

DOI: 10.19181/population.2022.25.2.5

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАРЕЛИИ НА РЫНКЕ ПЛАТНЫХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ УСЛУГ

Морозова Т.В.*, Белая Р.В., Козырева Г.Б.

Институт экономики Карельского научного центра РАН
(185030, Россия, Петрозаводск, проспект А. Невского, 50)

*E-mail: morozova.ras@gmail.com

Финансирование:

Статья подготовлена в рамках выполнения Госзадания Карельского научного центра РАН по теме: «Комплексное исследование и разработка основ управления устойчивым развитием северного и приграничного поясов России в контексте глобальных вызовов».

Для цитирования:

Морозова Т.В., Белая Р.В., Козырева Г.Б. Дифференциация потребительского поведения населения Карелии на рынке платных социально значимых услуг // Народонаселение. – 2022. – Т. 25. – № 2. – С. 52-65. DOI: 10.19181/population.2022.25.2.5.

Аннотация. На основе данных репрезентативного социологического обследования домохозяйств, реализованного в Республике Карелия в 2019 г., осуществлён анализ спроса населения на платные социально значимые услуги. В состав исследуемых услуг входят: жилищно-коммунальные, связи, транспортные, медицинские, санаторно-оздоровительные, ветеринарные, правовые, образовательные, культуры, туризма, физкультуры и спорта, социальные услуги для пожилых и инвалидов. Выявлена неоднородность домохозяйств по спросу на платные услуги и проведена оценка активности потребления. Показано, что активными пользователями платных социально значимых услуг в зависимости от их вида являются от 50% до 80% домохозяйств региона. Особое внимание уделено исследованию потребительского поведения на рынке медицинских услуг. Построена типология потребительской активности на рынке платных медицинских услуг. В рамках построенной типологии выделены четыре типа. Сделан вывод о том, что для домохозяйств с низким уровнем доходов, проживающих на территории малых городов и сельских поселений, характерна высокая активность потребления платных медицинских услуг. С увеличением душевого дохода снижается доля домохозяйств в группе высокой потребительской активности. Активность потребления ниже или значительно ниже средней по региону выявлена в группах обеспеченных домохозяйств. Результаты исследования показали, что в настоящее время для населения важны платные медицинские услуги. Развитый рынок платных медицинских услуг позволил в период пандемии части населения провести своевременное обследование и лечение, так как существующая система здравоохранения не смогла обеспечить гарантированно качественное бесплатное лечение.

Ключевые слова: социально значимые услуги, типология потребительской активности, домохозяйство, уровень бедности, территория проживания, доступность медицинских услуг.

Введение

Модель социального государства, заложенная в Конституцию России, решение проблемы социального баланса в распределении общественных благ носят скорее декларативный и противоречивый характер. Об этом свидетельствует расширение рынка платных социально значимых услуг в России, что является фактором риска, повышающим социальное неравенство и снижающим качество социальной структуры и качества жизни населения.

Особенно остро эти проблемы наблюдаются в сельской местности и малых городах. На отдалённых сельских территориях в последние 30 лет происходила деградация социальной инфраструктуры, в частности систем здравоохранения, образования, культуры и других. Так, страховая медицина не обеспечивает минимально необходимого пакета медицинских услуг, что связано с отсутствием не только узких специалистов, но и врачей общей практики, необходимого медицинского оборудования. В результате жители села и малых городов оказались в положении депривации.

Недоступность социально значимых услуг обусловила формирование деструктивных моделей потребительского поведения населения. Получили широкое распространение практики потребления платных жизненно необходимых услуг. Такие модели потребления демонстрируют не только обеспеченные, но и имеющие материальные затруднения жители села и малых городов. В данном контексте актуализируются исследования проблем формирования потребительских практик на рынке платных услуг населением отдалённых сельских территорий и малых городов. Результаты исследования могут стать основой для разработки управленческих решений повышения эффективности социальной политики

Обзор литературы

Представители российских научных школ связывают основную функцию «социального государства» с сильной соци-

альной политикой, направленной на стабильное обеспечение высокого жизненного уровня и занятости населения, создание современных и доступных всем гражданам систем образования, здравоохранения, культуры, социального обеспечения и обслуживания, поддержания немущих и малоимущих слоев населения [1]. За 30-летний период рыночного перехода в России складывалась структура рынка социально значимых услуг, включающая платный и бесплатный сектора. При этом развиваются новые формы социального предпринимательства, социально ответственной политики бизнеса, ориентированные на развитие доступности социально значимых услуг. Вместе с тем эффективному функционированию сектора услуг в России препятствует ряд факторов. Наиболее значимые из них — дифференциация регионов по объёму предоставления платных услуг; отсутствие ряда потребительских услуг в труднодоступных районах, особенно на сельских территориях; низкое качество услуг; недостаточно развитая инфраструктура социально значимых услуг.

Неотъемлемым условием воспроизводства здорового, высокообразованного населения являются развитие сферы здравоохранения, образования, культуры, физической культуры и спорта [2–4]. Сегодня на международном уровне признана особая социальная задача преодоления ограничений в доступности к услугам транспорта и связи как в городской среде [5], так и в сельской местности [6], к социальным услугам для пожилых людей [7], к медицинским услугам для социально уязвимых категорий населения [8; 9]. Получили развитие исследования о влиянии трансформации рынка медицинских услуг на потребительское поведение людей.

Высокую эффективность научных исследований продемонстрировала российская социо-демографическая школа. Так, в работах Н. М. Римашевской эмпирически доказывается негативное влияние социально-экономического неравенства на агрегированные показатели здоровья на-

селения. При этом низкая доступность бесплатных медицинских услуг усиливает неравенство. Происходит дифференциация не в пользу бедных слоёв населения [10–12]. Учеными этой школы делаются выводы о различиях в здоровье людей, обусловленных социально-экономической стратификацией и неравным распределением в обществе ресурсов социального капитала. Доказывается, что социальное неравенство по доходам играет важную роль в формировании здоровья [13]; связывается доступность медицинской помощи с самосохранительной активностью человека [14]; эмпирически подтверждается, что состояние здоровья людей служит объективной предпосылкой их социальной активности при формировании эффективной социальной структуры, а также одним из оснований идентификации и самоидентификации людей в системе социального неравенства [15].

