.1. минималните изисквания по медицинските стандарти - структурите , за дейността на които към момента съществуват медицински стандарти са:

- Структура по Образна диагностика - Медицински стандарт „Образна диагностика”;
- Клинична лаборатория - Медицински стандарт „Клинична лаборатория”;
- Сектор за Анестезиология - Медицински стандарт „Анестезиология и интензивно лечение”;
- Неврологично отделение - Медицински стандарт „Нервни болести”;
- ОФТР - Медицински стандарт „Физикална терапия и рехабилитация.”

В болницата е проведено обучение с лекарите и медицинските специалисти по съдържанието на действащите към момента стандарти, включващо и професионалното поведение за тяхното изпълнение. Семинарните занимания за усвояване на стандартите са протоколирани. Налице е организационна схема за текущ и периодичен контрол по изпълнението им. ЛЗ има сключен договор с

НЗОК за 30 клинични пътеки. През изминалата 2007 г. не са установени съществени пропуски от извършени проверки от органите на РЗОК.

5.1.2 Създадена е организация за въвеждане на собствени клинични протоколи /диагностично-терапевтични алгоритми/ - 44 и технически фишове - 52. Определени са контролни механизми за тяхното изпълнение. Със Заповед на Управителя на Лечебното заведение е създадена Комисия по изготвяне и актуализация на медицински стандарти.

Създадена е организация за въвеждане на собствени протоколи и технически фишове за добри сестрински грижи, като за целта е проведено обучение по структури и направления на медицинските специалисти. Семинарните занятия са протоколирани. Провежда се текущ и периодичен контрол. **Показателят е изпълнен.**

5.2. Дейността в отделните структури на ЛЗ се осъществява съгласно допълнителните изисквания на медицинските стандарти, както следва:

- Отделение по Образна диагностика;
- Клинична лаборатория;
- ОФТР;
- Неврология
- Анестезиология и интензивно лечение.

Над минималните изисквания на медицинските стандарти е на лице апаратура и съответно дейност по:

- Стандарт Образна диагностика – Мамограф и Ехограф със сонда за изследване на гърди;

- Стандарт Физикална и рехабилитационна медицина – апарат за лимфо стаза, вибромасажор и игли за иглотерапия. **Показателят е изпълнен.**

Заключение: Изпълнени са и двата оценъчни показатели – 100 %.

КРИТЕРИЙ № 6 : ДЕЙНОСТИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО

6.1. Управителят на „МБАЛ-Раковски” ЕООД анализира, контролира и предприема действия относно:

- медицинската дейност;
- своевременността на оказваната медицинска дейност;
- достъпа до медицинска помощ;

Основна цел на МБАЛ Раковски е непрекъснато подобряване качеството на предоставяните здравни услуги. В тази връзка е изработена Програма за управление на качеството на медицинската помощ като инструмент за контрол и постоянна оценка на качеството на предлаганите медицински услуги. В нея са описани основните насоки на организацията и области на приложение, както и механизмите за контрол на качеството на резултатите от медицинската дейност. Управителят на МБАЛ ” Раковски” веднъж годишно изготвя анализ на организацията и ефективността от въведената програма за подобряване на качеството.

Всяко стационарно отделение има свой собствен план за подобряване на качеството. Той включва: специфични цели, вътрешна организация, дейности, които трябва да се развиват и график за приложението му. В съответствие със собствения си план за подобряване на качеството структурите осъществяват:

1. Преглед и обсъждане на клиничните случаи.
2. Преглед и анализ на използваните диагностични и лечебни методи.
3. Преглед и анализ на качеството на общите и специфични здравни грижи.
4. Анализ на резултатите от оказаните здравни услуги. **Показателят е изпълнен.**

6.2. Във всеки приемен кабинет има „лист на чакащи”. На практика единствено „чакащи” пациенти има в ОФРМ, което не приема спешни пациенти и има ограничен брой легла. В другите отделения пациентите се приемат веднага.

Началникът на ОФТР ежесечно представя на Уравителя анализ, с относителния дял на хоспитализираните от листата на чакащите и средното време за чакане. За 2007 година 100 % от „чакащите” са хоспитализирани, а средното време за чакане е максимум 7 дни. **Показателят е изпълнен.**

Заклучение: Изпълнени са и двата оценъчни показатели – 100 %.

КРИТЕРИЙ № 7: ДЕЙНОСТИ ЗА СИГУРНОСТ И БЕЗОПАСНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ И ПЕРСОНАЛА

7.1 Лечебното заведение :

7.1.1. Има разработен План за действие при кризи от невоенен характер;

7.1.2. Веднъж годишно се провеждат практически упражнения от организационната схема на Плана, което е удостоверено с Протокол;

7.1.3. Има План за привеждане на ЛЗ за работа във военно време, както и Военно-временен план;

7.1.4. Има определен специалист по отбранително-мобилизационна подготовка – д-р със Заповед № от год. на Управителя на ЛЗ;

Показателят е изпълнен.

7.2. Има сключен Договор от г. с Регистрирана служба по трудова медицина – „ - ” ЕООД, притежаваща удостоверение № г. на МЗ - за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд;

Със заповед № год. на Управителя е назначен отговорник по охрана и безопасност на труда. В длъжностната характеристика подробно са разписани задълженията му за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд в лечебното заведение и сигурност и безопасност на пациентите. **Показателят е изпълнен.**

7.3. В лечебното заведение:

7.3.1. Управителят ежегодно утвърждава Програма за профилактика и контрол на ВБИ, която е съгласувана с РИОКОЗ и съдържа необходимите компоненти, съгласно изискванията. Определена е периодичността на микробиологичен мониторинг за всички структури от РИОКОЗ - . Подробно са описани и всички дейности, които се извършват за недопускане на ВБИ.

7.3.2 Всички работещи са запознати срещу подпис със задълженията и отговорностите им, произтичащи от Програмата за профилактика и контрол на ВБИ. В отделенията се водят журналы за регистриране на ВБИ.

7.3.3 Текущият контрол по изпълнението на Програмата се осъществява от началниците на отделения, главната медицинска сестра и старшите медицински сестри, а периодичният - от Комисията за борба с ВБИ, най-малко веднъж на шестмесечие, което се документира с Протоколи. **Показателят е изпълнен.**

7.4. МБАЛ изпълнява собствена Програма за Управление на болничните отпадъци, съгласувана с РИОКОЗ. Притежава Разрешение № г. за срок от 3 (три) години и има договор с фирма „МЛ – България” АД за извозване и унищожаване на опасните отпадъци. **Показателят е изпълнен.**

7.5. Пресечните точки на чистите с нечисти потоци са маркирани (изработен знак). След всяко преминаване през тях на явно или условно контаминиран с инфекциозни или токсични нокси материал се извършва обработка в съответствие със здравните норми и изисквания. Изготвен е график за движението на отпадъците. Персоналът, който работи с опасни отпадъци е снабден със специално защитно облекло. **Показателят е изпълнен.**

Заключение: Изпълнени са и десетте оценъчни показатели – 100%.

НАПРАВЛЕНИЕ № 2 : ОЦЕНЯВАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ, ЧРЕЗ КОИТО СЕ ОКАЗВАТ ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ

КРИТЕРИЙ № 1: ДОСТЪП НА ПАЦИЕНТИТЕ

***1.1.** МБАЛ „ ” ООД предоставя информация на потребителите на медицински услуги за:

1.1.1. Видовете медицински, административни и други услуги, които предлага Лечебното заведение. Притежава “рекламно-информационна” брошура с добро информативно съдържание. Тя е разпространена до други Лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ и е достъпна за всеки пациент. МБАЛ „ ”

ООД представя пред потребителите на здравни услуги въведените в Лечебното заведение или в негови отделни медицински структури методите и средствата за диагностика, лечение, рехабилитация и грижи за пациентите, чрез:

- Информационни табла за пациентите;
- Многократни публикации в местната преса - в-к "Нов хоризонт", в-к „Дневник“;
- Интервюта и участия в здравни предавания в местната кабелна телевизия и ТВ – „Ден“;
- Уеб сайт – www.mbal-rakovski.hit.bg
- Участие в Национолен медицински справочник.

1.1.2. Лечебното заведение осигурява на гражданите информация за реда, условията, финансирането и документирането на диагностично-лечебните и рехабилитационни дейности. Това се осъществява в приемно-консултативните кабинети, както и чрез разпространяването на информационни брошури и средствата за масова информация и по телефона..

Задължителният показател е изпълнен.

1.2. МБАЛ е осигурила на гражданите възможност да получават по телефона информация за видовете медицинска помощ, реда и условията, при които лечебното заведение я предоставя. Информацията се получава денонощно на телефони – 03 151 3152 и 031512445 . **Показателят е изпълнен.**

1.3. В МБАЛ „ Раковски” ООД във фойетата на всеки един етаж от стационарната сграда и в началото на всеки коридор е поставено указателно табло с обозначение на точното разположение на неговите структури.

Показателят е изпълнен.

1.4. Управителят на МБАЛ осъществява ежемесечен контрол на:

1.4.1. листата на чакащите;

1.4.2. средно време за чакане.

Управителят ежедневно контролира броя на постъпващите и изписани болни. Пациентите се хоспитализират своевременно. **Показателят е изпълнен.**

1.5. За осигуряване на достъп за инвалиди, трудно подвижни и тежко болни пациенти до втория етаж на сградата е построен допълнително външен асансьор, който се отваря в самия приемен кабинет. Осигурена е рампа за придвижване на пациенти до рентгеново и неврологично отделение. Достъпът до клинична лаборатория е лесен, тъй като се намира в двора на болницата. За достъп на инвалиди и на пациенти в тежко състояние до структурите на лечебното заведение са осигурени по пет инвалидни колички в отделение. За тежко болните пациенти са осигурени три носилки. В отделенията има комбинирани столове за баня и тоалет. Местата за личен тоалет позволяват влизане на колички и носилки. **Показателят е изпълнен.**

Заключение: Изпълнен задължителния показател и 5-те оценъчни показатели - 100 %.

КРИТЕРИЙ № 2: ПРИЕМ НА ПАЦИЕНТИТЕ

***2.1.** В МБАЛ „ ” ООД е разработена и действа писмена Инструкция, утвърдена от Управителя на лечебното заведение, която регламентира реда, условията, сроковете за прием на пациенти, нуждаещи се от спешна, неотложна или рутинна медицинска помощ. Тя е съобразена с Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение. Изпълнението на инструкцията се контролира:

- в оперативен порядък - всеки работен ден на сутрешен рапорт при управителя на Лечебното заведение или при негов заместник ;
- в планов порядък - един път на тримесечие. Контролът се извършва от Лечебно-контролната комисия и се отразява в констативни протоколи.

Приемът на пациенти е координиран с дейността на болничните структури в ЛЗ, съгласно утвърден от Управителя Общоболничен синхронизиран график. При спешен прием на пациенти в извънработно време, почивни и празнични дни са на разположение специалисти от всички специалности..
Задължителният показател е изпълнен.

***2.2.** Приемът на пациенти се осъществява в ДКБ от лекари с призната специалност, която съответства на профила на приемния кабинет.

- Вътрешно отделение – лекари с призната специалност по вътрешни болести;
- Детско отделение - лекари с призната специалност по педиатрия;
- Неврологично отделение – от Началник отделение, с призната специалност по неврология;
- ОИЛ - началник отделение със специалност Анестезиология и реанимация
- ОФРЛ – лекари със специалност ОФРЛ.

Задължителният показател е изпълнен.

2.3. Приемът на пациенти в консултативно-диагностичните кабинети е обезпечен с необходимите :

- Лекарства - във всеки Приемно-консултативен кабинет има оборудван спешен медицински шкаф с животоспасяващи лекарства;
- Пособия;
- Специализиран инструментариум;
- Апаратура за действие при животоспасяващи състояния.

Извършват се редовни проверки за наличието и състоянието им, за срока на годност на медикаментите. Не са установени нарушения. **Показателят е изпълнен.**

2.4. В МБАЛ Раковски при прием на пациенти е създадена възможност за частична или пълна санитарна обработка на пациентите. Във всеки приемен

кабинет има мивка с течаща топла и студена вода с необходимите миещи и подсушаващи материали. В Манипулационните и санитарните възли на отделенията има на разположение освен миещи, дезинфекционни и обезпаразитяващи препарати и достатъчно подсушаващи материали.

Във всяко отделение, в близост до приемните кабинети има баня, в която при нужда може да се извърши санитарна обработка на постъпващите пациенти.

2.5. За достъпа на инвалиди и на пациенти в тежко състояние до структурите на лечебното заведение в него са осигурени по пет инвалидни колички в отделение. За тежко болните пациенти лечебното заведение разполага с три носилки, намиращи се също във всяко отделение. Осигурени са комбинирани столове за баня и тоалет. Местата за личен тоалет позволяват влизане на колички и носилки.

Санитарната обработка се регистрира с подпис в ИЗ на лицето, което я е извършило. Системно се извършват проверки от главната медицинска сестра по спазването на инструкцията за наличието на дезинфекционни и обезпаразитяващи средства. **Показателят е изпълнен.**

2.5. В МБАЛ са осигурени “колесни” столове, проходилки и носилки за пациенти, когато по време на приема им се налага да ползват услугите на две или повече диагностични и помощни звена в рамките на цялото заведение. При входа на ЛЗ има изградена естакада. **Показателят е изпълнен.**

Заключение: Изпълнени са двата задължителни и 3-те оценъчни показатели – 100 %.

КРИТЕРИЙ № 3: ИНФОРМИРАНост НА ПАЦИЕНТИТЕ

***3.1.** ЛЗ предоставя информация на пациента относно:

3.1.1. длъжността и името на лицата, които участват в диагностичните изследвания и лечението на заболяването му и в прилагането на свързаните с тях грижи - всички служители на болницата носят „бадж“;

3.1.2. размера на евентуалното му финансово участие при изследванията и лечението - информация за потребителската такса и ценоразпис на предлаганите услуги има на информационно гише и във всяка болнична структура;

3.1.3. правилата на вътрешния ред, с които следва да се съобразяват пациентът и неговият придружител, в т.ч. спазване на изискванията за чистота, тишина и забрана на тютюнопушенето на територията на заведението. Във всяка болнична стая и в коридорите на стационарните отделения е налице Правилник за правата и задълженията на пациента. **Задължителният показател е изпълнен.**

3.2. Лекуващият лекар:

3.2.1. Информира пациента /неговия законен представител (попечител, друго лице, определено от пациента, лицето по чл. 162 ал. 3 от Закона за здравето) за здравословното му състояние, за вида и обема на диагностичните и лечебните

процедури, които е необходимо да му се приложат. На пациента или неговия законен представител се предоставя бланка Декларация за “Информирано съгласие”, която се подписва. **Показателят е изпълнен.**

3.2.2. Обяснява на пациента /на неговия законен представител (попечител, друго лице, определено от пациента, лицето по чл.162, ал. 3 от Закона за здравето), че може да определи лицата, които той желае да бъдат информирани за здравословното му състояние. **Показателят е изпълнен.**

3.3. Създадени са условия за зачитане правата, достойнството и свободата на пациента по време на пребиваването му в ЛЗ, като:

3.3.1. по време на прегледа пациентът може да получи отговори на въпроси, които поставя в условията на личен разговор, без присъствието на други лица; **Показателят е изпълнен.**

3.3.2. при извършване на диагностичните, лечебни и рехабилитационни процедури, на общите и специфичните сестрински грижи, изискващи обстановка на интимност, във всяко отделение е осигурена възможност за визуална изолация на болничните легла; **Показателят е изпълнен.**

3.3.3. уважава се религията му и не се възпрепятства желанието му за контакт с духовно лице от неговата религия; **Показателят е изпълнен.**

3.3.4. уважава се желанието му да прекрати по всяко време ползването на прилаганите му медицински услуги и съпътстващи грижи, след като бъде писмено информиран за рисковете, които поема. Съгласието му се отразява в лист “История на заболяване”; **Показателят е изпълнен.**

3.3.5. при присъствие на студенти и специализанти. **Показателят не се отнася за ЛЗ.**

Заключение: Задължителният показател е изпълнен.

Изпълнени са всички 6 оценъчни показатели, отнасящи се за отделението - 100%.

КРИТЕРИЙ №4: ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ

***4.1.** В МБАЛ „” ООД са налице утвърдени от Управителя правила за предоставяне по разбираем начин на информация на всеки пациент (и/или на негов законен представител (попечител); или лицето по чл. 162 ал. 3 от Закона за здравето) относно:

- провеждането на предстоящи диагностични и лечебни процедури;
- ползи и рискове от тях;
- съществуващи алтернативи.

Задължителният показател е изпълнен.

