

Załącznik nr 12b - Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy dla konkursu RPLD.10.03.03-IZ.00-10-002/16 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na 2014 – 2020.

Ogólne zasady realizacji projektów wyznaczają dokumenty programowe, Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (SzOOP RPO WŁ) oraz wytyczne horyzontalne i szczegółowe Ministra Rozwoju.

Beneficjenci są zobowiązani do realizowania projektów zgodnie z przepisami prawa oraz obowiązującymi dokumentami programowymi, w tym w szczególności z SzOOP RPO WŁ, wytycznymi szczegółowymi Ministra Rozwoju i zapisami Regulaminu konkursu.

Uwaga! W przedmiotowym konkursie nie jest możliwa realizacja projektów, które w zadaniach nie zakładają wykonywania badania cytologicznego.

Program jest skierowany do kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia). Badania są wykonywane raz na 3 lata, a u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV), – co 12 miesięcy.

1. Skrót epidemiologii nowotworu szyjki macicy

1.1. Skrót epidemiologii nowotworu szyjki macicy w Polsce

Rak szyjki macicy jest szóstym¹, co do częstości, nowotworem u kobiet w Polsce – stanowi 4,1% nowotworów u kobiet. Populacyjne badania przesiewowe (skryning) oparte na teście cytologicznym, mają na celu wykrywanie raka we wczesnym stadium, gdy leczenie jest skuteczniejsze, wskaźniki przeżycia wyższe, a częstość poważnych następstw choroby (w tym zgonu) mniejsza. Skryning cytologiczny oparty na teście cytologicznym, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest zalecanym i skutecznym testem stosowanym w programach przesiewowych.

Czynniki ryzyka wystąpienia raka szyjki macicy:

- 1) infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim potencjale rakotwórczym przenoszone drogą płciową i wywołujące przewlekłe zakażenie;
- 2) wiek (zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem, szczyt zachorowań przypada pomiędzy 45 a 55 rokiem życia);
- 3) wczesne rozpoczęcie życia seksualnego;
- 4) duża liczba partnerów seksualnych;

¹ Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r.”, Warszawa 2013 r., str.15.

- 5) duża liczba porodów;
- 6) palenie papierosów;
- 7) współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową;
- 8) osłabienie odporności (np. infekcja HIV czy leki zmniejszające odporność);
- 9) niski status społeczny i ekonomiczny;
- 10) obecność nowotworu szyjki macicy w rodzinie.

1.2. Skrót epidemiologii nowotworu piersi w województwie łódzkim

Zły stan zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego istotnie związany jest z chorobami nowotworowymi. Stanowią one drugą pod względem częstości występowania, po chorobach układu krążenia, przyczynę zgonów w województwie (ok. 23% zgonów²). Wartość współczynnika zgonów w województwie łódzkim z ich powodu wśród osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym jest najwyższa w Polsce.

Współczynnik zgonów kobiet w województwie z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy wynosi 8,1 na 100 tys. kobiet i jest to zbliżona wartość do ogólnopolskiej³. Rak szyjki macicy jest siódmym nowotworem pod względem zachorowalności kobiet w województwie.. Wg dostępnych danych na temat zgłaszalności na badania populacyjne w regionie bieżące objęcie populacji Programem profilaktyki raka szyjki macicy wynosi 20,99%⁴. Należy uznać go za zbyt niski. Na poziomie powiatów i gmin poziom zgłaszalności w zakresie badań cytologicznych jest bardzo zróżnicowany⁵.

Założenia polityki rozwoju i polityki zdrowotnej województwa łódzkiego zakładają intensyfikację działań nastawionych na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych. W świetle prognoz do 2029 roku liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych oraz zgonów z ich powodu będzie wzrastać⁶

Zły stan zdrowia mieszkańców województwa istotnie związany jest z czynnikami dotyczącymi stylu życia. Do słabych stron zalicza się niekorzystną sytuację i świadomość zdrowotną mieszkańców, nieefektywną profilaktykę zdrowotną, a także niską zgłaszalność na profilaktyczne badania populacyjne, rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowotne w związku ze starzeniem się społeczeństwa, nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych na terenach wiejskich i miejskich. Z przeprowadzonego badania ewaluacyjnego⁷ wynika, że istotnym ryzykiem dla projektów, skierowanych do mieszkańców województwa jest brak zainteresowania ze strony grup docelowych. Badania wskazują na niską wiedzę mieszkańców w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Wizyta u lekarza jest u nich oczywistą konsekwencją zachorowania. Nie wykonują badań profilaktycznych, bo dopóki czują się zdrowi, nie widzą takiej potrzeby. Inną barierą uczestnictwa w badaniach przesiewowych jest ich niska dostępność terytorialna.

