42 стр.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

Е.В. Лобанова, О.М. Гончарова

«САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ: ПРИНЦИПЫ ОТБОРА И ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
Часть I

Благовещенск, 2016

УДК 618.085

Рецензенты:

Е.Л.Лазуткина, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии

М.В.Погребная, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии

Авторы: Е.В. Лобанова – к.м.н. ассистент кафедры факультетской и поликлинической терапии ГБОУ ВПО Амурской ГМА, О.М. Гончарова, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии ГБОУ ВПО Амурской ГМА. Санаторно-курортное лечение: принципы отбора и лечения основных, наиболее часто встречающихся заболеваний.

Учебное пособие. Часть 1 - Благовещенск, 2016

В настоящем пособии освещаются основные вопросы санаторно-курортного лечения- как этапа медицинской реабилитации, история развития СКЛ. Отражены преимущества и недостатки санаторно-курортного лечения. Рассматриваются нормативно-правовые документы по санаторно-курортному лечению, перечень показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения, принципы медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи. Предлагаются стандарты оказания медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, правила приема и выписки больных при прохождении СКЛ. Освещены вопросы экспертизы временной нетрудоспособности при санаторно-курортном лечении. Настоящее пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности Лечебное дело.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Санаторно-курортное лечение. Определение 4
2.Санаторно-курортное лечение (СКЛ) – как этап медицинской реабилитации 6
2.1.Технология организации лечебного процесса на курортах 9
2.2.Преимущества и недостатки СКЛ 11
2.3. Врач санаторно-курортного учреждения. Подготовка кадров 12
3. История развития СКЛ 13
4.Санаторно-курортные учреждения 17
5. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения 17
5.1. Противопоказания для санаторно-курортного лечения 17
5.1.1. Общие противопоказания для болезней системы кровообращения 19
5.1.2.Общие противопоказания для болезней органов дыхания 20
5.1.3.Общие противопоказания для заболевания органов пищеварения 21
5.1.4.Общие противопоказания для болезней мочеполовой системы 22
5.1.5. Общие противопоказания для болезней крови, кроветворных органов и хронических интоксикаций 23
5.1.6. Общие противопоказания для болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ 24
5.2. Перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения взрослых пациентов 24
6. Порядок медицинского отбора и направления на СКЛ взрослых 25
6.1. Медицинский отбор и направление на СКЛ граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи. (пр. №3, от 9.01.2007г. МЗ и соц. разв.) 27
7.Документация при оформлении на СКЛ 28
7.1. Порядок приема и выписки больных при прохождении СКЛ 31
7.2.Стандарты оказания медицинской помощи при санаторно-курортном лечении 32

8.Порядок выявления и эвакуация больных, которым противопоказано СКЛ 37
9. Критерии эффективности СКЛ 38
10.Экспертиза временной нетрудоспособности при СКЛ 39
11.Нормативно-правовые документы по санаторно-курортному лечению 40
12Литература 42

Список сокращений:

АГ – артериальная гипертензия

ВК – врачебная комиссия

ДН- дыхательная недостаточность

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

СКЛ- санаторно-курортное лечение

СКО- санаторно-курортная организация

СКК – санаторно-курортная карта

СКВ – системная красная волчанка

ОИМ- острый инфаркт миокарда

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ХНЗЛ – хронические неспецифические заболевания легких

ХПН – хроническая почечная недостаточность

1. Санаторно-курортное лечение. Определение

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) – медицинская помощь, осуществляемая в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных факторов в условиях пребывания на курорте, в лечебно-оздоровительной местности, в санаторно-курортных организациях. Санаторно-курортное лечение, традиционно рассматривают как третий этап лечения больных в системе оказания медицинской помощи «поликлиника – стационар – санаторий».

Санаторно-курортный этап отличается своими специфическими задачами, организационными формами и возможностями, обеспечивающими лечение и профилактику заболеваний, проведение реабилитационных мероприятий с приоритетным использованием климатических и природных факторов – лечебных минеральных вод, грязей, купаний в морской воде, воздушных и солнечных ванн и др.

На сегодняшний день санаторно-курортные учреждения отнесены к лечебно-профилактическим учреждениям, что определяет их важное место в общей системе лечебно-профилактической помощи.

Развитие центров восстановительной медицины и реабилитации позволяет оказывать высокотехнологическую реабилитационную помощь, расширяя базу для использования природных факторов и немедикаментозных методов лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Санаторно-курортное лечение (СКЛ) – как этап медицинской реабилитации

В сферу компетенции, нового направления – восстановительной медицины, входит широкий круг вопросов сохранения здоровья у практически здорового человека, предупреждения заболеваний, восстановления важнейших функций организма на всех этапах профилактики и медицинской реабилитации. Важность применения высокотехнологических подходов восстановительной медицины при различных заболеваниях,

определяется как актуальностью и сложностью борьбы с самыми распространенными болезнями современного человека, так и несомненной эффективностью методов и способов восстановительно-реабилитационного и санаторно-курортного лечения.

Современная программа реформирования, системы здравоохранения и социальной защиты, в стране требует систематизации сведений о возможностях медицинской реабилитации больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, опорно-двигательного аппарата и других систем, что позволит применять их в повседневной практике врачей в полном объеме.

СКЛ является частью медицинской реабилитации и обладает максимальными возможностями по восстановлению организма в период ремиссии заболевания.

Перед курортами в настоящее время стоят две важнейшие задачи:

1. Медицинское обслуживание хронически больных, в смысле вторичной профилактики, т.е. раннего лечения имеющихся заболеваний, с целью укрепления остаточной сопротивляемости организма, или форме медицинской реабилитации, направленной на предотвращение развития болезни и обучение больного образу жизни адекватному его заболеванию.

2. Оздоровительный отдых, в процессе которого отдыхающий получает важную информацию по предупреждению нарушений здоровья.

Среди этапов медицинской реабилитации выделяют: стационарный, амбулаторный и санаторный этап реабилитации.

Санаторно-курортные учреждения потенциально обладают максимальными возможностями для проведения полноценной медицинской реабилитации при соответствующей подготовке самих учреждений и при условии направления пациентов по показаниям.

По профилю заболевания санатории делятся на кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, с заболеваниями нервной

системы, заболеваниями органов движения, почек, кожными болезнями, гинекологические и др. В зависимости от возраста больных, санатории делятся на детские, подростковые и взрослые.