В работах исследователей сельских территорий рассматривается состояние и проблемы сельского здравоохранения. Делается вывод о преобладании негативной тенденции к тотальному сокращению больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений, что усугубляет и без того сложное социальное положение сельчан [16].

В исследованиях социологов Высшей школы экономики (ВШЭ) предлагается новый взгляд на современные исследования социальных механизмов дифференциации потребителей медицинской помощи. В рамках данной методологии социологические исследования неравенства в доступе к медицинской помощи нацелены на изучение социальных моделей поведения людей [17]. На основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения ВШЭ (RLMS-HSE)» осуществлён анализ динамики самооценок здоровья россиян в постсоветский период [18]. Он показывает негативную динамику оценки населением своего здоровья.

Исследования учёных МГУ имени М.В. Ломоносова позволили выявить ос-

новные причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи; раскрыть зависимость доступности дистанционных медицинских услуг от платёжеспособности, возрастного состава и местожительства населения [19]. Вопросы доступности медицинских услуг, организации системы здравоохранения с учётом развития платных услуг актуальны и изучаются учёными разных стран [20–22].

Одним из современных вызовов, стоящих перед правительствами разных стран мира, в том числе России, является пандемия COVID-19. Правительства были вынуждены срочно реагировать, чтобы не допустить высоких уровней заражённости и смертности населения [23; 24]. В период пандемии система коммерческого медицинского обслуживания сыграла огромную роль, оказывая своевременное обследование и лечение населения. Но встал вопрос о финансовых ограничениях, которые испытывает население при потреблении платных услуг. При этом большую роль в поддержке населения и сглаживании напряженной психологической ситуации играют некоммерческие организации.

Материалы и методология

Методология исследования основана на посемейном подходе [25], разработанном в рамках российской научной социодемографической школы Н.М. Римашевской, в рамках которой используются методы многомерного статистического анализа данных: построение вариационных рядов, метод кросс-табуляции, факторный и дискриминантный анализы. Цель исследования – оценка потребительского поведения населения Республики Карелия (РК) на рынке платных услуг.

В качестве исходных данных использовалась база данных, сформированная в системе SPSS по результатам опроса населения, проводимого Институтом экономики Карельского научного центра РАН в 2019 г. на территории РК в рамках научно-исследовательской работы «Разработ-

ка методологического подхода к оценке социального здоровья трансформирующего общества»¹. В качестве параметров исследования использовались: 1) показатели, характеризующие спрос по следующим видам услуг: транспортные, связи, ЖКХ, культуры, туристические, физкультуры и спорта, медицинские, санаторно-оздоровительные, ветеринарные, правового характера, образовательные, социальные услуги для пожилых и инвалидов; 2) показатели, отражающие причины, которые ограничивают потребление платных услуг: недостаток денежных средств; отсутствие предприятий и лиц, оказывающих подобные услуги; низкое качество услуг; 3) показатели, характеризующие территориальное расположение домохозяйства (средний город, малый город,

село) и подушевой доход домохозяйств, рассчитанный относительно прожиточного минимума (ПМ), установленного в РК на момент проведения опроса.

Для анализа данных был привлечён факторный анализ [26], в результате которого выявлены пять факторов — интегральных показателей. Первый фактор имеет высокие факторные нагрузки на параметры, определяющие спрос на следующие услуги: культурные, туристические, физкультуры и спорта, санаторно-оздоровительные, ветеринарные, правового характера, образовательные. Перечисленные услуги относятся к социально значимым, а первый фактор определяется как интегральный показатель спроса на эти услуги. Анализ данных в разрезе первого фактора (рис. 1) позволил выявить не-

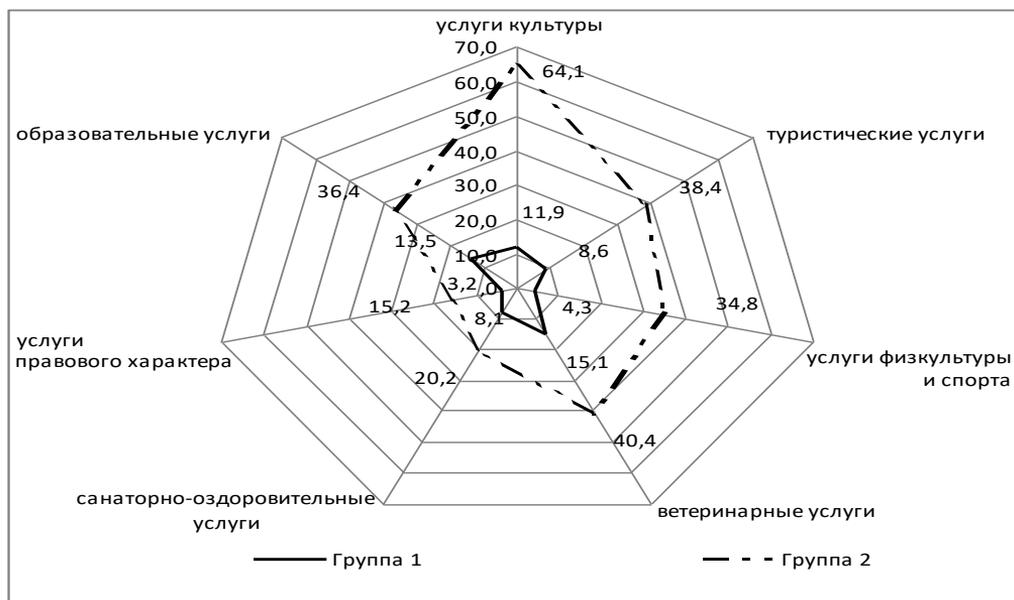


Рис. 1. Спрос домохозяйств на рынке платных социально значимых услуг, %

Fig. 1. Demand of households in the commercial socially significant services market, %

Источник: построено авторами по результатам факторного анализа.