***4.2.** В определените с нормативен акт случаи – манипулации и други диагностични и терапевтични методи, които водят до повишен риск за живота и здравето на пациента или до временна промяна в съзнанието му, информираното съгласие и информираност по чл. 88 от Закон за здравето се предоставят в писмена форма. Горееизброените дейности се извършват без писмено информирано съгласие в полза на здравето на пациента само, когато:

- непосредствено е застрашен животът му;
- физическото и психическото му състояние не позволяват изразяване на информирано съгласие;
- е невъзможно да се получи своевременно информирано съгласие от родител, настойник или попечител или от лице по чл. 162, ал. 3 от ЗЗ в случаите, когато законът го изисква.

Задължителният показател е изпълнен.

***4.3.** Лекарите информират близките на починал пациент, че на починалите в лечебното заведение задължително се извършва аутопсия, както и че изключения се допускат само при писмено желание на близките и след разрешение от Ръководителя на лечебното заведение. **Задължителният показател е изпълнен.**

Заклучение: Изпълнени са всичките 3 задължителни показателя.

КРИТЕРИЙ № 5: НАПУСКАНЕ НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

5.1. МБАЛ е създавала и изпълнява писмени правила за действията, които следва да се извършат след приключване дейността по оказване медицинска помощ на пациента и изписването му. Контролът се извършва ежедневно от началника на отделението и старшата медицинска сестра и по график от ЛКК и Съвета по здравни грижи. **Показателят е изпълнен.**

5.2. Правилата съдържат ясно разписани отговорности за:

5.2.1. информация за други услуги, от които се нуждае; **Показателят е изпълнен.**

5.2.2. даване на указания на пациента при напускане на лечебното заведение за продължаващо лечение, хранителен, двигателен и трудов режим. **Показателят е изпълнен.**

***5.2.3.** предпазване от рискови за здравето фактори на среда – в епикризата са отразени указанията за продължаващото лечение, режима и други дейности, които следва да изпълнява пациентът, с цел предпазване от рискове за здравето. При напускане на болницата се дават и устни указания. **Задължителният показател е изпълнен.**

***5.2.4.** контролни медицински прегледи и консултации - кога и при кого, отразени в епикризата, която пациентът получава при изписване. **Задължителният показател е изпълнен.**

5.2.5. Всички изписани пациенти получават екземпляр от епикризата.

Правилата, касаещи критерий № 5, са връчени срещу подпис на всички началници на медицинските структури и са доведени до знанието на ръководените от тях лекари и медицински специалисти. Изпълнението на правилата се контролира:

- в оперативен порядък – ежедневно от началника и старшата медицинска сестра на всяка медицинска структура;
- в планов порядък - ЛКК и Съвета по здравни грижи. **Показателят е изпълнен.**

Заключение: Изпълнени са двата задължителни показателя и всичките 4 на брой оценъчни показатели - 100%.

КРИТЕРИЙ №6 : ДОКУМЕНТООБОРОТ

***6.1.** МБАЛ „ ” ООД провежда политика за водене, съхраняване, защита и обмен на информацията за здравното състояние на пациента, основана на добра организация, определени отговорности и точно регистриране от всички специалисти, участващи в неговата диагностика, лечение, рехабилитация и съпътстващи грижи. Налице са писмени правила относно воденето на медицинската документация. Съдържащата се в досието на пациента информация:

- се подчинява на изискванията за поверителност;
- се съхранява надеждно;
- е източник на достатъчни по вид, обем и вярност данни за нуждите на медицинските професионалисти.

Пациентното досие се модулира по начин, който осигурява усъвършенстване и периодична оценка. Отговорностите на различните лекари, които участват в съставянето и поддържането на пациентните досиета (лекари и други) са писмено определени. **Задължителният показател е изпълнен.**

***6.2.** В МБАЛ „ ” ООД за всеки пациент се води пациентно досие, което е подвързано, класирано и съдържа: история на заболяването (с отразени декурзуси, искания и резултати от проведени консултации); температурен лист данни за проведени диагностични процедури и изследвания; оперативни и анестезиологични протоколи; писмено изразено съгласие за провеждане на диагностични и лечебни методи; епикриза; всички останали медицински документи, издавани във връзка със здравното състояние на пациента. **Задължителният показател е изпълнен.**

***6.3.** Със заповед № 297 от 20.10 2003 г. на Управителя на ЛЗ са определени отговорностите на лицата, които участват в съставянето и поддържането на пациентните досиета. Редът, условията и сроковете за прием на пациенти са регламентирани с определена инструкция. Пациентното досие се съставя от лекуващия или дежурния лекар в деня, в който пациентът е постъпил в лечебното заведение и съдържа: първоначалната оценка на неговото състояние; информираното му съгласие за извършване на диагностично-лечебни и рехабилитационни дейности; еволюцията на клиничното състояние; проведените медицински дейности; лекарствената терапия; резултати от изследвания; положените грижи; епикриза. **Задължителният показател е изпълнен.**

Заключение: Изпълнени са всичките 3 задължителни показателя.

НАПРАВЛЕНИЕ № 3: ОЦЕНЯВАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ

КРИТЕРИЙ № 1: РЕЗУЛТАТИ ОТ ДЕЙНОСТ

1.1. В МБАЛ „ ” ООД съвпадението на предварителната клинична с окончателната клинична диагноза за периода 2005-2007 год. е по-голямо от 90 %.

отделения		години	
	2005	2006	2007
Вътрешно		92.09	90.73
Детско		94.60	91.36
Неврологично		94.50	91.36
ОФТР		100	100

Данните са събрани и обработени от статистическия отдел в МБАЛ
Показателят е изпълнен.

1.2. В МБАЛ ”Раковски ”ЕООД не са извършвани аутопсии на починали пациенти, поради писмен отказ на близките и поради липса на неясни клинични случаи и случаи подлежащи на съдебно-медицинска експертиза. Налице е заповед на управителя/№296/20.10.2003г./ в която е разписано, че на починалите в болницата задължително се извършва аутопсия. Изключение се допуска само при писмено желание на близките. В болницата няма разкрито собствено патологоанатомично звено. ЛЗ има сключен договор за този вид дейност с УМБАЛ ”Св.Георги” АД-Пловдив. **Показателят е изпълнен.**

1.3. Един път на тримесечие се провеждат протоколирани клинично-лабораторни срещи с лекарския състав за разглеждане на клинични случаи. **Показателят е изпълнен.**

1.4. В МБАЛ ”Раковски ”ЕООД във всяко стационарно отделение ежесмесечно се разглеждат и анализират всички случаи на усложнения от диагностично-лечебния процес на лекарски колегиуми, които се протоколират. Тази дейност е регламентирана със заповед №294/08.10.2003г. на управителя. Във всяко отделение е въведен журнал в който се вписват всички такива случаи. До момента те са единични и са разгледани , анализирани и протоколирани. **Показателят е изпълнен.**

Заклучение: Изпълнени са 4-те оценъчни показатели - 100%.

КРИТЕРИЙ № 2 : КОНТРОЛ НА ВБИ

2.1. В МБАЛ ”Раковски ”ЕООД референтните стойности на регистрираните ВБИ по категории отделения са както следва:

2.1. 1. за отделение за интензивно лечение – 30 % /±10 % / - новооткрито и показателя не може да се отчете.

2.1. 2. за рискови отделения – 10 % / ±5% / - не се отнася за ЛЗ.

2.1.3. за останалите отделения :

ОТДЕ ЛЕ НИЯ	Години								
	2005			2006			2007		
	Бр. лекувани пациенти	В т.ч. ВБИ	%	Бр. лекувани пациенти	В т.ч. ВБИ	%	Бр. лекувани пациенти	В т.ч. ВБИ	%
ВО	998	6	0.6	1011	11	1.08	1010	13	1.29
ДО	840	8	1.0	958	17	1.77	1008	22	2.18
НО	521	7	1.3	538	8	1.48	899	0	0
ОФТ Р	266	1	0.37	290	1	0.34	361	3	0.83

Има регистрирани ВБИ за последните две години над 1%. Показателят е изпълнен.

2.2. Няма регистрирани септични странични реакции и усложнения при извършване на диагностични, лечебни и рехабилитационни процедури. Има готовност при възникване, същите да бъдат своевременно регистрирани и да се вземе съответното мениджърско решение. Показателят е изпълнен.

*2.3. Извършва се годишно проучване на заболяемостта от ВБИ

ОТДЕЛЕН ИЯ	2005			2006			2007		
	Бр. Лекуван и пациенти	В т.ч. ВБИ	%	Бр. Лекуван и пациенти	В т.ч. ВБИ	%	Бр. Лекувани пациенти	В т.ч. ВБИ	%
общо	2625	22	0.83	2797	37	1.32	3278	38	1.16

Задължителният показател е изпълнен.

2.4. Не се отнася за лечебното заведение.

2.5. Не се отнася за лечебното заведение.

Заклучение: Изпълнен задължителният показател и всичките оценъчни показатели, отнасящи се за лечебното заведение - 100%.

Критерий № 3. Удовлетвореност на пациентите

3.1. В МБАЛ „ ” ООД гр. Раковски има вътрешен ред за проучване удовлетвореността на пациентите - най-малко на 10 % от постъпилите за лечение пациенти в ЛЗ се предоставя за попълване Анкетна карта. Относителният дял на пациентите, доволни от оказаната им в МБАЛ „ ” ООД медицинска помощ, проследено в периода 2005-2007 година по въпроси, е както следва:

Всяка година се анкетират средно около 540 пациента. Разпределението на анкетираните пациенти по възрастови групи показва преобладаване на лицата от групата над 60 год. 38.79%, следвани от 21-40 год. 31.48% и 41-60 год. 24.07%. Относително нисък дял е представена възрастова група под 20 години 5.55%.

От проведената анкета към момента на акредитацията на всички 27 болни от стационара, става ясно, че мнозинството от пациентите не са срещали никакви трудности при постъпването в болницата. Насочени са от личен лекар 44.5%, от специалист 37%, 3.7% по спешност, а сами са избрали болничното заведение - 14.8%.

Удовлетвореността на пациентите относно информацията, която са получили при постъпването в болницата за вътрешния ред в отделението, за заболяването и лечението им, необходимите изследвания, получени препоръки и информация при изписването е 100%.

Пациентите изказват висока степен на задоволство от отношението на лекарите към тях - 1% доволни и 99% много доволни.

На въпроса за отношението на медицинска сестра - 100 % дават отговор – много добро. Удовлетвореността на пациентите от времето за посещение на техните близки е висока - 99% са доволни, 1% не могат да преценят. Всички пациенти са удовлетворени от медицинското и битово обслужване.

Оценките за количеството и качеството на храната при всички анкетираните са отлични.

Високата степен на удовлетвореност определя и желанието на пациентите при необходимост да постъпят отново в болницата за лечение. Всички биха го направили заради медицинското обслужване, квалификацията на персонала и комфортната болничната обстановка.

3.2. В МБАЛ „ ” ООД има ред за разглеждане на жалби, регламентиран със Заповед № на Управителя на болницата. Извършва се: Анкетиране; Анализиране; Отговор на жалби от пациенти.

До момента няма подадена основателна жалба за нарушение на диагностиката, лечението и здравните грижи.

Заключение: Изпълнени са двата оценъчни показатели -100%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТ ОЦЕНЯВАНЕТО НА ЦЯЛОСТНАТА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ:

На основание гореизложеното и присъдените оценки за всеки критерий Експертната комисия предлага на почитаемия Акредитационен съвет:

**Да утвърди оценки и оценъчни точки на институцията
Многопрофилна болница за активно лечение МБАЛ "Раковски
"ЕООД, както следва:**

На- прав- ление	Крите- рии	Брой оце- нъчни показатели в критерия	Съотношение - брой изпълнени оценъчни показатели спрямо общия брой оценъчни показатели, в проценти	Точки на крите- рия	Коефи- циент на тежест	Оценка
1	1	Задължителен				
	2	5	83.33%	3	х 2	6
	3	3	100 %	4	х 2	8
	4	1	100%	4		4
	5	2	100%	4		4
	6	2	100%	4		4
	7	10	100%	4		4
2	1	5	100%	4		4
	2	3	100%	4		4
	3	7	100%	4		4
	4	Задължителен				
	5	4	100%	4		4
	6	Задължителен				
3	1	4	100%	4	х 2	8
	2	6	50%	2		2
	3	2	100%	4		4

Направление № 1 – 30 точки;

Направление № 2 – 16 точки;

Направление № 3 – 14 точки;

**Общ брой точки – 60 - (90%) - много добра оценка за срок от 4
(четири) години.**

ЧАСТ ВТОРА

ОЦЕНКА НА ОТДЕЛНИ МЕДИЦИНСКИ И ДРУГИ ДЕЙНОСТИ

ВЪТРЕШНО ОТДЕЛЕНИЕ

Общи показатели, приложими за клиника /отделение/ без оглед на неговия клиничен профил

***1.1.** Вътрешно отделение е ситуирано на втория етаж в болничния комплекс на МБАЛ „Раковски- ЕООД“ гр.Раковски. Със Заповед на Управителя броят на леглата в отделението е определен на 21, разпределени в 7 болнични стаи и един изолатор- 18,2кв.м. площ с две легла. Към отделението е разкрит приемно-консултативен кабинет, свързан чрез асансьор с централния вход на болницата. Със заповед №18/от 18.01.2008г. на Управителя на МБАЛ“Раковски -ЕООД“ във ВО са обособени на функционален принцип следните сектори: кардиология – 5 легла, пулмология – 5 легла, гастроентерология – 4 легла, нефрология – 4 легла, сектор палиатини грижи – 3 легла. Всички помещения в отделението са разположени функционално правилно и имат връзка както помежду си, така и с останалите кабинети и комуникационни системи в болницата. Съгласно хигиенно заключение от РИОКОЗ гр.Пловдив обектът МБАЛ „Раковски” ЕООД, в чиято структура е ВО, отговаря на хигиенните изисквания по чл. 7 от Наредба № 29. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2. Осигуреност на отделението с персонал:

***1.2.1.** Началникът на отделението е с придобита специалност по профила на отделението – „Вътрешни болести” и е назначен по избор на постоянен трудов договор. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2.2. Няма лекари без специалност по профила на отделението.В отделението работят общо 3 лекари, 2 от които са с две специалности, съответно „Вътрешни болести“ , втора специалност единият кардиология, а другият пулмология. **Показателят е изпълнен.**

1.2.3. В отделението няма лекари без придобита специалност „Вътрешни болести“ **Показателят е изпълнен.**

1.2.4. В отделението работят 4 медицински сестри. Броят на медицинските сестри е 0,7 пъти по-малък от лекарските длъжности. **Показателят не е изпълнен.**

1.3. Вътрешно отделение разполага с необходимото оборудване за лечение на критични нарушения в жизненоважните функции на болни, включващо екипировка за контрол на жизнените функции и извършване на рутинни изследвания; парентерална инфузия и преливане на кръв; кардиопулмонална ресусцитация - приложени като доказателство в инвентаризационен опис. Посочените екипировки се проверяват периодично. При направената проверка

се установи, че същите са в наличност и изправност. Всички изисквания за оборудване на отделението с медицинска апаратура, техника, пособия и спешен лекарствен шкаф със списък на съдържащите се лекарства и списък на лекарствените средства, съхранявани във Venena A / B са спазени. **Изпълнен показател.**

***1.4.** Спазва се Правилника за устройство и вътрешен ред на отделението, синхронизиран с този на болницата. В него подробно са описани функциите и отговорностите на отделните служители. **Задължителният показател е изпълнен.**

***1.5.** Спазват се правилата за взаимовръзка и комуникация с диагностичните и лечебните структури в болницата. Връзката на отделението с приемно-консултативния кабинет и другите структурни звена на болницата се осъществява на базата на общоболничен синхронизиран график, включващ всички видове дейности. Дейността се осъществява и контролира на база синхронизирани графици за лекари и специалисти по здравни грижи от началника на отделението и ст.м.с. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.6. Налице е звуково-светлинна алармена система, което гарантира бърз отговор на повикването от страна на пациента **Показателят е изпълнен.**

***1.7.** Във Вътрешно отделение се събират, обработват и анализират данни за: **/1.7.1/** движението на пациентите; **/1.7.2/** използваемостта на капацитета; **/1.7.3/** средната продължителност на болничния престой.

Движението на пациентите се отчита ежедневно в журнала на отделението и в АСБ на МБАЛ. Единични са случаите на приведени пациенти в други структури на болницата и други лечебни заведения, което се отразява в журнала на отделението.

Показатели за дейността на вътрешно отделение за периода 2005-2007 г.

Показатели	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Брой легла	25	25	23
Преминали болни - от тях по КП	998	1011	1010
Леглодни	9436	8703	7688
Използваемост на леглата в дни и %	363 / 99,45	322 / 88,22	320 / 87,67
Оборот на леглата	38	37	42
Среден престой	9,5	8,6	7,6
Проведени леглодни			
Рехоспитализирани/ отн. дял	2	3	2
Леталитет	35/3,5	15	27
ВБИ %	0,60%	0,90%	0.3 %
Стойност на едно легло	34818.42	29321.00	28048.40
Стойност на един преминал болен	467.56	448,25	449,6

Стойност на един леглоден	49,45	52,07	59,08
Стойност на един лекарствен	11,83	12,18	11,68

Сравнителният анализ показва намаляване на средния престой, нисък процент рехоспитализирани, почти нулев леталитет, добри стойности на лекарстводни и леглодни.