Детские санатории принимают больных с активными и затихающими формами туберкулеза, реконвалесцентов после туберкулезного менингита, больных ревматизмом, с последствиями полиомиелита, с желудочно-кишечными заболеваниями, рахитом, психоневрологическими расстройствами. Существуют и общетерапевтические детские санатории. Функционируют санатории и дома отдыха специального назначения: для семейных, матерей с детьми, беременных. Многие российские курорты, вне зависимости от их организационно-правовой формы, изменили профиль деятельности, начав принимать не только взрослых, но и родителей с детьми. Это привело к реформированию материально-технической базы здравниц: перестраиваются палаты, создаются детские игровые комплексы. Проводится реорганизация служб: в санаториях создаются службы семейных врачей, вводятся специальные рационы детского питания в столовых.

Согласно закону РФ «О медицинском страховании граждан РФ», право санатория осуществлять деятельность по оздоровлению должно быть подтверждено государственной лицензией. На курортах медицинское обслуживание осуществляется в форме амбулаторного и стационарного лечения. При этом амбулаторное лечение имеет то преимущество, что оно обходится дешевле. Центром амбулаторного медицинского обслуживания на курорте является курортная лечебница. Согласно лечебным назначениям, там проводятся лечебные процедуры, и имеется возможность посещения тренировочных курсов.

Основным типом курортного стационарного лечебно-профилактического учреждения является санаторий. Кроме природных факторов, в лечебном процессе санатория очень важны новая обстановка и условия жизни, которые создает для больного курорт.

2.1.Технология организации лечебного процесса на курортах

Создать наилучшие условия для правильного режима лечения и отдыха – основная забота всех работников санаторно-курортных учреждений.

Санаторно-курортный режим — это комплекс целенаправленных мероприятий, играющий важную роль в повышении эффективности действия курортного лечебного комплекса. Успех санаторно-курортного лечения в значительной степени зависит от правильной организации указанных мероприятий, т. е. от распорядка дня (время и последовательность применения процедур, интервалы между ними, отдых и элементы тренировки между процедурами и пр.).

Общекурортный режим обусловливает время и работу общекурортных учреждений (ванных зданий, грязелечебниц, лечебных пляжей), зрелищных, культурно-бытовых, торговых предприятий, учреждений общественного питания и др.

Для успешного лечения существенное значение приобретает и внутри санаторный режим, который предусматривает правила поведения больного, общий распорядок дня, время, отведенное для лечения (прием у врача, диагностические и лечебные процедуры), время отдыха и пр.

Санаторно-курортный режим имеет свои специфические черты в зависимости от профиля санатория (клинический, бальнеологический, бальнеогрязевой и др.), а также от его специализации (кардиологический, артрологический, неврологический, гастроэнтерологический и др.). Назначают режим строго индивидуально, с учетом характера и особенностей течения заболевания, возраста и общего состояния больного. Несоблюдение режима может отрицательно сказаться на результатах и эффективности лечения и даже вызвать обострение основного заболевания.

При определении санаторно-курортного режима значительное время отводят пребыванию больного на открытом воздухе (различные климатолечебные процедуры, прогулки, подвижные игры, сон на открытых верандах, в гамаках, шезлонгах и пр.).

Санаторный режим может быть щадящим или тренирующим. В обоих случаях физические и психоэмоциональные нагрузки, адекватные физиологическому состоянию сердечнососудистой, нервной и других систем больного, направлены на укрепление и восстановление его здоровья и работоспособности.

Щадящий режим всегда предусматривает ограничение применения курортных факторов: на приморских курортах ограничивается купание в море или вместо него назначаются обтирания, ограничивается время пребывания на пляже (только в нежаркие часы дня), уменьшается продолжительность прогулок, исключаются подвижные игры и т. д.

Тренирующий режим рассчитан на дозированное применение физических нагрузок. По мере приспособления организма к заданным нагрузкам, последние могут увеличиваться. При этом режиме больные ведут активный образ жизни с широким использованием спортивных игр, прогулок, плавания, экскурсий.

Лечебное питание почти для всех курортов является одним из основных лечебных средств, и поэтому, его организации должно постоянно уделяться огромное внимание. Существующий на курортах институт специализации врачей-диетологов и диетсестер призван не только обслуживать больных питанием, но и организовать это дело на основе определенных положений, методик, указаний и т. д. Следовательно, для стабилизации установленного в санатории порядка исключительную важность следует придавать организации режима питания. Пища, как один из элементов внешней среды, играет ведущую роль в формировании организма и в поддержании его жизнедеятельности. Внутренние органы, в том числе желудок и кишечник, в нормальных условиях работают ритмично. Следовательно, чтобы восстановить нарушенные функции органов пищеварения, необходимо, прежде всего, организовать ритмичную согласованную деятельность организма в целом.

2.2. Преимущества и недостатки СКЛ

Преимущества:

- Благоприятное психологическое воздействие на пациента
- Изменение среды обитания пациента и, связанное с этим, ограничение отрицательного влияния поллютантов, аллергенов и инфекционных агентов (для пульмонологических пациентов)
- Возможность использования климатических факторов
- Возможность выстраивания и реализации полноценного реабилитационного комплекса
- Большие возможности психологической поддержки и образования пациентов

Недостатки:

- Неполная доступность для пациентов, в том числе и в связи с отсутствием оплаты из фондов медицинского страхования
- Малое число санаториев, полностью соответствующих требованиям для обеспечения реабилитации того или иного профиля (пульмонологический, сердечнососудистый и т.д.)
- Нахождение санатория в неблагоприятной климатической и ландшафтной зоне (например, для пульмонологических пациентов предпочтительнее приморские сухие субтропики, низко- и среднегорье, сухая лесная зона)
- Отсутствие или незначительное специальное образование медицинского персонала, учитывающее особенности реабилитации того или иного контингента больных (с сердечнососудистой, желудочно-кишечной патологией, патологией органов дыхания и других заболеваний)
- Недостаточное обеспечение диагностическим и лечебно-реабилитационным оборудованием
- Отсутствие оборудованной палаты интенсивной терапии с постоянной кислородной подводкой или относительной доступностью

лечебного учреждения оказывать экстренную помощь при возникновении острых состояний

Как показывает практика, при выборе конкретного санатория желательно убедиться в его реальном, а не заявленном соответствии этим требованиям. При направлении пациентов в санатории и на самом санаторном этапе реабилитации, следует учитывать следующие **принципы использования климатических факторов:**

1. СКЛ должно проводиться в неконтрастных климатических зонах или в периоды отсутствия резких контрастов с местом постоянного проживания
2. Необходимо учитывать относительно более длительную адаптацию и реадаптацию больных различного профиля (пульмонологического, сердечно-сосудистого и т.д.)
3. Для пульмонологических больных, санаторно-курортное лечение должно проходить в гипоаллергенной среде
4. Необходимо дозировать климатолечебные процедуры