¹ Проект РФФИ № 18-013-01077, Вологодский научный центр РАН, 2019 год. Метод опроса — анкетирование по месту жительства. Объём выборки составил 400 респондентов в возрасте 18 лет и старше. Репрезентативность выборочной совокупности обеспечивается соблюдением половозрастной структуры населения и пропорций между сельским и городским населением.

однородность рынка платных социально значимых услуг и выделить две группы домохозяйств: с высоким (группа 2—52% от числа домохозяйств) и низким спросом (группа 1—43%).

В разрезе второго фактора выявлена дифференциация спроса на рынке платных услуг связи, ЖКХ и транспорта, где доминирует группа домохозяйств (77% от всех домохозяйств) со 100% спросом на услуги (рис. 2).

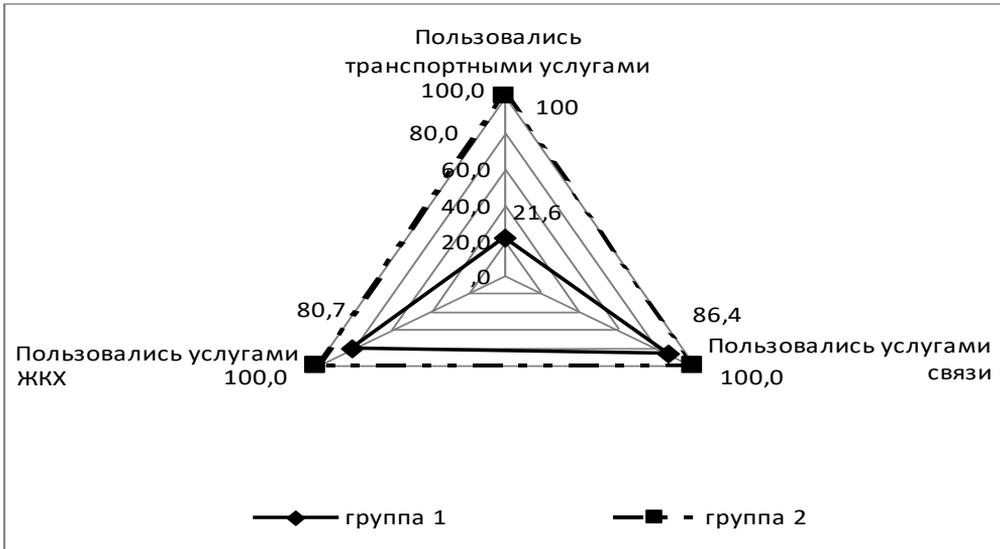


Рис. 2. Спрос домохозяйств на рынке платных услуг: транспортных, жилищно-коммунальных и связи, %

Fig. 2. Demand of households in the commercial service market: transportation, communication, housing and public utilities, %

Источник: построено авторами по результатам факторного анализа.

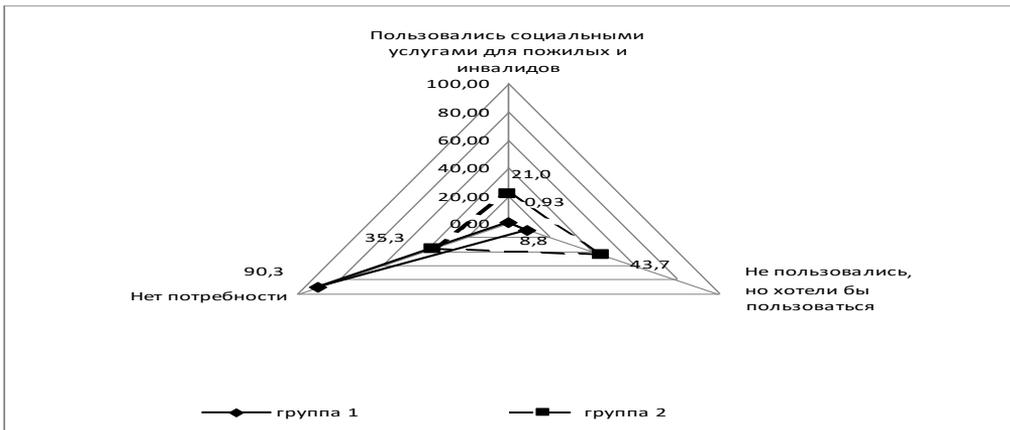


Рис. 3 Спрос домохозяйств на рынке платных социальных услуг для пожилых и инвалидов, %

Fig. 3. Demand of households in the commercial social services market for the elderly and persons with disabilities, %

Источник: построено авторами по результатам факторного анализа.

Анализ данных в разрезе третьего фактора показал неоднородность рынка социальных услуг для пожилых и инвалидов, на котором выделяются две группы домохозяйств: группа 1 — не нуждающихся в услугах (56% от всех домохозяйств) и группа 2 (44%) — с высоким потенциальным спросом (более 40%) на платные социальные услуги, но не пользующихся услугами в связи с ограничениями (рис. 3).

Четвёртый фактор ограничений потребления платных услуг включал три параметра: недостаток денежных средств; отсутствие предприятий и лиц, оказывающих услуги; низкое качество услуг. В разрезе этого фактора можно выделить две группы домохозяйств (табл. 1). Группа 1 связывает свои ограничения только с отсутствием денежных средств, группа 2 — в основном с отсутствием предприятий и низким качеством платных услуг.

Таблица 1

Причины ограничений в потреблении платных услуг, % от домохозяйств

Table 1

Reasons for reduction in the consumption of commercial services by households, % from households

Причина	Группа 1	Группа 2
недостаток денежных средств	100,0	19,0
отсутствие предприятий и лиц, оказывающих подобные услуги	-	58,6
низкое качество услуг	-	51,7
Всего домохозяйств (%)	48,3	51,7

Источник: рассчитано авторами по результатам факторного анализа.

