

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ И ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ

В. Ю. Бочаров, Ю. В. Васькина

В статье рассматриваются проблемы, связанные с низким уровнем жизни, а также противоречивыми процессами, происходящими в структуре доходов и размере заработной платы медработников и учителей в связи с реализацией национальных проектов «Здоровье» и «Образование». На основе данных анкетных опросов, проведенных в рамках программы мониторинга социально-трудовой сферы здравоохранения и образования Самарской области в 2001 и 2006 годах, а также статистической информации и интервью с экспертами, анализируется динамика номинальной и реальной заработной платы, среднедушевого дохода, материального положения семей и уровня запросов обследованных категорий работников.

Ключевые слова: уровень жизни, оплата труда, размер заработной платы, прожиточный минимум, мониторинг социально-трудовой сферы, национальные проекты, здравоохранение, образование, учителя, врачи, средний медперсонал, среднедушевой доход

Проблема уровня жизни актуальна не только для отдельно взятого человека, но и для всего общества в целом. Достигнутый уровень жизни является главнейшим мерилом благополучия страны и одним из показателей успешности проводимой в ней социальной политики. Это не только результат, но и движущий фактор развития экономики, в частности производственного сектора. Известно, что за годы реформирования экономики России различные сектора экономики дифференцировались по уровню оплаты труда и, как следствие, по уровню жизни занятых в них работников. Чаще всего этот процесс происходил стихийно, под влиянием рыночной конъюнктуры. В результате работники бюджетных учреждений оказались одними из наименее обеспеченных.

Реализация национальных проектов «Здоровье» и «Образование» предполагает изменения в системах оплаты труда работников здравоохранения и образования, цель которых — не только снизить дефицит кадров, но и повысить уровень жизни этих работников [Медведев, 2007]. Но в результате внутри этих групп создается расслоение по уровню материальной обеспеченности, поскольку именно заработная плата является основным источником доходов большинства наемных работников. Значительная дифференциация по уровню жизни создает источник социальной нестабильности, обуславливает необходимость корректировки социальной политики властей. В связи с этим возникает необходимость в исследовании и адекватной оценке уровня жизни работников разных секторов и отраслей экономики.

В этой статье речь пойдет о результатах исследования уровня жизни работников здравоохранения и образования. Исследование выполнено в рамках программы «Мониторинг социально-трудовой сферы промышленных и бюджетных организаций в 2006 году» в учреждениях здравоохранения и образования четырех муниципальных образований Самарской области: городов Новокуйбышевска, Октябрьска, Красноармейского и Сергиевского районов¹. Таким образом, выборку составили медицинские работники (402 человека) и учителя (404), которые осуществляют свою деятельность в сельских районах и малых городах области. Помимо этого были получены интервью у руководителей медицинских учреждений, школ и муниципальных образований. Выполненное исследование для обследованных территорий и медицинских учреждений является повторным (панельным). Это позволяет проследить динамику изменения характеристик социально-трудовой сферы этих учреждений. Аналогичное исследование проводилось на этих объектах в 2001 году.

Категория «уровень жизни» и подходы к ее интерпретации

Имеющиеся сегодня в научной литературе определения уровня жизни отталкиваются от различных исходных понятий: производство, потребление, доходы, стоимость жизни, потребительские нормативы и стандарты. При подходе «от производства» исходят из зависимости уровня жизни от уровня развития производительных сил, структуры и эффективности общественного производства. Так, И.Н. Наумов утверждает, что «уровень жизни населения является концентрированным показателем развития производительных сил и собственно производства, а также человека» [Наумов, 1993. С. 13]. Определение уровня

¹ Подробнее о методологии мониторинговых исследований, проводимых в Самарской области, см., например: [Тукумцев, 2001. С. 41–50].

жизни «как совокупности характеристик потребления» широко используется как в отечественных исследованиях, так и в работе международных организаций и международной статистической информации [Римашевская, 1997]. Весьма распространенным подходом к толкованию понятия уровня жизни является подход «от доходов населения». В официальных статистических материалах, в частности в сборниках Госкомстата России, к уровню жизни почти безоговорочно причисляются все разделы, перечисляющие доходы, заработанную плату, пенсии, социальные пособия. Так, автор «Основ социальной статистики» В.И. Гурьев считает, что «одним из важнейших показателей, характеризующих уровень народного благосостояния, являются реальные доходы [Гурьев, 1991. С. 65]. Ряд исследователей, понимая «стоимость жизни» весьма широко, практически приравнивают его к понятию уровня жизни. Термин «стоимость жизни» используется для обозначения стоимости совокупности предметов потребления, соответствующей определенному уровню удовлетворения потребностей.

