

УДК 316.334:61



**ОСОБЕННОСТИ
ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ
К СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
(ПО МАТЕРИАЛАМ
СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ
В Г. РОСТОВЕ-НА-ДОНУ)**

Савченко Людмила Алексеевна

Доктор философских наук, профессор
Института социологии и регионоведения
Южного федерального университета,
г. Ростов-на-Дону,
e-mail: lsavchenko@yandex.ru

Вялых Никита Андреевич

Кандидат социологических наук,
старший преподаватель
Института социологии и регионоведения
Южного федерального университета,
г. Ростов-на-Дону,
e-mail: sociology4.1@yandex.ru

**THE FEATURES
OF DOCTORS' RELATION
TO THE SYSTEM
OF OBLIGATORY
MEDICAL INSURANCE
(ON MATERIALS
OF SOCIOLOGICAL
RESEARCH
IN ROSTOV-ON-DON)**

Savchenko Lyudmila A.

Doctor of Philosophical Sciences, Professor,
Institute of Sociology and Regional
Studies, Southern Federal University,
Rostov-on-Don,
e-mail: lsavchenko@yandex.ru

Vyalykh Nikita A.

Candidate of Sociological Sciences,
Senior Lecturer, Institute of Sociology
and Regional Studies,
Southern Federal University,
Rostov-on-Don,
e-mail: sociology4.1@yandex.ru

В статье авторы определяют вектор социального отношения врачей к обязательному медицинскому страхованию в г. Ростове-на-Дону. На основе первичных данных социологического опроса врачей обосновывается неэффективность нынешних институциональных механизмов медицинского обеспечения. Это связано, с одной стороны, с недостаточным финансированием медицинских организаций, с другой – с несоответ-

In the article the authors examine the vector of doctors' social relation towards obligatory medical insurance in Rostov-on-Don. On the base of primary data of sociological poll among doctors it is proved that current institutional mechanisms of medical care are ineffective. It is connected on one hand with the insufficient financing of medical organizations, on the other – with the discrepancy between the necessary and real volume of the

ствием между необходимым и реальным объемом оказываемой медицинской помощи. Новизна работы состоит в количественном измерении проблемных зон в системе обязательного медицинского страхования г. Ростова-на-Дону. Также в статье раскрываются особенности социального настроения врачей в контексте трансформации института здравоохранения в России. Авторы приходят к выводу о необходимости неотложной перенастройки существующих регуляторов в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: медицинская помощь, институт здравоохранения, доступность медицинской помощи, обязательное медицинское страхование, трансформация здравоохранения.

provided medical care. The novelty of the article is expressed in the quantitative explication of problem zones in the system of obligatory medical insurance in Rostov-on-Don. In addition, the article outlines the features of doctors' social mood in the context of transformation of healthcare institute in Russia. The authors come to the conclusion about a change-over emergency of existing regulations in healthcare sphere.

Keywords: medical care, healthcare institute, medical care accessibility, obligatory medical insurance, healthcare transformation.

В российской научной периодике за последние два-три года накопилось немало аналитических публикаций, в которых изучается мнение врачей по самому широкому кругу медико-социальных проблем. Эти исследования посвящены организации амбулаторно-поликлинической помощи, информационным потребностям врачей, их трудовой и профессиональной мотивации, доступности и качеству медицинской помощи, медицинскому страхованию в России и за рубежом [1–8]. Однако специфические данные об отношении врачей к системе обязательного медицинского страхования (ОМС), индикации врачебным персоналом проблемных зон здравоохранения в контексте ОМС в научной литературе освещены недостаточно. По объективному замечанию А.В. Решетникова, на сегодняшний день отсутствует устоявшаяся общепринятая система параметров для описания целостной модели медико-социологического мониторинга, а существующая система представления официальной информации о процессах в здравоохранении «по известным формам государственной отчетности отражает уже свершившиеся факты и потому оказывается несколько устаревшей. Кроме того, сведения могут быть одновременно и чрезвычайно малоинформативными, вследствие чего в системе охраны здоровья принимаются иногда запоздалые решения» [9, с. 20].