Для выявления дифференциации домохозяйств на рынке платных медицинских услуг в области значений пятого фактора выделены две группы домохозяйств (рис. 4). Группа 2 (49% от домохозяйств) характеризуется высоким спросом на медицинские услуги (более чем в 2 раза выше,

чем в группе 1), присутствием преимущественно домохозяйств из малого города и села, высокой долей малообеспеченных домохозяйств с подушевым доходом менее одного ПМ. В группе 1 (51%) доминируют домохозяйства из среднего города.

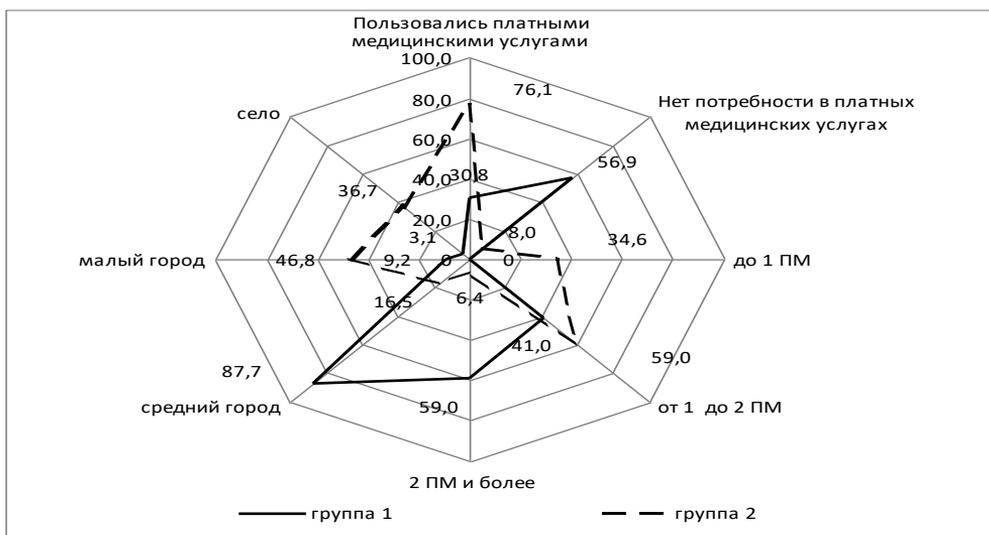


Рис. 4 Спрос домохозяйств на рынке платных медицинских услуг, %

Fig. 4. Demand of households in the commercial medical services market, %

Источник: построено авторами по результатам факторного анализа.

С целью дальнейшего исследования рынка платных медицинских услуг были взяты два интегральных фактора: платных медицинских услуг и ограничений на платные услуги. В пространстве этих факторов выделены 4 группы домохо-

зяйств (табл. 2). Проведенный дискриминантный анализ показал, что 86,5% исходных сгруппированных наблюдений классифицировано правильно, что подтверждает корректность проведённой группировки.

Таблица 2

Спрос домохозяйств на платные медицинские услуги, % от домохозяйств в группе

Table 2

Demand of households in the commercial medical service market, % of households in group

Параметры	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Среднее по Карелии
Пользовались медицинскими услугами	43,0	57,8	92,7	84,0	69,0
Место проживания					
Средний город	93,7	83,6	11,0	20,8	50,5
Малый город	3,8	12,9	46,3	47,2	29,8
Село	2,5	3,4	42,7	32,1	19,8
Подушевой доход домохозяйств					
До 1 ПМ	-	-	24,4	42,5	17,1
От 1 до 2 ПМ	50,6	34,5	62,2	56,6	50,1
2 ПМ и более	49,4	65,5	13,4	0,9	32,8
Ограничения в потреблении платных услуг					
Недостаток денежных средств	93,7	-	13,4	98,1	49,5
Отсутствие предприятий и лиц, оказывающих подобные услуги	-	4,3	35,4	-	9,0
Низкое качество услуг	-	6,9	26,8	-	7,8
Число домохозяйств (ед.)	79	116	82	106	383
Число домохозяйств (%)	20,63	30,29	21,41	27,68	100,00

Источник: рассчитано авторами по результатам факторного анализа.

Параметр «пользование медицинскими услугами» — один из самых значимых дифференцирующих признаков. В третьей и четвёртой группах доля спроса на медицинские услуги самая высокая из всех четырёх групп и составляет более 90% в третьей группе и более 80% — в четвёртой. В первой и второй группах спрос почти в 2 раза ниже. В структуре групп по территориальному признаку средний город доминирует в первой и второй группах, достигая 90% и 80% соответственно, а малый город и сельское поселение — с теми же показателями в третьей и четвёртой группах.

Следующий дифференцирующий признак, вносящий значимый вклад в дифференциацию групп, — подушевой доход домохозяйств. В первой и второй группе отсутствуют домохозяйства с подушевым доходом менее 1 ПМ. Более того, подушевой доход выше 2 ПМ занимает в структуре доходов в первой группе почти 50%, во второй — более 60%. И, напротив, третья и четвёртая группы отличаются высокой долей бедных домохозяйств (с подушевым доходом до 1 ПМ). В третьей группе доля бедных в 1,5, а в четвёртой — в 2,5 раза выше среднего значения по региону. Домохозяйства с доходом в размере 2 ПМ

и более практически отсутствуют в четвёртой группе, в третьей — не превышают 14%. Выше перечисленные параметры в основном показывают дифференциацию между двумя парами групп домохозяйств: первая пара состоит из первой и второй группы; во вторую пару входит третья и четвёртая группы.

Следующие дифференцирующие признаки связаны с ограничениями в потреблении платных услуг. Значительный вклад в дифференциацию вносит параметр «недостаток денежных средств». В первой и четвёртой группах в структуре ограничений присутствует, превышая 90%, только «недостаток средств». Во второй и третьей группах доминируют параметры «отсутствие предприятий» и «низкое качество услуг». При этом, если во второй группе ограничения не достигают 7%,

то в третьей — «отсутствие предприятий» указано более чем в 35%; «низкое качество» — более чем в 25% ответов.