1.7.4. Не се отнася за отделението.

1.7.5. Движението на пациентите се отчита ежедневно в журнала на отделението и в АСБ на МБАЛ. Единични са случаите на преведени пациенти в други структури на болницата и други лечебни заведения, което се отразява в журнала на отделението.

Показател	2005	2006	2007
Постъпили	983	1005	1016
Приведени	-	-	-
Изписани	958	990	996
Починали	35	15	27

1.7.6. Рехоспитализациите в рамките на годината са свързани с характера на лекуваните заболявания, предимно хронични, с висок риск и усложнения. Стриктно се преценяват индикациите за хоспитализация, формулирани в стандартите за добра медицинска практика „клинични пътеки”.

Задължителният показател 1.7. е изпълнен.

1.8.1 – 1.8.6. Вътрешно отделение изпълнява нормите за общо функциониране на МБАЛ „Раковски“ ЕООД гр. Раковски чрез спазване на Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на болницата и Правилника за вътрешния ред на отделението. Пациентите се приемат планоно и по спешност чрез приемно-консултативен кабинет на отделението. Тук се оформя диагностично-лечебния план и се съставя пациентско досие. Пациентът или негов законен представител се запознават с правата и задълженията му по време на престоя в болницата, подписват Декларация за информирано съгласие и Декларация относно финансовите условия за болнично лечение в МБАЛ. Информацията в История на заболяване е строго конфиденциална и се съхранява надлежно, предоставя се на болния или неговите близки само от лекар. След изписването на пациента, досиетата се предават в медицинската канцелария и се съхраняват под строг контрол. Редът за снабдяване с лекарства, медицински консумативи, кръв и кръвни съставки, инвентар и други във Вътрешно отделение е съобразен с общоболничния синхронизиран график и е оформен със заповеди на Управителя. Изписването на лекарства и медицински консумативи става по лекарствен лист, ежедневно от болничния склад. Същият се попълва от старшата медицинска сестра в отделението или от дежурната медицинска сестра. Старшата медицинска сестра изписва и подписва лекарствения лист за получаване на медикаментите за спешния шкаф, както и исканията за консумативи, инвентар, дезинфектанти и почистващи препарати.

Снабдяването с кръв и кръвни продукти се осъществява чрез “Кръвен център” на МБАЛ-Пазарджик. Попълват се специални формуляри в два екземпляра, като се вписва исканото количество, кръвната група, номера на фиша за кръвна група, подпис на лекуващия лекар или началника на отделението. Екземпляр от заявката се съхранява в История на заболяването. Вътрешно отделение провежда антибиотична политика, съобразена с най-новите консенсуси и препоръки на съответните български и международни организации. С това се постига максимална ефективност на провежданата терапия, както и оптимизиране на съотношението цена/полза при приложение на отделните медикаменти и се избягва развитието на резистентни щамове. Медицинската техника, с която разполага Вътрешно отделение, се поддържа от оторизирани фирми, с които ЛЗ има сключени договори. За изправността на всеки един апарат фирмата издава технически протоколи за изправност; извършва инструктаж на персонала за техниката на безопасност при работа с нея.

Изпълнени са всички 6 оценъчни показатели.

1.9.1.-1.9.2. Няма приет медицински стандарт по Вътрешни болести. Отделението работи по 5 клинични пътеки. Има разработени 17 собствени клинични протоколи (терапевтични алгоритми) и 30 технически фишове за добри сестрински грижи. **Изпълнени са всичките 2 оценъчни показатели.**

1.10. Във Вътрешно отделение има разработен план за профилактика и борба с ВБИ. Същият е утвърден от управителя на лечебното заведение. Регистрирането на ВБИ се извършва в специален журнал, където се отразяват: името на пациента; номера на ИЗ; възраст; дата на приемане; приемна диагноза; диагноза на ВБИ. За акредитирания период регистрираните ВБИ са под 1%.

Неизпълнен оценъчен показател.

Заключение: Изпълнени са всичките 5 задължителни общи показатели и 11 оценъчни показатели от общо 14, отнасящи се за ВО. /78.57%/.

Специфични показатели за дейността на вътрешно отделение

2.1. Вътрешно отделение, като структура на МБАЛ, разполага със собствена апаратура и апаратура на разположение, собственост на лечебното заведение:

2.1.1. разполага с електрокардиографа - 12 канален.

2.1.2. Вътрешно отделение разполага с Ехограф “Picket / Hitachi LS2500 “ със цветен високомощностен пулсов и дирекционален силов доплер, автоматична фокусировка при излъчване, циклична памет, монитор на течни кристали с висока разрешаваща способност, архивираща система. Оборудван е с трансдюсери за абдоминална ехография, ехокардиография. Същият е разположен във Функционален кабинет на болницата.

Приложени са сертификати за работа на лекари от отделението .

2.1.3. Велоергометър с протекция на дефибрилатор – ползва се по договор с МЦ”Св.Елисвета” ООД , разпалажен в двора на болницата.

2.1.4. ВО разполага с ехокардиограф. Представени са документи за квалификация.

2.1.5. Разполага с доплеров ехограф с възможност за изследване на коремни органи и доплер – ехокардиография. Представени са документи за квалификация.

2.1.6. Фиброгастроскоп – ползва се по договор с МЦ“ Св. Елисавета“ ООД.

2.1.7. Вътрешно отделение не разполага с ректоскоп. **Показател неизпълнен.**

2.1.8 . Вътрешно отделение притежава компютърно базиран спирометър.

2.1.9. Холтер ЕКГ- по договор с МЦ“Св.Елисавета“.

2.1.10. Рзполага с инхалатор.

2.1.11. Няма ректосигмоидоскоп. **Показателя не е изпълнен**

2.2. Вътрешно отделение има възможност за имунологична диагностика – по договор с МЦ „Св. Елисавета“ ООД

2.3. Във Вътрешно отделение до м.декември 2007г е имало интензивен сектор, а от началото на 2008г е разкрито Интензивно отделение.има .

заклучение:

- Изпълнени са 11 от всичките 14 общи оценъчни показатели, отнасящи се за отделението. Процентното изпълнение на общите оценъчни показатели е 78.57%.
- Изпълнени са всичките 11 специфични оценъчни показатели. Процентното изпълнение на специфичните оценъчни показатели за отделението е 84%.
- Средноаритметичният сбор от процентното изпълнение на общите оценъчни и специфичните оценъчни показатели за отделението е 89.3 %.

Комисията предлага за отделението по вътрешни болести крайна оценка "много добра" за срок от четири години, тъй като изпълнението на оценъчните точки е в границите на 81-90%.

ДЕТСКО ОТДЕЛЕНИЕ

Общи показатели, приложими за клиника /отделение/ без оглед на неговия клиничен профил

1.1. Детско отделение на МБАЛ” Раковски -ЕООД” е разположено на I етаж на сградата на болницата.Съгласно заповед №18/ 18.01.2008г. на Управителя на ЛЗ отделението функционира с 18 легла, разпределени в 2 сектора: детски кърмачески – 10 легла в 5 бокса и детски неинфекциозен – 8 легла разпределени в 2 болничини стаи и един изолатор.Състои се от 5 обособени звена – приемно-консултативен кабинет, стационар, администрация, кухненски и стопански бокс. Средногодишният брой легла в ДО е 15, разпределени както следва: кърмачески – 4, интензивни – 1, изолационни – 3 и неинфекциозни - 7. Изолаторът има собствен санитарен възел и отделен вход към стълбището. Помещенията в отделението са разпределени функционално правилно и имат връзка помежду си и с останалите кабинети и комуникационни системи в болницата, видно от хигиенното заключение на РИОКОЗ – Пловдив, ПЕК № 228 от 11.01.2008 г. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2. Кадровата осигуреност на отделението с лекари е съобразена с броя на болничните легла и спецификата на дейността. **Показателят е изпълнен.**

1.2.1. Началникът на отделението е със специалност по профила на отделението - педиатрия.

Задължителният показател е изпълнен.

1.2.2. Общият брой на лекарите, работещи в отделението, е 2, като и двете имат призната специалност по педиатрия. **Показателят е изпълнен.**

1.2.3. В отделението няма лекари без специалност. **Показателят е изпълнен.**

1.2.4. В отделението работят 4 медицински сестри, вкл. старша медицинска сестра. Броят на медицинските специалисти е 2 пъти по-голям от този на лекарите. **Показателят е изпълнен.**

1.3. ДО разполага с необходимото оборудване за лечение на критични състояния на болни деца, включващо екипировка за контрол на жизнените функции, извършване на рутинни изследвания, парентерална инфузия, хемотрансфузия и кардиопулмонална ресусцитация, приложени като доказателство в инвентаризационен опис. Отделението има обособена **стая за интензивно наблюдение и грижи**, оборудвана съгласно стандарта за интензивно лечение. Всички изисквания за оборудване на отделението с медицинска апаратура, техника, пособия и спешен лекарски шкаф са спазени. Редовно се извършват проверки от гл.м.с. и ст.м.с. на състоянието на спешните аптечни шкафове, отразени в протоколи, поради което комисията счита, че **показателят е изпълнен.**

1.4. Вътрешната организация на дейностите в отделението е регламентирана с Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на отделението. В него и длъжностните характеристики подробно са описани функциите и отговорността на отделните служители. Правилникът на отделението е синхронизиран с правилника на болницата и регламентира всички необходими дейности. Контролът се осъществява от началника на отделението и старшата медицинска сестра ежедневно. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.5. Връзката на отделението с приемно-консултативния кабинет и другите звена на болницата се осъществява на базата на общоболничен синхронизиран график, а дейността се осъществява и контролира на базата на синхронизирани графици за лекари и специалисти по здравни грижи. С това комисията счита, че **задължителният показател е изпълнен.**

1.6. Звуково-светлинната алармена система за осъществяване на потребността от спешен контакт и гарантираща бърз отговор на повикването на пациента от сестра и лекар работи, поради което считаме показателя за изпълнен.

1.7. В отделението е създадена организация за събиране, обработване и анализ на статистическите данни за: 1.7.1. Движение на пациентите; 1.7.2. Използваемостта на капацитета; 1.7.3. Средна продължителност на болничния престой.

Движението на пациентите се отчита ежедневно в журнала на отделението и в АСБ.

Единични са случаите на преведени пациенти в други структури на болницата и други лечебни заведения, отразено в журнала на отделението

Показатели за дейността на детско отделение за периода 2005-2007 г.

Показатели/Година	2005	2006	2007
Ср.год. брой легла	15	15	15
Преминали болни	840	958	1008
Леглодни	7658	8125	7647
Използваемост в дни	348,1	353	347,6
Използваемост в %			
Среден престой в дни	9,1	8,5	7,6
Оборот			
Леталитет (%)	0	0	0

Сравнителният анализ на количествените показатели през последните три години показва тенденция към оптимизация като за 2007 г. те са най-добри. Намален е средният престой в дни и увеличен оборотът на 1 легло. Средногодишният брой легла е в зависимост от епидемиологичната обстановка през наблюдавания период. Подобрените показатели са вследствие добър мениджмънт и увеличен брой клинични пътеки - 8 за 2007 г. срещу 7 за 2005 г.

1.7.4. Не се отчита за отделението.

1.7.5. Резултатите от проведеното лечение се обсъждат и анализират всяко тримесечие от началника отделениято. Оценка на резултатите от лечението се извършва и чрез :

- Съвпадение на приемната с окончателната диагноза – 97 %.
- Съвпадение на окончателната с патоанатомичната – не се извършва, тъй като леталитетът е 0 %.

Изход от лечението/Година	2005	2006	2007
Преминали	831	943	999
Оздравели	794	921	989
С подобрене	33	19	2
С влошаване	-	2	2
Леталитет	0%	0%	0%

Подобряване на показателите „оздравели” и „с влошаване” се забелязва отново през последната година от наблюдавания период.

1.7.6. Повторен прием на пациенти и причините за него.

Последните три години няма.

Задължителният показател / 1.7. / е изпълнен.

1.8.1 – 1.8.6. Приемът на децата се осъществява в приемно-консултативен кабинет, регламентиран в Правилник за устройството и дейността на ДО.. В историята на заболяване са налице подписани декларации за информирано съгласие на родителите при постъпване на децата и преди извършване на всяка нова лечебна процедура. ИЗ се водят от лекуващите лекари и съхраняват в кабинета на началник отделениято за срок от ? месец след изписването, след което се съхраняват в информационното звено до 2 година и след това постъпват в болничния архив. Снабдяването с кръв и кръвни продукти се осъществява чрез РЦТХ – г. Пловдив. Попълват се специални формуляри в два екземпляра, като се вписва исканото количество, кръвната група, номера на фиша за кръвна група, подпис на лекуващия лекар или началника на отделениято. Екземпляр от заявката се съхранява в История на заболяването. Снабдяването с медикаменти и консумативи е съобразено със заповеди на управителя на болницата. Антибиотичната политика се свързва с резултатите от микробиологичния мониторинг на биологични материали от пациенти. Медицинската техника, с която разполага детско отделение, се поддържа от Сервиз за медицинска техника „КО-МЕД. Медицинска техника” ООД – гр. Пловдив с която ЛЗ има сключен договор. За всеки един апарат фирмата издава технически протоколи за изправност, извършва инструктаж на персонала за техниката по безопасност при работа с нея. Системно е провеждано обучение на персонала по безопасност на труда и опазването на децата в ДО, отразено в книга с протоколи. **Показателите са изпълнени.**

1.9.1. – 1.9.2. Тъй като няма приет медицински стандарт по педиатрия, отделениято работи по 8 клинични пътеки, както и по 27 собствени клинични протоколи / диагностично-терапевтични алгоритми / и 30 протоколи и технически фишове за здравни грижи, приложени като доказателство. **Показателите са изпълнени.**

1.10. Персоналът е запознат срещу подпис с общоболничната Програма за превенция и контрол на ВБИ. За периода 2005 г. – 2007 г. са регистрирани следните ВБИ:

за 2005г при преминали болни 840 – 1бр./0,1%

за 2006г при преминали болни 958 – 17бр./ 1,7%

за 2007г при преминали болни 1008 – 2бр./0,2%

Експертно заключение: Изпълнени са всичките 5 задължителни показатели и 13 оценъчни показатели от всичките 14 (92.86%).

Специфични показатели за дейността на детско отделение

2.1. До всяко легло в отделението е осигурено достатъчно пространство, позволяващо присъствие на придружител. Всеки от кърмаческите боксове е с квадратура 12 кв.м и височина 3.2м. **Показателят е изпълнен.**

2.2. Осигурено е подходящо пространство с удобство за кърмене на бебетата - **показателят е изпълнен.**

2.3. Леглата за кърмачета са обезопасени с необходимите прегради и средства, предпазващи децата от падане и нараняване. **Показателят е изпълнен.**

2.4. Всички контакти в отделението са обезопасени с предпазни капачки. Прозорците са с метални решетки, вратите към стълбищата се заключват. **Показателят е изпълнен..**

2.5. В отделението има столова - занималня - 8 кв.м, снабдена с играчки за децата и художествено оформен кът. **Показателят е изпълнен.**

2.6. Медицинските сестри непрекъснато повишават квалификацията в областта на грижите и поведението с децата, видно от програмата за обучение, протоколите от сестрински колегиуми и други документи. Има приложени сертификати и удостоверения от проведени индивидуални квалификационни курсове.

Показателят е изпълнен..

2.7. Налице са писмени правила, които са част от Правилника на отделението и Правилника за вътрешния ред и регламентират съпровождането на детето от служител на отделението за изследвания, консултации и лечение извън отделението и болницата, поведението на придружителите, реда за предаване на детето при изписване и др. Резултатите от извършените проверки са отразени в протоколи, видно от доказателствения материал.

Показателят е изпълнен.

