ГБОУ ВПО «ПГМУ имени академика А.Е. Вагнера» Минздрава России

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

По дисциплине «Стандартизация в здравоохранении»

Тема: Протоколы ведения больных

Исполнитель:

Зибелева Вероника Ильшатовна

Пермь, 2015 г.

Содержание

1. Область применения

2. Нормативные ссылки

. Цели и задачи стандартизации протоколов ведения больных

. Общие положения

. Структура и правила заполнения разделов протокола ведения больных

. Экспертиза проекта протокола ведения больных

. Мониторинг протокола ведения больных

. Применение протоколов ведения больных

Список литературы

1. Область применения

Настоящий нормативный документ устанавливает общие положения разработки протоколов ведения больных (далее - протоколов), определяющих объем и показатели качества выполнения медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Настоящий нормативный документ предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

. Нормативные ссылки

В настоящем нормативном документе использована ссылка на следующий стандарт:

ГОСТ Р 1.5-2004 Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные Российской Федерации. Правила построения, изложения, оформления и обозначения.

. Цели и задачи стандартизации протоколов ведения больных

Основной целью настоящего нормативного документа является унификация требований к качеству оказания медицинской помощи.

Задачами настоящего нормативного документа являются:

нормативное обеспечение процессов разработки, внедрения и оценки эффективности применения протоколов;

оптимизация правил выбора медицинских технологий для включения в нормативные документы оказания медицинской помощи.

. Общие положения

Протокол определяет виды, объем и индикаторы качества медицинской помощи гражданам при конкретных заболеваний, синдроме или клинической ситуации.

Для обоснования требований протокола разработчики используют результаты научных исследований, организованных и проведенных в соответствии с современными принципами клинической эпидемиологии. Результаты научных исследований должны быть использованы для обоснования включения в протокол методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

При включении в протокол конкретной медицинской технологии в нем указывают уровень убедительности доказательств целесообразности ее применения согласно унифицированной шкале оценки убедительности доказательств целесообразности применения медицинских технологий.

Построение, изложение и оформление протоколов выполняют с учетом ГОСТ Р 1.5.

. Структура и правила заполнения разделов протокола ведения больных

Протокол включает в себя следующие разделы:

общие положения;

требования протокола;

графическое, схематическое представление протокола (при необходимости);

мониторинг протокола.

Раздел «Требования протокола», включает в себя следующие подразделы:

модель пациента;

критерии и признаки, определяющие модель пациента;

перечень медицинских услуг основного и дополнительного ассортимента в зависимости от условий оказания и функционального назначения медицинской помощи;

характеристику алгоритмов и особенностей применения медицинских услуг при данной модели пациента;

перечень групп лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента;

характеристику алгоритмов и особенностей лекарственных средств при данной модели пациента;

требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации при данной модели пациента;

требования к диетическим назначениям и ограничениям;

особенности информированного добровольного согласия пациента при выполнении протокола ведения больных и дополнительную информацию для пациента и членов его семьи;

возможные исходы для данной модели пациента.

Общие положения

В разделе «Общие положения» приводят сведения о разработчиках протокола с указанием их фамилий, должностей, адресов, цели и задачи разработки и внедрения протокола, его концепцию и краткий перечень основной литературы, использованной для разработки протокола и обоснования доказательств.

Концепция протокола должна содержать краткую характеристику клинической картины заболевания, краткое описание принципов профилактики, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения, реабилитации, включая общую характеристику основных медицинских технологий и особенности организации медицинской помощи (включая следующие организационно-технические мероприятия:

преимущественное использование стационарозамещающих технологий, организация школ больных,

организация диспансерного наблюдения и т.п.). В концепции приводят существующие классификации заболеваний, а при наличии нескольких классификаций - альтернативные. В раздел «Общие положения» не должны включаться сведения об этиологии и патогенезе заболевания.

Модель пациента

Модель пациента регламентирует совокупность клинических или ситуационных характеристик на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на выбор медицинских технологий. Используют одну из трех моделей пациента:

нозологическую;

синдромальную;

ситуационную.

Нозологическая модель пациента представляет собой совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния; включает в себя стадию, фазу заболевания и возможность определенных осложнений. В нозологической модели указывают также шифр нозологии в соответствие с Международной классификацией болезней, травм и состояний.