² „Diagnoza do Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020”, str. 107.

³ Bank Danych Lokalnych GUS, Zgony wg przyczyn – wskaźniki, dane za 2014 r.

⁴ Strona internetowa Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego „Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy” Instytut „CZMP”.

⁵ j.w.

⁶ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego, str. 142

⁷ „Ocena potrzeb realizacji projektów dotyczących profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych w kontekście wydłużenia wieku aktywności zawodowej”, str. 7

Obawy związane z odstąpieniem od badań z powodu braku możliwości dotarcia do miejsca, w którym są prowadzone, dotyczą przede wszystkim mieszkańców obszarów wiejskich oraz osób starszych.

2. Przykładowe źródła informacji dotyczące sytuacji zdrowotnej w województwie łódzkim, (użyteczne do wypełnienia wniosku o dofinansowanie, szczególnie w części dotyczącej grupy docelowej).

Lp.	Przykładowe źródła informacji	Informacje o podmiocie opracowującym, ewentualnie wersji dokumentu	Zakres potencjalnie użytecznych danych
1	Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego	Ministerstwo Zdrowia, grudzień 2015 r.	Epidemiologia, w tym województwo na tle kraju, powiaty. Prognozy epidemiologiczne, w tym dla powiatów.
2	Krajowy Rejestr Nowotworów	Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie	Epidemiologia, w tym województwo na tle kraju, powiaty, podział na płeć
3	Bank Danych Lokalnych GUS	Główny Urząd Statystyczny	Dział LUDNOŚĆ. Epidemiologia (dane dotyczące przyczyn zgonów), w tym województwo na tle kraju, powiaty.
4	"Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne"	Ministerstwo Zdrowia, lipiec 2015 r.	Załącznik 2 Wybrane dane epidemiologiczne dla województwa.
5	„Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020”	Samorząd Województwa Łódzkiego/ Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, 2014 r.	Najważniejsze dane epidemiologiczne, założenia polityki rozwoju w zakresie zdrowia, odniesienia w analizie SWOT, zakładane kierunki działania związane z profilaktyką zdrowotną.
6	„Diagnoza do Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020”	Samorząd Województwa Łódzkiego/ Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, 2014 r.	Najważniejsze dane epidemiologiczne, założenia polityki rozwoju w zakresie zdrowia, odniesienia w analizie SWOT, zakładane kierunki działania związane z profilaktyką zdrowotną.
7	„Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020”	Samorząd Województwa Łódzkiego/ Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, 2013 r.	Najważniejsze dane epidemiologiczne, odniesienia w analizie SWOT, zakładane kierunki działania związane z profilaktyką zdrowotną.
8	Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim 2020”	Samorząd Województwa Łódzkiego/ Regionalne Centrum Polityki Społecznej, 2015 r.	Kontekst łączący zmiany demograficzne ze zdrowotnymi, zakładane kierunki działania związane z profilaktyką zdrowotną.
9	Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena potrzeb realizacji projektów dotyczących profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, 2014 r.	Odniesienia do barier dotyczących grupy docelowej.

	w kontekście wydłużenia wieku aktywności zawodowej”		
10	Raport z projektu „Przemiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa: konsekwencje dla lokalnych rynków pracy w Polsce”	OECD we współpracy z Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju oraz Samorządami Województw z małopolskiego, pomorskiego i łódzkiego, 2013 r.	Kontekst łączący zmiany demograficzne ze zdrowotnymi.

3. Badanie cytologiczne

W ramach programu wykonywane jest badanie cytologiczne (cytologia), które jest jednym z elementarnych badań w ginekologii. Pozwala na ocenę mikroskopijną komórek nabłonka pokrywającego część szyjki macicy pod względem stopnia zagrożenia rozwoju nowotworu.

4. Dotychczasowe działania krajowe podejmowane w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Program był realizowany w oparciu o ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Realizacja Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy przebiegała w oparciu o wzajemną współpracę pomiędzy NFZ zapewniającym dostęp do świadczeń cytologicznych i finansującym je, świadczeniodawcami realizującymi program oraz Ministerstwem Zdrowia finansującym część administracyjno-logistyczną. Ministerstwo Zdrowia refundowało koszty osobowe i zadaniowe stworzonej dla potrzeb programu sieci 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących i Centralnego Ośrodka Koordynującego, które monitorowały i nadzorowały realizację programu, a także realizację wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet, prowadzenie akcji medialnych oraz informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki ww. nowotworu oraz kontrole jakości wykonywanych badań cytologicznych do dnia 31 grudnia 2015 roku. Funkcję Centralnego Ośrodka Koordynującego pełniło Centrum Onkologii – Instytut M. Curie - Skłodowskiej w Warszawie. Podobnie jak w przypadku badania mammograficznego, badanie cytologiczne nie jest limitowane przez NFZ.

