

Изменение региональной дифференциации смертности трудоспособного населения России за последние 25 лет.

Научный руководитель – Калмыкова Наталья Михайловна

Тишкова Анна Александровна Э401

Студент (бакалавр)

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Экономический факультет, Кафедра народонаселения, Москва, Россия

E-mail: tishkovaanna555@gmail.com

В настоящее время вопрос дифференциации смертности по регионам является актуальным для правительств многих стран. Усредненные по стране показатели больше не являются достаточным индикатором успешности политики, проводимой в стране во многих областях, в том числе в области здравоохранения. Для оценки успешности политики региона в сфере здравоохранения лучше использовать в том числе и критерии степени дифференциации показателей здоровья и смертности.

Успешна ли политика здравоохранения в России? На протяжении последних лет высокая смертность трудоспособного населения остается одной из наиболее серьезных проблем. Она ведет к росту социальной нагрузки, снижению доходов на макро и микроуровнях. А если принимать во внимание не только усредненные по стране показатели, но и дифференциацию смертности по регионам, то ситуация окажется еще более критичной. Так, если провести кластеризацию регионов России по смертности и уровню жизни (уровень жизни - интегрированный показатель, состоящий из 11 индексов), получится, что большая часть регионов сконцентрирована в кластере с высокой смертностью и низким уровнем жизни. При этом можно выделить северо-восточный градиент смертности населения трудоспособного возраста.

В данной работе глубоко освещена проблема дифференциации смертности трудоспособного населения в регионах России. Проведенное исследование поможет ответить на следующие вопросы: Как дифференциация смертности трудоспособного населения по регионам изменилась за последние 25 лет? Какие регионы и *за счет каких факторов* внесли наибольший вклад в изменения последних лет?

Для измерения уровня дифференциации использованы 4 основных показателя неравенства: индекс Джинни, Тейл-индекс, среднее логарифмическое отклонение (MLD) и коэффициент вариации. У каждого индекса есть свои особенности. Так, коэффициент Джинни более чувствителен к изменениям в центре распределения. Коэффициенты Тэйл и вариации более чувствительны к изменениям в верхней части распределения, а MLD - к изменениям в нижней части распределения. Таким образом, в итоге по динамике коэффициентов можно сделать вывод, какая часть распределения была подвержена наибольшим изменениям. Расчет производится для каждого пятилетия с 1989 по 2016 годы на основе данных по коэффициентам смертности трудоспособного населения Федеральной службы государственной статистики [5].

В исследовании использована декомпозиция, чтобы понять, изменение дифференциации было вызвано в большей степени тем, что увеличился разрыв в смертности между регионами (growth effect), или тем, что население регионов с низкой/высокой смертностью росло/падало заметно быстрее, чем в остальных регионах (allocation effect).

Для измерения вклада каждого региона в неравенство использован контрфактический метод. Рассчитано изменение дифференциации в стране в целом за определенный промежуток (реальное изменение) и изменение неравенства в стране БЕЗ учета исследуемого

региона («предсказываемое» изменение) за тот же период. Чем больше разница между реальным и «предсказываемым» изменениями, тем больше вклад рассматриваемого региона в рост/уменьшение неравенства. Таким образом, проделав такие расчеты для каждого региона, можно выявить, какой регион внес наибольший вклад в неравенство. Эти расчеты осуществлены отдельно для growth и allocation эффектов, и таким образом выявлено, какой регион страны внес наибольший вклад в каждый из эффектов.

По тому же принципу выявлен вклад *основных причин смертности* трудоспособного населения в изменение дифференциации на основе контрфактического метода.

Источники и литература

- 1) 1. Goesling, B. and G Firebaugh (2004). «The trend in international health inequality.» Population and Development review 30(1), 131-146. DOI: 10.1111/j.1728-4457.2004.00006.x
- 2) 2. Moser, K., V. Shkolnikov, and D. A. Leon (2005). «World mortality 1950-2000: Divergence replaced convergence from late 1980s.» Bulletin of World Health Organization 83, 202-209. https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000300013
- 3) 3. Gakidou, E. E., C. J. L. Murray, and J. Frenk. (2000). “Defining and measuring health inequality: An approach based on the distribution of health expectancy,” Bulletin of the World Health Organization 78(1): 42–54. https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S004296862000000100005&script=sci_arttext&tlng=en
- 4) 4. Shkolnikov, V, Valkonen, T, Begun, A, Andreev, E. (2001) «Measuring inter-group inequalities in length of life.» Genus; LVII:33-62. <http://www.jstor.org/stable/29788701>
- 5) 5. Коэффициенты смертности населения в трудоспособном возрасте по основным классам и отдельным причинам смертности. Россия и регионы, однолетние возрастные группы, 1989 г. и позже. Федеральная служба государственной статистики. <http://www.gks.ru/>