Приведенные выше определения уровня жизни выделяют отдельные весьма важные составляющие. Однако наибольший интерес представляют определения, имеющие комплексный интегрирующий характер. Так, теоретико-прикладной толковый словарь «Социология труда» приводит следующее определение: «Уровень жизни — обеспеченность населения необходимыми для жизнедеятельности материальными, культурными и социальными потребительскими благами и услугами, достигнутый уровень их потребления и степень удовлетворения многообразных потребностей» [Социология... 2006. С. 376]. В качестве еще одного примера такого комплексного определения можно привести формулировку В.И. Гурьева: «Уровень жизни — это сложная комплексная социально-экономическая категория, выражающая степень удовлетворения материальных и духовных потребностей людей. Он складывается из многих компонентов. Это и размер реальных доходов трудящихся, и уровень потребления населением материальных благ и услуг, и обеспеченность населения благоустроенным жильем, и рост образованности, степень развития медицинского и культурно-бытового обслуживания граждан, состояние природной среды» [Гурьев, 1991. С. 67].

Наконец, достаточно полное определение, связывающее интересы и характеристики личности и общества, дает М.А. Можина. Уровень жизни, по ее мнению, отражает важнейший из выделяемых в социологии аспектов положения человека в обществе. Выражая степень реализованности жизненных интересов и предпочтений, которые являются движущей силой хозяйственной деятельности, уровень жизни тем самым выступает важнейшей интегральной характеристикой социально-экономической системы. Показатели динамики уровня жизни населения дают возможность судить как о характере и направленности

перемен в целом, так и об их социальных последствиях для различных групп населения [Уровень жизни... 1995. С. 22]. А для того чтобы несколько упростить представленные выше определения, В.М. Жеребин и А.Н. Романов предлагают следующую формулировку: «Уровень жизни — это отношение уровня доходов к стоимости жизни вместе с определяемыми этим отношением характеристиками потребления и обеспеченности жизненными благами» [Жеребин, Романов, 2002. С. 19].

Исходя из представленных выше точек зрения в нашем исследовании применялись следующие показатели уровня жизни: размер заработной платы в динамике в течение анализируемого периода, размер среднедушевого дохода в семье, вклад дач, огородов и подсобного хозяйства в уровень жизни семьи, оценка материального положения семьи и его динамики, степень удовлетворения потребностей семьи. Эти показатели учитывали как абсолютный размер различного вида доходов семьи, так и субъективную оценку уровня жизни, что позволяет более точно оценить уровень жизни респондентов.

Анализ собранных в ходе исследования материалов осуществлялся как в территориальном разрезе, так и по профессиональным группам. Причем формирование этих групп у медицинских работников осуществлялось с учетом получения (или неполучения) данным сотрудником медицинского учреждения «президентской надбавки» к заработной плате. Поэтому в анализе присутствуют две группы врачей и две группы среднего медперсонала. Работники же образования были сгруппированы по территориальному признаку.

Изменение заработной платы медицинских и педагогических работников в связи с реализацией национальных проектов в 2006 году

По усредненным данным официальной статистики за декабрь 2006 года начисленная заработная плата работников здравоохранения Самарской области составила — 9 368,9 рублей, тогда как в декабре 2005 года она составляла 6 387 рублей. Средняя заработная плата, начисленная педагогическим работникам Самарской области за декабрь 2006 года, составила 8 988,6 рублей, а в декабре 2005 года — 4 975,4 рублей. Но, несмотря на такое очевидное увеличение в 2006 году средней начисленной заработной платы в системе здравоохранения и образования, ее величина, как и в прежние годы, по-прежнему ниже среднего уровня заработной платы по области и составляет 2/3 от этого значения.

Позитивный характер произошедших перемен подтверждает сравнение величины средней заработной платы с величиной прожиточного минимума, позволяющее судить об уровне не только номинальной, но и реальной оплаты труда работников, а главное — о ее динамике (табл. 1).

Таблица 1

Изменение уровня средней заработной платы работников учреждений здравоохранения и образования области с 2001 по 2006 годы
(данные статистики, р.)

<i>Годы</i>		<i>2001</i>	<i>2006</i>
Средняя заработная плата по учреждениям здравоохранения в целом		1722,0	9368,9
Средняя заработная плата по учреждениям образования в целом		1438,0	8988,6
Величина прожиточного минимума		1661,4	4117,0
Соотношение величины средней заработной платы и прожиточного минимума	Здравоохранение	1,04	2,28
	Образование	0,87	2,18

Соотношение средней начисленной заработной платы с прожиточным минимумом в 2006 году в сравнении с 2001 годом свидетельствует об увеличении реальной заработной платы в системе здравоохранения и образования. Причем, если раньше уровень оплаты труда медиков и учителей был практически сопоставим с прожиточным минимумом по Самарской области, то по итогам 2006 года в ходе реализации национальных проектов в области здравоохранения и образования ситуация существенно поменялась. Размер средней зарплаты медицинских работников и учителей впервые за годы реформ превысил уровень в два прожиточных минимума. Анализ показывает, что ситуация выглядит противоречивой. Некоторые группы работников получили существенные прибавки к заработной плате, а для других категорий работающих ситуация изменилась мало (особенно это касается части работников медицинских учреждений).