Для одного заболевания может быть несколько стадий (фаз) и осложнений. Каждую комбинацию стадий (фаз) и осложнений выделяют в отдельную модель пациента, если медицинская помощь в рамках конкретной модели пациента отличается по набору медицинских технологий от других моделей пациентов.

Синдромальная модель пациента представляет собой совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать синдром и отнести его к группе состояний, являющихся следствием заболевания, и определяется совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать данный синдром и отнести его к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению. В основе синдромальной модели пациента лежит конкретный синдром, его стадия, фаза и осложнения.

Для одного синдрома может быть несколько стадий (фаз) и осложнений. Каждую комбинацию стадий (фаз) и осложнений выделяют в отдельную модель пациента, если медицинская помощь в рамках данной модели пациента отличается по набору медицинских технологий от других моделей.

Ситуационная модель пациента подразумевает регламентацию медицинской помощи в случаях, которые нельзя отнести к конкретной нозологии или синдрому (например, профилактика отдельных состояний, функциональные нарушения, состояния после инвазивных вмешательств и др.), определяется группой заболеваний, профильностью и функциональным назначением подразделения или медицинской организации в целом.

Стадии заболеваний (синдромов) формулируют в ходе разработки протоколов с обязательным описанием признаков (критериев) стадий.

Фаза заболевания (синдрома) определяет активность лечебной тактики. При формировании нозологической и синдромальной моделей пациентов выделяют фазы хронических заболеваний (обострение, ремиссия, рецидив, проградиентное и стабильное течение) и фазы заболеваний (острое состояние, стабилизация процесса, разрешение, остаточные явления). Перечень фаз заболеваний (синдромов) может быть дополнен разработчиками в ходе работы над протоколом.

К осложнениям заболевания относятся:

присоединение к заболеванию синдрома или нарушения физиологического процесса;

нарушение целостности органа или его стенки;

кровотечение;

развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Переход от одного заболевания к другому не является осложнением и должен обозначаться как исход в соответствующем разделе протокола. Присоединение нового заболевания, спровоцированного имеющейся болезнью, в отдельных случаях рассматривается как осложнение. Разрабатываемые модели пациента формируются с учетом значительных различий в наборе диагностических и лечебных технологий, необходимых для ведения пациентов в рамках различных моделей пациента, и не должны повторять существующие классификации болезней.

Критерии и признаки, определяющие модель пациента

В данном подразделе указывают критерии и признаки, позволяющие врачу в процессе применения протокола установить соответствие модели и курируемого пациента и определить перечень медицинских услуг, лекарственных средств, которые используются при данной модели пациента. В этом же подразделе приводят алгоритм формирования диагностической гипотезы для данной модели пациента.

Перечень медицинских услуг основного и дополнительного ассортимента в зависимости от условий оказания и функционального назначения медицинской помощи.

Перечни медицинских услуг составляют отдельно для этапов профилактики, диагностики заболевания, лечения и реабилитации. В этом же подразделе приводят перечень медицинских услуг, связанных с уходом за пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи, вспомогательных процедур.

В диагностический пункт протокола вносятся те услуги, которые используются собственно для диагностики, а в лечебный, реабилитационный и профилактический пункты - диагностические услуги для контроля за ходом лечения (реабилитации, профилактики) и собственно лечебные технологии.

При составлении перечней медицинских услуг для каждой модели пациента указывают условия оказания медицинских услуг и их функциональное назначение. Для одной модели пациента может быть несколько сочетаний условий и функциональных назначений медицинских услуг.

Основной перечень условий оказания медицинских услуг при необходимости уточняется разработчиками (например, амбулаторно-поликлинические условия оказания медицинских услуг, стационар одного дня).

В рамках конкретной модели пациента для каждого этапа медицинской помощи (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация) указывают минимально необходимые условия оказания медицинской помощи. Например, если разработчик для проведения диагностики определил условия оказания как стационарные, проводить диагностику в амбулаторных условиях не следует. И наоборот, если объем диагностики в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях одинаков, в модели пациента указывают только амбулаторно-поликлинические условия оказания медицинской помощи.