2.3. Врач санаторно-курортного учреждения. Подготовка кадров

Развитие санаторно-курортной отрасли требует различной по своей специфике подготовки специалистов в зависимости от их деятельности. Для подготовки и осуществления лечебно-оздоровительной деятельности на курортах необходимо проводить подготовку специалистов двух направлений:

1) медицинского персонала

2) менеджеров курортного дела

Медицинский персонал, оказывающий услуги на курорте, должен иметь соответствующую подготовку. Работа врача-курортолога отличается от работы врачей других специальностей, так как он занимается долечиванием, реабилитацией больных, перенесших те или иные заболевания. Этим объясняется тот факт, что подходы к лечению в санаторно-курортных учреждениях существенно отличаются от методов, применяемых в поликлиниках и стационарах. На курортах на первый план выходит использование природных лечебных факторов. В связи с этим,

подготовка врача-курортолога требует иной направленности, чем у других врачей. Кроме этого, отечественная методология лечения на курортах предусматривает лечение сопутствующих заболеваний, что также накладывает определенные особенности на специфику лечения. Врач-курортолог, наряду с традиционными методами лечения, должен использовать возможности климатических факторов, природных лечебных ресурсов и физических методов лечения, уметь использовать их комплексно.

Курс обучения в медицинских вузах недостаточен для овладения этими навыками, поэтому необходима дополнительная первичная специальная подготовка кадров.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 июля 2003г. № 297 «О враче восстановительной медицины» утверждено Положение об организации деятельности врача восстановительной медицины. Согласно данному Положению профессиональную деятельность в должности врача восстановительной медицины могут осуществлять специалисты с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело» или «педиатрия», окончившие интернатуру, клиническую ординатуру или аспирантуру по специальности «восстановительная медицина». Помимо этого, данная возможность есть и у врачей-специалистов, прошедших в соответствии с утвержденными планами и программами профессиональную переподготовку по специальности «восстановительная медицина» и получивших сертификат специалиста по этой специальности. Врач восстановительной медицины должен повышать свою квалификацию не реже одного раза в пять лет в образовательных медицинских учреждениях дополнительного профессионального образования.

3.История развития СКЛ

Отрывочные сведения о лечебных местностях России содержатся еще в произведениях писателей древности и средневековья. Арабский путешественник Ибн Баттута в середине XIV века писал о горячем

минеральном источнике на Северном Кавказе в районе современного Пятигорска.

Первые государственные мероприятия по разведке минеральных вод и их эксплуатации с лечебными целями, проведены по инициативе Петра I, который ознакомился с некоторыми зарубежными курортами и решил искать русские «ключевые воды».

Первые курорты в России возникли в первой половине 18-го века. В 1717 году был издан указ «О приискании в России минеральных вод», которыми можно «пользоваться от разных болезней». Вскоре минеральные воды были обнаружены в Олонецкой губернии. В 1770-1790м годах проведены первые систематические исследования и даны подробные описания Кавказских минеральных вод. Но фактическое открытие Кавказских минеральных вод состоялось в 1803 году, когда в крепости близ источника «кислой воды» (нарзана) возникли первые жилые строения, и в последующем получила название Кисловодской. В 1810 году, московский врач Ф.П. Гааз открыл источники минеральных вод в Железноводске и Ессентуках.

Во второй половине XVIII века и особенно в XIX веке шло быстрое развитие курортного дела: в различных районах страны изучались минеральные источники и грязевые озера (их описание даны в трудах Ф.Гебера, Н.Воронихина, Л.Беотенсона и други.ученых) происходило официальное открытие курорта. В 1828 году основан курорт - Старая Русса, в 1830 году - Одесские грязевые курорты, в 1842 году- Друскининкай, в 1848году –Усолье, в 1867году-Белокуриха.

На берегу Сакского озера в 1836 году было открыто отделение Симферопольского госпиталя, в котором лечились преимущественно от ревматизма. После Крымской войны 1853-1856 гг сакской грязью лечили участников обороны Севастополя.

Среди многочисленных лечебных местностей в государственном управлении значились Кавказские, Старорусские, Липецкие, Сергиевские, Кемеринские минеральные воды.

Во второй половине XIX века были обследованы лечебно-климатические местности Крыма-Сакское и Тинакское озера, в Сибири – Ямаровка, Дарасун, в Средней Азии –Иссык-куль, на территории Казахстана –Алма-Арасан, в Грузии –Боржоми, Цхалтубо и др.

Курорты открывались, но заботы об их благоустройстве не проявлялось. Как правило, лечебные местности передавались в аренду городам, земствам, частным компаниям и лицам царствующего дома. К началу XXв Россия имела 36 курортов, объединявших 60 санаториев общей емкостью 3000 мест, а также несколько кумысолечебниц. Наиболее развитыми в то время, были курорты Пятигорск, Кисловодск, Боржоми, Саки, Старая Русса, Сергиевск, Славянок, Одесса, Евпатория.

Состояние курортного дела в царской России характеризовалось недоступностью курортного лечения широким массам населения и низким уровнем организации лечебной работы вследствие нехватки лечебных учреждений (особенно детских), медицинских кадров и доминирующей роли частной практики.

В советский период курортное дело начинает бурно развиваться. В первые же годы было принято несколько декретов:

О национализации курортов, о лечебных местностях государственного значения, об использовании Крыма для лечения трудящихся, об организации домов отдыха, о принципах санаторно-курортного лечения, об охране природных ресурсов. В 1920 году в Пятигорске был создан Бальнеологический институт. Несмотря на ограниченные материальные возможности страны, даже в годы разрухи, выделялись ассигнования на развитие системы лечебно-оздоровительных учреждений. Период с 1922 года по 1928 год характеризуется совершенствованием управления курортами. В 1923 году, при Наркомздраве, создано Главное курортное управление.

Происходит дифференциация курортов общегосударственного и местного значения, впервые организуются ведомственные санатории на курортах, в развитие курортного дела активно включаются профсоюзы, создаются условия для перевода отдельных санаториев на хозрасчет. На многих крупных курортах страны стала внедряться и совершенствоваться система амбулаторно-курсового лечения. В период с 1933-1937 годы были начаты работы по реконструкции курортов Кавказских Минеральных вод, Сочи- Мацестинской группы, построены благоустроенные санатории в Сочи, Кисловодске, Ессентуках.

К началу 1940 года в СССР были 3600 санаториев и домов отдыха почти на 470 тыс. мест. Новые курорты создавались на Урале, в Сибири и на Дальнем Востоке (Чемал, Лебяжье, Усть-Качка, Кульдур). Значительно увеличилось число санаториев для лечения детей. В годы Великой Отечественной Войны санатории были превращены в мощную сеть тыловых госпиталей. Послевоенный период характеризовался расширением географии курортных зон на восток, созданием санаторной базы в Сибири и на Дальнем Востоке, организацией многочисленных институтов курортологии (Москва, Сочи, Томск, Владивосток). К 1950 году было около 2000 санаториев на 250 тысяч мест.