Исследование показало, что существовавшая и прежде дифференциация в оплате труда городских и сельских работников образования сохранилась и в 2006 году. Очевидно, что в наибольшей степени повышение реальной оплаты труда коснулось сельских учителей. Их средний заработок, по данным исследования, составляет примерно два с половиной прожиточных минимума. Это не в последнюю очередь связано с тем, что сельские учителя получают доплату к ставке в размере 20 % (так называемые «сельские»). У учителей обследованных городских округов уровень оплаты ниже. Размер их зарплаты несколько ниже величины, равной двум прожиточным минимумам. Представители областной администрации обосновывают такие различия стремлением компенсировать неудобства, специфику работы и жизни учителей в сельских школах. Вот как прокомментировал ситуацию, сложившуюся

в сфере оплаты труда учителей, министр образования и науки Самарской области В. Путько:

Если в этом году [речь идет о 2006 годе] из областного бюджета на добавку к зарплате учителям было выделено около 300 миллионов рублей, то с 1 сентября, когда эксперимент шагнет во все муниципальные средние школы, эта сумма увеличится до 910 миллионов рублей... Теперь бытовыми расходами займется муниципалитет, а средства, положенные учителям, будут использоваться на увеличение фонда зарплаты [Путько, 2006].

Между тем по обследованным территориям размер средней зарплаты врачей и медсестер практически не различается, составляя почти половину от среднеобластного значения оплаты труда и 1,5–1,6 прожиточных минимума. Хотя эксперты, опрошенные в ходе исследования, приводили следующие цифры относительно медицинских работников села:

Согласно постановлению правительства Самарской области, с мая 2006 года каждый сельский врач общей практики офисов и ЦРБ получает стимулирующую надбавку 35 тысяч рублей в месяц, а медсестра — 23 тысячи рублей. Кроме этого, с учетом специальных показателей эффективности работы врачей и среднего медперсонала, из областного бюджета выделяются средства для дополнительного стимулирования врачей на селе в размере до 25 тысяч рублей ежемесячно... И с учетом всех возможных стимулирующих выплат зарплата сельского врача общей практики может достигать двух тысяч долларов... Правда, выполнить эти нормативы весьма сложно... (работник управления инновационных технологий министерства здравоохранения Самарской области).

В сфере здравоохранения сильна внутриотраслевая дифференциация в оплате труда работников. Согласно полученным в ходе исследования 2006 года данным, по уровню заработной платы медицинские работники могут быть разбиты на три группы.

Первую группу составляют медработники, имеющие наиболее высокий уровень оплаты труда, немного уступающий среднеобластному значению. В эту группу сегодня входят врачи, работающие участковыми терапевтами и педиатрами, врачи общей практики и врачи, работающие на скорой помощи. Следующую группу по уровню оплаты труда составляют врачи узких специальностей, работающие в поликлиниках, и средний медперсонал, работающий вместе с врачами первой группы. Средний размер оплаты труда этих работников ниже двух прожиточных минимумов и составляет около половины среднеобластного значения оплаты труда. Здесь уместно подчеркнуть, что заработок, не превышающий два прожиточных минимума, по мнению многих экспертов, является чем-то средним между зарплатой и пособием по безработице.

В третью группу по уровню заработной платы, по данным опроса, вошли работники среднего медперсонала. Это медсестры стационара, медсестры и фельдшеры специализированных кабинетов поликлиник.

Средняя заработная плата у работников этой группы крайне низка. Более того, среди медсестер и фельдшеров специализированных кабинетов поликлиник средняя заработная плата, по данным опроса, ниже официально установленного прожиточного минимума.

Для того чтобы нагляднее представить себе, как президентские надбавки ¹ повлияли на уровень оплаты труда, рассмотрим величины заработной платы по четырем группам медицинских работников, которые были сформированы в данном исследовании с учетом получения и неполучения этих надбавок (табл. 2).

Таблица 2

**Размер оплаты труда медицинских работников
по четырем основным группам анализа**

<i>Медицинские работники</i>	<i>Средний размер заработной платы * (р.)</i>	<i>Соотношение размера заработной платы и прожиточного минимума (4 117 р.)</i>	<i>Соотношение размера средней заработной платы работников со среднерегиональным значением (14 128,4 р.)</i>
Врачи, получившие надбавку	12 419	3,02	0,88
Остальные врачи	7681	1,87	0,54
Медсестры, получившие надбавку	6749	1,64	0,48
Остальные медсестры	4018	0,98	0,28

Примечание: Данные о размере оплаты труда получены в ходе опроса.

Эти данные подтверждают серьезную дифференциацию в уровне заработной платы работников здравоохранения. Причем в привилегированном положении, по сути, оказалась лишь часть врачей. Уровень оплаты медсестер, не получивших президентской надбавки, обрекает большую часть этой группы на нищенский образ жизни и не является привлекательным для выпускниц медучилищ. Следует обратить внимание и на то, что средняя оплата труда медсестер, несмотря на получен-

¹ В рамках реализации национального проекта в сфере здравоохранения в 2006 году было предусмотрено осуществление денежных выплат медицинским работникам первичного звена здравоохранения, в том числе медицинским работникам скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерских пунктов. Денежные выплаты указанным категориям медицинских работников были установлены в размере 5 тыс. р. в месяц для врача, 3,5 тыс. р. в месяц для фельдшера (акушерки) и 2,5 тыс. р. в месяц для медицинской сестры. См., например: [«Здоровье»... 2006. С. 4–6].