При формировании перечней медицинских услуг указывают:

в графах «Код» и «Наименование медицинской услуги» - медицинские услуги и их коды согласно «Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении»

в графе «Частота предоставления» - частота предоставления медицинской услуги в группе пациентов, подлежащих ведению по данной модели пациента, что отражает вероятность выполнения медицинской услуги и принимает значение от 0 до 1. Частота предоставления медицинской услуги 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную медицинскую услугу, менее 1 - означает, что медицинскую услугу оказывают не всем пациентам, а лишь при наличии показаний;

в графе «Кратность выполнения» - среднее (в группе из 100 пациентов) число медицинских услуг в случае их назначения. Код Наименование Частота предоставления Кратность выполнения медицинской услуги

Каждой модели пациента соответствуют следующие перечни медицинских услуг двух уровней:

основной перечень - минимальный набор медицинских услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывают частоту предоставления 1);

дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень медицинских услуг, выполнение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывают частоту предоставления менее 1).

Характеристика алгоритмов и особенностей применения медицинских услуг при данной модели пациента

Указывают: последовательность применения медицинских услуг; при необходимости - показания и противопоказания; особенности применения в отдельных целевых группах; совместимость медицинских услуг между собой; предпочтительные, рекомендуемые или нежелательные методики выполнения медицинских услуг; особые условия (стерильные боксы, условия реанимации и др.), необходимые при выполнении отдельных медицинских услуг. Технологии выполнения медицинских услуг не приводят.

Для медицинских услуг, частота предоставления которых менее 1, указывают случаи, при которых применяют данную медицинскую услугу.

Перечень групп лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента

Перечни групп лекарственных средств составляют отдельно для этапов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в зависимости от условий оказания медицинской помощи. Лекарственные средства, использующиеся на разных этапах оказания медицинской помощи, указываются отдельно в соответствующих разделах.

При формировании перечней лекарственных средств указывают:

наименование фармакотерапевтической группы в соответствии фармакотерапевтической классификацией лекарственных средств;

наименование анатомо-терапевтической химической (АТХ) подгруппы в соответствии с анатомо-терапевтической химической классификацией. В составе одной фармакотерапевтической группы может быть представлено несколько АТХ подгрупп;

в графе «Непатентованное наименование» - международное непатентованное наименование или заменяющее его наименование лекарственного средства, утвержденное в установленном порядке. В составе одной АТХ подгруппы может быть представлено несколько наименований лекарственных средств;

в графе «Частота назначения»: против графы «Наименование фармакотерапевтической группы» - частота назначения фармакотерапевтической группы; против графы «Наименование АТХ подгруппы» - частота назначения АТХ подгруппы внутри фармакотерапевтической группы; против графы «Непатентованное наименование» - частота назначения непатентованного наименования лекарственного средства внутри АТХ подгруппы.

Частота назначения отражает вероятность использования фармакотерапевтической группы, АТХ подгруппы или непатентованного наименования лекарственного средства и может быть от 0 до 1. Частота назначения 1 для фармакотерапевтической группы означает, что всем пациентам необходимо использовать данную фармакотерапевтическую группу. Частота назначения 1 для АТХ подгруппы означает, что АТХ подгруппа в составе фармакотерапевтической группы назначается всем больным с данной патологией. Частота назначения 1 для непатентованного наименования лекарственного средства означает, что в составе АТХ подгруппы данное лекарственное средство будет использоваться у всех больных. Частота назначения менее 1 для фармакотерапевтической группы, АТХ подгруппы, непатентованного наименования лекарственного средства означает, что их необходимо использовать не у всех пациентов, а только при наличии соответствующих показаний;

в графе «Ориентировочная дневная доза» (ОДД) - против графы «Непатентованное наименование» - средняя суточная доза лекарственного средства;

в графе «Эквивалентная курсовая доза» (ЭКД) - против графы «Непатентованное наименование» - доза лекарственного средства, равная числу дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Фармако-терапевтическая группа

АТХ подгруппа

Непатентованное наименование

Частота назначения

Ориентировочная дневная доза (ОДД)

Эквивалентная курсовая доза (ЭКД)

Наименование фармакотерапевтической группы

Наименование АТХ подгруппы

Наименование лекарства

Каждой модели пациента соответствуют следующие перечни групп лекарственных средств двух уровней:

основной перечень - содержит минимальный набор групп лекарственных средств, назначаемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывают частоту предоставления 1);

дополнительный (рекомендуемый) перечень - указывают группы лекарственных средств, назначение которых обусловлено особенностями течения заболевания (частота предоставления менее 1).