С учетом научной и социальной значимости социологической экспертизы состояния института здравоохранения авторами было предпринято разведывательное социологическое исследование особенностей медицинского обеспечения в г. Ростове-на-Дону для того, чтобы учесть мнение врачей – второй по масштабу «группы интере-

сов» (после потребителей/пациентов). Цель исследования состояла в социологическом измерении мнения врачей об особенностях функционирования и вектора развития системы ОМС в г. Ростове-на-Дону.

Социологическое исследование было реализовано с января по март 2015 г. Методом анкетирования опрошено 116 врачей медицинских организаций г. Ростова-на-Дону и городской больницы г. Аксая, который входит в так называемую Ростовскую агломерацию. Способ отбора – целенаправленная выборка типичных объектов. Среди опрошенных – 27,2 % мужчин и 72,8 % женщин. Состав выборочной совокупности по возрасту выглядит следующим образом: 18,4 % – респонденты до 30 лет, 33,3 % – от 31 до 45 лет, столько же – от 46 до 60 лет, 14,9 % – старше 60 лет. По стажу профессиональной деятельности респонденты распределяются по четырем группам: до 5 лет – 14,9 %, от 5 до 10 лет – 16,7, от 10 до 15 лет – 15,8, более 15 лет – 52,6 %.

Единицами отбора служили следующие медицинские организации: Центральная районная больница Аксайского района (26 чел.); Ростовский государственный медицинский университет (36 чел.); городская поликлиника № 10 г. Ростова-на-Дону (21 чел.); Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии г. Ростова-на-Дону (20 чел.); городская больница № 1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону (5 чел.); детская городская больница № 2 г. Ростова-на-Дону (3 чел.); Ростовская областная клиническая больница № 1 (3 чел.); городская больница № 7 г. Ростова-на-Дону (2 чел.).

Авторы благодарны руководителям и врачам вышеперечисленных организаций за оказанное доверие, уделенное время и искреннее желание исправить ситуацию в здравоохранении. Персонально хотим выразить слова благодарности экс-министру здравоохранения Ростовской области профессору Т.А. Кондратенко за помощь на этапе сбора социологической информации и начальнику управления организации ОМС по Ростовской области И.А. Ревину за ценные советы и помощь в подготовке инструментария.

Базовой проблемой организации здравоохранения является тотальная мутация системы оказания медицинской помощи в «рынок» медицинских услуг. По мнению половины респондентов (48,2 %), необходимо лишь частичное участие пациентов в покрытии издержек медицинских организаций на производство медицинских услуг. Значительная доля респондентов (37,7 %) полагает, что в настоящее время не следует вообще привлекать средства пациентов для укрепления финансового состояния медицинских организаций, только 7,9 % участников опроса убеждены в необходимости финансового участия пациента

в полном объеме затрат медицинской организации, а 6,1 % – затруднились ответить.

Для фиксации общего уровня доступности и качества медицинской помощи в г. Ростове-на-Дону мы попросили респондентов выставить балльные оценки по ряду параметров (1 – самый низкий уровень; 5 – самый высокий уровень). С целью облегчения восприятия данных приведем средние значения (таблица).

Оценка отдельных параметров доступности и качества медицинской помощи по пятибалльной шкале

Параметр	В г. Ростове-на-Дону (в целом)	В медицинских организациях, в которых работают респонденты
Возможность своевременно посетить врача узкого профиля	2,74	3,40
Соответствие предоставляемого объема платных медицинских услуг финансовым возможностям пациентов	2,75	3,29
Эффективность и безопасность медицинской помощи	3,26	3,82
Адекватность кадровых, технических и технологических условий оказания медицинской помощи потребностям населения	2,89	3,52
Преимственность и непрерывность медицинской помощи	3,18	3,55

Как видно из таблицы, респонденты крайне низко оценивают отдельные параметры доступности и качества медицинской помощи в городе. Если говорить об оценке данных параметров на уровне медицинской организации, в которой трудятся врачи, то средние балльные значения превышают оные на уровне города. Сложно однозначно сказать, чем вызваны подобные отклонения, но можно предположить, что данные оценки объективны, поскольку в выборку попали главным образом медицинские организации, занимающие высокие места в рейтинге медицинских организаций Ростовской области [10].