Експертно заключение: *Изпълнени са всичките специфични оценъчни показатели (100.00%).*

Експертно заключение от оценяването на детско отделение:

- **Всички общи показатели, означени като “задължителни” за отделението са изпълнени.**
- Изпълнени са 13 от всичките **14 общи оценъчни** показатели за отделението. Процентното изпълнение на общите оценъчни показатели е **92.86%.**
- Изпълнени са всичките **9 специфични оценъчни** показатели за отделението. Процентното изпълнение на специфичните оценъчни показатели за отделението е **100%.**
- **Средноаритметичният сбор** от процентното изпълнение на общите оценъчни и специфичните оценъчни показатели за отделението е **96.43%.**

На основание гореизложеното и присъдените оценки за всеки показател експертната комисия предлага на уважаемия Акредитационен съвет да **присъди на отделението по ДЕТСКИ болести крайна акредитационна оценка "отлична" за срок от 5 (пет) години, тъй като изпълнението на оценъчните точки е в границите на 91-100%.**

НЕВРОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ

Общи показатели, приложими за клиника /отделение/ без оглед на неговия клиничен профил

***1.1** Неврологично отделение е с насоченост към лечение на полиневропатии, съдови заболявания, травми на централната и периферна нервна система, както и дегенеративни заболявания. Разположено е на първия етаж в източната част на сградата. Със Заповед № 29/24.11. 2006 г. на Управителя са разкрити 10 легла, които при необходимост се ползват и от ОФТР. Разположени са в 5 болнични стаи, всички със собствен санитарен възел. Всички помещения са разпределени функционално правилно и имат връзка помежду си и с останалите кабинети и комуникационни системи в болницата. Хигиенното заключение на РИОКОЗ – Пазарджик – ПЕК № 301/19.01.2004 г. удостоверява, че обектът отговаря на хигиенните изисквания по чл. 7 от Наредба № 29. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2. Кадровата осигуреност на НО е съобразена с броя болнични легла и спецификата на дейността: лекари – 3; медицински сестри – 4 и 3 санитари.

***1.2.1.** Началникът на отделение е с придобита специалност по профила на отделението – нервни болести и е назначен на постоянен трудов договор. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2.2. Лекарите, работещи в отделението като физически лица са 3. Всички притежават специалност Неврология. **Показателят е изпълнен.**

1.2.3. В отделението няма лекари без специалност. **Показателят е изпълнен.**

1.2.4. В отделението работят 4 медицински сестри. Съотношението лекари - медицински сестри е 1,33. **Показателят не е изпълнен.**

1.3. Неврологично отделение разполага с необходимото оборудване за лечение на критични нарушения в жизненоважните функции на болни, включващо екипировка за контрол на жизнените функции и извършване на рутинни изследвания, за парентерална инфузия и преливане на кръв, за кардиопулмонална ресусцитация, приложени като доказателство в инвентаризационен опис. Посочените екипировки се проверяват периодично. При направената проверка се установи, че същите са в наличност и изправност. Налице са договори за сервизно обслужване и протоколи. Всички изисквания за оборудване на отделението с медицинска апаратура, техника, пособия и спешен лекарствен шкаф /със списък на съдържащите се лекарства и списък на лекарствените средства, съхранявани във Venena A / B са спазени. **Показателят е изпълнен.**

***1.4.** Спазва се Правилника за устройство и вътрешен ред на отделението, синхронизиран с общия правилник на болницата. В него подробно са описани функциите и отговорностите на отделните служители. Контролът се осъществява от началника на отделението и старшата медицинска сестра. **Задължителният показател е изпълнен.**

***1.5.** Спазват се правилата за взаимовръзка и комуникация с диагностичните и лечебните структури в болницата. Връзката на отделението с приемно-консултативния кабинет и другите структурни звена на болницата се осъществява на базата на общоболничен синхронизиран график, включващ всички видове дейности. Дейността се осъществява и контролира на база

синхронизирани графици за лекари и специалисти по здравни грижи.
Задължителният показател е изпълнен.

1.6. Налице е звуково-светлинна алармена система, което гарантира бърз отговор на повикването от страна на пациента на сестра за по-малко от 2 минути и лекар за по-малко от 10 минути. **Показателят е изпълнен.**

***1.7.** В отделението анализират данни за:

1.7.1 – 1.7.3. Виж таблицата

Показатели за дейността на неврологично отделение за периода 2005-2007 г.

Показатели/Година	2005	2006	2007
Ср.год. брой легла			
Леглодни			
Преминали болни			
Използваемост/ дни			
Използваемост / %			
Среден престой/дни			
Оборот			
Леталитет (%)			

Установява се увеличаване на броя преминали болни през последните две години. Налице е оптимизация на показателите за 2007 г. - увеличен оборот, намален среден престой и повишаване използваемостта на легловия фонд.

1.7.4. Не се отчита за отделението

1.7.5. Резултатите от проведеното лечение се обсъждат на всяко тримесечие от началника отделението. Оценка на резултатите от лечението се извършва и чрез: Съвпадение на приемната с окончателната диагноза - 96 %- 97 %.

Исход от лечението/Година	2005	2006	2007
Преминали			
Оздравели			
С подобрение			
Без промяна			

Нулевите стойности в графа „оздравели” са свързани със специфичната патология на отделението /хронично болни/.

1.7.6. Повторен прием на пациенти и причините за него.

Показатели/Година	2005	2006	2007
Общ брой преминали болни			
Рехоспитализирани			
Относителен дял			

Относителният дял на рехоспитализираните болни /ре-инсулти/ намалява като за 2007 г. е 0.18 % срещу 0.87 за 2005 г.

Задължителният показател 1.7.е изпълнен.

1.8. В отделението се спазват правилата на лечебното заведение за:

1.8.1. Предоставяне информация на всеки пациент относно провеждането на диагностични и лечебни процедури, ползите и рисковете от тях и съществуващите алтернативи.

1.8.2. Пациентът дава писмено съгласие преди извършване на дейностите, манипулациите и операциите.

1.8.3. Има общоболнични правила за водене, съхраняване и защита на досието.

1.8.4. Връзката на стационара с болничната аптека и кръвна банка е съобразно общоболничния синхронизиран график.

1.8.5. Изпълнява се антибиотична стратегия, основаваща се на микробиологичен мониторинг.

1.8.6. Приложени са протоколи от технически проверки, както и журнали за запознаване на персонала за безопасна практика. **Показателите (1.8.1 – 1.8.6.) са изпълнени.**

1.9. Съгласно предмета на дейност отделението:

1.9.1 работи по утвърден медицински стандарт "Нервни болести". Налице е заповед на управителя на лечебното заведение за въвеждане на медицински стандарт "Нервни болести" и протокол за проведено обучение на персонала. Отделението има сключен договор с НЗОК по 5 клинични пътеки. **Показателят е изпълнен.**

1.9.2. разработени са собствени клинични протоколи (терапевтични алгоритми) и технически фишове по здравни грижи. **Показателят е изпълнен.**

1.10. Има разработен план за профилактика и борба с ВБИ, утвърден от управителя на ЛЗ. Към момента не се провежда адекватен мониторинг на ВБИ. **Показателят не е изпълнен.**

Заключение: Изпълнени са всичките 5 задължителни общи показатели и 12 общи оценъчни показатели от всичко 14 - 85.71%).

Специфични показатели за дейността на неврологично отделение

Оборудването на НО е съобразено с изискванията на Наредба № 19 от 2 август 2006 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Нервни болести”

2. Специфични показатели за неврологично отделение

2.1. Отделението разполага с апаратура за изследване чрез:

2.1.1. Електроенцефалограф – 19 канален /с опция за мозъчна картография/ апарат по договор за клинично изпитание. Услугата се предоставя чрез сключен договор с външен квалифициран специалист.

2.1.2. Собствен доплеров сонограф за екстракраниални и транскраниални мозъчни съдове - Доплеров модул – модел - CBS – USB с трансдюсери 2,4,8

MHz. Услугата се предоставя чрез сключен договор с външен квалифициран специалист.

2.1.3. КАТ - по договор за предоставяне на услуга със СМДЛ „СКЕН-НЕТ”, Пазарджик.

2.1.4. Собствен 2-канален ЕМГ-„NEURO-EMG-Micro”. Един лекар от отделението има документ за високоспециализирана дейност.

2.1.5. Офталмоскопиите се извършват по договор с офталмолог, работещ в ДКБ. Налице е документ за квалификация.

2.2. Изследванията на ликвора, се извършват в клиничната лаборатория на ЛЗ.

Изпълнени са всичките 6 специфични оценъчни показатели (100%).

- Всички общи показатели, означени като “задължителни” за отделението, са изпълнени.
- Изпълнени са 12 от всичките 14 общи оценъчни показатели за отделението. Процентното изпълнение на общите оценъчни показатели е 85.71 %.
- Изпълнени са всичките 6 специфични оценъчни показатели за отделението. Процентното изпълнение на специфичните оценъчни показатели за отделението е 100%.
- Средноаритметичният сбор от процентното изпълнение на общите и специфичните оценъчни показатели за отделението е **92.85 %**.

На основание гореизложеното ЕКО предлага оценка "отлична" за срок от 5 (пет) години, тъй като изпълнението на оценъчните точки е в границите на 91-100%.

Препоръка: Да се обучи лекар от отделението за придобиване на сертификат за високоспециализирана дейност по ЕЕГ.

ОТДЕЛЕНИЕ ПО ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ

***1.1.** Отделението по физикална терапия и рехабилитация медицина към МБАЛ «» ООД г. **не разполага с легла.** При нужда ползва легловата база на отделение по Неврология.. Намира се в приземния етаж на централната сграда. Спазени са изискванията за осъществяване на дейността, съгласно приложения доказателствен материал. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2. Осигуреност с персонал:

***1.2.1.** Началникът на отделението е със специалност «Физикална и рехабилитационна медицина». **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2.2. В отделението работи един лекар с придобита специалност. **Показателят е изпълнен.**

1.2.3. В отделението няма лекари без специалност. **Показателят е изпълнен.**

***1.2.4.** Броят на рехабилитаторите е 3 пъти по-голям от броя на лекарите. Съотношението е оптимално. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.3. Отделението ползва при спешни състояния услугите на съответните структури в болницата или дежурния по болница. Има спешен шкаф. Изискванията за оборудване на спешния шкаф са спазени. **Показателят е изпълнен.**

***1.4.** Разработен е и изложен на видно място Правилник за устройството и вътрешния ред в отделението, утвърден от Началника на отделението. Приложени са протоколи за периодични проверки за спазване на правилника. **Задължителният показател е изпълнен.**

***1.5.** Взаимоотношенията с другите структури на болницата са регламентирани чрез утвърдения Общоболничен синхронизиран график.

Задължителният показател е изпълнен.

1.6. Няма сигнализираща система. **Показателят не е изпълнен.**

***1.7.** В отделението се анализират данни за :

1.7.1. Движението на пациенти:

Съгласно приложения доказателствен материал:

2005	2006	2007
------	------	------

преминали

1.7.2. Използваемост - не се отнася за отделението

1.7.3. Средна продължителност на болничния престой – не се отнася за отделението; **1.7.4.** Предоперативен престой и оперативна активност - не се отнася за отделението;

1.7.5. Резултати от проведеното лечение. Приложен е образец на физиопроцедурна карта, в която се отбелязва резултата от проведените физиотерапевтични процедури; **1.7.6.** Повторен прием - не се отнася за отделението.

Задължителният показател 1.7. е изпълнен.

1.8. Отделението изпълнява нормите за общо функциониране на болницата по отношение на:

1.8.1. Прием на пациенти и информирането им за техните права и задължения. В отделението се предоставя информация на всеки пациент относно провеждането на предстоящи диагностични и лечебни процедури, ползите и рисковете от тях и съществуващите алтернативи. **Показателят е изпълнен.**

1.8.2. Всеки пациент се информира от лекуващия лекар за здравословното му състояние, за вида на лечебните процедури, които трябва да му се приложат. Представя се цялата информация, с която пациентът трябва да разполага и се осъществява контакт с близките му, когато е необходимо тяхното съгласие. Болният или негов законен представител, дава писмено своето информирано съгласие за извършване на лечебни процедури и манипулации. **Показателят е изпълнен.**

1.8.3. Спазват се правилата за водене, съхраняване и защита на пациентското досие. Спазва се принципът за поверителност и съхранение на досието.

Показателят е изпълнен.

1.8.4. Редът за снабдяване с консумативи и лекарствени средства се определя съгласно приложена заповед на управителя на болницата. **Показателят е изпълнен.**

1.8.5. Провеждане на антибиотична политика - **не се отнася за отделението.**

1.8.6. Приложен е сключен договор за абонаментна поддръжка на апаратурата с МДМ – 97 ООД, София от 2004 г. Приложени са протоколи от периодични технически проверки. Приложени са протоколи от колегиуми за инструктаж на персонала по безопасна практика. **Показателят е изпълнен.**

1.9. Съгласно предмета на дейност на отделението :

1.9.1. Работи по медицински стандарт «Физикална и рехабилитационна медицина». **Показателят е изпълнен.**

1.9.2. Разработени са собствени 5 терапевтични, 8 кинезитерапевтични и 3 технически фишове. **Показателят е изпълнен.**

1.10. ВБИ. **Не се отнася за отделението.**

Заклучение:

Изпълнени са всички общи задължителни показатели.

От 12 общи оценъчни показатели са изпълнени 11 - 91.67%.

СПЕЦИФИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ

***2.** Минимални изисквания по стандарт

2.1. Изисквания по структурата - Отделението по физикална и рехабилитационна медицина разполага със следните сектори:

2.1.1. Сектор по електро - и светлотерапия .

2.1.2. Сектор по кинезитерапия .

2.1.3. В отделението се извършват термотерапевтични процедури /унифицирани възглавнички, работещи на химичен принцип/. Извършва се криотерапия и има хладилна камера за поддържане на необходимата температура.

2.2. По оборудването - всички сектори са оборудвани с необходимата апаратура и инструментариум, съответстващи на дейностите, извършвани в тях. Приложено е разрешение /08.05.2006/ в съответствие с действащото законодателство за безопасно използване източниците на електромагнитни полета за медицински цели. Налице са журнали относно техническата изправност на апаратурата.

2.2.1. В сектора по електро - и светлотерапия има :

2.2.1.1. апарат за нискочестотен ток – 2 бр. - «Лотус 8-М», които работят с импулсен ток ; Апарат за диадинамичен ток - ТОНУС ; Апарат за галваничен ток.

2.2.1.2. апарат за средночестотни токове - интерферентни и синусоидално модулирани токове - МЕДИМ - МФ.

2.2.1. апарат за нискоинтензивно магнитно поле - 1 бр. „ МАГ – 30” с възможности за променливо и импулсно магнитно поле.

2.2.1.4. апарати за ултразвукова терапия - 1 бр. /„СОНОМЕД» – с две озвучителни глави/.

2.2.1.5. апарат за ултрависокочестотни токове (УВЧ) 1 бр. - «УНДАТЕРМ», разположен в екранирана кабина.

2.2.1.6. източник за ултравиолетови лъчи.

2.2.1.7. източник за видими и инфрачервени лъчи - 1 бр.

2.2.2. Секторът по кинезитерапия има тренировъчни уреди и приспособления, огледала, постелки, уреди за механотерапия, уреди за раздвижване на стави; уред за пасивно раздвижване на коленни стави, помощни средства за придвижване - патерици.

2.2.3. В отделението се извършва термотерапия (криотерапия) и има хладилна камера за поддържане на необходимата температура.

2.3. Човешки ресурси - в отделението работят:

2.3.1. Лекар - специалист по физикална и рехабилитационна медицина, 3 рехабилитатори на пълен работен ден и 1 санитар. В рамките на една смяна има минимум 2 рехабилитатори за всички звена. Лечението се осъществява комплексно - един рехабилитатор извършва всички процедури на един и същи пациент.

2.3.2. Не се отнася за отделението.

2.3.3. Разчетът на човешките ресурси позволява пълно натоварване на апаратурата в рамките на работната смяна. Не се налага осигуряване на допълнителен персонал за извършване на ултразвукови процедури.

2.3.4. Човешките ресурси са разчетени така, че да се обслужва максималния допустим обем пациенти в рамките на една работна смяна .

2.4. Дейности:

2.4.1. При постъпването на всеки пациент лекарят - специалист извършва задължително преглед на пациента, който включва анамнеза, соматичен, функционален и локален статус, диагностични тестове за функционални възможности, определяне на рехабилитационен потенциал, определяне на терапевтичната програма – електротерапия, кинезитерапия и хидротерапия. Лечението се вписва в ИЗ и в съответна физиопроцедурна карта на пациента.

2.4.2. Всички процедури се извършват от рехабилитатори под контрола на лекар - специалист. Извършените процедури се регистрират в личната процедурна карта ежедневно срещу подпис.

2.4.3. Рехабилитационната програма е ежедневна и седмична. Тя може да се променя в хода на лечението, което се отразява както в ИЗ, така и във физиопроцедурната карта.

Заключение: Всички минимални изисквания по стандарт са изпълнени.

3. Допълнителни изисквания по стандарт.

