**Załącznik nr 2**

*Załącznik nr 16*

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Opis świadczenia**

**KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH 2 (KLRP-2)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia** | |
| 1.1 | Nazwa świadczenia | **Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2** |
| 1.2 | Określenie świadczenia | Świadczenie Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych 2 (KLRP-2) ma służyć zwiększeniu jakości opieki nad pacjentem z raną przewlekłą którego podstawowym założeniem jest skuteczne zamknięcie rany.  Realizacja świadczenia odbywa się poprzez kompleksowe zastosowanie dostępnych efektywnych metod leczenia, zintegrowanie procesu świadczenia usług przy udziale, świadczeń ambulatoryjnych i stacjonarnych (szpital) oraz zoptymalizowanie ponoszonych kosztów przez monitorowanie i zarządzanie procesem leczenia przy udziale systemu teleinformatycznego (dedykowanej procesowi aplikacji) do przekazywania i oceny danych medycznych.  Dodatkowo aplikacja, o której mowa powyżej, umożliwia zarówno kontakt personel medyczny - personel medyczny jak i odbiorca świadczenia - personel medyczny.  W postępowaniu klinicznym należy korzystać  z wiarygodnych dowodów naukowych, w oparciu o Evidence Based Medicine (EBM).  **Definicja rany przewlekłej:** rana, która pomimo zastosowania leczenia miejscowego nie uległa wygojeniu w czasie dłuższym niż 6 tygodni od jej wystąpienia.  Wyjątek stanowi rana rozpoznana, w ramach zespołu stopy cukrzycowej od II stopnia w skali PEDIS utrzymująca się ponad 2 tygodnie od pierwszej udokumentowanej wizyty rozpoczynającej proces leczenia.  Plan opieki nad pacjentem składa się z kwalifikacji do świadczenia oraz 4 etapów   1. Leczenie ambulatoryjne/środowiskowe (obejmujące opiekę pielęgniarską i lekarską, w tym opiekę konsultanta z Jednostki Referencyjnej); 2. Leczenie szpitalne; 3. Kontrolne wizyty po leczeniu; 4. Ewaluacja.   **Za całość opieki odpowiada Jednostka Referencyjna (w skrócie JR)**, która :   1. zapewnia diagnostykę i leczenie ambulatoryjne i szpitalne rany, w tym opracowanie planu leczenia; 2. zapewnia konsultacje specjalistyczne konieczne w procesie leczenia rany w czasie zgodnym z planem leczenia (rozliczane osobno w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna); 3. zapewnia ewentualne leczenie operacyjne rany nie objęte KLRP-2 (rozliczane osobno w rodzaju leczenie szpitalne); 4. współpracuje z lekarzem kierującym oraz ze specjalistami z właściwych dziedzin medycyny biorącymi udział w leczeniu choroby podstawowej, w tym przekazuje lekarzom sprawującym stałą opiekę nad pacjentem odpowiednie zalecenia po zakończeniu udzielania świadczenia; 5. gromadzi w dokumentacji wszystkie informacje określone w „Ankiecie”, stanowiącej załącznik nr 17 do zarządzenia, dane przekazywane w aplikacji, a także niezbędną dokumentację fotograficzną rany: 6. zapewnia edukację w zakresie pielęgnacji rany i zapobiegania jej nawrotom dla pacjenta i jego rodziny/opiekunów; 7. zapewnia transport sanitarny pacjentom wymagającym transportu (leżącym lub niepełnoprawnym) – począwszy od  I etapu.   W zakresie prowadzenia kwalifikacji oraz realizacji etapów leczenia ambulatoryjnego/środowiskowego, w tym zadań uwzględnionych w ppkt. 6) i 7) dopuszczalne jest podwykonawstwo uwzględniając wymogi formalne do realizacji usług. |