ную надбавку, не достигла величины двух прожиточных минимумов. А это означает, что среднедушевой доход в их семьях, в значительной части случаев, будет сохранен на уровне ниже прожиточного минимума.

Неравномерное повышение оплаты труда, выделение при этом лишь нескольких категорий медицинских работников, не могло не отразиться на настроении той части медперсонала, кто не получил такие надбавки. Люди ждали изменений, но они не коснулись их. С другой стороны, появляется тревога за ближайшее будущее. Поликлиники и больницы не могут оставаться без высококлассных специалистов. Но получить в сельскую глубинку молодого офтальмолога или хирурга, по мнению опрошенных медиков, теперь станет еще сложнее. Поэтому в критику сложившегося положения включаются и руководители медицинских учреждений, в ходе исследования отмечавшие, что произошло искусственное выделение «привилегированной» группы медицинских работников, притом что не менее достойные специалисты остались без повышения своей заработной платы. Звучали критические суждения и от чиновников:

Заведующие отделениями поликлиник стали уходить в участковые терапевты, так как их зарплата стала в два раза ниже, чем у рядового врача — врачи получили надбавку 10 000 рублей, а заведующие имеют надбавку за заведование по-прежнему 2–3 тысячи рублей. Министерство даже проводило совещание с заведующими, убеждая их «не перебегать» во врачи, так как стали оголяться эти рабочие места, и вакансии заведующих стали множиться (работник отдела планирования, учета и подготовки кадров министерства здравоохранения Самарской области).

Итак, в результате выборочного повышения заработной платы начинают возникать проблемы с заполнением вакансий, не обеспеченных надбавками. Обостряется социальная напряженность в коллективах между группами медработников, получивших и не получивших прибавку к заработной плате.

Наряду с отмеченными проблемами эксперты поднимают и проблему несовершенства самого механизма начисления дополнительных выплат и заработной платы в целом:

Мое мнение — я не доволен новой системой... Я согласен, что первичное звено очень нужно, но и другим врачам надо зарплату поднять... Должен быть какой-то фиксированный уровень зарплаты, а остальной заработок должен зависеть от качества работы врача (главный врач Сергиевской районной больницы).

Как видно, возникает проблема «уравниловки» в области заработной платы работников здравоохранения.

Наконец, еще одна проблема, которую повышением оплаты труда медработников планировалось решить, — привлечение молодежи в здравоохранение. Однако, как показало исследование, эта проблема по-прежнему не решена. Вот что говорили эксперты:

Проблема старения остается... Мы ожидали, что омолодится состав после прибавки к зарплате. Конечно, приходили молодые, и после института, и я выезжала, предлагала... Но когда узнавали нагрузку, просто-напросто уходили... Но это не молодежь. Зарплатой их не заманили, так как нагрузка увеличилась непропорционально (заместитель главного врача городской больницы г. Новокуйбышевска).

Возвращаясь к ситуации в сфере образования, следует также подчеркнуть, что проблемы неравномерной дифференциации в оплате труда педагогов проявляются не менее остро и также имеют характер конфликта между учителями различных категорий. Приведем здесь мнения экспертов исследования:

Во-первых, недостаток в том, что осталась в стороне категория педагогов, которые не ведут уроки: педагог-психолог, педагог-организатор, социальный педагог. Они не получили никакой прибавки (директор Серноводской средней школы);

Когда на порядок увеличивается зарплата у одного учителя и не увеличивается у другого, который имеет такую же нагрузку, — это неправильно. Здесь за основу взято количество учащихся, которое «обслуживает» учитель. И если в малокомплектной школе 12 человек в классе, то это одна зарплата, и если в обычной школе 25 человек — это другая зарплата, а трудовые затраты одинаковы (жен., 37 лет, г. Новокуйбышевск).

По мнению самих учителей и руководителей школ, различия в оплате труда учителей и сохранение прежних ставок у определенных категорий педагогов в соответствии с новыми положениями не оправданы и не идут на пользу дела. Кроме того, незначительность повышения заработной платы признают и директора школ. Вот, например, как комментирует ситуацию директор одной из школ г. Новокуйбышевска:

Конечно, учителям повысили заработную плату, не всем одинаково, есть масса нареканий с их стороны по этому поводу... Но ведь даже тот уровень зарплаты (в нашей школе учителя получают от 5 до 11 тысяч) сегодня недостаточен. <...> Даже полтора года назад, когда начался проект, 9–10 тысяч — это были деньги для учителя в нашем городе, сегодня — уже не так.

И все же в целом, несмотря на наличие справедливой критики и очевидности существующих проблем, позитивных сдвигов в оплате труда медработников и учителей Самарской области, по сравнению с 2001 годом, не заметить нельзя: уровень респондентов, удовлетворенных оплатой своего труда, существенно вырос. При этом в основном за счет респондентов, получивших надбавки к зарплате в ходе нацпроекта.