Анализ выделенных групп, полученных в результате факторного анализа, позволяет типологизировать потребительскую активность домохозяйств на рынке медицинских услуг. В соответствии с выделенными группами получены четыре типа потребительской активности домохозяйств (в сравнении со средним по региону): значительно ниже средней (группа 1), ниже средней (группа 2), выше средней (группа 3) и значительно выше средней (группа 4). В табл. 3 представлены данные, наглядно демонстрирующие территориально-экономические особенности потребительской активности домохозяйств на рынке медицинских услуг.

Таблица 3

Типология потребительской активности домохозяйств Республики Карелия на рынке медицинских услуг, % от домохозяйств по строке

Table 3

Typology of the consumer activity of households in the Republic of Karelia in the commercial medical service market, % of households by line

Параметры	Тип потребительской активности				Итого
	Значительно ниже средней	Ниже средней	Выше средней	Значительно выше средней	
Территория проживания					
Средний город	36,6	48,0	10,9	4,5	100
Малый город	2,8	14,2	47,2	35,8	100
Село	2,7	5,3	45,3	46,7	100
Подушевой доход домохозяйств					
До 1 ПМ	-	-	69,2	30,8	100
От 1 ПМ до 2 ПМ	20,9	20,9	31,4	26,7	100
2 ПМ и более	30,7	59,8	0,9	8,7	100

Источник: рассчитано авторами по результатам факторного анализа.

На уровне высокой активности находятся более 80% домохозяйств из малого города и 90% сельских домохозяйств. В разрезе выделенных типов активности средний город наименее всего представлен в области высокой активности (менее 15%). Таким образом, село занимает ведущие позиции на

рынке платных медицинских услуг. Все малообеспеченные домохозяйства (подушевой доход менее 1 ПМ) находятся в области высокой потребительской активности. С увеличением подушевого дохода доля домохозяйств в области высокой активности снижается от 100% до 10%.

Заклучение

На основе данных социологического опроса населения средних и малых городов, а также сельских населённых пунктов Республики Карелия выявлена дифференциация потребительской активности домохозяйств на рынке платных услуг, включающих жилищно-коммунальные, связи, транспорта, культуры, туристические, физкультуры и спорта, медицинские, санаторно-оздоровительные и другие. Построенная типология потребительской активности домохозяйств на рынке платных медицинских услуг, включающая четыре типа, показывает, что высокий уровень потребления бедными и крайне бедными слоями населения платных медицинских услуг демонстрирует вынужденную, вызванную в основном острой необходимостью активность, связанную с отсутствием или низкой доступностью бесплатных услуг данного вида или их низким качеством в месте проживания.

Выявленное противоречие между практикой потребления платных медицинских услуг и уровнем доходов домохозяйств обусловлено разными мотивационными моделями. Достаток в семье влияет на состояние здоровья и возможность избежать запущенных болезней. Обеспеченные семьи могут планировать потребление медицинских услуг, что даже при отсутствии возможности получать бесплатную медицинскую помощь в местах проживания, позволяет посещать врача в районном или региональном центрах. То есть в таких семьях, как правило, реже возникает потребность экстренного посещения врачей и дорогостоящих обследований. Они предпочитают бесплатные медицинские услуги.

Практика потребления малообеспеченных семей не базируется на самосохранительном поведении. Недостаток материальных ресурсов не позволяет планировать своевременное получение медицинской помощи. Как правило, проблемы со здоровьем накапливаются, что вынуждает прибегать к потреблению платных медицинских услуг. Эта проблема усугубляется

местом проживания семей. Малые города и сёла не обеспечивают население необходимым объёмом и качеством медицинских услуг. Как показали результаты исследования, в настоящее время население активно потребляет коммерческие медицинские услуги. И важны они во многом потому, что существующая система здравоохранения не может обеспечить гарантированно качественное бесплатное лечение. Таким образом, проводя политику в области здравоохранения, необходимо совершенствовать систему бесплатных медицинских услуг, сохраняя и развивая платные, стремясь сделать их доступными для малоимущих.

Важнейшим направлением решения проблемы оптимального и справедливого распределения общественных благ, в частности доступных медицинских услуг, является развитие цифровых технологий. Элементы цифрового сектора (услуги телемедицины, электронная форма записи к врачу, электронный лист нетрудоспособности и другие) активно используются в городской местности. К сожалению, существует проблема «цифрового разрыва», которая создаёт для населения удалённых сельских территорий ситуацию депривации.

Решение проблемы повышения доступности социально значимых услуг для населения лежит в плоскости межсекторного взаимодействия государства, бизнеса и НКО. Инструменты такого взаимодействия в экономических условиях, усложнённых пандемией COVID-19, должны опираться на консолидацию и партнерство. Цифровые технологии могут обеспечить работоспособность таких инструментов.

Требуются дальнейшие исследования для поиска и обоснования социальных инструментов, направленных на повышение доступности к качественным медицинским услугам жителей периферийных территорий (сёл и малых городов), в первую очередь малоимущих. Данные исследования лежат в плоскости формирования новых подходов социальной политики, ориентированной на развитие России как социального государства.