| 1.3 | Kryteria kwalifikacji  i dyskwalifikacji  chorych wymagających udzielenia świadczenia | Do świadczenia kwalifikują się osoby u których stwierdzono ranę zgodną z definicją określoną w punkcie 1.2  Kryteria dyskwalifikacji:  Podczas kwalifikacji lekarskiej w ramach świadczenia:  - rana nie kwalifikuje się do objęcia leczeniem w ramach świadczenia - w przypadku dyskwalifikacji w ramach wstępnej wizyty, JR przekazuje do lekarza kierującego zalecenia dotyczące dalszego leczenia rany, której nie zakwalifikowano jako rany przewlekłej.  W czasie udzielania świadczenia:  1) brak współpracy ze strony pacjenta/ jego opiekunów (nie przestrzeganie zaleceń);  2) rana nowotworowa – JR kieruje pacjenta na leczenie onkologiczne;  3) zgon pacjenta/rezygnacja pacjenta;  Poprzez zagojenie rany rozumie się całkowite zamknięcie i epitelializację rany.  **Kolorowy system oceny rany** – pomaga ustalić się na jakim etapie gojenia znajduje się rana.   1. CZARNY - czarna lub brązowa martwica, zwykle sucha, twarda i mocno zwarta z podłożem, rana cechuje się niewielkim wysiękiem.   *Celem leczenia jest zwykle chirurgiczne usunięcie tkanki martwiczej, dlatego, gdy rana o powierzchni co najmniej 100 cm2 oceniona jest w ponad 50% kolorem czarnym - pacjent kierowany jest bezpośrednio do leczenia szpitalnego realizowanego przez JR (ETAP II A lub II B)*   1. ŻÓŁTY – martwica rozpływna, najczęściej o luźnej konsystencji, może być częściowo związana z podłożem, towarzyszy ranom sączącym, jest źródłem bogatej pożywki dla drobnoustrojów, często już zainfekowana. 2. CZERWONY – zdrowa ziarnina jest lśniąco czerwona lub czerwonoróżowa, ma postać delikatnych luźnych bądź zwartych grudek (charakterystyczne dla fazy ziarninowania). Delikatna i wrażliwa na ból, podatna na zakażenia. 3. RÓŻOWY/PURPUROWY –może występować w postaci wysepek występujących w grudkach ziarniny lub w nich zatopionych. Najczęściej komórki nabłonka migrują z brzegów rany do łożyska.   System oceny rany dostępny jest w dedykowanej aplikacji, w której każde zdefiniowanie rany kończy się jej kategoryzacją i dalszym procedowaniem pacjenta w systemie.  **Klasyfikacja PEDIS:**  Stopień I:   1. prawidłowe ukrwienie (tętno wyczuwalne na tętnicach stóp, ABI > 0,9), 2. owrzodzenie powierzchowne (nie przekracza skóry właściwej), 3. brak objawów klinicznych zakażenia, 4. brak cech neuropatii czuciowej;   Stopień II:   1. kliniczne objawy upośledzenia krążenia,(chromanie przestankowe, ABI < 0,9), 2. rana może obejmować wszystkie tkanki miękkie, 3. infekcja obejmuje skórę i tkankę podskórną (obszar zapalenia nie przekracza 2 cm od granicy owrzodzenia), 4. obecność neuropatii czuciowej;   Stopień III:   1. krytyczne niedokrwienie (bóle spoczynkowe, ABI < 0,4), 2. penetracja zakażenia do kości, 3. infekcja nasilona miejscowo (obszar zapalenia przekracza 2 cm od granicy owrzodzenia, ale nie ma cech infekcji uogólnionej);   Stopień IV:  Cechy uogólnionej infekcji (gorączka > 38°C, tętno > 90/min, częstość oddechów > 20/min, leukocytoza > 12 tys. Lub < 4 tys.). |
| 1.4 | Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia | 86.221 Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki  86.222 Wycięcie martwiczej tkanki  86.223 Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej  86.229 Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia – inne  86.271 Usunięcie tkanki martwiczej  86.272 Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej  86.281 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez szczoteczkowanie  86.283 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez zdrapanie  86.284 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie  86.289 Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania  86.601 Przeszczep skóry pośredniej grubości  86.602 Przeszczep skóry pełnej grubości  86.603 Przeszczep skórno-tłuszczowy  86.61 Pełnej grubości przeszczep