На вопрос о том, каким образом система ОМС влияет на функционирование здравоохранения в России, мнения врачей разделились

примерно поровну: 49,1 % опрошенных указали, что, несмотря на имеющиеся недостатки, ОМС является наиболее приемлемой для России формой организации здравоохранения, а 44,7 % относятся к ОМС скорее отрицательно, полагая, что страховые принципы здравоохранения не оправдывают надежд, являются неэффективными и что ОМС – непонятная и непонятая населением, медицинским сообществом система. Только 4,4 % респондентов отметили положительное влияние ОМС как самого эффективного способа финансирования российского здравоохранения, обеспечения высокого качества медицинских услуг и равного доступа населения к медицинской помощи, а 1,8 % – сказали, что ОМС вообще не оказывает никакого влияния на процессы в системе здравоохранения.

На взгляд опрошенных врачей, эффективной работе системы ОМС в современной России препятствуют прежде всего недостаточное финансирование медицинских организаций (41,2 %), несовершенное и недоработанное законодательство (37,7 %), недостаточная информированность медицинских работников (7,9 %), недостаточная информированность пациентов (7 %). Среди прочих факторов респонденты отмечали коррупцию на всех уровнях, некомпетентность чиновников от здравоохранения, планомерный развал советских принципов здравоохранения, несоответствие между необходимым и реальным объемом оказываемой медицинской помощи, несоответствие качества медицинской помощи тарифам, отсутствие связи между тарифом отчислений и степенью страхового риска.

Таким образом, уже при первом приближении становится ясно – система ОМС за более чем двадцатилетнее существование снискала скорее негативное отношение и непонимание со стороны врачей, зато открыла путь предпринимательской деятельности финансовых посредников – страховых медицинских организаций.

Для того чтобы очертить точки напряженности в сфере ОМС и магистральные направления модификации системы оказания медицинской помощи, респондентам был задан вопрос «Какая реорганизация страховой медицины, по Вашему мнению, необходима в настоящее время?». 43 % опрошенных считают важным включить все медицинские учреждения и бюджетные статьи финансирования медицинских учреждений в систему ОМС. Треть респондентов (29,8 %) убеждены в том, что наилучшим способом реорганизации страховой медицины являются полный отказ от ОМС и возврат к бюджетному финансированию здравоохранения. Вместе с тем 13,2 % опрошенных указали такой сценарий, как полный отказ от ОМС и переход к ДМС, 10,5 % не видят

необходимости в какой-либо реорганизации, а 3,5 % затруднились ответить на вопрос.

Кому как не врачам, наблюдающим трансформацию института здравоохранения изнутри, оценивать вектор социальных изменений. С этой целью был поставлен вопрос «Как, на Ваш взгляд, будет обстоять дело с доступностью и качеством медицинской помощи через пять лет в г. Ростове-на-Дону?». Согласно полученным данным, перспектива доступности и качества медицинской помощи в городе довольно мрачная: половина респондентов (52,6 %) указали, что уровень доступности и качества медицинской помощи снизится, особенно для бедных и социально уязвимых слоев населения, 34,5 % отметили, что уровень доступности и качества медицинской помощи в г. Ростове-на-Дону существенно не изменится. Лишь 12,9 % опрошенных настроены оптимистично, полагая, что уровень доступности и качества медицинской помощи значительно возрастет.

Следует отметить наличие корреляции на уровне $r = 0,218$ между оценкой доступности и качества медицинской помощи в городе через пять лет и отношением к системе ОМС: чем ниже (негативнее) респонденты оценивали потенциал ОМС для российского здравоохранения, тем чаще высказывалось суждение о снижении уровня доступности и качества медицинской помощи. Также корреляционный анализ показал, что низкие балльные оценки таких критериев доступности и качества медицинской помощи, как адекватность кадровых, технических и технологических условий оказания медицинской помощи потребностям населения, преемственность и непрерывность медицинской помощи, связаны с преимущественно негативным восприятием ОМС ($r = -0,335$, $-0,268$ соответственно).