3.1. По структурата - в отделението се извършва хидротерапия , лазертерапия, лазерпунктура и термотерапия. **Показателят е изпълнен .**

3.2. По оборудването:

3.2.1. Няма кухня за парафинотерапия. Прилага се топлотерапия с унифицирани възглавници на химичен принцип. **Показателят е изпълнен.**

3.2.2. Има апарат за лазерпунктура. **Показателят е изпълнен.**

3.2.3. Има апарат за лазертерапия, който е от тип, неизискващ наличие на специална кабина, тъй като е с ниска мощност. **Показателят е изпълнен.**

3.2.4. Има микродисперсен инхалатор. **Показателят е изпълнен .**

3.3. Човешки ресурси и дейности:

3.3.1. Високоспециализирани дейности – приложени са документи за лазертерапия и лазерпунктура. Дейностите се извършват само от лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина **Показателят е изпълнен.**

3.3.2. Има тангентор и газова вана. Извършва се подводен струев масаж, сауна и парна баня. **Показателят е изпълнен.**

3.3.3. Лекарят притежава допълнителни сертификати за извършване на електродиагностика и акупунктура. **Показателят е изпълнен.**

3.3.4. Началникът на отделението контролира оздравителния процес при всеки пациент, което се отразява в ИЗ. Периодично се извършват контролни диагностични тестове за оценка на оздравителния процес. **Показателят е изпълнен.**

3.3.5. Натовареността на един рехабилитатор е всекидневно над десет пациента. **Показателят е изпълнен.**

Изпълнени са всички допълнителни изисквания по стандарт.

Заключение :

- Изпълнени са всички общи задължителни показатели, отнасящи се за отделението.
- Изпълнени са 11 от всички 12 общи оценъчни показатели, отнасящи се за отделението - **91.67%.**
- Изпълнени са всички минимални изисквания по стандарт.
- Изпълнени са всички допълнителни изисквания по стандарт – **100%**
- Средноаритметичният сбор от процентното изпълнение на общите и специфични оценъчни показатели за отделението е **95.83. %.**

На основание гореизложеното и присъдените оценки за всеки показател Експертната комисия предлага на уважаемия Акредитационен съвет да присъди на ОФТР крайна акредитационна оценка "отлична" за срок от 5 (пет) години, тъй като изпълнението на оценъчните точки е в границите на 91 – 100 %.

ОТДЕЛЕНИЕ ЗА ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Общи показатели

***1.1** Отделението функционира от м. март 2008 г., т.е. 17 дни преди акредитацията. Разположено е на втория етаж в източната част на сградата. Със заповед № 18 от 18. 01. 2008 г. на Управителя на ЛЗ са разкрити 6 лека в 2 болнични стаи и един изолатор. Всички помещения са разпределени функционално правилно и имат връзка както помежду си, така и с останалите кабинети и комуникационни системи в болницата. Хигиенното заключение на Пловдив – ПЕК № 228/11.01.2008 г. удостоверява, че обектът отговаря на хигиенните изисквания по чл. 7 от Наредба № 29. Всички основни и помощни помещения отговарят на изискванията на медицински стандарт “Интензивно лечение”. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2. Осигуреност с персонал: В отделението работят 4 лекари, 8 медицински сестри и 3 санитарни.

***1.2.1.** началникът на отделението е със специалност „Анестезиология и реанимация” и е с над 5 годишен стаж по специалността. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.2.2. В отделението работят 3 ординатори по щат. От тях 2 са със специалност Вътрешни лолести , а 1 с Неврология. **Показателят е изпълнен.**

1.2.3. Няма специализиращи лекари. **Показателят е изпълнен.**

1.2.4. Броят на медицинските сестри е 8 и е достатъчен за обема дейност. Съотношение сестра към лекар – 2/ 1. **Показателят е изпълнен.**

1.3. Разполага с необходимото оборудване за кардио-пулмонална ресусцитация, спешен шкаф с медикаменти, съобразен със спецификата на дейността. **Показателят е изпълнен.**

***1.4.** Отделението разполага с правилник за устройството и вътрешния ред, съобразен с общоболничния , покрива минимума на националния стандарт по анестезиология и интензивно лечение. **Задължителният показател е изпълнен.**

***1.5.** Взаимовръзката и комуникациите с диагностичните и лечебни структури в лечебното заведение се осъществяват съгласно Правила за взаимовръзка и комуникация с диагностичните и лечебните структури в болницата, утвърден от Управителя. Изградена е локална компютърна мрежа, има мобилни телефонни връзки. **Задължителният показател е изпълнен.**

1.6. Има сигнализираща система за контрол на виталните показатели на пациентите посредством локална мониторна уредба и интернет връзка. **Показателят е изпълнен.**

***1.7.** Към момента на акредитацията показателят не може да се отчете.

1.8. В отделението се спазват правилата на лечебното заведение за:

1.8.1. Прием на пациентите и информирането им за техните права и задължения-заповед №298/20.10.2005г./;

1.8.2. Получаването на писмено съгласие преди извършване на манипулации се извършва в стационара .

1.8.3. Водене на пациентното досие става от визитиращия лекар или дежурния такъв с декурзуси и изписване на медикаменти, като към него се прикрепя реанимационен лист, информирани съгласия и при превеждането му в други отделения се предава на медицинския персонал.

1.8.4. Редът за снабдяване с лекарства става, съгласно договор с МБАЛ -..... .

1.8.5. Отделението работи по утвърдена антибиотична политика.

1.8.6. Изправност на техниката се осигурява по Договор с фирми. Поддържане на нивото на персонала за безопасна практика и сигурност на пациентите се осигурява от проведеното обучение за работа с медицинската апаратура и техническите фишове за работа.

Показателите / 1.81. - 1.8.6. / са изпълнени.

1.9. Отделението:

1.9.1. **Задължителният показател е изпълнен.** и по медицинския стандарт "Анестезиология и интензивно лечение" 1.9.2. Разработени са 12 терапевтични алгоритма и 20 технически фишове. **Показателите / 2 / са изпълнени.**

1.10. ВБИ **Задължителният показател е изпълнен.** и програма за недопускане на ВБИ. Има журнали **Задължителният показател е изпълнен.** е на нозокомиални и ненозокомиални инфекции в структурата и извън нея.

Показателят не може да се отчете към момента.

Заклучение:

Изпълнени са всички задължителни показатели, отнасящи се за отделението.

Изпълнени са всички оценъчни / / показатели, отнасящи се за отделението – 100 %.

***3. Минимални изисквания по стандарт за провеждане на интензивно лечение:**

3.1. в отделението има готовност – кадрова, материална и организационна за интензивно лечение.

3.2. Материална обезпеченост в отделението за интензивно лечение:

3.2.1. ОИЛ е разположено на обособена територия в лечебното заведение.

3.2.2. на територията не се допуска смесване на потоците "Чисто/Мръсно".

3.2.3. ОИЛ е над 18 кв.м. и позволява свободно разстояние между отделните места за провеждане на интензивно лечение не по-малко от 2.0 m.

3.2.4. всички помещения са с пряка дневна светлина.

3.2.5. отделението за интензивно лечение разполага със следните служебни помещения:

3.2.5.1. манипулационно помещение за подготовка на медикаменти и консумативи с адекватно осветление и визуален достъп до болничните стаи..

3.2.5.2. тоалетна за персонал и изливна за пациенти

3.2.6. интензивно лечение се провежда в "Място за провеждане на интензивно лечение", разположено на територията на отделението за интензивно

лечение с принадлежащите изводи на електрическата и газовата инсталации към всяко легло и пространството около него.

3.2.7. в отделението за интензивно лечение са разкрити 6 интензивни легла за провеждане на интензивно лечение.

3.2.8. Отделението е новоразкрито и показателят не може да се отчете.

3.2.9. леглата за интензивно лечение са на колела и позволяват движение издигане/сваляне на горната половина на тялото на пациента, както и имащо прегради за обезопасяването му.

3.2.10. всяко “Място за провеждане на интензивно лечение” е съоръжено с:

3.2.10.1. електрозахранване с 10 заземени (тип шуко) електрически контакта;

3.2.10.2. с 1 извод за аспирационна система;

3.2.10.3. с 1 извод на инсталация за кислород под налягане;

3.2.10.4. подвижна преграда за визуална изолация на пациента;

3.2.10.5. съоръжения за закрепване на апаратура над леглата;

3.2.11. налични са задължителни инсталации и съоръжения в отделението за интензивно лечение:

3.2.11.1. Болницаата има аварийно електрозахранване с дизелов агрегат;

3.2.11.2. аспирационна система;

3.2.11.3. инсталация за сгъстен въздух;

3.2.11.4. водоснабдаване и канализация с разчет 1 мивка във всяка обособена зала с места за провеждане на интензивно лечение. При всяка мивка има условия и за дезинфекция на ръце;

3.2.12. задължително оборудване в отделение за интензивно лечение:

3.2.12.1. задължително оборудване с разчет за всяко едно място за интензивно лечение;

3.2.12.2. монитор за електрокардиоскопия следене на витални показатели ;

3.2.12.3. апарат за неинвазивно измерване на системни артериални налягания;

3.2.12.4. система за дозирано подаване на кислород в овлажнена газова смес при спонтанно дишане;

3.2.13. задължително оборудване с разчет за общо ползване:

3.2.13.1. апаратура за изкуствена белодробна вентилация 1 бр. Предстои закупуване на допълнителна апаратура , включено по “Програма”.

3.2.13.2. инфузионна техника – 6 перфузора;

3.2.13.3. 1 дефибрилатор;

2.1 Човешки ресурси в сектора за интензивно лечение;

3.3.1.изпълнен;

3.3.2.старшата медицинска сестра е с дългогодишен опит в професията и е обучена за работа в специализираната структура;

3.3.3.. Екипът за интензивно лечение включва 2 лекари и 4 медицински сестри с разчет 1 медицинска сестра, която да се грижи за 2 пациенти обект на интензивно лечение за времето на работа на екипа.

3.4. В отделение има 3 тетрадки за отразяване и отчет на септичните пациенти няма постъпили пациенти, съгл. 3.4.1. ; 3.4.2. и 3.4.3.

Заклучение: Изпълнени са всички минимални изисквания по стандарт за провеждане на интензивно лечение.

На основание гореизложеното и присъдените оценки за всеки показател експертната комисия предлага на уважаемия Акредитационен съвет да присъди на ОИЛ крайна акредитационна оценка "отлична" за срок от 5 (пет) години, тъй като изпълнението на оценъчните точки е 100 %.

ОТДЕЛЕНИЕ ЗА ОБРАЗНА ДИАГНОСТИКА

Общи показатели, приложими за клиника /отделение/ без оглед на неговия клиничен профил

*1.1. Отделението по образна диагностика се намира на 1 етаж на сградата на "МБАЛ-Раковски". Всички помещения в отделението са разпределени функционално правилно и имат връзка помежду си и с останалите кабинети и комуникационни системи в болницата. С хигиенното заключение от РИОКОЗ и другите оторизирани органи се дава становище, че обектът отговаря на хигиенните изисквания по чл.7 от Наредба № 29. Задължителният показател е изпълнен.

1.2. Кадровата осигуреност на отделението с лекари е съобразена със спецификата на дейността.

*1.2.1. Началникът на отделението има призната специалност по профила на отделението – "рентгенология". Задължителният показател е изпълнен.

1.2.2. В отделението работи само един лекар/началник отделението/ и същият има призната специалност "рентгенология".

1.2.3. В отделението няма лекари без призната специалност.

1.2.4. В отделението работят 2 /двама / рентгенови лаборанти. Техният брой е 2/два/ пъти по-голям от този на лекарите. Показателят е изпълнен.

1.3. Отделението разполага с необходимото оборудване за овладяване на критични нарушения в жизненоважните функции, за кардиопулмонална ресусцитация. Посочените екипировки се проверяват периодично. Същите са в наличност, изправност и технически годни. Всички изисквания за оборудване на отделението с медицинска апаратура, техника, пособия и спешен лекарски шкаф са спазени. Редовно се извършват проверки от главната медицинска сестра и старши рентгеновия лаборант на състоянието на спешните аптечни шкафове, отразени в протоколи.

*1.4. Вътрешната организация на дейностите в отделението е регламентирана с „Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред“ на отделението по „Образна диагностика“, утвърден от управителя и съгласуван с РИОКОЗ и правила за взаимовръзка с останалите структурни звена на болницата. В него и длъжностните характеристики, утвърдени от управителя, подробно са описани функциите и отговорността на отделните служители. Правилникът на отделението е синхронизиран с общия правилник на болницата и регламентира

всички извършвани дейности в отделението. Задължителният показател е изпълнен.

*1.5. Връзката на отделението с приемно-консултативните кабинети и другите звена на болницата се осъществява на базата на общоболничен синхронизиран график, включващ взаимоотношенията, работното време, характера на дейностите и видовете дейности. Дейността се осъществява и контролира на базата на синхронизирани графици за лекари и специалисти по здравни грижи. Задължителният показател е изпълнен.

1.6. Налице е светлинна алармена система за работен режим в залите за рентгенографии и рентгеноскопия.

*1.7. Отделението изпълнява правилата за събиране и обработване на всички посочени статистически данни, позволяващи ежемесечно да се следят всички основни и специфични показатели за неговата дейност, видно от приложените отчети и анализи, а именно:

1. Отчет за работата на отделението за тригодишен период, включващ:

- брой на пациентите преминали през отделението и брой изследвания по видове
- резултатите от образно-диагностичните изследвания, които се съхраняват в архив
- съотношение специални и контрастни към конвенционални изследвания
- разпределение по възрастови групи и по пол
- наличност и движение на консумативите
- наличност и технологични данни на апаратурата

Отделението разполага с програмно оборудване с продукт на Нисет-Лаб Експерт, даващо възможност за бърз достъп до необходимата информация. Задължителният показател е изпълнен.

Прави впечатление намаляване броя на изследванията през 2006 и 2007г. в сравнение с броя им през 2005г.

Вид дейност	2005г.	2006г.	2007г.
рентгенографии	8839	6335	6164
контрастни рентгенови изследвания	71	41	30
мамографии	327	185	109
ехографии	417	596	620
общо	9 654	7157	6 923

От направения анализ се вижда, че апаратурата се използва оптимално. Спазват се наличните протоколи за провеждане на изследванията – контролира се от началника на отделението. Отделението разполага с програмно оборудване, даващо възможност за бърз достъп до необходимата информация. Задължителният показател е изпълнен.

1.8. Отделението изпълнява всички правила за общо функциониране на болницата, в т.ч. за:

- прием на пациенти и информиране / като доказателство е представена Заповед на управителя за организацията на дейностите по приема, писмена инструкция, правила за предоставяне на информирано съгласие, декларация за информирано съгласие/
- водене, съхраняване и защита на досието на пациента /писмени правила, ИЗ/
 - ред за снабдяване с лекарства и консумативи /Заповед на управителя/
- изправност на апаратурата и поддържане на нивото на персонала за безопасна практика и защита на пациентите при работа с йонизиращи лъчения /протоколи от профилактични прегледи и сервизно обслужване от ЕТ”Митко Мигрев”- Пловдив с който болницата е сключила договор/. Резултатите от извършвания контрол показват, че тези норми се спазват.

1.9. Тъй като има приет медицински стандарт по образна диагностика, отделението работи по него. Същият стриктно се спазва.

Експертно заключение: Изпълнени са всичките 5 задължителни общи показатели и 12 от всичките 12 отнасящи се до отделението общи оценъчни показатели (100%)

Специфични показатели за дейността на отделение по образна диагностика към районни болници

2. Минимални изисквания по стандарт за наличната апаратура в структура по образна диагностика в районни лечебни заведения

2.1. Структура

2.1.1. Разкриването на отделението по ”Образна диагностика” и дейността му се осъществява при спазване на Закона за лечебните заведения и подзаконовите нормативни актове по прилагането му, както и нормативните актове, регламентиращи работата с източници на йонизиращо лъчение.

Разполагането и използването на апаратурата с източник на йонизиращо лъчение е извършено след получаване на Лицензия от АЯР серия И – 7369, Рег. № 02168/29.12.2006г. за безопасно осъществяване на дейността. Същата е за срок от 5/пет/ години.

Извършването на дейността съответства на условията, предвидени в Закона за безопасно използване на ядрената енергия (ЗБИЯЕ).

Отделението по ”Образна диагностика” изпълнява своята дейност съгласно:

- ☐ правилник за устройство, дейността и вътрешния ред,
- ☐ инструкция по радиационна защита при работа с рентгендиагностични уреди
- ☐ план за действие на персонала при аварийни ситуации
- ☐ програма за провеждане на общия радиационен контрол

Всички изброени документи са утвърдени от Управителя на МБАЛ ”Раковски” ЕООД и са съгласувани с отдел ”ДРКЗ”-РИОКОЗ гр. Пловдив.

Отделението по ”Образна диагностика”, отговаря на действащите санитарно-технически изисквания съгласно Наредбата за радиационна защита при дейности с източници на йонизиращи лъчения.

С рентгеновите апарати манипулират само рентгенолог-специалист по образна диагностика или рентгенов лаборант. Същите притежават удостоверение за правоспособност за такъв вид дейност, съгласно ЗБИЯЕ.

Кабинетите за образна диагностика с източник на йонизиращо лъчение, по време на работа са затворени така, че няма възможност за достъп на лица, неучастващи пряко в провеждането на изследването.

Забранен е престоят на лица, неучастващи пряко в провеждането на изследването в кабинетите по образна диагностика с източник на йонизиращо лъчение, при работещ рентгенов апарат.