Литература и интернет-источники

1. **Полюх, М. А.** К вопросу о понятии и сущностном содержании концепции социального государства / М. А. Полюх // Юридические науки: проблемы и перспективы: материалы IV Международной научной конференции (Казань, май 2016 г.).— Казань, 2016.— С. 20–23.
2. **Абанкина, Т. В.** Динамика обеспеченности населения России культурными благами (2000–2019) / Т. В. Абанкина // Обсерватория культуры.— 2021.— Т. 18.— № 1.— С. 4–21. DOI: 10.25281/2072-3156-2021-18-1-4-21.
3. **Абанкина, Т. В.** Модели государственной поддержки культуры: теоретические основания и финансовые инструменты / Т. В. Абанкина // Журнал Новой экономической ассоциации.— 2014.— № 4(24).— С. 185–189.
4. **Восколович, Н. А.** Проблемы вовлечения российского населения в занятия спортом / Н. А. Восколович, Р. И. Юнусов // Интеллект. Инновации. Инвестиции.— 2020.— № 3.— С. 31–41. DOI: 10.25198/2077-7175-2020-3-31.
5. **Allen, Jeff.** Sizing up transport poverty: A national scale accounting of low – income households suffering from inaccessibility in Canada, and what to do about it / Jeff Allen, Steven Farber // Transport Policy.— 2019.— Vol. 74, February.— P. 214–223. DOI: 10.1016/j.tranpol.2018.11.018.
6. **Velaga, N. R.** Transport poverty meets the digital divide: Accessibility and connectivity in rural communities / Nagendra R. Velaga, Mark Beecroft, John D. Nelson, David Corsar, Peter Edwards // Journal of Transport Geography.— 2012.— Vol. 21.— P. 102–112.
7. **Lindsey, M.** Individual- and Contextual-Level Factors Affecting the Use of Social Support Services among Older Adults / M. Lindsey and all. // Journal of Social Service Research.— 2018.— Vol. 44(1).— P. 108–118. DOI: 10.1080/01488376.2017.1416725.
8. **Cantor, J. H.** Availability of outpatient telemental health services in the United States at the outset of the COVID-19 Pandemic / Jonathan H. Cantor, Ryan K. McBain, Aaron Kofner, Bradley D. Stein, Hao Yu // Medical Care.— 2021.— Vol. 59.— No. 4.— P. 319–323.
9. **Corbishley, Ch.** Institutional entrepreneurship, governance, and poverty: insights from emergency medical response services in India / Christopher Corbishley, Gerard George, Rekha Rao-Nicholson, Rahul Bansal // Asia Pacific Journal of Management.— 2015.— Vol. 32.— P. 39–65. DOI: 10.1007/s10490-014-9377-9.
10. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под общ. ред. Н. М. Римашевской.— Москва : Агентство «Социальный проект», 2007.— 240 с.
11. Сбережение народа / под ред. Н. М. Римашевской.— Москва : Наука, 2007.— 326 с.
12. **Римашевская, Н. М.** Неравенство доходов и здоровье / Н. М. Римашевская, О. А. Кислицина // Народонаселение.— 2004.— № 2.— С. 5–17.
13. **Русинова, Н.** Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии / Н. Русинова, Дж. Браун, Л. Панова // Журнал социологии и социальной антропологии.— 2003.— Т. 6.— Спецвыпуск «Санкт Петербург в зеркале социологии».— С. 331–368.
14. **Назарова, И. Б.** Доступность системы здравоохранения и самосохранительная активность граждан / И. Б. Назарова // Социология медицины.— 2006.— № 2.— С. 22–30.
15. **Артамонова, О. Е.** Социальная дифференциация населения в сфере здоровья: по материалам регионального исследования / О. Е. Артамонова // Социологии медицины.— 2008.— № 2.— С. 50–54.
16. **Белова, Н. И.** Сельское здравоохранение: состояние, тенденции и проблемы / Н. И. Белова // Социологические исследования.— 2017.— № 3.— С. 97–105.
17. **Вялых, Н. А.** Механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в России: методологический поворот в современных социологических исследованиях / Н. А. Вялых // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология.— 2018.— № 45.— С. 122–137.
18. **Козырева, П. М.** Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода / П. М. Козырева, А. И. Смирнов // Социологические исследования.— 2020.— № 4.— С. 70–81. DOI: 10.31857/S013216250009116-0.

19. **Восколович, Н. А.** Доступность услуг здравоохранения как основа социальной защищённости населения / Н. А. Восколович // Народонаселение. — 2021. — № 2. — С. 87–96. DOI: 10.19181/population.2021.24.2.8.
20. **Creţan, R.** COVID-19 in Romania: transnational labour, geopolitics, and the Roma ‘outsiders’ / Remus Creţan, Duncan Light // Eurasian Geography and Economics. — 2020. — Vol. 61. — No. 4–5. — P. 559–572. DOI: 10.1080/15387216.2020.1780929.
21. **Byron, J.** Impacts of COVID-19 in the Commonwealth Caribbean: key lessons / Jessica Byron, Jacqueline Laguardia Martinez, Annita Montoute & Keron Niles // The Round Table. — 2021. — Vol. 110. — No. 1. — P. 99–119. DOI: 10.1080/00358533.2021.1875694.
22. **Storeng, K. T.** Civil society participation in global public private partnerships for health. / K. T. Storeng, A. B. Puyvallée / Health Policy and Planning. — 2018. — Vol. 33(8). — P. 928–936. DOI: 10.1093/heapol/czy070.
23. **Kosycarz, E.** Evaluating opportunities for successful public–private partnership in the healthcare sector in Poland. / E. Kosycarz, B. Nowakowska, M. Mikołajczyk / Journal of Public Health. — 2019. — Vol. 27(9). — P. 1–9. DOI: 10.1007/s10389–018–0920-x.
24. **Kruk, M. E.** High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. / M. E. Kruk et al. / The Lancet Global Health Commission. — 2018. — Vol. 6. DOI: 10.1016/S2214–109X(18)30386–3.
25. **Римащевская, Н. М.** Социальные приоритеты в условиях кризиса не меняются / Н. М. Римащевская // Народонаселение. — 2015. — № 2. — С. 4–8.
26. **Харин, В. Н.** Факторный анализ (подход с использованием ЭВМ) / В. Н. Харин. — Петрозаводск: Из-во КарНЦ РАН, 1992. — 90 с.

Информация об авторах:

Морозова Татьяна Васильевна, д.э.н., директор, Институт экономики Карельского научного центра РАН, Петрозаводск, Россия.

Контактная информация: e-mail: morozova.ras@gmail.com; ORCID: 0000–0001–6639–2519; Researcher ID Web of Science: F-4949–2015; Scopus Author ID: 57211206375; РИНЦ Author ID: 72639.

Белая Раиса Васильевна, к.э.н., старший научный сотрудник, Институт экономики Карельского научного центра РАН, Петрозаводск, Россия.