Так, в той или иной мере удовлетворены оплатой своего труда около 2/3 медицинских работников, получивших такую надбавку. В этих

группах врачей и медсестер индекс удовлетворенности уровнем оплаты своего труда имеет положительное значение. В целом же оплатой своего труда в 2006 году в той или иной мере удовлетворены около 1/4 опрошенных медработников. Это не много, но стоит вспомнить, что в 2001 году удовлетворены были всего 3,7 % медиков. Похожая ситуация и в сфере образования – сегодня уже более 1/3 учителей в той или иной мере устраивает оплата их труда (в 2001 году об этом сообщали лишь 3 % опрошенных). А среди молодых учителей (до 30 лет) доля удовлетворенных оплатой своего труда составляет почти 2/3.

Доказывает наличие положительных сдвигов и распределение ответов на вопрос: «Увеличилась ли Ваша зарплата в связи с реализацией национальных проектов в бюджетной сфере в 2006 году?». И судя по ответам респондентов, лишь не многим более 1/4 опрошенных медработников и учителей отметили, что их заработная плата увеличилась существенно. Но все же среди опрошенных учителей лишь около 10 % не заметили прошедшего повышения зарплаты в 2006 году. Это сильно отличается от результатов прошлого исследования. Тогда, в 2001 году, от 2/3 до 3/4 опрошенных учителей в разных муниципальных образованиях заявляли, что их зарплата не растет.

В здравоохранении ситуация с восприятием изменений в оплате труда острее. С одной стороны, так же, как и среди мнений опрошенных педагогов, в мнениях медицинских работников в 2001 году практически отсутствовали ответы респондентов, заявлявших о существенном увеличении оплаты своего труда, а в 2006 году об этом сообщили более 1/4 опрошенных медработников. С другой стороны, здесь сильна территориальная специфика. Если же рассмотреть мнения медицинских работников по выделенным нами группам, то видно, что 2/3 врачей и среднего медперсонала, получивших прибавку заработной платы в рамках нацпроекта, указывают на существенное увеличение оплаты своего труда. В то же время среди остальных медработников на существенное увеличение оплаты труда указывают единицы.

Материальное благополучие семей работников здравоохранения и образования

Важнейшим результатом роста оплаты труда является улучшение материальных условий жизни ¹. Проанализировав тенденцию изменения заработной платы работников здравоохранения и образования, по-

¹ Стоит обратить внимание, что по данным анкетного опроса заработная плата по основному месту работы остается единственным источником семейного бюджета для более чем половины учителей и 2/3 медицинских работников всех выделенных групп (а в сельских районах доля медработников, не имеющих дополнительных доходов, выше: от 3/4 в Сергиевском до 4/5 в Красноармейском муниципальном районе).

смотрим, как этот процесс сказался на изменении материального благополучия и в целом отразился на уровне жизни данных категорий работников бюджетной сферы и их семей. Для более подробного анализа уровня жизни исследователями были выделены несколько групп работников здравоохранения по уровню квалификации (врачи и средний медперсонал) и по наличию (отсутствию) надбавки к зарплате, поскольку проект «Здоровье» в плане оплаты труда охватывает не все группы медработников, в отличие от проекта «Образование», который коснулся практически всех учителей-предметников.

Оценка материального положения семьи респондента проводилась на основании его ответов на вопросы о том, как изменилось положение его семьи за прошедший год, о размере среднедушевого дохода, о том, к какой категории по уровню обеспеченности он относит свою семью. Отвечая на вопрос о том, почувствовали ли опрошенные улучшение своего материального положения в результате роста оплаты труда, утвердительно ответило, в том числе и с оговорками, около 80 % учителей и около 2/3 медицинских работников.

В двух группах медицинских работников, получивших президентскую надбавку, более 80 % респондентов сообщают, что материальное положение их семей в той или иной степени улучшилось. Это свидетельствует о том, что надбавка внесла заметный вклад в бюджет их семей. Среди остальных групп медработников половина опрошенных ответили, что материальное положение их семей никак не изменилось, а от 13 до 15 % сообщили об ухудшении положения семьи. Если говорить о средних тенденциях, то чуть менее половины (48,9 %) медработников сообщили об улучшении материального положения семьи за последний год, среди учителей же эта доля выше и составляет 61,3 % (такая разница ответов объясняется уже отмеченным выше фактом практически полного охвата новой системой оплаты труда педагогического состава в отличие от частичного изменения в оплате труда медработников).

Полученное распределение ответов 2006 года принципиально отличается от распределения 2001 года (табл. 3).

В 2001 году об улучшении материального положения своих семей сообщали 21,1 % врачей (в 2006 году — 51,0 %) и 8,2 % среднего медперсонала (в 2006 году — 47,7 %). Соответственно весьма существенно сократилась доля семей, сообщавших об ухудшении положения. Еще более существенной является динамика ответов учителей.