Кабинетът за образна диагностика, с източник на йонизиращо лъчение, е ясно означен и осигурен със светлинна сигнализация за наличие на йонизиращо лъчение.

Апаратурата, с която се работи съответства на образното изследване, което ще бъде извършено.

Всички помещения в отделението отговарят на действащите хигиенни изисквания.

Със заповеди № 115,116,117 и 118 от 11.05.2005 г. на Управителя на ЛЗ са определени:

- Ръководител на обекта;
- Отговорник по радиационна защита;
- Отговорник дозиметричен контрол;
- Отговорник за уведомяване на АЯР при инциденти и аварии.

Преките задължения и отговорности на специалистите в тази област са включени в длъжностните им характеристики.

Тримесечно се отчитат данните от индивидуалните дозиметри/филмова дозиметрия/, с които е снабден персонала, и се попълват документи за резултатите от този контрол.

Веднъж на всяко тримесечие, отговорникът по радиационна защита провежда инструктаж на персонала съгласно правилата за безопасна работа с рентгеновите апарати. Данните от инструктажа се нанасят в дневник.

Здравното състояние на работещите в отделението по "Образна диагностика" ежегодно се проследява в специализирани за целта лечебни и здравни заведения /РИОКОЗ-гр.Пловдив/.

Всички процедури при изследванията на пациентите се извършват съобразно детайлни протоколи за всяка от процедурите, утвърдени от ръководителя на отделението по "Образна диагностика". Протоколите са на достъпно място по време на провеждане на процедурите. Всички промени правени в тези протоколи са подписани от ръководителя на отделението по образна диагностика, като е означена и датата на промяната.

2.2. Човешки ресурси:

2.2.1. Отделението по "Образна диагностика" се ръководи от лекар със специалност образна диагностика. Щатът на отделението включва:

- началник отделение-1
- старши рентгенов лаборант-1
- рентгенов лаборант- 1

-санитар- 1

2.2.2. Броят на персонала, осъществяващ дейността в отделението по "Образна диагностика", работещ с източници на йонизиращо лъчение, е съобразен с изискването за ненадхвърляне на индивидуалната годишна доза, до 100 mSv за срок от пет години, съгласно Наредбата за радиационна защита при дейности с източници на йонизиращи лъчения. Началникът на отделението по Образна диагностика отговаря за цялостната му дейност. Той познава основно всички апарати и извършвани изследвания в отделението по "Образна диагностика", отговаря за радиационната защита на персонала и пациентите.

2.2.3. Всеки медицински и немедицински специалист, работещ с източник на йонизиращо лъчение, има удостоверение за правоспособност за работа с йонизиращи лъчи. Това удостоверение разрешава извършването на възложената работа в съответствие с изискванията на Закона за безопасно използване на ядрената енергия. При извършване на изследванията персонала на отделението спазва правилата за безопасност на труда и радиационна защита.

2.3. Апаратура, дейности:

В отделението са изпълнени изискванията към апаратурата за образна диагностика. Отделението разполага със следната апаратура:

1. Рентгенова уредба за графии и скопии „TUR D - 700” -1 бр.
2. Мамограф „МАМОМАТ ” – 1 бр.
3. Мобилна рентгенова уредба за графии- “MPL 102 ”- 1 бр.
4. Рентгенова уредба за графии “РЗВ 10 ” – 1 бр.
5. Ултразвуков апарат “ ACUSON” с трансдюсер за коремни органи и повърхностни структури
6. Автоматична проявителна машина-”Медифот”
7. Негативоскопи – 5 бр.

2.3.1. За всеки апарат е осигурена техническа поддръжка и профилактика /Договор с фирма ЕТ „Митко Митрев”-гр.Пловдив за всичката посочена апаратура. Резултатите от тази поддръжка и сервизните профилактични прегледи са документирани в технически протоколи.

2.3.2. За всеки апарат е осигурен контрол на качеството на апаратурата, осъществяван чрез изпитвания преди въвеждане в клинична експлоатация и по време на клиничната експлоатация. Същият се осъществява от оторизирана /сертифицирана/ фирма ”ГамаКонсулт”София от квалифицирани инженери. Резултатите от тези изпитвания и направените констатации и препоръки са документирани в протоколи.

При уредбите за конвенционална рентгенография, рентгеноскопия и томография са налице следните параметри:

2.3.3. Рентгенов източник

2.3.3.1. Точност на анодното напрежение: отклонението на измерената стойност от зададената не е по-голямо от 5 % при анодни напрежения над 70 kV и 7 % при напрежения под 70 kV;

2.3.3.2. Повторяемост на анодното напрежение: отклонението на всяка измерена стойност от средната стойност при най-малко три последователни измервания, направени при повторяеми условия, не е по-голямо от $\pm 5\%$;

2.3.3.3.Обща филтрация: е по-голяма от 2,5 mm алуминиев еквивалент; при анодни напрежения 80 – 100 kV е 3 mm Al , при напрежения 100 – 125 kV - 4 mm Al..

2.3.3.4.Време на експонация: отклонението на измерената стойност от зададената не е по-голямо от 10 % за времена, по-големи от 100 ms и $\leq$ 15 % за по-малки от 100 ms;

2.3.3.5.Лъчев дебит на рентгеновия източник: е по-голям от 25 Gy $\square$ (mA.s)-1 на 1 m от фокуса при действителна стойност на анодното напрежение 80 kV; намаляването на лъчевия дебит с повече от 35 % спрямо началната му стойност (измерена с нова рентгенова тръба) е индикация за износване на тръбата;

2.3.3.6.Повторяемост на лъчевия дебит при еднакви условия на измерване: отклонението на всяка измерена стойност от средната стойност при най-малко три последователни измервания, направени при повторяеми условия, не е по-голямо от $\leq$ 20 %;

2.3.3.7. Повторяемост на лъчевия дебит при изменение на анодния ток: отклонението на всяка измерена стойност от средната стойност при измервания, направени при постоянна стойност на напрежението и при различни стойности на анодния ток, не е по-голямо от $\leq$ 15 %;

2.3.3.8.Повторяемост на лъчевия дебит при изменение на количеството електричество: отклонението на всяка измерена стойност от средната стойност при измервания, направени при постоянна стойност на напрежението и при различни стойности на произведението аноден ток.време, не е по-голямо от 20 %

2.3.4. Блендираща система и светлинен визьор:

2.3.4.1.Разликата между границите на лъчевото поле и светлинното поле за всяка от четирите страни не е по-голяма от $\leq$ 1 % от зададеното разстояние фокус-филм;

2.3.4.2.Разстоянието между образа на кръста на светлинния визьор и центъра на лъчевото поле не е по-голямо от 1 % от зададеното разстояние фокус-филм

2.3.4.3.Разстоянието между образа на кръста на светлинния визьор и центъра на филма не е по-голямо от 1 % от зададеното разстояние фокус-филм;

2.3.4.4.Точност на автоматичната блендираща система: разликата между границите на лъчевото поле и на филма за всяка от четирите страни не е по-голяма от $\leq$ 2 % от зададеното разстояние фокус-филм.

2.3.4.5.Работният сноп се ограничава според изследвания обект, като върху четирите страни на филма остават необлъчени ивици с ширина най-малко 5 mm.

2.3.5.Електронно-оптичен преобразувател (ЕОП)

Рентгеновите уредби- скопичен пост са оборудвани с устройство за автоматичен контрол на мощността на дозата и на яркостта за ЕОП;

2.3.5.1.Максималната мощност на дозата на входния екран на конвенционалните ЕОП с диаметър 25 cm без противодифузионна решетка и при автоматичен контрол на мощността на дозата и на яркостта за ЕОП не превишава 0,8 Gy $\square$.s-1 при експониране на подходящ фантом (напр. 20 cm PMMA). За режим с висока мощност на дозата (напр. в интервенционалната рентгенология), максималната мощност на дозата не превишава 1,0 Gy $\square$.s-1;

измерената мощност на дозата на входния екран на ЕОП с автоматичен контрол не се различава с повече от $\pm 25\%$ от базовата стойност (измерена при пускане на апарата);

2.3.5.2. Максималната мощност на дозата с обратното разсейване върху кожата на пациента или подходящ фантом (напр. 25 cm PMMA) от страната на рентгеновата тръба, не превишава 100 mGy.min⁻¹;

2.3.5.3. Разделителната способност на изобразяващата система, включваща ЕОП и телевизионната система, е най-малко:

0,8 mm⁻¹ за полета 30-35cm;

1,0 mm⁻¹ за полета 23-25 cm

1,4 mm⁻¹ за полета 15-18 cm;

2,0 mm⁻¹ за спот-камери.

2.3.5.4. Граничната нискоконтрастна възприемчивост, оценявана от образа върху TV монитора при автоматичен режим, е равна или по-малка от 4 %;

2.3.5.5. Таймерът, отчитащ интегралното време за скопия, прекъсва експонацията при изтичане на предварително зададено време, което е 5 min; 30 s преди изтичането му се включва предупредителен звуков сигнал.

2.3.5.6. Размер на полето: отношението на площите на лъчевото поле и на входното поле на ЕОП е по-малко от 1,15. Ръбовете на блендиращото устройство трябва да се виждат върху екрана

2.3.7. Конвенционална томография: -ЛЗ не разполага с конвенционален томограф.

2.3.8. Рентгенови филми, филми и касети

2.3.8.1. Използваните филм-фолийни комбинации са с клас на чувствителност 400 ; усилващите фолии са комбинирани спектрално с рентгеновите филми;

2.3.8.2. Относителна чувствителност на филм-фолийните комбинации от еднакъв клас, използвани в отделението: максималната разлика между стойностите на оптичната плътност на филмите, експонирани в различните касети при еднакви геометрични условия и експонационни данни, е по-малка от $\pm 0,3$ OD.

2.3.8.3. Върху експонирания филм не се откриват артефакти, дължащи се на замърсявания и дефекти на касетите и усилващите фолии;

2.3.8.4. Върху проявения неекспониран с рентгеново лъчение филм от касетата, престояла по 10 мин. от двете страни върху негативоскоп не се откриват тъмни ивици или петна.

2.3.8.5. Върху снимките не се откриват области с нарушена нерязкост или с различна оптична плътност, дължащи се на лош контакт между филма и усилващите фолии в касетата; проверява се чрез рентгенографиране на метална мрежа, поставена върху касетата.

2.3.9. Процес на проявяване на рентгенографиите

2.3.9.1. При изключени осветление и лабораторен фенер и след 5 min адаптация на тъмно, не се откриват светлинни пропуски;

2.3.9.2. Филтърът и мощността на лабораторния фенер са такива, че при работни условия (включен фенер и включено осветление в съседните помещения), оптичната плътност на част от филм, която е престояла открита върху работната

повърхност в продължение на 4 min, не се различава с повече от 0,1 OD от оптичната плътност на частта от филма, която е била закрита. Проявителните машини се контролират най-малко веднъж седмично.

2.3.10. Условия за разчитане на рентгенографиите:

2.3.10.1. Яркостта на негативоскопите е по-голяма от 1700 cd.m².

2.3.10.2. Негативоскопът има хомогенна яркост - измерена в различни участъци от негативоскопа не се различава от средната яркост с повече от 30 %;

При изключен негативоскоп осветеността в залата на 100 cm от негативоскопа е по-малка от 50 lx.

кия стандарт.

2.3.12. Рентгенова мамография

2.3.12.1. Конструктивни показатели: разстояние фокус-филм – по-голямо от 600 mm: оптичен фокус-0,3 mm и 0,1 mm за увеличени мамографии: противодифузионна решетка с буки-фактор по-малък от 3.

2.3.12.2. рентгенов източник-разстоянието между ръбовете на филма и гръдната опора е по-малко от 4 mm: мощност на дозата-по-голяма от 10 mGy.s⁻¹, лъчев дебит-по-голям от 40 mGy на 1 m. от фокуса: анодно напрежение – разликата м/у действителната и зададената стойност е не-повече от 1 kV: слой на полуотслабване е между 0,5 mmAl и 0,4 mmAl еквивалент:

2.3.12.3. експонационен автомат: настройка на експоната, разлика между оптичните плътности на филмите-не по-голям от 0,10 Od, предпазен таймер.

2.3.12.4. компресия-силата на компресия трябва да е между 130N и 200N и да е непроменена най-малко 1 min.

2.3.12.5. време на експонация-времето на експонация трябва да бъде по-малко от 2 min.

2.3.12.6. качество на образа-висококонтрастна разделителна способност по-голяма от 13 mm⁻¹: гранична нискоконтрастна визуализация-минимален различим контраст-не по-малък от 1,3%:

2.3.12.7. доза на млечната жлеза.

Организация на дейността.

2.3.13. Пациентът за изследване се приема от лекар, работещ в отделението по "Образна диагностика", въз основа на ИЗ или медицински документи, подготвени и изпратени от лекар от ФСМП. Те съдържат като минимум следната информация: името и адреса на лекаря, който е изпратил пациента; трите имена, годините и адреса на пациента, диагнозата му и исканото изследване. При необходимост се изисква и допълнителна информация за болния.

В медицинското направление за образно контрастно изследване задължително има анамнеза за свръхчувствителност или странични явления от контрастните средства при предходни контрастни изследвания, а при рентгенологично изследване на жени в репродуктивна възраст – датата на последната менструация или информация за бременност.

Лекарят от отделението по "Образна диагностика", приемащ пациента, определя вида и обема на изследването. Той разяснява на пациента същността на

изследването, ползата и рисковете от провеждането му и получава от пациента информирано съгласие.

Лекарят от отделението по "Образна диагностика", приемащ пациента, се осведомява дали жена в репродуктивна възраст, изпратена за рентгеново изследване, е бременна. Рентгеново изследване на бременна жена се извършва само в случай, че животът и здравето ѝ са сериозно застрашени и ако изследването не може да се отложи за периода след раждането.

2.3.14. Конвенционално рентгеново изследване, обхващащо коремната и тазовата област на жена в репродуктивна възраст, се извършва в първите десет дни след датата на последната менструация, освен по спешност. При рентгеново изследване при бременност или в случай, че бременност не може да се изключи, извършващият изследването документира на кой апарат е направено изследването и данните, чрез които впоследствие може да се изчисли дозата на фетуса:

при рентгенография: използвани анодно напрежение (kV), количество електричество (mAs), вид и размер на рентгеновата касета;

при рентгеноскопия: използвани анодно напрежение (kV), аноден ток (mA), време на скопия (s), брой на прицелните снимки и данните, при които са направени

Лекарят осигурява провеждането на необходимото изследване, в което вземат участие останалите служители от отделението по образна диагностика съобразно тяхната специалност.

Лекарят съставя окончателните документи за проведеното изследване, като по негова преценка те могат да бъдат обсъдени с лекаря, изпратил пациента за изследване.

Извършването на изследванията се контролира от лекар-специалист по образна диагностика и завършва с писмено тълкуване на получените резултати.

Лекарят-специалист по образна диагностика препоръчва проследяване, контролни прегледи или други образни изследвания.

Резултатите от извършените изследвания в отделението по "Образна диагностика" съдържат следната информация: трите имена и годините на пациента, датата на изследването, амбулаторен номер от рентгеновия журнал, вида на изследването, получените резултати от изследването и неговото тълкуване, подпис на лекаря, извършил изследването.

Резултатите от изследванията, съгласно правилника за вътрешния ред на лечебното заведение, което е извършило изследванията, се предоставят на пациента и/или неговият законен представител.

Контрол на качеството

Отделението по "Образна диагностика" има разработени правила за осигуряване на качеството, които включват:

а) Контрол на апаратурата, чрез която се получават съответните резултати от изследванията;

б) Контрол върху качеството на използваните консумативи;

в) Контрол върху качеството при извършването на образни изследвания;

г) Контрол върху качеството при тълкуване на получените резултати.

2.3.15. Дейността на отделението по "Образна диагностика" е организирана и провеждана при спазване на принципа за получаване на оптимално добри възможни диагностични резултати при минимално лъчево натоварване на пациентите и персонала.

Структура по образна диагностика в районни лечебни заведения

Минимални изисквания по стандарт.

2.1. Освен с конвенционалната рентгенова апаратура отделението разполага и с ултразвуков апарат и мамограф.

2.2. Освен рентгенографските и рентгеноскопичните изследвания се извършват и контрастно изследване на жлъчна система, на урогенитална система, диагностични ултразвукови изследвания и мамографии.

Експертно заключение: Изпълнени са всички минимални изисквания по стандарта.

3. Допълнителни изисквания по стандарт

3.1. Разполага с необходимите човешки ресурси: инженери, и техници - да по договор.

3.2. Има експонационен автомат при мамография.

3.3. Рентгеноскопичният апарат е оборудван с устройство за автоматичен контрол на мощността на дозата и яркостта за ЕОП.

3.4. не разполага с устройство за измерване дозата на пациента – показателят не е изпълнен.

3.5. отделението не разполага с компютъртомографска уредба - от четвърто поколение – показателят е неизпълнен.