Celem programu było zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu krajów przodujących, w tym zakresie w Unii Europejskiej, w szczególności poprzez wykrywanie stanów przedrakowych oraz poprzez unikanie czynników ryzyka lub zwiększenie indywidualnej odporności na te czynniki, tj. edukację i kształtowanie zachowań prozdrowotnych. Dotychczasowe doświadczenia z realizacji Populacyjnego programu profilaktyki wczesnego wykrywania raka szyjki macicy wskazały, że niska wykrywalność raka szyjki macicy spowodowana jest małą liczbą kobiet zgłaszających się na badania cytologiczne.

5. Warunki przystąpienia świadczeniodawcy do programu

- 1) posiadanie dostępu do internetu umożliwiającego prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji projektu w ramach programu;
- 2) zarejestrowanie świadczeniobiorcy w SIMP nie później niż w dniu badania.

6. Przebieg procesu diagnostycznego

Program profilaktyki raka szyjki macicy składa się z 3 etapów: **podstawowego, diagnostycznego** oraz **pogłębionej diagnostyki**. Tryb realizacji świadczenia w trzech etapach jest ambulatoryjny.

6.1. Etap podstawowy

Polega na pobraniu przez lekarza lub położną rozmazu cytologicznego z szyjki macicy.

Etap podstawowy obejmuje:

- 1) zarejestrowanie kobiety w programie SIMP;
- 2) wypełnienie ankiety,
- 3) pobranie materiału cytologicznego do badania przy użyciu jednorazowego wziernika i szczoteczki umożliwiającej pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy;
- 4) edukację w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy;
- 5) wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą do pracowni diagnostycznej;
- 6) wręczenie przez lekarza pacjentce wyniku badania i decyzji, co do dalszego postępowania;
- 7) zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po trzech latach w przypadku prawidłowego wyniku i braku czynników ryzyka;
- 8) zalecenie wcześniejszego badania cytologicznego (po 12 miesiącach) w ramach programu w uzasadnionych przypadkach, tj. kobietom zakażonym wirusem HIV, przyjmującym leki immunosupresyjne, zakażonym HPV - typem wysokiego ryzyka (16,18);
- 9) zalecenie wykonania kontrolnego badania cytologicznego w terminie do kilku miesięcy, gdy u pacjentki nie stwierdzono obecności komórek ze strefy przekształceń czy z endocervix lub gdy wymaz jest nie do oceny z powodu nadmiaru leukocytów (stan zapalny – kontrola po leczeniu), czy też erytrocytów, bądź komórek atroficznych (kontrola po tzw. hormonalnym teście Meigsa). Badanie kontrolne należy wykonać poza programem u świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ w odpowiednim rodzaju świadczeń;
- 10) skierowanie do odpowiedniej placówki z listy NFZ realizującej świadczenia zdrowotne w ramach etapu pogłębionej diagnostyki, jeżeli konieczna jest kolposkopowa weryfikacja wstępnego rozpoznania.

6.1.1. Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu podstawowego

Badania wykonuje się, co 36 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), co 12 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat kwalifikujących się do badania w wyniku obciążenia czynnikami ryzyka (na podstawie decyzji osoby uprawnionej do dokonania wymazu cytologicznego). Wyłączone z badań w ramach programu są kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy oraz kobiety po zakończeniu kontroli onkologicznej. Po zakończeniu

kontroli onkologicznej (decyzje podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem.

Uwaga! Wiek uczestników projektu weryfikowany jest na podstawie daty urodzenia i liczony w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie – zgodnie z Wytocznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 Ministra Infrastruktury i Rozwoju.

Uwaga! Projekt musi być skierowany do grup docelowych z obszaru województwa łódzkiego

6.1.2. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne dla świadczeniodawców uczestniczących w etapie podstawowym

Świadczeniodawca przystępujący do programu musi bezwzględnie spełnić wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymogi doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Wymogi w zakresie kwalifikacji personelu:

- 1) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył, co najmniej drugi rok specjalizacji), lub
- 2) położna posiadająca: dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu wydany po dniu 31 grudnia 2010 r., lub dokument potwierdzający ukończenie kursu doształcającego przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub Wojewódzki Ośrodek Koordynacyjny w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu.

Wymogi w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) wzierniki jednorazowe;
- 2) jednorazowe szczoteczki umożliwiające pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy;
- 3) fotel ginekologiczny.