Среднедушевой доход в семьях респондентов обеих групп весьма различается как в разных их группах, так и на разных территориях (но в несколько меньшей степени). Если средний для медработников среднедушевой доход семьи составляет 4460 рублей, то у учителей — 5530 рублей. Анализ среднедушевых доходов позволяет сделать следующие выводы: во-

первых, в семьях среднего медперсонала среднедушевой доход заметно ниже, чем в семьях врачей. Во-вторых, категории медработников, получивших президентскую надбавку в 2006 году, имеют больший размер среднедушевого семейного дохода. Это означает, что президентская надбавка вносит значительный вклад в бюджет семьи этих категорий работников.

Таблица 3

**Динамика оценок изменения материального положения семей
медицинских и педагогических работников (данные опроса, %)**

<i>Материальное положение семьи:</i>	<i>В среднем медработники</i>		<i>В среднем учителя</i>	
	<i>2001 год</i>	<i>2006 год</i>	<i>2001 год</i>	<i>2006 год</i>
стало заметно лучше	1,7	16,7	1,0	10,3
улучшилось незначительно	11,3	32,2	9,4	51,0
не изменилось	47,8	40,7	46,6	33,3
стало хуже	29,7	8,9	32,9	4,1
стало намного хуже	9,6	1,5	10,1	1,2
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

В-третьих, размер среднедушевого дохода в семьях городских медиков выше, чем сельских. Самый высокий размер среднедушевого дохода среди опрошенных в Самарской области — у медработников г. Октября, самый низкий — в Красноармейском районе. Однако это объясняется не низкой зарплатой; низкий уровень жизни обусловлен тем, что в районе отсутствуют промышленные, стабильно работающие предприятия, где могут быть заняты члены семьи опрошенных медработников. Население имеет преимущественно сезонную занятость на сельскохозяйственных работах, приносящих невысокий доход. Совершенно обратная ситуация среди учителей. Сергиевские педагоги имеют самый высокий уровень дохода, равный двум прожиточным минимумам, а октябрьские учителя — самый низкий.

И наконец, полученные нами данные показывают, что существует группа медицинских работников, у которых среднедушевой доход ниже прожиточного минимума (в среднем на 13 %) — это медсестры, которым не положена президентская надбавка. В среднем по всему массиву среднедушевой доход в учительских семьях равен 1,5 прожиточным минимумам. Это выше, чем в семьях медработников тех же территорий.

Среди сельских медработников выше, чем среди городских, доля семей, чей доход не превышает прожиточного минимума. Однако этого нельзя сказать об учителях. Напротив, за счет очень небольшой доли семей, живущих за порогом бедности в Сергиевском районе, сельские

учителя показывают более высокие доходы семей, чем городские учителя и чем сельские медработники. В среднем, более трети медицинских работников (36,8 %) и четверть учителей (23,9 %) имеют среднедушевой доход в семье ниже прожиточного минимума. С одной стороны, это означает, что каждый третий медработник и каждый четвертый учитель живут за порогом бедности. С другой стороны, доля таких семей сократилась на обследованных территориях со времени исследования 2001 года почти в два раза (табл. 4).

Таблица 4

Доля семей, имеющих доходы ниже прожиточного минимума
(данные опроса, %)

	<i>2001 год</i>	<i>2006 год</i>
Врачи	46,4	19,8
Средний медперсонал	77,5	46,1
В среднем медработники	66,0	36,8
В среднем учителя	58,6	23,9

Данные исследования говорят о значительной дифференциации семей медицинских работников по уровню среднедушевых доходов (табл. 5). Так, в самой первой группе, где респонденты располагают среднедушевым доходом ниже половины прожиточного минимума, средний размер среднедушевого дохода существенно ниже значения этой половины прожиточного минимума, которая составляет 1 865,5 рублей. То есть эти семьи живут в условиях глубокой бедности.

Таблица 5

Различия в показателях среднедушевого дохода
(группировка по расчетным показателям, кратным величине прожиточного минимума (ПМ), данные опроса, р.)

<i>Семьи со среднедушевым доходом:</i>	<i>Усредненный среднедушевой доход</i>	
	<i>Медработники</i>	<i>Учителя</i>
менее 0,5 ПМ	1402	*
0,5–1 ПМ	2825	3001
1–1,5 ПМ	4455	4547
1,5–2 ПМ	6422	6466
более 2 ПМ	10 470	10 163

* Семьи со среднедушевым доходом ниже половины прожиточного минимума отсутствуют.

В последней группе (доходы более двух прожиточных минимумов) средний размер среднедушевого дохода составляет 10 470 рублей, это в 2,8 раза выше прожиточного минимума. То есть среднедушевые доходы самых обеспеченных семей медработников отличаются от среднедушевых доходов самых бедных семей в 7,5 раз, у учителей – в три раза. Таким образом, за последние пять лет произошли заметные изменения как в абсолютном размере среднедушевого дохода медицинских работников, так и в темпе его роста по сравнению с размером прожиточного минимума. Кроме того, возросла дифференциация разных групп медицинских работников по уровню среднедушевого дохода, что свидетельствует и о росте социального расслоения внутри этой профессиональной группы. Основные источники доходов учительских семей позволяют их членам иметь относительно приемлемый уровень среднедушевого дохода, при этом не приводя к значительному социальному расслоению внутри этой профессиональной группы.