3.6. Извършва се рентгенова мамография:

3.6.1. Налична е втора мишена от W или R.-да

3.6.2. Наличен е допълнителен филтър-да

3.6.3. Разполага със специални мамографски касети и рентгенови филми-да

3.6.4. Разполага със самостоятелна машина за проявяване на мамографски филми-не

3.6.5. Разполага с устройство за автоматично компресиране-да

Експертно заключение: Изпълнени са 7 допълнителни изисквания от общо 10.

Експертно заключение от оценяването на отделение за образна диагностика:
--

- Всички общи показатели, означени като "задължителни", са изпълнени.
- Изпълнени са всичките 12 общи отнасящи се за отделението оценъчни показатели. Процентното изпълнение на общите оценъчни показатели е 100 %.
- Всички минимални изисквания по стандарт са изпълнени.
- От всичките 10 допълнителни изисквания по стандарт са изпълнени 7. Процентното изпълнение на специфичните оценъчни показатели е 70%.
- Средноаритметичният сбор от процентното изпълнение на общите и специфичните оценъчни показатели е 85%.

На основание гореизложеното и присъдените оценки за всеки показател експертната комисия предлага на уважаемия Акредитационен съвет да присъди

на отделението по образна диагностика при МБАЛ "Раковски" ЕООД гр.Раковски крайна акредитационна оценка "много добра" за срок от 4 (четири) години, тъй като изпълнението на оценъчните точки е в границите на 81-90%.

Препоръка: Да се подмени рентгеновата уредба за графии и скопии с нова, с цел намаляване лъчевото натоварване на пациентите и персонала.

КЛИНИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ

НАПРАВЛЕНИЕ № 1: ОЦЕНЯВАНЕ НА УСЛОВИЯТА И СРЕДСТВАТА, С КОИТО СЕ ОКАЗВАТ ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ

Критерий №1. Управление на лечебното заведение

1.2. Клиничната лаборатория е самостоятелно обособено звено към ДКБ на МБАЛ "Раковски" ЕООД. Разположена е в самостоятелна сграда в двора на болницата. Структурата на лабораторията отговаря на посочената в Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на болницата, видно от Правилника на лечебното заведение и лабораторията. Лабораторията е създадена съгласно изискването на ЗЛЗ и Наредба № 29 на МЗ.

*1.4. Лабораторията се управлява от лекар с призната специалност по клинична лаборатория, назначен на срочен договор след проведен конкурс съгласно ЗЛЗ и КТ.

Щатът на отделението включва:

1. Началник клинична лаборатория – 1 бр.
2. Старши клиничен лаборант - 1 бр.
3. Клиничен лаборант – 1 бр.
4. Санитар - 1 бр.

Задължителният показател е изпълнен.

*1.5. Има разработени длъжностни характеристики за всички длъжности в лабораторията, които регламентират правата, задълженията и отговорностите на всички работещи. Характеристиките са разработени в съответствие с изискванията на КТ и специфичните изисквания на ЗЛЗ. Утвърдени са от управителя, намират се в досието на всеки служител, който е запознат с характеристиката си и е удостоверил това със собствения си подпис. Задължителният показател е изпълнен.

*1.6. Съществува координация в дейността на отделните медицински и спомагателни структури, видно от приложения общоболничен синхронизиран график и направената проверка. Утвърдени са правила за взаимодействие на клинична лаборатория с другите отделения. Във всяка структурна единица има поставен график за плановите изследвания. Спешните изследвания се извършват по всяко време на денонощието. Задължителният показател е изпълнен.

*1.7. Лабораторията разполага с много добре разработена Програма за развитие и управление, в съответствие с общата програма на болницата, за 3-годишен период, включващ всички необходими елементи: визия, цели и задачи; анализ на дейността; насоки за развитие. Непосредствена цел на клиничната лаборатория е бърза и точна диагностика на заболяванията и достатъчна информация според

последните критерии на добрата медицинска практика и насочване на пациентите към съответния специалист. Постоянна цел на лабораторията е да поддържа високо ниво на качеството на изследванията. Основните насоки за развитие са: Повишаване икономическата ефективност, чрез намаляване себестойността на една проба; повишаване използваемостта на апаратурата; уплътняване на работното време. Задължителният показател е изпълнен.

Експертно заключение: Изпълнени са всички задължителни показатели и оценъчният показател.

Критерий № 2. Управление на човешките ресурси

*2. Ежегодно в лабораторията се разработва програма за повишаване на квалификацията на работещите, видно от представената документация-план-график за вътрелабораторни колегиуми на лекаря и медицинските лаборанти с определени теми и отговорници. Лекаря взема участие в ежегодните национални конференции, конгреси и други научни прояви. Програмата е част от общоболничната програма за повишаване на квалификацията. Приложени са: протоколи от вътрелабораторни колегиуми, удостоверения за следдипломна квалификация на лекаря в клинична лаборатория.

Експертно заключение: Задължителният показател е изпълнен.

Критерий № 3. Съответствие на материално-техническа база, медицинска апаратура и дейности с изискванията на медицинските стандарти

3.1. С хигиенното заключение от РИОКОЗ-Пловдив № 208/11.01.2008г. се удостоверява, че МБАЛ"Раковски"ЕООД в чиято структура е Клинична лаборатория, отговаря на хигиенните изисквания по чл.7 от Наредба №29. В лабораторията се спазват действащите в страната здравни норми и изисквания. Налице е пълно съответствие, потвърдено със заключения и протоколи за резултати от извършени проверки. Задължителният показател е изпълнен

3.2. Непрекъснато се извършва периодична профилактика и поддръжка на наличната медицинска апаратура, отразено в приложените като доказателство протоколи и удостоверения на съответните служби. Ръководството на лабораторията следи за спазването на всички изисквания и при изтичане на срока на съответните удостоверения своевременно ги подновява. Болницата има сключен договор със специализирани фирми за поддръжка на лабораторната апаратура и техника. Приложени са като доказателство и протоколи от лицензираните фирми за техническата изправност на медицинската апаратура. Задължителният показател е изпълнен.

*3.3. Наличие на минимални изисквания по медицински стандарт:

3.3.1. Клиничната лаборатория работи със затворена система за вземане на биологичен материал.

3.3.2 Лабораторията изпълнява изискванията на медицинския стандарт по Клинична лаборатория, по отношение на задължителна лабораторна апаратура за Районно лечебно заведение за болнична помощ. Лабораторията на МБАЛ"Раковски"ЕООД разполага с :

Хематологичен анализатор – 1бр. - AL8*8
Полуавтоматичен коагулометър – Amelung KC1A
Микроскопи – Laboval-3 – 3 бр; PZO
Хематокритна центрофуга- 2 бр.;
Клинико-химичен анализатор – Mikrolab 200
Електролитен йон-селективен анализатор – MEDICA EasyLyte PLUS
Кръвно-газов анализатор – Kompakt 2

3.3.3. Лабораторията изпълнява изискванията на медицинския стандарт по Клинична лаборатория по отношение на задължителен обем лабораторни показатели и отговаря на изискванията на стандарта за лаборатория към Районно лечебно заведение за болнична помощ. Аналитичните принципи на използваните лабораторни методи отговарят на препоръчаните в медицинския стандарт, видимо от приложените стандартни работни процедури. Клиничната лаборатория извършва следните изследвания:

-Изследване на урина: рН, специфично тегло, полуколичествено изследване на белтък ,глюкоза, кетонни тела, уробилиноген, билирубин, кръв, седимент тест за микроалбуминурия.

-Кръвна картина: определяне на хемоглобин, хематокрит, изброяване на еритроцити, левкоцити и тромбоцити, MCV, MCH, MCHC, CUE, ДКК, морфология на еритроцити, осмотична резистентност на еритроцити.

-Хемостазни показатели: време на кръвене, време на съсирване, протромбиново време, АРТТ /активирано парциално тромбопластиново време/, фибриноген.

-Клинично-химични изследвания - глюкоза, креатинин, урея, общ белтък, албумин, общ билирубин, директен билирубин, АсАТ, АлАТ, КК, АФ, ГГТ, амилаза, пикочна киселина, холестерол, триглицериди, холестерол в HDL, холестерол в LDL, калций /общ и йонизиран/, калий, натрий, хлориди, желязо.

-Ликвор-доказване на белтък, определяне на общ белтък и изброяване на левкоцити и еритроцити, реакция на Панди, на Павлович, на Ривалта, захар.

-Изпращания-окултни кръвоизливи.

Аналитичните принципи на използваните лабораторни методи отговарят на препоръчаните в медицинския стандарт, видно от приложените стандартни работни процедури.

3.3.4. Лабораторията притежава йон-селективен анализатор за електролити-калий, натрий и калций. Задължителният показател е изпълнен.

3.3.5. Освен минималната по т. 3.3.2. апаратура лабораторията разполага и с: йон-селективен анализатор, термостатиран селективен клинично-химичен анализатор,

3.3.6. Освен минималните по т. 3.2.3 изследвания лабораторията изследва и: урина и течни пунктати - количествено; цитологична диагностика на течни пунктати; кръвна картина - ретикулоцити; LE-клетки; ДКК с оцветяване по Папенхайм; морфология на костен мозък ; клинично-химични изследвания - желязо, ЛДХ, Troponin;

3.3.7. Освен минималната апаратура по т. 3.3.5. лабораторията разполага и с кръвно-газов анализатор;

3.3.8. Освен минималните изследвания по т. 3.3.6. лабораторията извършва и анализ на рН и газове в кръвта.

*3.4. Клинична лаборатория при МБАЛ"Раковски"ЕООД участва в Българска национална система за външна оценка на качеството"Клинична лаборатория". Приложени са сертификати за: клинична химия, хематология, кръвосъсирване, кръвно-газов анализ, качествено химично изследване на урина. При анализиране на резултатите от проверки от периода 2004- 2007г. се вижда високо качество на дейността, преценено въз основа на представените протоколи и сертификати. Задължителният показател е изпълнен.

3.5. Допълнителни изисквания по медицински стандарти:

3.5.1.Клиничната лаборатория разполага със самостоятелни помещения за персонала

3.5.2 Притежава апаратура и извършва изследвания, които са задължителни за по-високо ниво лечебно заведение /анализатор за изследване на кръвни газове, биохимичен анализатор/ и извършва изследвания за по-високо ниво лаборатория.

3.5.3. Наличие на апаратура за високоспециализирани изследвания.

3.5.3.1.Не разполага с апаратура за изследване на микроелементи. Показателят не е изпълнен.

3.5.3.2.Не разполага с апаратура за изследване на хормони и туморни маркери. Показателят е неизпълнен.

3.5.3.3.Не разполага с апаратура за лекарствен мониторинг. Показателят не е изпълнен.

3.5.3.4.Не разполага с апаратура за изследване на молекулярно-биологични показатели. Показателят не е изпълнен.

3.5.4. Работи с писмени аналитични процедури на производителя, преведени на български език, които съдържат информация за индикации за изследване, аналитичен принцип, изисквания към биологична проба, необходими реактиви, необходима апаратура и допълнителни технически средства, етапи на анализа, изчисляване на резултатите, референтни интервали, линейност, качествен контрол, възможна интерференция, клинично значение, възможно въздействие на реактивите при попадане в/у кожата или лигавиците на изследвания.

3.5.5.Има добре разработени процедури за подготовка на пациентите за изследване, идентификация и вземане (събиране) на първичните биологични проби, подлежащи на анализ.

3.5.6.Има добре разработени работни процедури за регистрация и идентификация на първичните проби.

3.5.7.Има добре разработени работни процедури за транспорт и съхранение на биологичните проби и подготовка на пробите за анализ.

3.5.8.Лабораторията е разработила собствени референтни граници, които са предоставени на клиницистите.

Експертно заключение: Изпълнени са всички задължителните показатели и минималните изисквания по стандарта. Изпълнени са 7 оценъчни показатели от

общо 11 от допълнителните изисквания по стандарт (63.63%). Неизпълнени 3.5.3.1;3.5.3.2.;3.5.3.3;3.5.3.4.

Критерий № 4. Информационно осигуряване

4.1. В лабораторията има система за събиране, обработка и анализ на информацията. Лабораторията разполага и се анализират всички възможни количествени и качествени параметри, които се използват за изготвяне на отчети и анализи и се предоставят на ръководството в необходимия срок и вид.

4.1.1.използваемост на капацитета. Показателят е изпълнен.

4.1.2.брой пациенти и видове изследвания-ежемесечна информация. Показателят е изпълнен.

4.1.3.наличност и движение на консумативи. Показателят е изпълнен.

4.1.4. наличност и технологичните данни на медицинската апаратура. Показателят е изпълнен.

Прави впечатление намалелия брой извършени изследвания и брой обслужени пациенти през 2007г.:

Вид дейност	2005г.	2006г.	2007г.
Хематологични изследвания	29 201	31 104	29 950
Биохимични изследвания	32 208	37 334	27 046
Изследвания на урина	22 243	22 273	20 136
Други	33	21	4
Общ брой изследвания	83 685	90 732	77 136
Общ брой обслужени пациенти	10 514	10 886	9 642

От направения анализ се вижда,че апаратурата се използва оптимално.Спазват се наличните протоколи за провеждане на изследванията–контролира се от началника на лабораторията .

4.2. Разполага с програмно оборудване – Нисет-Лаб Експерт. Показателят е изпълнен.

Експертно заключение: Изпълнени са всичките 5 оценъчни показатели (100%).

Критерий № 5. Дейности за подобряване на качеството

5.1. Ръководителят на медико-диагностичната лаборатория контролира: вида и обема на дейността на основа сключени от болницата договори; достъпа на потребителите до медико-диагностични дейности определен в правилник за дейността и вътрешния ред на лабораторията, списък на извършваните изследвания и инструкции за лекарите - потребители; качеството на медико-

диагностичните дейности, основавайки се на вътрешния контрол на качеството и резултатите от външната оценка на качеството. Като доказателство за това са приложените доклади, анализи, протоколи. Показателят е изпълнен.

5.2. В медико-диагностичната лаборатория се провежда вътрешен контрол на качеството за откриване на аналитични грешки използвайки правилата на Вестгард на всеки работен лабораторен показател и се регистрира на електронен и хартиен носител, които се прилагат като доказателство. Показателят е изпълнен.

5.3. Медико-диагностичната лаборатория участва в система за външна оценка на качеството в програмите по клинична химия, хематология, кръвосъсирване, кръвно-газов анализ, качествено химично изследване на урина.. Показателят е изпълнен.

Експертно заключение: Изпълнени са всичките 3 оценъчни показатели (100%).

Критерий № 6. Дейности за сигурност и безопасност на пациентите и персонала
6.1.Медико-диагностичната лаборатория е:

6.1.1. включена в плана за сигурност на пациентите и персонала на лечебното заведение при кризи от невоенен характер.

6.1.2.участва в практическото упражнение на болницата.

6.3.В медико-диагностичната лаборатория:

6.3.1. Има програма за профилактика и контрол на ВБИ - част от общата програма на болницата, съгласувана с РИОКОЗ с всички необходими компоненти. Разработена е програма и се спазват правила за дезинфекция, дезинтоксикация и деструкция на биологични материали, утвърдени от управителя.

6.3.2.Всички работещи в лабораторията са запознати срещу подпис със задълженията и отговорностите им, произтичащи от програмата за профилактика на ВБИ.

6.3.3. Извършва се редовно текущ контрол за изпълнение на програмата от началника на лабораторията и старшата лаборантка и периодичен контрол - от комисията за борба с ВБИ, главната медицинска сестра, документирано в протоколи.

6.4. Разработени са мерки-“Инструкция за поведение при инциденти с биологични материали” при възникване на такива в лабораторията. Същите са неразделна част от правилника на лабораторията. С тях са запознати срещу подпис всички работещи в лабораторията.

6.5. Специално внимание се отделя на пресечните точки на чисти с нечисти потоци, които са маркирани. След всяко преминаване през тях на явно или условно контаминиран с инфекциозни или токсични ноксизматериал се извършва съответна обработка в съответствие със здравните норми и изисквания. Ежедневният контрол върху тази дейност се осъществява от старшата лаборантка, а периодичния - от главната медицинска сестра, комисията по ВБИ и РИОКОЗ. Не се установяват нарушения. Показателят е изпълнен.

Експертно заключение: Изпълнени са всичките 7 оценъчни показатели (100%).

НАПРАВЛЕНИЕ № 2: ОЦЕНЯВАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ, ЧРЕЗ КОИТО СЕ ОКАЗВАТ ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ

Критерий № 1. Достъп до пациентите

1.1. Осигурена е възможност на гражданите да получават информация по телефон за: реда, условията и видовете медицинска помощ.

1.2. Чрез указателните табла и надписи гражданите получават информация за точното разположение на отделните структури на лабораторията.

1.3. За хората с увреждания са осигурени достатъчен брой инвалидни колички /колесни столове/ за лесен достъп до лабораторията

Експертно заключение: Изпълнени са всичките 3 оценъчни показатели (100%).