Контактная информация: e-mail: belaya@krc.karelia.ru; ORCID: 0000–0003–4100–5038; Scopus Author ID: 57216909845; РИНЦ Author ID: 73393.

Козырева Галина Борисовна, д.э.н., ведущий научный сотрудник, Институт экономики Карельского научного центра РАН, Петрозаводск, Россия.

Контактная информация: e-mail: kozyrevakrc@gmail.com; ORCID: 0000–0001–9303–0361; Scopus Author ID: 57211203182; РИНЦ Author ID: 73765.

DOI: 10.19181/population.2022.25.2.5

DIFFERENTIATION OF CONSUMER BEHAVIOR OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF KARELIA IN THE MARKET OF SOCIALLY SIGNIFICANT COMMERCIAL SERVICES

Tatyana V. Morozova*, Raisa V. Belaya, Galina B. Kozyreva

Institute of Economics of the

Karelian Research Centre of the Russian Academy of Sciences

(50 Al. Nevsky prospect, Petrozavodsk, Russia, 185030)

**E-mail: morozova.ras@gmail.com*

Funding:

The study was carried out within the framework of the State assignment to the Karelian Research Center of the Russian Academy of Sciences on the topic: "Comprehensive research and development of the foundations for managing the sustainable development of the northern and border belts of Russia in the context of global challenges".

For citation:

Morozova T.V., Belaya R.V., Kozyreva G.B. Differentiation of consumer behavior of the population of Republic of Karelia in the market of socially significant commercial services. *Narodonaselenie [Population]*. 2022. Vol. 25. No. 2. P. 52-65. DOI: 10.19181/population.2022.25.2.5. (in Russ.)

Abstract. *Using the data from the representative sociological survey of households, which was conducted in the Republic of Karelia in 2019, an analysis of the population's demand for commercial services was carried out. The services under consideration include housing and communal services, communications, transport, medical, sanatorium and wellness, veterinary, legal, educational, cultural, tourism, sport and physical activities social services for the elderly and disabled. The heterogeneity of households in terms of the demand for paid services was revealed. Assessment of the consumption behavior showed that active users of commercial socially significant services range from 50% to 80% of households in the region, depending on the service type. A special attention is paid to assessment of consumer behavior in the medical services market. Here, a typology of consumer activity in the paid medical services market is proposed. More specifically, four types of such services are identified. It is concluded that low-income households living in small towns and rural settlements are characterized by a large consumption of paid medical services. An increase in per capita income is associated with a decrease in the share of households with high consumer activity. Consumption activity below or significantly below the average for the region was revealed in groups of wealthy households. The results of the study showed that currently paid medical services are important for the population. During the pandemic, because the existing healthcare system could not provide guaranteed high-quality free timely treatment, the developed paid medical services market provided timely examination and treatment for a part of the population.*

Keywords: *socially significant services market, typology of consumer activity, household, poverty rate, area of residence, availability of medical services.*

References and Internet sources

1. Polyukh M. A. K voprosu o ponyatii i sushchnostnom sodержanii kontseptsii sotsial'nogo gosudarstva [On the issue of the notion and essential content of the concept of welfare state]. *Yuridicheskije nauki: problemy i perspektivy [Legal Sciences: Problems and Prospects]*. Proceedings of the international conference. Kazan. May 2016]. Kazan. 2016. P. 20–23. (in Russ.)
2. Abankina T. V., Ksynkina G.M., Nikolaenko E. A. Dinamika obespechennosti naseleniya Rossii kul'turnymi blagami (2000–2019) [Dynamics of provision of the Russian population with cultural benefits (2000–2019)]. *Observatoriya kul'tury [Observatory of Culture]*. 2021. Vol. 18. No. 1. P. 4–21. DOI 10.25281/2072–3156–2021–18–1–4–21. (in Russ.)
3. Abankina T.V. Modeli gosudarstvennoj podderzhki kul'tury: teoreticheskije osnovaniya i finansovyje instrumenty [Models of State support for culture: Theoretical foundations and financial instruments]. *Zhurnal Novej ekonomicheskoy asociatsii [Journal of the New Economic Association]*. 2014. No. 4(24). P. 185–189. (in Russ.)
4. Voskolovich N. A., Yunusov R. I. Problemy вовлечения rossijskogo naseleniya v zanyatiya sportom [Problems of involving Russian population in sports]. *Intellekt. Innovatsii. Investitsii [Intellect. Innovations. Investments]*. 2020. No 3. P. 31–41. DOI: 10.25198/2077–7175–2020–3–31. (in Russ.)
5. Allen J., Farber S. Sizing up transport poverty: A national scale accounting of low-income households suffering from inaccessibility in Canada, and what to do about it. *Transport Policy*. Vol. 74. February 2019. P. 214–223. DOI: 10.1016/j.tranpol.2018.11.018.