skóry na rękę  86.69 Inny przeszczep skóry - inne miejsce  86.661 Przeszczep błon płodowych  86.662 Przeszczep skóry allogeniczny  86.672 Przeszczep regeneracyjny naskórkowy warstwy skóry  86.679 Zastosowanie sztucznej skóry - inne  86.741 Zamknięcie ubytku przez wydłużony płat skórno-podskórny  86.742 Zamknięcie ubytku przez podwójnie uszypułowany płat skórno- podskórny  86.743 Zamknięcie ubytku przez uszypułowany płat skórno-podskórny  86.744 Zamknięcie ubytku przez zrotowany płat skórno-podskórny  86.745 Zamknięcie ubytku przez przesunięty płat skórno-podskórny  86.746 Zamknięcie ubytku przez rurowaty płat  86.79 Przeszczepienie płata uszypułowanego – inne  86.62 Przeszczep skóry na rękę - inny  86.63 Przeszczep pełnej grubości skóry na inne miejsce  86.65 Przeszczep skóry heterogeniczny  86.671 Wytworzenie nowej skóry  86.71 Preparowanie skórno-podskórnego płata uszypułowanego  86.72 Przeniesienie skórno-podskórnego płata uszypułowanego  86.73 Umocowanie skórno-podskórnego płata uszypułowanego do ręki  86.91 Wycięcie skóry do przeszczepu  88.776 USG naczyń kończyn górnych - Doppler  88.777 USG naczyń kończyn dolnych - Doppler  89.00 – Badanie i porada lekarska, konsultacja  89.04 – Opieka pielęgniarki lub położnej  89.05 – Wizyta domowa  91.831 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i antybiogram  inne badania dotyczące rany i jej etiologii  93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne  93.571 Miejscowa Terapia Podciśnieniem  93.572 Opatrunek hemostatyczny - gaza taktyczna do tamowania krwotoków o skróconym czasie aktywacji  93.95 Oksygenacja Hiperbaryczna  Płukanie rany (96.58-96.59) |
| **2.** | **Warunki wykonania i finansowania świadczenia** | |
| 2.1 | Organizacja udzielania świadczenia | Skierowanie z POZ/AOS/Szpital:  musi zawierać informację o dotychczasowym leczeniu rany oraz dane kontaktowe do lekarza kierującego.  Świadczenie realizowane jest przez Jednostkę Referencyjną (JR), mogącą zapewnić zgodną z planem, realizację świadczeń określonych w pkt. 1.2.  JR prowadzi leczenie rany, zapewnia specjalistyczne opatrunki, miejscową terapię podciśnieniem, wystawia recepty na opatrunki stosowane przez pacjenta w domu.  JR samodzielnie realizuje świadczenia w etapie I D, etapie II A i II B, na które nie może zlecać podwykonawstwa.  W zakresie prowadzenia kwalifikacji oraz realizacji poszczególnych etapów leczenia ambulatoryjnego/ /środowiskowego dopuszczalne jest podwykonawstwo.  JR odpowiada za okresową ocenę skuteczności leczenia ambulatoryjnego rany i decyduje o zakwalifikowaniu pacjenta do dalszych etapów.  Całość organizacji świadczenia powiązana jest poprzez PESEL pacjenta i związana z przesyłaniem danych w dedykowanej dla procesu leczenia aplikacji, celem prowadzenia szczegółowej analizy efektów leczenia przez JR.  Cała ścieżka pacjenta w systemie jest oznakowana i możliwa do prześledzenia dzięki zastosowaniu ww. aplikacji. |
| 2.2 | Warunki realizacji świadczenia | **W ramach leczenia ambulatoryjnego:**  Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub  zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub  zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna) lub  zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia poz (Porada lekarska lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) oraz  zgodnie z załącznikiem Nr 2 do rozporządzenia poz (Porada pielęgniarska).  **W ramach leczenia szpitalnego:**  Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz. I Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub  zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz. I Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub  zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz. I Lp. 9 (Chirurgia ogólna).  