Критерий № 2. Информираност на пациентите

*2.1. Лабораторията предоставя на пациента необходимата информация за :

2.1.1. длъжността и имената на лицата, участващи в диагностичния процес.

2.1.2. евентуалните им финансови задължения при изследванията, информация за други лаборатории. Доказателство за това е заповедта на управителя за предоставяне на информация, баджовите на лекарите, табла до информацията /регистратурата/ с потребителски такси и ценоразпис на услуги, подписани от пациента декларации към клинични пътеки за заплащане.

2.1.3. вътрешния ред в лабораторията. Информирането на пациента за вътрешния ред се доказва с поставения правилник за вътрешния ред в съответствие с общия правилник на болницата, както и по време на лични разговори между персонала и пациентите и техните близки. Поставена на видно място е и « харта за правата на пациента».

2.1.4. други медико-диагностични лаборатории ,предлагащи дейности извън обема на тази към МБАЛ"Раковски"ЕООД, се предоставя от началника на лабораторията и лекуващия лекар. Задължителният показател е изпълнен.

2.2. Лабораторният лекар информира:

2.2.1. пациента и/или законен представител/попечител/, или друго лице определено от пациента, лицето по чл.162 ал.3 от Закона за здравето, за: обема и вида на необходимите диагностично-лечебни процедури.

2.2.2. пациента /неговия законен представител/попечител/лицето по чл.162 ал.3 от Закона за здравето /за възможностите да определи лицата, които желае да бъдат информирани за здравето му състояние, чрез декларация.

2.3. Създадени са условия за зачитане правата и достойнството на пациента, като:

2.3.1. по време на изследването пациентът да може да получи отговори на интересувачи го въпроси в условия на личен разговор. Това е залегнало в разработени подробно писмени правила за уважение на личния живот, достойнството и свободата на пациента по време на престоя му в болницата, с които срещу подпис са запознати всички служители.

2.3.2. в болницата не се провежда обучение на студенти и специализанти.

2.3.3.уважението на религията на пациента е заложено в посочените по-горе и утвърдени от управителя писмени правила. При осигурено от пациента или негов близък духовно лице, на същото му се осигурява достъп до пациента.

2.3.4.Уважава се желанието на пациента да прекрати по всяко време прилаганите му диагностични услуги и медицински грижи, като предварително писмено се информира за рисковете.

2.4. В болницата и лабораторията в частност е станало вече традиция да се проучва удовлетвореността на пациентите. Доказателство за това са приложените анкетни карти, извършеният анализ и взетите решения.

Експертно заключение: Изпълнен е задължителният показател и всичките 7 оценъчни показатели (100%).

Критерий № 3. Информирано съгласие на пациентите

*3.1. Осъществяваната дейност в болницата е в съответствие с изискванията на Закона за здравето и Конвенцията за защита на правата на човека.

Доказателство за това са разработените правила за предоставяне по разбираем начин на информация на всеки пациент, и/или законен представител, попечител или на лицето по чл.162 ал.3 от Закона за здравето, относно провеждане на предстоящи диагностични и лечебни процедури, ползи и рискове от тях.

Същите са ясно и подробно написани и са утвърдени от управителя на МБАЛ"Раковски"ЕООД. Задължителният показател е изпълнен.

*3.2.Взема писмено съгласието на пациента и /или законен представител, попечител или на лицето по чл162 ал.3 от Закона за здравето, за извършване на определени диагностични процедури и интервенции. Задължителният показател е изпълнен.

Експертно заключение: Изпълнени са задължителните показатели.

Критерий № 4. Напускане на лечебното заведение

4.1.При напускане на лабораторията пациентът получава :

4.1.1.указания за други услуги от които се нуждае.

4.1.2.препис от резултатите от извършените изследвания с референтните им стойности. Резултатите от изследванията на пациентите от стационарния блок се изпращат на лекуващия лекар и се съхраняват в ИЗ на пациента. Подробно се описват в епикризата.

4.2.За получаване на резултатите от изследванията е налице писмено установен ред, с който са запознати всички служители в клиничната лаборатория и в МБАЛ"Раковски"ЕООД, документирано с протокол. Контролът се извършва от главна медицинска сестра, старшия клиничен лаборант и началника на лабораторията.

Експертно заключение: Изпълнени са всичките 3 оценъчни показатели (100%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТ ОЦЕНЯВАНЕТО НА КЛИНИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ:

На основание гореизложеното и присъдените оценки за всеки критерий експертната комисия предлага на почитаекия Акредитационен съвет:

1. Да утвърди оценки и оценъчни точки на клинична лаборатория, както следва:

Направление	Критерий	Брой оценъчни показатели в критерия	Съотношение бр.изпълнени в оцен.показ./общ бр.оцен.показ. в %	Точки на критерия	Коеф. на тежест	Оценка
1	1	задължителен	изпълнен			
	2	задължителен	изпълнен			
	3	11	63,63	3	X 5	15
	4	5	100.00	4		4
	5	3	100.00	4		4
	6	7	100.00	4		4
2	1	3	100.00	4		4
	2	7	100.00	4		4
	3	задължителен	изпълнен			
	4	3	100.00	4		4

- Изпълнени са всички задължителни показатели.
- Действителен брой оценъчни точки за дейността на клинична лаборатория е 39 или 88.64 % изпълнение от максимално възможния брой оценъчни точки 44.

На основание гореизложеното и присъдените оценки за всеки показател експертната комисия предлага на уважаекия Акредитационен съвет да присъди на Клинична лаборатория при МБАЛ"Раковски"ЕООД крайна акредитационна оценка "много добра" за срок от 4 (четири) години, тъй като изпълнението на оценъчните точки е в границите на 81-90%.

АДМИНИСТРАТИВНО-СТОПАНСКИ БЛОК

1. Административно-стопанският блок /АСБ/ е добре диференцирано структурно звено от единната организационно-управленческа структура на болницата, състоящо се от следните обособени звена :

- администрация,
- счетоводство,
- стопанско – техническо звено включващо: кухня, парокотелно, пречиствателна станция, склад, пералня, гладачна, стерилизационна, гаражи.

Доказателство са подробно разработени правилници на болницата и на АСБ и заповед № 18 от 18.01.2008 г. на управителя за утвърждаване структурата на болницата .

2. Административно-стопанският блок осъществява дейности по:

2.1. икономическо, бюджетно и финансово управление.

Отделните сектори на АСБ гарантират ефективно осъществяване на икономическото, бюджетно и финансово управление на болницата, изготвянето и актуализирането на щатното разписание, длъжностните характеристики на персонала, съхранението на личните досиета, воденето на входящата и изходящата кореспонденция. Всяко тримесечие се предоставят на РЗОК, РЦЗ и други органи финансови и медико-статистически отчети. Доказателство са утвърдената структурата на АСБ, счетоводната политика, вътрешните правила за работна заплата, правилник за документооборота, щатното разписание, другите учетни и отчетни форми, резултатите от извършени финансови проверки. Поддръжката и ремонтът на медицинската техника и апаратура се извършва от техническия отдел на болницата и от външни фирми – изпълнители, специализирани в съответната област. Доказателство за това са договори и констативни протоколи от лицензирани фирми за поддръжка на медицинска и немедицинска техника и апаратура. Работещите в болницата са запознати с правата, задълженията и отговорностите, произтичащи от длъжностите, които заемат, удостоверено с техните подписи. Има утвърден ценоразпис за медицински и административни услуги, предоставяни на пациентите. Показателят е изпълнен.

2.2. актуализация на щатното разписание и лични досиета на служителите.

Утвърденото от Управителя на болницата поимено щатно разписание по длъжности , отделения и звена се актуализира ежегодно.

Административно-стопанският блок се състои от 18 броя персонал:

- с висше образование - 2 бр.
- със средно-специално - 3 бр.
- със средно - 13 бр.

За всички служители има изготвени лични досиета. Показателят е изпълнен.

2.3. Деловодната работа по регистриране, разпределяне и съхранение на цялата входяща и изходяща документация е регламентирана в Правилник за документооборота на МБАЛ ” Раковски” ЕООД и Заповед № 187 / 29.12.2005г. на Управителя за водене на документооборота. Показателят е изпълнен.

2.4. поддръжка и ремонт на материално-техническата база;

Извършват се текущи ремонти във всички звена на болницата, с цел поддържане на материално-техническата база в отлично състояние. Болницата е изготвила проект ” Реконструкция, модернизация и разширяване на ” МБАЛ – Раковски” ЕООД и е кандидатствала за отпускане на средства по Програма за регионално развитие. Изготвен е и проект за разширение на болницата в частта му детско отделение и АСБ. За поддръжка и ремонт на компютърните

конфигурации има сключен договор с “ ВСВ Спектър” ООД – гр. Раковски. Показателят е изпълнен.

2.5. спазване на правилата за безопасност и сигурност на пациенти и персонал; Има сключен договор с външна организация – Служба по трудова медицина за осигуряване и поддържане на здравословни и безопасни условия на труд произтичащи от ЗЗБУТ с фирма ” Сонел фарма – Медицински център ” ЕООД гр. Раковски. Изпълнени са всички условия за противопожарна безопасност на пациентите и персонала. Утвърден е план за действие при възникване на пожар в сградата. Има утвърден военновременен план.

Показателят е изпълнен.

2.6. водене и осчетоводяване на приходи по източници на финансиране и разходи по икономически елементи за лечебното заведение и всяка клиника/отделение;

Ежемесечно, тримесечно и годишно се изготвят: финансова информация за състоянието на лечебното заведение, Баланс, Отчет за приходи и разходи, Отчет за паричните потоци и счетоводни справки по клиенти и доставчици. Счетоводното отчитане на стопанските операции се осъществява съгласно Индивидуалния сметкоплан на лечебното заведение. Разработени са и утвърдени Вътрешни правила за работната заплата. Показателят е изпълнен.

2.7. координация на процесите за предоставяне на общи услуги на пациентите и персонала;

За пациентите е разработена рекламна стратегия , която включва:

- информационна брошура, в която освен адреса, телефона и имената на водещите специалисти, подробно са описани и всички здравни услуги, които се предлагат в лечебното заведение. Информационната брошура е напечатана в голям тираж и е достъпна за всеки пациент.

- Електронен сайт и електронна поща - www.mbal-rakovski.hit.bg– електронния сайт на болницата предоставя пълна информация и снимков материал за предоставяните от лечебното заведение медицински услуги, диагностично-консултативни кабинети, болничен стационар, аптека, адрес и телефон за контакти и карта;

- mbalrakovski@abv.bg – електронната поща на лечебното заведение дава възможност за бърз и лесен начин за връзка, както за пациенти, също така и за договорни партньори и институции.

- Участие в специализирани медицински каталози и бизнес справочници.

- Излъчване на рекламни клипове в местни радиа, телевизии.

- Представяне на изявени специалисти на лечебното заведение в местната преса чрез интервюта и дебати по важни за жителите на региона заболявания.

Показателят е изпълнен.

3. Обучение и квалификация на персонала от Административно-стопанския блок; Служителите в АСБ непрекъснато повишават квалификацията в различни области: промени в КСО; промени в КТ; промени в ЗКПО, ЗОДФЛ и ЗМДТ; охрана на труда; компютърна грамотност; годишно данъчно счетоводно приключване, доказано с програма за обучение, заявки за участие, удостоверения за преминати курсове. Показателят е изпълнен.

4. Административно-стопанският блок изготвя годишен отчет за състоянието на човешки, финансови и материални ресурси на лечебното заведение, обсъждан и приеман на Медицински съвет, видно от представените протоколи от заседанията. Показателят е изпълнен.

5. Административно-стопанският блок осигурява своевременно доставката на материали, енергия и вода. Уквърдени са правила относно доставката на материалите, лекарствата и консумативите, апаратурата и медицинските газове. Доставката на медикаменти се извършва по договор с "МБАЛ – Пловдив" АД – гр. Пловдив. Показателят е изпълнен.

6. Административно-стопанският блок изготвя текущи и периодични статистически отчети за цялостната медицинска и финансово-икономическа дейност на лечебното заведение и за всяка клиника/отделение. Приходите и разходите се наблюдават по отделения и звена. АСБ изготвя задължителните текущи и периодични статистически отчети за цялостната дейност на болницата и нейните структурни звена. Резултатите се анализират от ръководството и се предприемат мерки за оптимизиране на дейността. Показателят е изпълнен.

1. Изпълнени са всичките оценъчни показатели. /11 бр./ - 100%.

2. Комисията предлага оценка за дейността на Административно-стопанския блок "отлична" за срок от 5 (пет) години

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многопрофилната болница за активно лечение " " ООД - гр. изпълнява целия обем дейности за лечебни заведения за болнична помощ на районно ниво и осигурява много добро качество на оказваните здравни услуги. Изградена е необходимата структура и човешките ресурси са рационално разпределени. Лечебното заведение функционира при спазване на всички законови изисквания.

Материално-техническата база е в много добро състояние - добре поддържан сграден фонд, осигуряващ комфортни условия за пациентите. Апаратурата и оборудването съответстват на вида и предмета на дейност на лечебното заведение, на изискванията на медицинските стандарти. Осигурени са безопасни и здравословни условия на пациенти и персонал. Кадрите се характеризират с отлична професионална квалификация и благоприятна възрастова структура. От лекарите 90.63 % имат придобита специалност, 21.87 % имат две признати специалности, 91 % от специалистите имат стаж повече от 5 г. след придобиване на специалност. Болничното ръководство реагира своевременно и адекватно на настъпили промени в здравно-демографското състояние на населението и потребностите от медицинска помощ, на промени в

отраслите на икономиката в района, изразено с промени във фактическата структура . Създадена е рационална и много добре функционираща организация и се провежда непрекъснат ефективен контрол на всички нива. Своевременно са взети мерки за привеждане на отделните структурни звена на болницата в съответствие с изискванията на медицинските стандарти, с които е запознат персоналет. Болничната информационна система предоставя своевременна, качествена и пълна информация по всички направления. Цялостната дейност се реализира при ефективен контрол на паричните потоци, ефективното използване на ресурсите и осигуряване на адекватно лекарствено лечение на болните. Болницата няма просрочени задължения. При извършени проверки от различни органи и институции не са констатирани съществени нарушения. Отчита се висока степен на удовлетвореност на пациентите, установено от извършените анкети от болничното ръководство. Изключително ефективно е сътрудничеството между болничното и общинското ръководство. Лечебното заведение има реален потенциал да решава възникналите проблеми, като използва много добрата си ресурсна осигуреност, оптимална организация на работа и адекватна система на управление. Посочените силни страни са гаранция за поддържане на постигнатото ниво на оказване на висококачествени здравни услуги и на устойчивото функциониране на болницата.

SWOT АНАЛИЗ

СИЛНИ СТРАНИ	СЛАБИ СТРАНИ
1.Добра осигуреност с квалифицирани лекарски кадри с една и повече специалности. 2.Авторитет в обществеността и подкрепа от официалните власти. 3.Добра материално-техническа база. 4.Липса на финансови задължения. 5.Висока степен на удовлетвореност на пациентите от получените медицински услуги, здравни грижи и храна.	1.Съотношението медицински сестри/лекари е под оптималното. 2.Недостатъчен е броят на бакалаврите по здравни грижи. 3.Непълна регистрация и отчитане на ВБИ. . .
ВЪЗМОЖНОСТИ	ЗАПЛАХИ
1.Текущо обновяване на наличната медицинска апаратура и закупуване на нова такава. 2.Оптимално ползване капацитета на лечебното заведение, сключване на договор по КП с РЗОК.	1.Наличие на компактни групи малцинствено население. 2.Висок брой лица с прекъснати осигуровки. 3.Конкуренция от значителен брой частни ЛЗ в гр.

На основание гореизложеното и присъдените оценки за всеки показател Експертната комисия предлага на уважаемия Акредитационен съвет следния

ПРОЕКТ ЗА РЕШЕНИЕ

ЗА ОЦЕНКА

НА ЦЯЛОСТНАТА ДЕЙНОСТ И НА ОТДЕЛНИТЕ МЕДИЦИНСКИ И ДРУГИ ДЕЙНОСТИ НА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ „ ” ООД – ГР. РАКОВСКИ

СТРУКТУРА	ОЦЕНКА	СРОК
МБАЛ – Цялостна дейност	Много добра	4 години
Вътрешно отделение	Много добра	4 години
Неврологично отделение	Отлична	5 години
Хирургично отделение	Отлична	5 години
Гинекологично отделение	Много добра	4 години
ОФТР	Отлична	5 години
Образна диагностика	Много добра	4 години
Клинична лаборатория	Много добра	4 години
Административно- стопански блок	Отлична	5 години

ПРЕПОРЪКИ:

1. Оптимизиране броя на медицинските специалисти.
2. Разширяване спектъра на отделните медицински дейности.
3. Провеждане адекватен мониторинг на ВБИ