В 1960 году Совмин СССР принял постановление о передаче профсоюзам хозрасчетных санаторно-курортных учреждений, курортных поликлиник и домов отдыха. Передача здравниц профсоюзам вызвала бурный рост санаторно-курортных учреждений по всей стране.

С конца 80-х годов развал экономики ударил по курортной системе страны: ухудшилось качество обслуживания, снизился уровень питания, возросли цены на путевки. Оставшиеся без государственного финансирования здравницы не смогли перейти на самофинансирование. Санаторно-курортная сеть начала «разваливаться». Бывшие профсоюзные здравницы, не сумев приспособиться к рыночным отношениям, пошли по пути «вымывания» дешевых лечебных услуг, необходимых для грамотного

лечебного процесса, и замены их на дорогие модные услуги с целью повышения цен.

Это привело к тому, что санаторно-курортные учреждения во многом утратили свою социальную значимость. Многие санатории стали нерентабельными и закрылись. С1995 года санатории стали постепенно приспосабливаться к изменившимся условиям, реконструироваться и вводить новые услуги.

В настоящее время курортный комплекс России насчитывает 45 тыс. здравниц. В 2004 году было поручение Президента РФ в части развития санаторно-курортного комплекса по итогам заседания президиума Государственного Совета РФ.

4. Санаторно-курортные учреждения

Санаторно-курортные учреждения согласно приказу 529н от 06.08.2013г. МЗ РФ «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций», санаторно-курортные учреждения подразделяются:

1.8.1 - Бальнеологическая лечебница

1.8.2 – Грязелечебница

1.8.3 – Детский санаторий

1.8.4 – Курортная поликлиника

1.8.5 - Санаторий

1.8.6 – Курорт

1.8.7 – Санаторий для детей с родителями

1.8.8 – Санаторий-профилакторий

1.8.9 – Санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия.

5. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения

5.1. Противопоказания для санаторно-курортного лечения

Перечень противопоказаний для санаторно-курортного лечения взрослых и детей, согласно проекта приказа Минздрава России «Об утверждении перечня медицинских показаний и противопоказаний для

санаторно-курортного лечения взрослых и детей (кроме больных туберкулезом)» (по состоянию на 6.04.15г):

1. Все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения.

2. Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции, в том числе заболевания, передающиеся половым путем, в контагиозной форме.

3. Все болезни крови в острой стадии и стадии обострения.

4. Кахексия любого происхождения.

5. Доброкачественные новообразования, нуждающиеся в уточнении диагноза и в динамическом наблюдении.

6. Злокачественные новообразования, нуждающиеся в радикальном лечении и при наличии рецидива.

Примечание: Пациенты после радикального лечения по поводу онкологических заболеваний (хирургического, рентгенорадиологического, комплексного), при общем удовлетворительном состоянии, могут направляться в санатории в климатической зоне проживания, в нежаркое время года (с октября по апрель месяцы) для общеукрепляющего лечения (без применения тепловых процедур и солнечных ванн), с рекомендациями врача-онколога.

7. Все заболевания и состояния, требующие стационарного лечения, в том числе и хирургического вмешательства

8. Все заболевания, при которых больные не способны к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, нуждаются постоянно в специальном уходе (кроме лиц, подлежащих лечению в специализированных санаториях для спинальных больных).

9. Часто повторяющиеся или обильные кровотечения.

10.Все формы туберкулеза в активной стадии (для курортов и санаториев нетуберкулезного профиля.)

11. Психические заболевания с симптомами острого психического расстройства, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, болезнь Альцгеймера, деменция, выраженные расстройства поведения и социальной адаптации. Все формы наркомании и хронический алкоголизм.

12. Судорожные припадки и их эквиваленты, умственная отсталость, патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации.

5.1.1.Общие противопоказания для болезней системы кровообращения:

1. Ревматический эндомиокардит в активной фазе (II, III степень активности)
2. Миокардиты типа Абрамова-Фидлера и близкие к нему тяжести
3. Ишемическая болезнь сердца:

а) острый инфаркт миокарда

б) нестабильная стенокардия

в) приступы стенокардии на обычные физические нагрузки (III ФК) с недостаточностью кровообращения выше I стадии с нарушениями сердечного ритма

г) частые приступы стенокардии напряжения и покоя (IY ФК) или явления левожелудочковой недостаточности (сердечная астма) - для всех курортов и местных кардиологических санаториев.

4. Недостаточность кровообращения выше II А стадии – для всех курортов и местных кардиологических санаториев; выше I стадии - для бальнеологических, грязевых и горных курортов.

5. Постоянная форма мерцательной аритмии с недостаточностью кровообращения II А стадии и выше, пароксизмальная тахикардия, полная блокада правой или левой ножек пучка Гиса - для бальнеологических, грязевых и горных курортов.

6. Угрожаемые жизни нарушения сердечного ритма в виде политопной, частой (10- 15 в 1 мин и более), групповой и ранней экстрасистолии (3-5

градации по Лауну); частые трудно купируемые пароксизмы мерцания и трепетания предсердий; постоянная форма мерцательной аритмии с недостаточностью кровообращения выше II А стадии; полная А – В блокада, СССУ с редкой бради и тахиаритмией - для всех курортов и местных кардиологических санаториев.

7. Гипертоническая болезнь злокачественного течения III ст., с недавно перенесённым инфарктом миокарда или инсультом, при недостаточности кровообращения выше II А стадии при наличии угрожаемых жизни нарушений сердечного ритма и проводимости, нарушения азотовыделительной функции почек; частые или тяжелые гипертонические кризы - для всех курортов и местных кардиологических санаториев.

8. Атеросклеротическая энцефалопатия с нарушенной психической адаптацией к окружающей обстановке - для всех курортов и местных кардиологических санаториев.

9. Атеросклероз сосудов нижних конечностей с декомпенсацией периферического кровообращения, наличием язв и гангрены - для всех курортов и местных кардиологических санаториев.

10. Облитерирующий тромбангиит (эндартериит) с наклонностью генерализации, при сопутствующем мигрирующем тромбофлебите, при наличии свежих изъязвлений, гангрены – для всех курортов и местных кардиологических санаториев.

11. Тромбоэмболическая болезнь - для всех курортов и местных кардиологических санаториев.

12. Тромбофлебит в течение 1-2 лет после ликвидации септического процесса- для всех курортов и местных кардиологических санаториев.