Тем не менее необходимо помнить, что исследование опирается на те данные о размере доходов, которые сообщаются самими респондентами, что несколько снижает объективность оценки уровня жизни. Дополнительные процедуры помогают проконтролировать объективность полученных в ходе опроса данных. В этих целях используются вопросы, выясняющие степень удовлетворения потребностей семей респондентов, их обеспеченность различными предметами обихода, а также роль подсобного хозяйства в поддержании уровня жизни семьи.

Возможность оценить материальный уровень жизни семей представляется при выяснении, какими предметами домашнего обихода, представляющими дорогостоящие вещи, обладают опрошиваемые, а также, что из этих вещей было приобретено за последние пять лет. Обеспеченность семей как медработников, так и учителей различными предметами обихода увеличилась практически по всем названным позициям. Особенно заметно увеличилась доля респондентов, имеющих микроволновую печь, компьютер, магнитола, автомобиль. Возросла также частота покупок новых вещей. Особенно часто приобретают цветные телевизоры, стиральные машины, автомобили, пылесосы, компьютеры. Таким образом, можно сказать, что обновление бытовой техники стало происходить более заметными темпами, чем это было пять лет назад.

Учитывая доход семьи, степень удовлетворения ее потребностей и обеспеченность семьи различными предметами обихода, респондентов просили отнести свои семьи к определенной категории по уровню материальной обеспеченности. В среднем около 60 % опрошенных медработников и 67,5 % учителей относят свои семьи к категории более-менее обеспеченных. Это самый распространенный ответ на всех территориях. Исключение составляют лишь ответы медсестер, не получивших надбавки к зарплате.

Практически отсутствуют респонденты, считающие свою семью бедствующей. Такое распределение ответов значительно отличается от распределения, полученного в ходе исследования 2001 года, когда респонденты существенно ниже оценивали материальное благополучие семей. По мнению опрошенных учителей, семья ни в чем не нуждается, если среднедушевой доход в 2,5 раза выше прожиточного минимума. Полученные данные не совпадают с данными, полученными при опросе медработников, наиболее обеспеченные из которых имеют среднедушевой доход 5 491 рубль. В целом все группы учителей имеют более высокий среднедушевой доход и обеспеченность семьи, чем медработники на тех же территориях.

В исследовании 2006 года, как и пять лет назад, в целях более точной оценки уровня жизни респондентов выяснялось наличие у них дач, огородов и приусадебного хозяйства (табл. 6).

Таблица 6

Наличие дач и приусадебных хозяйств в семьях медицинских работников и учителей Самарской области, %

	<i>Медработники</i>		<i>Учителя</i>	
	<i>2001 год</i>	<i>2006 год</i>	<i>2001 год</i>	<i>2006 год</i>
Имеют дачу	71,2	54,2	61,1	53,8
Имеют приусадебное хозяйство	74,0	71,8	80,7	63,9

Столь широкая распространенность дач, и даже в большей степени подсобных хозяйств идет вразрез с общей тенденцией развития экономики и изменения образа жизни наемных работников сельской местности. Упоминание об этом можно встретить в интервью бывшего самарского губернатора К.А. Титова корреспондентам «Волжской коммуны»:

...личное подсобное хозяйство я считаю изжогой социализма. Не дело, когда человек днем работает в школе или в поликлинике, а вечером еще и дома горбатится. В мире этого нет в принципе: если ты фермер — значит фермер, если врач — значит врач. <...> Мне возражают, что это «в традициях русского народа». Я тоже возражаю: это в традициях барщины, в том числе советской, когда днем ты за копейки горбатишься на барина, пусть даже в лице государства, а потом пашешь еще и на себя. У сельских наемных работников должна быть приличная зарплата [Служаков, Арсюхин, 2006].

За пять лет со времени последнего исследования произошло сокращение доли владельцев дач и огородов среди городских медработников — на 17 %, а среди учителей — на 7,3 %. На селе доля тех, кто имеют

приусадебное хозяйство, осталась практически неизменной у медработников, а у педагогов сократилась на 16,8 %.

Некоторые выводы

Главный вывод проведенного анализа уровня жизни работников здравоохранения и образования состоит в том, что за последние пять лет благосостояние респондентов и их семей в Самарской области, несомненно, выросло. Значительная доля респондентов (80 % опрошенных медицинских работников и 61,3 % учителей) сообщили, что материальное благополучие их семей улучшилось. Это значимый показатель, особенно если учесть данные ВЦИОМ¹, которые говорят о том, что лишь 29 % россиян в январе 2007 года сообщили, что их доходы в течение прошлого года увеличились. При этом ВЦИОМ отмечает, что в Приволжском федеральном округе только 4–5 % респондентов говорят об увеличении доходов.

