

**PROTOKÓŁ Z KONTROLI JAKOŚCI BADAŃ CYTOLOGICZNYCH
ETAPU PODSTAWOWEGO WYKONYWANEJ W RAMACH
„POPULACYJNEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA
RAKA SZYJKI MACICY”**

| | |
|---|---|
| Nazwa i adres Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego | Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy ul. dr I. Romanowskiej 2 85 - 796 Bydgoszcz |
| Data, miejscowość | 2014-08-28; Aleksandrów Kujawski |
| Numer protokołu kontroli | 2/02/2014 |

| | |
|--|--|
| Nazwa i adres świadczeniodawcy | Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. ul. Słowackiego 18 87-700 Aleksandrów Kujawski |
| Telefon /E-mail | telefon: 54/ 282 80 73 e-mail: |
| Imię i nazwisko kierownika kontrolowanej placówki | Mgr Mariusz Trojanowski |
| Ocena realizacji umowy z NFZ nr 11/14-14/W0245/AOS w zakresie „Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” (zwanej dalej Programem) | |
| Od kiedy Placówka uczestniczy w realizacji Programu (data rozpoczęcia realizacji): Od 21.10 2008 r. | |
| Okres objęty kontrolą jakości badań placówki: 01.01.2013-31.12.2013 01.01.2014-30.06.2014 | |

| Osoby przeprowadzające kontrolę | |
|---------------------------------|---|
| Imię i nazwisko/ pieczęć | Numer upoważnienia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia |
| Piotr Siwek | 384/2014 |

| Przedstawiciele świadczeniodawcy uczestniczący w kontroli | |
|---|---------------------|
| Imię i nazwisko | Stanowisko służbowe |
| Alina Prus | st. położna |

| I. Organizacja pracy Gabinetu | | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| Przyjęcia pacjentek (dni / godziny) | | | Godziny przyjęć pacjentek od ...do... | | | | |
| • Poniedziałek | | | 7:00 – 15:00 | | | | |
| • Wtorek | | | 7:00 – 15:00 | | | | |
| • Środa | | | 7:00 – 15:00 | | | | |
| • Czwartek | | | 7:00 – 18:00 | | | | |
| • Piątek | | | 7:00 – 15:00 | | | | |
| • Sobota | | | - | | | | |
| Liczba dni oczekiwania pacjentki na pobranie cytologii*; informacja uzyskana na podstawie: *odpowiednie zaznacz | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> deklaracji personelu | | | na bieżąco | | | | |
| <input type="checkbox"/> kontrolnego telefonu do Ośrodka przez osobę przeprowadzającą kontrolę (dowód telefonu-kiedy?) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> inne -dowód- rejestracja/kolejka oczekujących | | | | | | | |
| II. Personel świadczeniodawcy | | | | | | | |
| Liczba zatrudnionych lekarzy ginekologów w placówce | | | 4 | | | | |
| Lekarze ginekolodzy pobierający materiał do badania cytologicznego | | | | | | | |
| | Imię i nazwisko | Specjalizacja (numer) | Liczba wykonanych rozmazów w okresie | | | | |
| | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy dopuszczone warunkowo | Rozmazy nie nadające się do oceny | |
| 1 | | | 01.01.2013-31.03.2014 | 43 | 111 | 2 | |
| | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy nieprawidłowe | | |
| | | | 01.04.2014-30.06.2014 | 39 | 0 | | |
| 2 | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy dopuszczone warunkowo | Rozmazy nie nadające się do oceny | |
| | | | 01.01.2013-31.03.2014 | 15 | 4 | 0 | |
| | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy nieprawidłowe | | |
| | | | 01.04.2014-30.06.2014 | 8 | 0 | | |
| 3 | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy dopuszczone warunkowo | Rozmazy nie nadające się do oceny | |
| | | | 01.01.2013-31.03.2014 | 3 | 2 | 0 | |
| | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy nieprawidłowe | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | 01.04.2014-30.06.2014 | 0 | 0 | | |
| 4 | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy dopuszczone warunkowo | Rozmazy nie nadające się do oceny | |
| | | | 01.01.2013-31.03.2014 | 81 | 79 | 0 | |
| | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy nieprawidłowe | | |
| | | | 01.04.2014-30.06.2014 | 48 | 0 | | |