Warunkiem realizacji świadczeń jest co najmniej 3 letnie udokumentowane doświadczenie w leczeniu ran przewlekłych – dotyczy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz w przypadku pielęgniarek:  ukończona specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa: chirurgicznego lub opieki paliatywnej lub opieki długoterminowej lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub opieki paliatywnej lub opieki długoterminowej lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub ukończony kurs specjalistyczny "Leczenie ran" . |
| 2.3 | Organizacja– etapy udzielania świadczenia | **KWALIFIKACJA DO LECZENIA** (Realizowana w ramach wizyty pielęgniarskiej oraz wizyty lekarskiej).  1. Wizyta pielęgniarska obejmuje wstępną kwalifikację, zebranie danych pacjenta i określenie wstępnego planu leczenia do konsultacji z lekarzem, w tym wykonanie:   * oceny parametrów rany z uwzględnieniem ankiety, o której mowa w pkt 1.2; * zdjęcia rany; * planimetrii; * oceny podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi); * oceny wskaźnika kostka-ramię ABI (w przypadku ran zlokalizowanych na kończynach dolnych) * oceny BMI * wymazu / bakteriologii; * zebrania wywiadu o stanie zdrowia; * pobranie krwi na badania: morfologia, poziom glukozy, poziom białka, INR, APTT, fibrynogen, poziom kreatyniny, elektrolity.   2. Wizyta lekarska obejmuje:  - ocenę zebranego materiału;  - kwalifikację pacjenta do świadczenia w ramach KLRP-2;  - zalecenia oraz określenie dalszej ścieżki leczenia (wizyty pielęgniarskie lub konieczność wizyt lekarskich);  - udzielenie wskazówek dotyczących działań związanych z leczeniem choroby zasadniczej;  Po zakończeniu kwalifikacji opracowane dane zostają wprowadzone do systemu teleinformatycznego (dedykowanej procesowi aplikacji).  W przypadku zakwalifikowania przez lekarza kwalifikującego pacjenta do świadczenia przechodzi on do:  ETAPU I A  lub  ETAPU II A lub II B (gdy rana oceniona jest w ponad 50% kolorem czarnym lub czerwonym)  **ETAP I A**  **Obejmuje 5 wizyt:**  - 4 wizyty pielęgniarskie w odstępach nie dłuższych niż 7 dni. Podstawowym celem jest zmiana opatrunków (oczyszczenie rany) i prowadzenie działań edukacyjnych dla pacjenta i/lub opiekuna.  Raz w tygodniu wykonywane są zdjęcia rany oraz ocena planimetryczna. Prowadzona jest edukacja pacjenta/opiekuna.  - 1 wizytę kontrolną lekarską najpóźniej tydzień od ostatniej wizyty pielęgniarskiej.  Wizyta obejmuje analizę uzyskanych efektów, w tym wykonanie zdjęcia i pomiarów rany i przesłanie danych do JR poprzez system teleinformatyczny (dedykowaną procesowi aplikację), gdzie do 3 dni roboczych dokonywana jest ocena i podejmowana decyzja co do dalszego postępowania z pacjentem.  W zależności od uzyskanych efektów (ocena przez JR):  -pacjent kierowany jest do leczenia szpitalnego w ramach ETAPU II A lub II B  albo  - pacjent przechodzi do ETAPU IB leczenia.  **ETAP I B**  **Obejmuje 4 wizyty:**  - 3 wizyty pielęgniarskie- w odstępach nie dłuższych niż 7 dni, mające na celu dalsze oczyszczanie rany (zmiana opatrunków) oraz prowadzenie edukacji.  Raz w tygodniu wykonywane są zdjęcia rany oraz ocena planimetryczna. Prowadzona jest edukacja pacjenta/opiekuna.  - 1 wizytę kontrolną lekarską najpóźniej tydzień od ostatniej wizyty pielęgniarskiej - obejmująca analizę uzyskanych efektów i przesłanie danych do JR poprzez system teleinformatyczny (dedykowaną procesowi aplikację).  