Значительно увеличилась доля тех респондентов, кто считает свои семьи обеспеченными, у кого выросли реальные доходы, сократился разрыв между реальным и желаемым уровнем доходов, увеличился уровень насыщенности домохозяйств предметами обихода, произошло обновление части этих предметов. Меньшая доля опрошенных прибегает к такому способу поддержания благосостояния семьи, как дачи, огороды, приусадебное хозяйство.

Тем не менее, несмотря на отмеченные благоприятные тенденции, нельзя считать уровень жизни опрошенных медработников сопоставимым с уровнем жизни населения Самарской области, и в частности с уровнем жизни промышленных работников. Достаточно сказать, что среднедушевой доход в промышленности в среднем на 1100 рублей выше, чем у медработников. Что касается учителей, то их уровень жизни, напротив, сопоставим с уровнем жизни работников промышленности.

Тенденция подъема уровня жизни по-разному коснулась разных групп респондентов. Более заметен рост благосостояния тех медработников, чья зарплата была существенно увеличена в ходе реализации национального проекта. Что касается территориального аспекта, то необходимо отметить, что уровень жизни медработников в одних районах области демонстрирует наибольшую положительную динамику в отличие от других. В нашем обследовании Октябрьский район выглядит весьма благополучным, в то время как Красноармейский оказался аутсайдером практически по всем показателям уровня жизни — здесь са-

¹ По данным ВЦИОМ за 2006 год сократились доходы 20 % россиян [За 2006 г. сократилось... 2007].

мый низкий среднедушевой доход, едва «дотягивающий» до величины прожиточного минимума, самая высокая доля тех, чьи среднедушевые доходы ниже прожиточного минимума, самый большой разрыв между реальным и желаемым уровнем доходов, самая высокая доля семей, имеющих приусадебное хозяйство (причем оно в половине случаев включает скот и птицу), и самая низкая доля семей, обеспеченных в той или иной степени.

Уровень жизни учителей, который всегда противопоставлялся уровню жизни других профессиональных групп, сегодня можно считать соответствующим уровню жизни работников промышленности Самарской области. Разумеется, это еще не тот рубеж, на котором следует остановиться, но уже сделан серьезный шаг в направлении возрождения в сельских районах стабильного слоя интеллигенции, оказывающей благотворное влияние на жизнь области.

Статистические данные в статье приводятся по следующим источникам:

Данные, опубликованные на сайте Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Самарской области www.samarastat.ru.

Справка, предоставленная НИИ «Социальные технологии», о заработной плате работников крупных и средних организаций Самарской области // Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Самарской области № 2.3-179/24.

Экономика и социально-трудовая сфера Самарской области в январе-ноябре 2006 года // ФСГС: Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Самарской области. Самара, 2006.

Список литературы

Гурьев В. И. Основы социальной статистики: методы, система показателей, анализ. М.: Финансы и статистика, 1991.

Жеребин В. М., Романов А. Н. Уровень жизни населения: основные категории, характеристики и методы оценки. М.: ЮНИТИ – Дана, 2002.

За 2006 г. сократились доходы 20 % россиян // Газета «Новейшие Времена». Доступно по адресу: <http://www.newst.ru/news/> (05.02.2007).

«Здоровье» – актуальный приоритет // Сестринское дело. 2006. № 6. С. 4–6.

Медведев Д. А. Реализация национальных приоритетов позволяет решить жизненно важные для граждан России проблемы // Стенограмма выступления на заседании Общественной палаты 9 февраля 2007 года. Доступно по адресу: http://www.rost.ru/official/2007/02/090000_7893.shtml.

Наумов И. Н. Проблемы формирования и подъема уровня жизни населения КНР. М.: Наука, 1993.

Путько В. Выступление во время посещения Утевской средней школы Нефтегорского района Самарской области // Путько привлечет в школу мужчин /

Информационный портал United Volga. Доступно по адресу: <http://u-volga.ru/readnews/4577> (22.06.2006).

Римашевская Н. М., Герасимова И. А., Копнина В. Г. и др. Семья, труд, доходы, потребление. М.: Наука, 1997.

Служаков В., Арсюхин Е. Губернатор общей практики // Волжская коммуна. 2006. № 242. 27 дек.

Тукумцев Б. Г. Самарский мониторинг социально-трудовой сферы // Социологические исследования. 2001. № 7. С. 41–50.

Социология труда. Теоретико-прикладной толковый словарь / Отв. ред. В. А. Ядов. СПб.: Наука, 2006.

Уровень жизни городского населения России и социальные проблемы реформ / Под ред. М. А. Мужиной. М.: ИСЭПН РАН Междисциплинарный академический центр социальных наук, 1995.

Владислав Юрьевич Бочаров
канд. социол. наук, доцент кафедры социологии и политологии,
Самарский государственный университет
электронная почта: vladislav_bocharov@rambler.ru

Юлия Владимировна Васькина
канд. социол. наук, доцент кафедры социологии и политологии,
Самарский государственный университет
электронная почта: vaskina@samaramail.ru