Характеристика алгоритмов и особенностей лекарственных средств при данной модели пациента.

В подразделе указывают краткие сведения о применяемых алгоритмах, основные синонимы, схемы и продолжительность терапии, особенности применения лекарственных средств в различных группах пациентов (дети, пожилые, беременные, кормящие и др.), правила дозировки, критерии эффективности, отмены или изменения дозы, преимущественные пути введения лекарственных средств, также приводят альтернативные схемы применения лекарственных средств.

Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации при данной модели пациента.

В подразделе указывают рекомендации по ограничению физических нагрузок или характеристику дополнительных нагрузок, изменения в образе жизни пациента, которые могут существенным образом отразиться на течении заболевания и должны быть рекомендованы пациенту.

Требования к диетическим назначениям и ограничениям

В подразделе приводят требования к диетическим назначениям и ограничениям в виде ссылок на утвержденные в установленном порядке диеты или описания соответствующих диетических назначений.

Особенности информированного добровольного согласия пациента при выполнении протокола ведения больных и дополнительная информация для пациента и членов его семьи.

В данном подразделе указывают только особенности получения информированного добровольного согласия пациента. При применении потенциально опасных для жизни и здоровья пациента медицинских технологий приводят сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции, например, информацию, которая должна быть в обязательном порядке сообщена пациенту, технологии, на использование которых должно быть получено письменное согласие пациента.

Дополнительная информация для пациента должна содержать сведения об ответственном самолечении, обоснованном самостоятельном использовании медицинских технологий и информацию для членов семьи по уходу за пациентом, особенностям его питания, режима, приема медикаментов и т.д.

Возможные исходы заболеваний для данной модели пациента

Исходами заболеваний (синдромов, клинических ситуаций) являются медицинские, социальные и экономические результаты применения медицинских технологий, ожидаемые при оказании помощи.

Разработчики, выбирая исход заболеваний (синдромов, клинических ситуаций), должны использовать классификатор исходов заболеваний:

Наименование исхода заболевания

Частота развития исхода заболевания

Критерии и признаки исхода заболевания при данной модели пациента

Ориентировочное время достижения исхода заболевания

Преемственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе заболевания

Графическое, схематическое представления протокола ведения больных

В данном разделе приводят графики, таблицы и схемы, облегчающие восприятие требований протокола и позволяющие упростить принятие решений специалистами, алгоритмы дифференциальной диагностики, последовательность выполнения медицинских технологий, оптимальные способы выполнения конкретных манипуляций и др.

Мониторинг протокола ведения больных

В данный раздел включают наименование организации, ответственной за мониторинг, перечень медицинских организаций, участвующих в мониторировании протокола, карту, правила мониторинга и индикаторы качества медицинской помощи для данного протокола.

. Экспертиза проекта протокола ведения больных

Экспертизу проекта протокола ведения больных проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы, эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении Е, оформляют окончательную редакцию протокола.

7. Мониторинг протокола ведения больных

Целью мониторинга применения протокола ведения больных является:

оценка соответствия оказанной медицинской помощи установленным протоколом требованиям;

актуализация протокола.

Мониторинг должен проходить в два этапа.

Первый этап - внедрение протокола (первый год после его утверждения); задачей этого этапа является оценка приемлемости протокола, при необходимости - его актуализация, разработка плана мероприятий в субъектах Российской Федерации, муниципальных образованиях и медицинских организациях по обеспечению соблюдения требований протокола.

Второй этап - текущее мониторирование (второй и последующие годы после утверждения (введения в действие)); его задачами является поддержание протокола в актуальном состоянии, мониторинг качества оказания медицинской помощи с использованием ключевых индикаторов.

Актуализация протокола проводится не реже чем один раз в пять лет. В процессе актуализации протокол может остаться в неизмененном виде, быть пересмотрен или обновлен.

. Применение протоколов ведения больных

стандартизация протокол больной медицинский

Протоколы ведения больных применяют для:

проверки на соответствие установленным протоколами требованиям при проведении процедуры лицензирования;

планирования объемов медицинской помощи;

разработки стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;

обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;

проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;

выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного пациента;

защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Разработка и утверждение плана внедрения протокола подразумевает определение перечня необходимых мероприятий по обеспечению возможности соблюдения требований протокола, назначение лиц, ответственных за каждое мероприятие, установление сроков и критериев оценки достижения результатов, обучение по разработанной программе специалистов основам стандартизации в здравоохранении.