Położne samodzielnie pobierające materiał do badania cytologicznego

| | Imię i nazwisko | Specjalizacja (numer) | Liczba wykonanych rozmazów w okresie | | | | |
|---|-----------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy dopuszczone warunkowo | Rozmazy nie nadające się do oceny | |
| 1 | | | 01.01.2013-31.03.2014 | | | | |
| | | | | Rozmazy prawidłowe | Rozmazy nieprawidłowe | | |
| | | | 01.04.2014-30.06.2014 | | | | |

| V. Liczba wykonywanych badań cytologicznych | | |
|---|---|---------|
| 01.01.2013-31.12.2013 | | |
| <i>POBRANYCH</i> | | |
| W PROGRAMIE | Poza PROGRAMEM | |
| Liczba: | Liczba: | |
| 253 | 630 | |
| 01.01.2014-30.06.2014 | | |
| <i>POBRANYCH</i> | | |
| W PROGRAMIE | Poza PROGRAMEM | |
| Liczba: | Liczba: | |
| 182 | 281 | |
| Czas oczekiwania na wynik badania cytologicznego z etapu diagnostycznego* | <input checked="" type="checkbox"/> PONIŻEJ 15 dni roboczych <input type="checkbox"/> POWYŻEJ 15 dni roboczych | |
| *odpowiednie zaznacz | | |
| Wyniki cytologiczne ujemne | | |
| Okres | Liczba | Odsetek |
| 01.01.2013-31.12.2013 | 247 | 97,63 |
| 01.01.2014-30.06.2014 | 178 | 97,80 |
| Wyniki cytologiczne dodatnie (od ASCUS do raka) | | |
| Okres | Liczba | Odsetek |
| 01.01.2013-31.12.2013 | 5 | 1,98 |
| 01.01.2014-30.06.2014 | 3 | 1,65 |
| Preparaty niediagnostyczne | | |
| Okres | Liczba | Odsetek |
| 01.01.2013-31.12.2013 | 1 | 0,40 |
| 01.01.2014-30.06.2014 | 1 | 0,55 |
| Preparaty dopuszczone warunkowo do oceny | | |
| Okres | Liczba | Odsetek |
| 01.01.2013-31.12.2013 | 143 | 56,52 |
| 01.01.2014-01.04.2014 | 53 | 60,92 |
| Liczba wystawionych skierowań do etapu pogłębionego | | |
| 01.01.2013-31.12.2013 | 2 | |
| 01.01.2014-30.06.2014 | 0 | |
| VI. Realizatorzy etapu diagnostycznego i etapu pogłębionej diagnostyki | | |
| Nazwa oraz adres siedziby świadczeniodawcy realizującego etap diagnostyczny: „Patolog J&J Głowaccy” Pracownia Profilaktyki Onkologicznej 87-100 Toruń, Bartkiewiczówny 85 | | |
| Nazwa oraz adres siedziby świadczeniodawcy realizującego etap pogłębionej diagnostyki: Centrum Onkologii ul. I. Romanowskiej 2 85-796 Bydgoszcz | | |

VII. Ogólna ocena – warunki zaliczenia kontroli

1. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 82/2013/DSOZ z dnia 17 grudnia 2013 r. (pkt. III i IV)

- zgodne
 niezgodne

2. Personel zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (pkt. II)

- zgodny
 niezgodny

3. Sposób monitorowania pacjentki z nieprawidłowym wynikiem zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 82/2013/DSOZ z dnia 17 grudnia 2013 r.

- prawidłowy
 nieprawidłowy

4. Odsetek rozmazów nie nadających się do oceny na poziomie 3% (pkt. V)

- poniżej i równe 3%
 powyżej

VIII. Wynik kontroli

Kontrola zaliczona

- TAK
 NIE

Zalecenia pokontrolne:

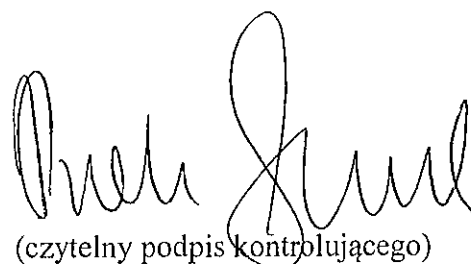
1. Przeszkolić personel w zakresie Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.
2. Należy wdrażać i intensyfikować pobieranie badań cytologicznych w ramach programu.
3. Przeanalizować przyczyny dużego odsetka preparatów suboptymalnych i podjąć stosowne działania w celu jego zmniejszenia.

Uwagi:

1. Bardzo wysoki odsetek preparatów warunkowo dopuszczonych do oceny.

Aleksandrów Kujawski, dnia 28 sierpnia 2014r.

.....
(miejscowość, data)


(czytelny podpis kontrolującego)