6.2. Etap diagnostyczny

Polega na ocenie mikroskopowej materiału (pakiet komórek) z szyjki macicy (wynik badania musi być opisany w systemie Bethesda2001).

6.2.1. Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu diagnostycznego

Badanie wykonuje się, co 36 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), co 12 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat, obciążonych czynnikami ryzyka. Wyłączone z badań w ramach programu są kobiety, u których rozpoznano nowotwór złośliwy szyjki macicy oraz kobiety, które skierowano do dalszej diagnostyki lub leczenia.

6.2.2. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne dla świadczeniodawców uczestniczących w etapie diagnostycznym

Świadczeniodawca przystępujący do programu musi spełnić bezwzględnie wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymogi doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załącznik nr 3 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Laboratorium:

1) świadczeniodawca musi posiadać medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub zakład patomorfologii posiadający pracownię cytologiczną oraz wykonywać 15 000 badań cytologicznych, w tym, co najmniej 8 000 cytologicznych - ginekologicznych rocznie.

Personel laboratorium:

- 1) lekarz specjalista patomorfologii lub anatomii patologicznej, diagnostyki laboratoryjnej posiadający tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadający udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych, tj. wykonywanie oceny preparatów, co najmniej 7 000 badań cytologicznych w tym, co najmniej 4 000 badań
2) cytologicznych – ginekologicznych rocznie.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

1) mikroskopy wysokiej jakości, umożliwiające uzyskanie powiększenia, co najmniej 400 razy. Ponadto w procesie wyboru świadczeniodawców mogą być stosowane dodatkowe kryteria określone przez Prezesa NFZ (nie są to kryteria obligatoryjne).

Kwalifikacje personelu:

- 1) diagnosta laboratoryjny – specjalista cytomorfologii medycznej;
- 2) doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej:
 - a) co najmniej 2 lata pracy w diagnostyce cytologii szyjki macicy i ocenienie, co najmniej 10 000 preparatów pod kontrolą lekarza patomorfologa;
 - b) ocenianie, co najmniej 7 000 badań cytologicznych- ginekologicznych rocznie.

Inne:

- 1) oczekiwanie na wynik do 7 dni;
- 2) wykonywanie przez pracownię powyżej 15 000 badań cytologiczno – ginekologicznych rocznie.

6.2. Etap pogłębionej diagnostyki

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w rozmazie cytologicznym kobieta powinna być skierowana do etapu diagnostyki pogłębionej. Polega ona na wykonaniu kolposkopii lub kolposkopii z celowanym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym.

Etap pogłębionej diagnostyki obejmuje:

- 1) zarejestrowanie (wprowadzenie do bazy danych) kobiety skierowanej w ramach realizacji etapu podstawowego programu;
- 2) badanie kolposkopowe;
- 3) w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego – pobranie celowanych wycinków z tarczy szyjki macicy oraz wyłyżeczkowanie kanału szyjki i ewentualnie jamy macicy, a następnie przesłanie materiału do pracowni diagnostycznej;
- 4) badanie histopatologiczne pobranego materiału w pracowni diagnostycznej i postawienie ostatecznego rozpoznania;
- 5) decyzja, co do dalszego postępowania (skierowanie na leczenie lub określenie terminu kolejnego badania cytologicznego).

6.2.1. Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu pogłębionej diagnostyki

Decyzję o skierowaniu do etapu pogłębionej diagnostyki podejmuje lekarz. Badanie wykonuje się na podstawie skierowania z etapu podstawowego programu. Wyłączone są kobiety, skierowane do dalszej diagnostyki lub leczenia – w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia wymagającego leczenia specjalistycznego.

6.2.2. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne dla świadczeniodawców – etap pogłębionej diagnostyki

Świadczeniodawca przystępujący do programu musi spełnić bezwzględnie wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymogi doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Personel:

- 1) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lub
- 2) lekarz specjalista ginekologii onkologicznej, lub

3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, posiadający udokumentowane umiejętności w wykonywaniu badań kolposkopowych.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) kolposkop;
- 2) zestaw do pobierania wycinków.

Inne wymagania:

- 1) zapewnienie dostępu do badań histopatologicznych;
- 2) w przypadku rozpoznania nowotworu wymagane jest zgłaszanie do regionalnego rejestru nowotworów uzyskanych dodatnich wyników badań na kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N1- a z dopiskiem „S” (skryning).

Ponadto, świadczeniodawca wykonuje wszystkie procedury określone w zakresie badań histopatologicznych, tj. zarówno kolposkopię, jak i kolposkopię z biopsją, przy czym dopuszcza się zlecenie wykonania badania histopatologicznego podwykonawcy.