Критерии оценки диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных медицинских технологий.

При включении в протокол медицинских технологий разработчики в соответствующих разделах протокола должны указывать показатели, характеризующие чувствительность метода - частоту положительных результатов диагностики при наличии заболевания, специфичность метода - частоту отрицательных результатов диагностики при отсутствии заболевания, прогностическую ценность метода - вероятность наличия заболевания при положительном результате и вероятность отсутствия при отрицательном результате диагностики, отношение правдоподобия - отношение вероятности события при наличии некоего условия к вероятности события без этого условия (например, отношение частоты симптома при наличии болезни к частоте симптома в отсутствие болезни);

для методов профилактики, лечения и реабилитации: действенность метода - частоту доказанных положительных результатов профилактики, лечения и реабилитации в искусственно созданных экспериментальных условиях, эффективность метода - частоту доказанных положительных результатов профилактики, лечения и реабилитации в условиях клинической практики.

Для лекарственных средств дополнительно указывают:

терапевтическую эквивалентность лекарственного средства - близость получаемых терапевтических эффектов при применении схожих по лечебным действиям лекарственных средств, не являющихся аналогами;

биоэквивалентность лекарственного средства - результаты сравнительных исследований биодоступности лекарственного средства с эталоном, имеющим общее с ним международное непатентованное наименование (аналог);

для методов скрининга:

характеристики теста, который предлагается использовать для скрининга (чувствительность, специфичность), распространенность болезни в популяции, которую предлагается обследовать, положительную прогностическую ценность теста.

При включении в протокол всех медицинских технологий, независимо от их функционального назначения (диагностика, профилактика, лечение, реабилитация, скрининг) разработчики учитывают:

безопасность медицинской технологии - вероятность развития нежелательных побочных эффектов;

доступность медицинской технологии - возможность своевременного оказания медицинской помощи нуждающимся гражданам (отношение числа граждан, которые могут своевременно получить данную медицинскую помощь, к числу граждан, нуждающихся в получении такой медицинской помощи);

затраты на выполнение конкретной медицинской технологии и соотношение «затраты/эффективность».

Унифицированная шкала оценки убедительности доказательств целесообразности применения медицинских технологий.

Унифицированная шкала оценки включает в себя:

уровень убедительности доказательства А - доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения;

уровень убедительности доказательства В - относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение;

уровень убедительности доказательства С - достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств;

уровень убедительности доказательства D - достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств для того, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в конкретной ситуации;

уровень убедительности доказательства E - веские отрицательные доказательства: есть достаточно убедительные доказательства для того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

Наименование исхода. Общая характеристика исхода.

Восстановление здоровья. При остром заболевании полное исчезновение всех симптомов, отсутствие остаточных явления, астении и т.д.

Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции.

При остром заболевании полное исчезновение всех симптомов, могут иметь место остаточные явления, астения и т.д.

Выздоровление с частичным нарушением физиологического процесса, функции или потери части органа

При остром заболевании практически полное исчезновение всех симптомов, но имеют место остаточные явления в виде частичных нарушений отдельных функций или потеря части органа

Выздоровление с полным нарушением физиологического процесса, функции или потерей части органа

При остром заболевании практически полное исчезновение всех симптомов, но имеет место полная потеря отдельных функций или утрата органа

Ремиссия - полное исчезновение клинических, лабораторных и инструментальных признаков хронического заболевания

Улучшение состояния Уменьшение выраженности симптоматики без излечения

Стабилизация Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики в течении хронического заболевания

Компенсация функции Частичное или полное замещение утраченной в результате болезни функции органа или ткани после трансплантации (протезирования органа или ткани, бужирования, имплантации)

Хронизация Переход острого процесса в хронический

Прогрессирование Нарастание симптоматики, появление новых осложнений, ухудшение течения процесса при остром или хроническом заболевании

Отсутствие эффекта Отсутствие видимого положительного ответа проведении терапии

Развитие ятрогенных осложнений Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией: отторжение органа или трансплантата, аллергическая реакция и т.д.)

Развитие нового заболевания, связанного с Присоединение нового заболевания, появление которого основным этиологически или патогенетически связано с исходным заболеванием.

Список литературы

1. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении //Министерство здравоохранения и социального развития России. - 2004 г.