6. Velaga N.R. Beecroft M., Nelson J.D., Corsar D., Edwards P. Transport poverty meets the digital divide: Accessibility and connectivity in rural communities. *Journal of Transport Geography*. 2012. Vol. 21. P. 102–112.
7. Lindsey M., McDougale, Meyer S., Handy F. Individual- and contextual-level factors affecting the use of social support services among older adults. *Journal of Social Service Research*. 2018. Vol. 44(1). P. 108–118. DOI: 10.1080/01488376.2017.1416725.
8. Cantor J.H., McBain R.K., Kofner A., Stein B.D., Hao Yu. Availability of outpatient telemental health services in the United States at the outset of the COVID-19 Pandemic. *Medical Care*. Vol. 59. No. 4. April 2021. P. 319–323.
9. Corbishley Ch., George G., Rao-Nicholson R., Bansal R. Institutional entrepreneurship, governance, and poverty: insights from emergency medical response services in India. *Asia Pacific Journal of Management*. 2015. Vol. 32. P. 39–65. DOI: 10.1007/s10490–014–9377–9.
10. Zdorov'je i zdravoohraneniye v gendernom izmerenii [*Health and Healthcare in a Gender Dimension*]. Ed. N.M. Rimashevskaya. Moscow. Agentstvo «Sotsial'nyj proekt» [Social Project Agency]. 2007. 240 p. (in Russ.)
11. Sberazheniye naroda [*Saving the People*]. Ed. N.M. Rimashevskaya. Moscow. Nauka. [Science]. 2007. 326 p. (in Russ.)
12. Rimashevskaya N. M., Kislytsyna O.A. Neravenstvo dohodov i zdorov'ye [Income inequality and health]. *Narodonaselenie [Population]*. 2004. No 2. P. 5–17. (in Russ.)
13. Rusinova N., Braun G., Panova L. Sotsial'nyje neravenstva v zdorov'e peterburzhtsev v pervom postsovet'skom desyatiletii [Social inequalities in the health of Petersburgers in the first post-Soviet decade]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noj antropologii [Journal of Sociology and Social Anthropology]*. 2003. Vol. 6. Spetsvypusk "Sankt Peterburg v zerkale sotsiologii" [Special issue *St. Petersburg in the Mirror of Sociology*]. P. 331–368. (in Russ.)
14. Nazarova I.B. Dostupnost' sistemy zdavoohraneniya i samosohranitel'naya aktivnost' grazhdan [Accessibility of the healthcare system and self-preservation activity of citizens]. *Sotsiologiya meditsiny [Sociology of Medicine]*. 2006. No 2. P. 22–30. (in Russ.)
15. Artamonova O.E. Sotsial'naya differentsiatsiya naseleniya vsfere zdorov'ya: po materialam regional'nogo issledovaniya [Social differentiation of the population in the field of health: on the materials of regional research]. *Sotsiologiya meditsiny [Sociology of Medicine]*. 2008. No. 2. P. 50–54. (in Russ.)
16. Belova N.I. Sel'skoje zdavoohraneniye: sostoyaniye, tendentsii i problemy [Rural health care: state, trends and problems]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya [Sociological Studies]*. 2017. No 3. P. 97–105. (in Russ.)
17. Vyalykh N.A. Mekhanizmy differentsiatsii potrebleniya meditsinskoj pomoshchi v Rossii: metodologicheskij povorot v sovremennyh sotsiologicheskikh issledovaniyah [Mechanisms for differentiating the consumption of medical care in Russia: a methodological turn in modern sociological research]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya. [Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science]*. 2018. No. 45. P. 122–137. (in Russ.)
18. Kozyreva P. M., Smirnov A.I. Dinamika samoootsenok zdorov'ya rossiyan: aktual'nyje trendy postsovet'skogo perioda [Dynamics of self-assessments of the health of Russians: current trends in the post-Soviet period]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya [Sociological Studies]*. 2020. No. 4. P. 70–81. DOI: 10.31857/S013216250009116–0. (in Russ.)
19. Voskolovich N.A. Dostupnost' uslug zdavoohraneniya kak osnova sotsial'noj zashchishchennosti naseleniya [Accessibility of healthcare services as the basis for social protection of population]. *Narodonaselenie [Population]*. 2021. No. 2. P. 87–96. (in Russ.)
20. Crețan R., Light D. COVID-19 in Romania: transnational labour, geopolitics, and the Roma 'outsiders'. *Eurasian Geography and Economics*. 2020. Vol. 61. No. 4–5. P. 559–572. DOI: 10.1080/15387216.2020.1780929.
21. Byron J., Martinez J.L., Montoute A., Niles K. *The Round Table*. 2021. Vol. 110. No. 1. P. 99–119. DOI: 10.1080/00358533.2021.1875694.

22. Storeng K. T., Puyvallée A. B. Civil society participation in global public private partnerships for health. *Health Policy Planning*. 2018. Vol. 33 (8). P. 928–936. DOI: 10.1093/heapol/czy070.
23. Kosycarz E., Nowakowska B., Mikołajczyk M. Evaluating opportunities for successful public–private partnership in the healthcare sector in Poland. *Journal of Public Health*. 2019. Vol. 27(9). P. 1–9. DOI:10.1007/s10389–018–0920-x.
24. Kruk M. E., Gage A. D., Arsenaault C., Jordan K. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: a time for revolution. *The Lancet Global Health Commission*. 2018. Vol. 6. DOI:10.1016/S2214–109X(18)30386–3.
25. Rimashevskaya N. M. Sotsial'nyje priorityty v usloviyah krizisa ne menyayutsya [Social priorities under the conditions of crisis are not changing]. *Narodonaselenie [Population]*. 2015. No. 2. P. 4–8. (in Russ.)
26. Harin V. N. Faktornyj analiz (podhod s ispol'zovaniem EVM) [*Factor Analysis (Computer-Based Approach)*]. Petrozavodsk. KarNC RAN [Karelian Research Centre of the Russian Academy of Sciences]. 1992. 90 p. (in Russ.)

Information about the authors:

Morozova Tatyana Vasilievna, Doctor of Economics, Director, Institute of Economics of the Karelian Research Center of the Russian Academy of Sciences, Petrozavodsk, Russia.

Contact information: e-mail: morozova.ras@gmail.com; ORCID: 0000–0001–6639–2519; Researcher ID Web of Science: F-4949–2015; Scopus Author ID: 57211206375; Elibrary Author ID: 72639.

Belaya Raisa Vasilievna, Candidate of Economics, Senior Researcher, Institute of Economics of the Karelian Research Center of the Russian Academy of Sciences, Petrozavodsk, Russia.

Contact information: e-mail: belaya@krc.karelia.ru; ORCID: 0000–0003–4100–5038; Scopus Author ID: 57216909845; Elibrary Author ID: 73393.

Kozyreva Galina Borisovna, Doctor of Economics, Leading Researcher, Institute of Economics of the Karelian Research Center of the Russian Academy of Sciences, Petrozavodsk, Russia.

Contact information: e-mail: kozyrevakrc@gmail.com; ORCID: 0000–0001–9303–0361; Scopus Author ID: 57211203182; Elibrary Author ID: 73765.

Статья поступила в редакцию 01.03.2022, одобрена 24.05.2022, опубликована 30.06.2022.