5.1.2. Общие противопоказания для болезней органов дыхания:

1. Все заболевания дыхательной системы, сопровождающиеся развитием легочно- сердечной недостаточности выше II стадии.

2. Бронхоэктатическая болезнь и хронический абсцесс при резком истощении больных, повышении температуры тела, выделении обильной гнойной мокроты.

3. Бронхиальная астма с частыми и (или) тяжелыми приступами удушья, гормонозависимая неконтролируемая астма.

4. Спонтанный пневмоторакс.

5. Состояние после неэффективных оперативных вмешательств, наличие послеоперационных осложнений.

6. Кровохарканье

7. Плевральный выпот.

8. Заболевания респираторной системы воспалительного генеза в острый период и в фазе обострения хронического процесса.

5.1.3. Общие противопоказания для заболеваний органов пищеварения:

1. Все заболевания органов пищеварения в фазе обострения.

2. Рубцовое сужение пищевода и кишок с нарушением проходимости, стриктура общего желчного протока и протока желчного пузыря.

3. Язвенная болезнь желудка и 12-п.к. в фазе обострения, а также язвенная болезнь, осложненная стенозом привратника, повторными кровотечениями, имевшими место за 8-10 мес., пенетрацией язвы; подозрение на малигнизацию язвы желудка, болезнь Золингера-Эллинсона.

4. Гастриты: ригидные антральные, а также полипы желудка, болезнь Менетрие (гипертрофический гастрит).

5. Осложнения после операции на желудке (незаживающий п/о рубец, свищи, синдром приводящей петли, так называемый порочный круг демпинг и гипогликемический синдромы в тяжелой степени, атония культи желудка, пептическая язва тощей кишки в фазе обострения с наклонностью к кровотечению и пенетрации в соседние органы, обострение хронического послеоперационного гастрита, панкреатита, холецистита, гепатита, тяжелая форма постваготомической диареи).

6. Энтероколит с выраженным нарушением питания (истощением).

7. Хроническая дизентерия, неспецифические язвенные колиты, хронический колит с обширным язвенным или эрозивным процессом в прямой или сигмовидной кишке, выявленными при ректороманоскопии, колоноскопии, а также кровоточащий геморрой, полип или полипы кишечника.

8. Желчнокаменная болезнь, сопровождающая приступами печеночной колики.

9. Остаточные явления вирусного гепатита (болезнь Боткина) с признаками не закончившийся активности процесса (наличие болевого, диспепсического, астенического синдромов) и значительными отклонениями показателей функциональных проб печени, в том числе уровня в крови тканевых ферментов АЛТ –АСТ; хронический активный (прогрессирующий) гепатит любой этиологии.

10. Цирроз печени.

11. Все формы желтухи.

12. Тяжелые формы панкреатита. Нарушение проходимости панкреатического протока.

13. Общие противопоказания, исключающие направление больных на курорты и в местные санатории.

5.1.4. Общие противопоказания для болезней мочеполовой системы:

1. Хронические заболевания почек (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит) с выраженными признаками ХПН (компенсаторная, интермиттирующая, терминальная стадии), высокой артериальной гипертензией (превышающей 180 мм.рт. ст.)

2. Нефросклероз с выраженными симптомами ХПН.

3. Гидронефроз; киста почки (множественная, солитарная), осложненная ХПН.

4. Нефротический синдром при амилоидозе с выраженными отеками и симптомами ХПН.

5. Макроскопическая гематурия любого происхождения.

6. Болезни органов мочеполовой системы при остром течении и хронических заболеваниях в фазе активного воспалительного процесса.

7. Мочекаменная болезнь при наличии камней, требующих применения хирургических методов лечения.

8. Стриктуры уретры.

9. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы II и III стадии.

10. Сморщенный мочевой пузырь любой этиологии.

11. Мочевые свищи любой этиологии.

12. Общие противопоказания, исключающие направление больных на курорты и местные санатории.

Примечание:

1. На курорты с сероводородными водами противопоказаны направления больных заболеваниями почек.

2. В местные санатории допускается направление больных, страдающих хроническим гломерулонефритом или амилоидозом почек без явлений кахексии и выраженных отеков, при общем удовлетворительном состоянии, если основное заболевание соответствует показаниям к назначению лечения в данном санатории.

5.1.5. Общие противопоказания для болезней крови, кроветворных органов и хронических интоксикаций:

1. Все болезни системы крови в острой стадии и стадии обострения.

2. Лучевая болезнь III степени, а также с выраженными проявлениями вегетативной дистонии, диэнцефального синдрома (частые и тяжелые кризы).

3. Хронические интоксикации тяжелой степени, особенно при наличии выраженных анемий и поражений нервной системы (энцефалопатии,

параличи). Затяжное течение восстановительного периода после острого отравления с рецидивами.

4. Общие противопоказания, исключающие направление больных на курорты и в местные санатории.

5.1.6.Общие противопоказания для болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ

1. Тиреотоксикоз тяжелой степени, а также с выраженными осложнениями (тиреотоксичекое сердце и др.)
2. Сахарный диабет в стадии декомпенсации, с кетоацидозом, с симптомами прекоматозного состояния, а также при лабильном течении (частые гипогликемические состояния)
3. Эндокринное ожирение органического генеза (опухоли эндокринных желез) и любые формы ожирения IY степени при недостаточности кровообращения выше IIA ст.
4. Общие противопоказания, исключающие направление больных на курорты и в местные санатории.
5. Узловой зоб (для бальнеологических курортов)

Кроме указанных противопоказаний к санаторно-курортному лечению имеется перечень и противопоказаний для СКЛ и по другим заболеваниям (см. в проекте приказе Минздрава России «Об утверждении перечня медицинских показаний и противопоказаний для СКЛ взрослых и детей» (по состоянию на 06.04.2015г.)

5.2. Перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения взрослых пациентов

Согласно проекту приказа Минздрава России «Об утверждении перечня медицинских показаний и противопоказаний для санитарно-курортного лечения и детей (кроме больных туберкулезом)» (по состоянию на 06.04.2015 года) подготовлен Минздравом России, в перечень медицинских показаний для СКЛ взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения (класс 1X по МКБ-10), с болезнями органов дыхания (класс

по МКБ-10), с болезнями органов пищеварения (классХ1 по МКБ -10), с болезнями эндокринной системы (класс1V по МКБ -10) и других заболеваний, включены названия заболеваний по МКБ-10 с учетом формы, стадии, фазы, степени тяжести заболевания без признаков активности процесса, без прогностически неблагоприятных нарушений, в период ремиссии заболевания, пациент должен обладать физической активностью с полным самообслуживанием, общим удовлетворительным состоянием, без нарушений сердечного ритма (для кардиологических больных), в фазе реконвалесценции и при наличии дыхательной недостаточности не выше I степени для пульмонологических пациентов. Пациенты с патологией желудочно-кишечного тракта направляются при легком и средней степени тяжести заболевания в фазу ремиссии. Также, в приказе расписаны курорты, санаторно-курортные организации для каждой группы больных, в основном, рекомендуются санаторно-курортные организации в зоне проживания пациента, указывается тип курорта: бальнеологический, климатический, грязевой и тд.