Самым информативным был открытый вопрос «Что бы Вы порекомендовали изменить в существующей системе медицинского обеспечения РФ и/или г. Ростова-на-Дону для того, чтобы реально улучшить здоровье населения?». Каких-то готовых рецептов и концептуально новых решений существующих проблем респонденты не предложили. Вместе с тем высказывания врачей помогли уточнить проблемные зоны системы медицинского обеспечения и определить регистр социального настроения профессиональной группы, от которой в конечном итоге и зависит здоровье человека как пациента.

Все суждения респондентов можно свести к трем смысловым группам.

Первая группа связана с необходимостью адекватного финансового, кадрового, технологического обеспечения деятельности меди-

цинских работников (*«изменить соотношение врач/медсестра, увеличить штат среднего медицинского персонала», «улучшить лекарственное обеспечение больниц», «срочное решение кадровых вопросов путем материальной мотивации персонала», «отказ от ОМС и переход к бюджетному финансированию», «усилить контроль качества продуктов и лекарственных препаратов в больницах», «усилить внешний контроль над расходом бюджетных средств медучреждений»*).

Вторая группа представлена суждениями о необходимости повышения доступности медицинской помощи для пациентов (*«активно развивать систему профилактической помощи», «уменьшить количество платных медицинских услуг», «исключить коррупционную составляющую медицинской деятельности», «сделать медобслуживание или отдельные медицинские мероприятия, например, диагностику, высокотехнологическую помощь полностью бесплатными», «оптимизировать доступ пациентов к врачам узкого профиля», «расширить перечень заболеваний, лечение которых производится не за счет пациента», «учредить обязательную бесплатную диспансеризацию населения»*).

Третья группа рекомендаций включает скорее социальные и социально-психологические аспекты медицинской деятельности (*«необходимо развивать неспециальные, гуманитарные навыки молодых специалистов», «следует повышать коммуникативную компетентность врачей во взаимодействии с коллегами и пациентами», «добросовестное отношение каждого из звеньев медучреждения к своим обязанностям», «повышение профессионального уровня медперсонала», «повысить компетентность чиновников от здравоохранения», «не сковывать деятельность врача стандартами, открыть возможность для индивидуального и творческого подхода к каждому пациенту», «повысить престиж медицинской профессии», «вернуть уважение к медикам со стороны государства и общества»*).

Также хочется дословно привести одно высказывание, которое является типичным для большинства специалистов с опытом работы в советскую эпоху: *«Я плохо разбираюсь в системе финансирования страховой медицины, но страховые полисы и статистические талоны усложняют мою работу. Раньше, когда медицина была полностью государственной, она была намного лучше, и население врачам доверяло и врачей уважало, и врачи крайне ответственно относились к своим обязанностям...»* (Ж. 56 лет, з/п 12 тыс. р.).

Таким образом, социологический анализ мнения врачей доказывает, во-первых, грубые системные дефекты в организации медицинского обеспечения в городе, препятствующие потреблению эффектив-

ной медицинской помощи пациентами; во-вторых, за пределами сложные и невыгодные условия работы, в которые не по своей воле поставлены медицинские работники (бюджетники); в-третьих, осознание врачебным сообществом необходимости преобразований и ненормальности нынешней ситуации, сосуществующее с осознанием тщетности конструктивного разрешения проблем в сфере здравоохранения. Более того, в ответах и высказываниях респондентов прослеживается принятие на себя части груза коллективной ответственности за объективную неспособность компенсировать, как-то сгладить издержки трансформации института здравоохранения. Поэтому возникает неизбежный разрыв между деонтологическим и аксиологическим аспектами профессиональной медицинской деятельности [11, с. 152].

Перед нами не стояла задача измерения удовлетворенности врачей заработной платой, но мы все-таки задали два вопроса с целью сравнения действительного и желаемого: «Скажите, пожалуйста, каков Ваш заработок в настоящее время (в среднем, в месяц) по основному месту работы?» и «Сколько Вы должны были бы зарабатывать (в среднем, в месяц, по основному месту работы), исходя из действительной справедливой оценки Вашей квалификации, реальных результатов Вашего труда?». Результаты оказались обескураживающими: средняя по выборке зарплата (17 494 р.) оказалась значительно ниже статистической средней заработной платы врачей по г. Ростову-на-Дону (37 964,8 р.) [12]. Естественно, возникают существенные вопросы к методике, практикуемой территориальными органами статистики в части объективности данных.