Etap I B kończy się dokonywaną przez JR oceną przesłanych ankiet i zdjęć i podjęciem decyzji, co do dalszego sposobu leczenia pacjenta, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od wizyty kontrolnej.  W zależności od uzyskanych efektów (ocena przez JR):  W przypadku pozytywnego rokowania pacjent przechodzi do  ETAPU I C  albo  W przypadku zmniejszenia powierzchni rany o 40% i rokowania bezzabiegowego zamknięcia rany pacjent przechodzi do ETAPU I D  albo  Jeśli w wyniku oceny JR istnieje zasadność zamknięcia rany metodą operacji chirurgicznej pacjent przechodzi do  ETAPU II B.  **ETAP I C**  **Obejmuje 5 wizyt:**  - 4 wizyty pielęgniarskie w odstępach nie dłuższych niż 7 dni. Podstawowym celem jest zmiana opatrunków pozwalająca na postępowanie procesu gojenia. Raz w tygodniu wykonywane są zdjęcia rany oraz ocena planimetryczna. Prowadzona jest edukacja pacjenta/opiekuna.  - 1 wizytę kontrolną lekarską najpóźniej tydzień od ostatniej wizyty pielęgniarskiej  Wizyta obejmuje analizę uzyskanych efektów, w tym wykonanie zdjęcia i pomiarów rany i przesłanie danych do JR poprzez system teleinformatyczny (dedykowaną procesowi aplikację), gdzie do 3 dni roboczych dokonywana jest ocena i podejmowana decyzja co do dalszego postępowania z pacjentem.  W zależności od uzyskanych efektów, pacjent przechodzi do  ETAPU II B lub ETAPU III.  **ETAP I D**  Etap obejmuje chirurgiczne oczyszczenie rany oraz założenie systemu jednorazowego użycia do terapii NPWT.  Po jego zakończeniu (7 dni) pacjent jest kierowany do ETAPU III.  **ETAP II A (SZPITALNY)**  Przewidywany czas pobytu do 7 dni  Etap obejmuje zabiegowe chirurgiczne oczyszczenie rany, ewentualne zastosowanie miejscowej terapię podciśnieniem przeszczep allogeniczny skóry lub owodni.  Po tym etapie pacjent kierowany jest do na dalsze leczenie ambulatoryjne do z ETAPU I A lub I B lub I C  **ETAP II B (SZPITALNY)**  Przewidywany czas pobytu minimum10 dni  Realizowany gdy w ocenie JR istnieje możliwość całkowitego zamknięcia rany w ramach hospitalizacji.  Etap obejmuje kompleksowe leczenie chirurgiczne - operacyjne oczyszczenie rany, miejscową terapię podciśnieniem oraz chirurgiczne zamknięcie rany, w tym przeszczep skóry własnej.  Po zamknięciu rany i wypisaniu ze szpitala, pacjent przechodzi do ETAPU III.  **ETAP III**  **Obejmuje maksymalnie 5 wizyt.**  - 1 do 4 (zależności od wskazań klinicznych) wizyt pielęgniarskich w odstępach maksymalnie  7 dniowych.  - 1 wizytę kontrolną lekarską najpóźniej tydzień od ostatniej wizyty pielęgniarskiej, w tym wykonanie zdjęcia i pomiarów rany.  Po wizycie potwierdzającej ostateczne wygojenie rany następuje przekazanie danych uczestnika programu o zakończeniu procesu leczenia do JR.  **ETAP IV**  Obejmuje ewaluację efektów leczenia i odbywa się dwa miesiące po zakończeniu leczenia we wcześniejszych etapach.  Obejmuje co najmniej jedną wizytę lekarską wraz z wykonaniem dokumentacji fotograficznej i oceny planimetrycznej oraz analizą całości zgromadzonego materiału.  Następuje przekazanie ostatecznych danych o procesie leczenia pacjenta do JR.  Jego wycena zależy od stopnia zamknięcia rany. |
| 2.4 | Pozostałe zasady rozliczania | W przypadku gdy zagojenie rany nastąpi na którymkolwiek z etapów, pacjenta należy skierować do ETAPU IV  Rozliczenie każdego etapu następuje po jego zakończeniu.  Pacjenta, u którego zrealizowano etap II B i nie doszło do zagojenia rany, nie można ponownie włączyć do świadczenia.  Finansowanie świadczenia nie obejmuje:  1) kosztów konsultacji i leczenia szpitalnego poza strukturą JR lub wskazanych podwykonawców.  2) innych kosztów związanych z leczeniem schorzeń nie związanych z występowaniem rany przewlekłej. |