При решении вопроса о выборе курорта, помимо заболевания в соответствии с которым больному рекомендовано санаторно-курортное лечение, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, условия поездки на курорт, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов и других условий лечения на рекомендуемых курортах.

Больных, которым показано санаторно-курортное лечение, но отягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушениями здоровья возрастного характера, в тех случаях, когда поездка на отдаленные курорты может вредно отразиться на общем состоянии здоровья, следует направлять в близь расположенные СКУ необходимого профиля.

6. Порядок медицинского отбора и направления на санитарно-курортное лечение

Медицинский отбор и направление больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, осуществляет лечащий врач и заведующий отделением. Там, где нет зав. отделения – главный врач (зам. главного врача) ЛПУ.

Лечащий врач определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний для его осуществления, в первую очередь для применения природных климатических факторов, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

Лечащие врачи и заведующие отделениями должны руководствоваться следующим обязательным перечнем диагностических исследований и консультаций специалистов, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте:

1.Клинический анализ крови и анализ мочи

2. ЭКГ

3.Флюорография

4. При заболеваниях органов пищеварения - их рентгенологическое исследование (если с момента последнего рентгенологического обследования прошло более 6 месяцев) либо УЗИ, эндоскопия.

5. В необходимых случаях проводятся дополнительные исследования: определение остаточного азота крови, исследование глазного дна, желудочного сока, печеночные и аллергологические пробы и др..

6. При направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение акушера - гинеколога, а для беременных- дополнительно обменная карта.

7. Справка - заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно- психических расстройств.

8. При основном или сопутствующих заболеваниях (урологических, кожи, крови, глаз и др.)- заключение соответствующих специалистов.

Главные врачи ЛПУ осуществляют контроль и организацию за выполнением порядка медицинского отбора и направления больных на СКЛ.

6.1. Медицинский отбор и направление на СКЛ граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи

Согласно ст. 6.1 и 6.7 Федерального закона № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг имеют граждане следующих категорий, включенные в Федеральный регистр:

1. Инвалиды войны;
2. Участники Великой Отечественной войны;
3. Ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1-4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона «О ветеранах»;
4. Военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные медалями или орденами СССР за службу в указанный период;
5. Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;
6. Лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также, члены экипажей судов транспортного флота, интернированные в начале Великой Отечественной войны в порты других государств;

7. Члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне, лиц из числа личного состава групп соцзащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также, члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

8. Инвалиды;

9. Дети-инвалиды;

10. Лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также, вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, и приравненные к ним категории граждан;

Граждане, включенные в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг (его ведет Пенсионный фонд), имеют право при наличии справки по форме № 070/у – подтверждающей наличие медицинских показаний к санаторно-курортному лечению, обратиться с заявлением о предоставлении путевки. Этот порядок утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2004 года №328.

7. Документация при оформлении на СКЛ

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно- курортного лечения больному выдается на руки справка для получения путёвки по форме № 070/у «справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (приказ МЗ РФ от 15.12.14 г № 834н) с рекомендацией санаторно-курортного лечения, о чем лечащий врач ЛПУ делает соответствующую запись в амбулаторной карте больного. Срок действия справки 12 месяцев.

Справка заполняется лечащим врачом по всем обязательным разделам с использованием информации на обратной стороне справки. Порядок заполнения учетной формы №070/у «Справка для получения путевки на СКЛ представлен в приказе № 834н от 15.12.14»

Справка носит предварительный информационный характер и предоставляется больным вместе с заявлением о выделении путёвки на санаторно-курортное лечение по месту предоставления путёвки, где хранится в течении трёх лет.

Получив путёвку, больной обязан, не ранее чем за 2 месяца до начала срока её действия, явиться к лечащему врачу, выдавшему ему справку для получения путёвки, с целью проведения необходимого дополнительного обследования.

При соответствии профиля СКО, указанного в путёвке, раннее данной рекомендации, лечащий врач заполняет и выдаёт больному санаторно-курортную карту по форме № 072\у (утверждённой приказом МЗР от 15.12.14 г. № 834 н). СКК заверяется личной подписью врача и заведующего отделением.

Порядок заполнения учётной формы №072/у «санаторно-курортная карта» представлен в приказе № 834 н от 15.12.14 года.

О выдаче СКК лечащий врач лечебно- профилактического учреждения делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного (в истории болезни при направлении на долечивание).

Необходимые документы для получения путевки на медицинскую реабилитацию в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги:

В соответствии с Постановлением Правительства № 286 от 15.05.2006 для предоставления путевки на медицинскую реабилитацию должны быть представлены следующие документы:

- программа реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, составленная бюро медико-социальной экспертизы по установленной форме;

- заключение врачебной комиссии медицинской организации о наличии у застрахованного медицинских показаний к определенному курсу реабилитации;

- заявление застрахованного (или его доверенного лица - в этом случае нужно будет предъявить документ, подтверждающий его полномочия, т.е. доверенность).

Медицинский отбор и направление на СКЛ граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, осуществляют лечащий врач и врачебная комиссия ЛПУ по месту жительства.

Инвалидам, справка для получения путевки выдается на основании заключения ВК и при наличии рекомендаций для СКЛ, в индивидуальной программе реабилитации инвалида.

При оформлении справки № 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение», заполняются пункты 6-13, выделенные серым цветом. Справочники для заполнения этих пунктов находятся на оборотной стороне Справки.

При оформлении санаторно-курортной карты, форма №072/у, также заполняются пункты 6-13, выделенные серым цветом, заполняются только для граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг (приказ № 834 от 15.12.2014 г МЗ России).

Путевка на санаторно-курортное лечение предоставляется при наличии медицинских показаний. При этом нуждающийся в лечении гражданин, в том числе, ребенок-инвалид, должен быть внесен в Федеральный регистр Пенсионного Фонда, и ему должны быть назначены ежемесячные денежные выплаты. Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ установлено, что к детям-инвалидам относятся лица, не достигшие 18 лет.