Уровень средней желаемой заработной платы по выборке составил 47 410 р. Причем нами зафиксирована прямая, средняя по силе, корреляция ($r = 0,3$) между стажем профессиональной деятельности и уровнем должной заработной платы, что свидетельствует об обоснованном и справедливом желании зарабатывать больше с учетом нарабатываемого с годами опыта и профессиональных достижений. А.В. Решетников указывает на то, что «доля отчислений по ОМС в виде премий или надбавок врачам составляет не более 6–10 % от заработной платы. Вот и получается, что данная величина становится главным показателем эффективности всей системы ОМС. Действующие должностные инструкции не учитывают возросший объем работ по оформлению статистических форм ОМС» [9, с. 239].

Повышение заработной платы медицинским работникам минимум на 50–100 % во многом бы стимулировало рост как качества медицинской помощи в виде увеличения заинтересованности в работе с

пациентами, ослабления проекции чувства неудовлетворенности трудом на пациентов, так и ее доступности в плане увеличения количества врачей (особенно узкого профиля) и среднего медицинского персонала в бюджетных медицинских организациях. Необходимость установления нового разделения ответственности, в том числе экономической, между врачами, пациентами, государством за состояние здоровья и проведение лечения подчеркивают А.Е. Чирикова и С.В. Шишкин. На основе глубинного опроса экспертов медицинских организаций Москвы, Калужской и Вологодской областей (N=57, 2012 г.) ученые пришли к выводу о том, что нарастание напряженности в отношениях врачей и пациентов, формирование общественного запроса на новую, партнерскую модель их отношений, укоренение практик неформальной оплаты медицинской помощи – индикаторы трансформационного кризиса российского здравоохранения [7, с. 177].

Подводя итоги, можно с высокой долей вероятности утверждать, что переход к ОМС, отказ от когда-то лучших в мире социалистических принципов здравоохранения существенно ослабили способности системы медицинского обеспечения удовлетворять потребности российского общества в здоровье. Однако причины кризиса здравоохранения в России намного глубже, так как связаны не только с организационно-финансовыми механизмами, но и с социокультурной и социально-экономической дифференцированностью российского общества. Очевидно, что пути назад нет, откат к советской системе здравоохранения невозможен. Вместе с тем недооценивать деструктивный характер страховых принципов в сфере оказания медицинской помощи в том виде, в каком они заложены либеральными реформаторами 90-х гг., тоже нельзя. По словам Ю.М. Комарова, «...даже на своей родине, в Германии, система страхования переживает сейчас далеко не лучшие времена, и об этом открыто говорят немецкие специалисты, в т. ч. депутаты бундестага... страховые организации стремятся сократить расходы на оказание медицинской помощи и увеличить поступления в виде взносов, идет систематическое сокращение перечня бесплатных медицинских услуг и медикаментов, страховщики систематически сокращают расходы на профилактику как невыгодные» [5, с. 44]. И мы полностью солидарны с Ю.М. Комаровым в том, что учреждение гибрида страховой и бюджетной моделей в российском здравоохранении – управленческая ошибка.

Литература

1. Башмаков О.А., Петросов С.Н., Гурдус В.О., Соловьев В.В. Профессио-

References

1. Bashmakov O.A., Petrosov S.N., Gurdus V.O., Solov'ev V.V. Professional'naya

нальная деятельность современного врача: ее особенности и мотивация // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2014. № 2. С. 90–94.

2. *Гареева И.А.* Социальное самочувствие врачей в современной системе здравоохранения // Вестник Тихоокеанского государственного университета. 2014. № 4 (35). С. 295–300.

3. *Желткевич О.В., Веселова Е.Е., Солодова О.В., Куликова О.А.* Анализ информационных потребностей специалистов здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5.

4. *Калашников К.Н., Калачикова О.Н.* Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2014. № 2 (32). С. 130–142.

5. *Комаров Ю.М.* Медицинское страхование: для Голландии или для России // Медицина. 2014. № 1. С. 42–57.