Граждане, имеющие I группу инвалидности, а так же, граждане, признанные в установленном порядке до 1 января 2010 года инвалидами II и III группы с ограничением способности к трудовой деятельности III степени, и дети-инвалиды имеют право на бесплатное получение путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

Санаторно-курортное лечение и проезд до санатория и обратно входят в набор социальных услуг (соцпакет). Получение путевки возможно лишь в том случае, если льготник не отказался от соцпакета или оставил за собой его часть (санаторно-курортное лечение). Если гражданин отказался от части соцпакета (бесплатный проезд) и выбрал денежную компенсацию, то до места лечения и обратно он должен будет добираться за свой счет.

Стоимость набора социальных услуг с 1 апреля 2015 года составляет 930,12 рублей в месяц. В эту сумму входят: обеспечение лекарственными препаратами-716, 40 рублей, оплата предоставления путевки на санаторно-курортное лечение – 110,83 рубля, оплата проезда в пригородном железнодорожном транспорте – 102, 89 рублей.

Для получения путевки необходимы:

1. Документ, удостоверяющий льготу
2. Справка из поликлиники по месту жительства по форме 070/у
3. Заявление

Обеспечение санаторно-курортным лечением граждан, получателей набора социальных услуг, осуществляется в пределах ассигнований, выделяемых региональному отделению Фонда из федерального бюджета на соответствующий год. Что, в свою очередь, зависит от количества граждан, сохранивших право на получение набора социальных услуг на текущий год.

7.1. Порядок приема и выписки больных

1. По прибытии в санаторно-курортную организацию (СКО) больной предъявляет путевку и санаторно-курортную карту, которая хранится в СКО в течении трех лет. Кроме того, больной должен иметь при себе полис обязательного медицинского страхования.

2. После первичного осмотра лечащий врач СКО выдает больному санаторную книжку, в которую записываются назначенные лечебные процедуры и иные назначения. Больной предъявляет ее в лечебных подразделениях СКО для отметки о проведенном лечении или обследовании.

3. При оказании санаторно - курортной помощи по путевке, оплаченной за счет средств бюджетов всех уровней, виды и объемы медицинских услуг предоставляются в соответствии со стандартами, рекомендованными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

4. По завершении курса санаторно-курортного лечения, больному выдается обратный талон санаторно-курортной карты и санаторная книжка с данными о проведенном в СКО лечении, его эффективности, рекомендациями по здоровому образу жизни, обратный талон санаторно-курортной карты, который больной должен предоставить в ЛПУ, выдавшее санаторно-курортную карту или в амбулаторно-поликлиническое учреждение, по месту жительства больного, после завершения курса долечивания.

5. Обратные талоны санаторно-курортных карт подшиваются в медицинскую карту амбулаторного больного и хранятся в лечебно-профилактическом учреждении в течение трех лет.

6. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность граждан, обусловленную острым заболеванием, травмой, либо обострением хронического заболевания, возникшими в период нахождения их на санаторно-курортном лечении, выдаются, как правило, лечебно-профилактическими учреждениями, по месту пребывания больного, в соответствии с действующими нормативными правовыми документами.

7.2. Стандарты оказания медицинской помощи при санаторно-курортном лечении

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации в 2004 году вышли стандарты оказания медицинской помощи при СКЛ. На каждый класс болезней имеется от одного до четырех приказов, например: Класс 1Х МКБ 10 Болезни системы кровообращения (I00-I99) Приказы по стандартам санаторно-курортной помощи больным с болезнями

вен, больным ИБС, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, больным с цереброваскулярными болезнями.

В стандартах приведены рекомендации лечения из расчета на 21 день, указывается частота предоставления конкретной услуги и среднее количество данной услуги, например при повышенном артериальном давления, частота предоставления минеральных ванн, соответствует 0,3, среднее количество – 10.

Стандарты медицинской помощи

Санаторно-курортная помощь (классификация МКБ-10)

Класс II. Новообразования (C00-D48)				
1.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№209	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани»
Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)				
2.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№219	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм»
Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)				
3.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№220	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным сахарным диабетом»
4.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№223	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с ожирением и другими видами избыточности питания, нарушением обмена липопротеинов и другими липидемиями»
5.	Приказ	№224	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта

	Минздрав соцразвития РФ			санаторно-курортной помощи больным с болезнями щитовидной железы»
Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)				
6.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№273	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с расстройствами вегетативной нервной системы и невротическими расстройствами, связанными со стрессом, соматоформными расстройствами»
Класс VI. Болезни нервной системы (G00-G99)				
7.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№213	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным детским церебральным параличом»
8.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№214	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатиями и другими поражениями периферической нервной системы.
9.	Приказ Миндрав соцразвития РФ	№217	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с воспалительными болезнями центральной нервной системы»
Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)				
10.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№215	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями глаза и его придаточного аппарата»
Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка (H60-H95)				
11.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№275	23.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями уха и сосцевидного отростка, верхних дыхательных путей»
Класс IX. Болезни системы кровообращения (I00-I99)				
12.	Приказ Минздрав соцразвития	№211	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями вен»

	РФ			
13.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№221	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с ишемической болезнью сердца:стенокардией, хронической ИБС»
14.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№222	22.11.2004г	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями характеризующимися повышенным кровяным давлением»
15.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№276	23.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с цереброваскулярными заболеваниями»
Класс X. Болезни органов дыхания (J00-J99)				
16.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№212	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями органов дыхания»
Класс XI. Болезни органов пищеварения (К00-К93)				
17.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№277	23.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы»
18.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№278	23.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечника»
Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)				
19.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№225	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным дерматитом и экземой, папулосквамозным нарушениями, крапивницей, эритемой, другими болезнями кожи и подкожной клетчатки»
Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (М00-М99)				
20.	Приказ	№208	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта

	Минздрав соцразвития РФ			санаторно-курортной помощи больным с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (дорсопатии, спондилопатии, болезни мягких тканей, остеопатии и хондропатии»
21.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№227	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (артропатии, инфекционные артропатии, воспалительные артропатии, артрозы и другие поражения суставов»
Класс XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99)				
22.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№210	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным мочекаменной болезнью и другими болезнями мочевой системы.
23.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№216	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями мужских половых органов»
24.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№218	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями женских тазовых органов, невоспалительными болезнями женских половых органов»
25.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№226	22.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больнымгломерулярными болезнями, тубулоинтерстициальными болезнями почек»
Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)				
26.	Приказ Минздрав соцразвития РФ	№274	23.11.2004г.	«Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга»

8. Порядок выявления и эвакуации больных, которым противопоказано санаторно-курортное лечение

1. Пребывание в СКО, которое влечет за собой ухудшение состояния здоровья больного, считается для него противопоказанным.

2. При определении противопоказанности к санаторно-курортному лечению, врачи лечебно-профилактического учреждения и СКО должны руководствоваться утвержденными Минздравсоцразвития России противопоказаниями, исключающими направление больных на санаторно-курортное лечение, учитывая в каждом отдельном случае не только форму и стадию заболевания, но и степень опасности пребывания на курорте или в санатории для него, а также для окружающих.