6. *Чурикова А.Е., Шишкин С.В.* Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений // Мир России: социология, этнология. 2014. Т. 23, № 2. С. 154–182.

7. *Чурикова А.Е.* Этика взаимодействия врачей друг с другом: анализ неформальных практик // Социологические исследования. 2015. № 4. С. 113–120.

8. *Шарапов И.В.* Результаты социологического опроса пациентов и врачей территориальных поликлиник по проблемам и развитию амбулаторно-поликлинической помощи // Вестник алтайской науки. 2014. № 4. С. 275–280.

9. *Решетников А.В.* Медико-социологический мониторинг. М., 2013. 800 с.

10. Независимая оценка работы медицинских учреждений [Электронный ресурс] // Официальный портал министерства здравоохранения Ростовской области. URL: <http://minzdrav.donland.ru/Default.aspx?pageid=124193> (дата обращения: 11.03.2015).

11. *Никulina М.А.* Аксиологические параметры и альтернативы биоэтики: социальная обусловленность // Историче-

deyatel'nost' sovremennogo vracha: ee osobennosti i motivatsiya // Vestnik Vserossiyskogo obshchestva specialistov po mediko-social'noy ekspertize, reabilitacii i reabilitatsionnoy industrii. 2014. № 2. S. 90–94.

2. *Gareeva I.A.* Sotsial'noe samochuvstvie vrachev v sovremennoy sisteme zdravookhraneniya // Vestnik Tikhookeanskogo gosudarstvennogo universiteta. 2014. № 4 (35). S. 295–300.

3. *Zheltkevich O.V., Veselova E.E., Sokolova O.V., Kulikova O.A.* Analiz informacionnykh potrebnostey specialistov zdravookhraneniya // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2014. № 5.

4. *Kalashnikov K.N., Kalachikova O.N.* Dostupnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi v kontekste modernizatsii zdravookhraneniya // Ekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz. 2014. № 2 (32). S. 130–142.

5. *Komarov Yu.M.* Meditsinskoe strakhovanie: dlya Gollandii ili dlya Rossii // Meditsina. 2014. № 1. S. 42–57.

6. *Chirikova A.E., Shishkin S.V.* Vzaimodeystvie vrachev i patsientov v sovremennoy Rossii: vektory izmeneniy // Mir Rossii: sotsiologiya, etnologiya. 2014. T. 23, № 2. S. 154–182.

7. *Chirikova A.E.* Etika vzaimodeystviya vrachev drug s drugom: analiz neformal'nykh praktik // Sotsiologicheskie issledovaniya. 2015. № 4. S. 113–120.

8. *Sharapov I.V.* Rezul'taty sociologicheskogo oprosa pacientov i vrachev territorial'nykh poliklinik po problemam i razvitiyu ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi // Vestnik altayskoy nauki. 2014. № 4. S. 275–280.

9. *Reshetnikov A.V.* Mediko-sotsiologicheskij monitoring. M., 2013. 800 s.

10. Независимая оценка работы медицинских учреждений [Электронный ресурс] // Официальный портал министерства здравоохранения Ростовской области. URL: <http://minzdrav.donland.ru/Default.aspx?pageid=124193> (дата обращения: 11.03.2015).

11. *Nikulina M.A.* Aksiologicheskie parametry i al'ternativy bioetiki: sotsial'naya obuslovlennost' // Istoricheskie, filosof-

ские, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2014. № 1–2 (39). С. 149–153.

12. Официальный портал Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Ростовской области [Электронный ресурс]. URL: http://rostov.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/rostov/ru/statistics/employment/ (дата обращения: 11.03.2015).

skie, politicheskie i juridicheskie nauki, kul'turologiya i iskusstvovedenie. Voprosy teorii i praktiki. 2014. № 1–2 (39). S. 149–153.

12. Oficial'nyy portal Territorial'nogo organa Federal'noy sluzhby gosudarstvennoy statistiki po Rostovskoy oblasti [Elektronniy resurs]. URL: http://rostov.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/rostov/ru/statistics/employment/ (data obrashcheniya: 11.03.2015).