3. Противопоказанность направления и пребывания больного в СКО устанавливается лечащим врачом, а в конфликтных ситуациях – ВК лечебно-профилактического учреждения, СКО.

Лечащий врач или ВК лечебно-профилактического учреждения, СКО определяет:

- Наличие противопоказаний для лечения;
- Возможность оставления больного в СКО для проведения бальнеологического, климатического, медикаментозного или другого лечения;
- Необходимость перевода больного в больницу или транспортировки с выделением сопровождающего по месту жительства;
- Необходимость оказания содействия в приобретении проездных билетов и т.д.

4. Срок выявления противопоказанности пребывания больного в СКО, как правило не должен превышать 5-ти дней с момента его поступления.

5. В случае установления у больного санаторно-курортного лечения в 3-х экземплярах: один из которых направляется в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, второй - в адрес

лечебно-профилактического учреждения, выдавшего санаторно-курортную карту, для разбора на ВК, а третий экземпляр акта остается в СКО.

6. Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации ежегодно проводят анализ причин неправильного отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение и принимают соответствующие меры.

9. Критерии эффективности санаторно-курортного лечения

Эффективность СКЛ должна оцениваться принципами доказательной медицины: сравнительной оценки объективных данных до и после лечения.

Субъективная оценка состояния больного не дает реальной оценки качества работы.

Непосредственный результат СКЛ оценивается как улучшение, если:

1. отсутствуют или уменьшились жалобы по заболеванию
2. улучшение или нормализация клинических и лабораторных показателей
3. улучшение функциональных показателей или их нормализация
4. повышение физической работоспособности на 25%
5. уменьшение доз принимаемых препаратов

Результат лечения в санаторно-курортном учреждении оценивается как ухудшение, если:

1. охраняется или усиливаются жалобы по заболеванию
2. возрастает частота обострений по заболеванию
3. усиливается тяжесть функциональных показателей
4. ухудшаются клинико-лабораторные показатели
5. снижается физическая работоспособность
6. могут прогрессировать отдельные синдромы заболевания
7. возрастает необходимость увеличения дозы препарата
8. ухудшение общего самочувствия
9. нарастание сердечно-легочной недостаточности

Отдаленный результат СКЛ (стойкое улучшение):

1. снижение числа дней нетрудоспособности не менее чем на 50% (по основному заболеванию) в течении года.
2. отсутствие жалоб (резкое их снижение)
3. отсутствие обострений основного заболевания в течение 6 месяцев
4. стабилизация достигнутых улучшений функциональных показателей
5. отсутствие необходимости в стационарном лечении.

10. Экспертиза временной нетрудоспособности при СКЛ

Согласно приказу №624н от 29.06.2011г. «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» в разделе IV. «Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения» указывается (учитывая изменения в приказе №31н от 24.01.2012г. «О внесении изменений в порядок выдачи листков нетрудоспособности…»).

Пункт 31. При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии (ВК) специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня.

Пункт 32. При направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения и проезда в соответствии с настоящим Порядком по решению ВК.

Пункт 33. При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санаторно-курортные учреждения на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет стационарное лечение, а также на долечивание после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается по

решению врачебной комиссии противотуберкулезного диспансера и продлевается ВК специализированного (противотуберкулезного) санаторно-курортного учреждения на весь период лечения, долечивания и проезда в соответствии с настоящим Порядком.

При заполнении листка нетрудоспособности, в ячейке «код…» указывается соответствующий код: 08 – долечивание в санатории. В случае необходимости, в ячейке «дополнительный код…» указывается дополнительный трехзначный код: 018 – при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем, на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ)

017 – при лечении в специализированном санатории.

11. Нормативно-правовые документы по санаторно-курортному лечению

1. Методические указания, утвержденные МЗ России от 22.12.1999 г №99/227 «Общие противопоказания, исключающие направление больных на курорты в местные санатории»

2. Приказ МЗ РФ №215 от 14.06.2001 г. «О направлении больных на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение»

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 июля 2003г. № 297 «О враче восстановительной медицины»

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г №256 «Порядок медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение»

5.Приказы Минздравасоцразвития РФ от 23.11.2004 г по стандартам санаторно-курортной помощи больным с различными заболеваниями (повышенным кровяным давлением, ишемической болезнью сердца и т.д.) всего 26 приказов

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 апреля 2005 г. №273 г. Москва «О долечивании (реабилитации) в условиях санатория»

7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №794 24.12.2007г «О внесении изменений в приказ МЗ и социального развития РФ от 22.11.2004 г №256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение»

8.Постановление МЗ РФ №52п от 28.02.2011 г. «Положение о порядке и условиях предоставления санаторно-курортного лечения работающих граждан РФ, не являющихся инвалидами».

9.Приказ №529н от 06.08.13 г.»Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»

10. Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 г № 834 н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и порядков по их заполнению»

11.Проект приказа Минздрава России «Об утверждении перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения взрослых и детей (кроме больных туберкулезом)» (по состоянию на 06.04.2015г.)

12.Приказ министерства здравоохранения Амурской области от 08.12.2014 г № 1589 «Об организации оказания санаторно-курортной помощи населению Амурской области в 2015 году в филиале Государственного автономного учреждения здравоохранения Амурской области в санатории «Василек» в с.Гонжа, Кислый ключ.

Литература

Основная:

1.Общественное здоровье и здравоохранение. Под ред. Миняева В.А., Вишнякова Н.И. Учебник. 4-е изд. М: МЕД пресс-информ, 2006, с 528.

2.Маньшина Н.В. Курортология для всех. За здоровьем на курорт. – М.: Вече, 2007. – 592 с. (187-190)

3.Федеральная целевая программа «Развитие курортов федерального значения», утвержденная постановлением Правительства от 07. 12.1996 года.

Дополнительная:

1. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.

2. Погосян М.М. «МАССАЖ». – ОАО «Издательство Советский спорт», 2007. – С. 750.

3. ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» от 23.02.1995 года.

4. М.А. Еремушкин Основы мануальной техники массажа. Серия: Качество жизни. – Ростов на Дону: "Феникс", 2007. – 188 с. – ISBN 978–5–222–12267–9

5. Санаторно-курортное и восстановительное лечение. Под ред. А.Н Разумова. Здравоохранение №1 – 2004 г.

6. Ирисова, Т.А. К вопросу о подготовке кадров для санаторно-курортного дела на современном этапе/ Т.А. Ирисова // Курортные ведомости. – 2004. – №1. – С.4-7.