

Sensorveiledning - ECON1710 H20

Oppgave 1

a) Felles faktorer bak (bl.a. utdanning), og dødelighet -> fruktbarhet (erstatning/forsikring og fysiologisk mekanisme) og omvendt (som bare så vidt er nevnt i pensum).

b) I dagens rike land: utdanning/urbanisering/industrialisering («modernisering») bidrar til lavere dødelighet og (delvis derfor og delvis pga annet) lavere barnetallsønsker, men det siste er ikke tilstrekkelig til å få fall i fruktbarhet. Reguleringskostnadene må også bli lavere – spesielt må det bli aksept for regulering - og det tar tid før dette skjer. Reguleringskostnadene senkes ved «modernisering» pluss sekularisering. Dessuten: forsinket reduksjon av barnetallsønskene fordi det tar tid før folk oppfatter at dødeligheten har gått ned. Fattige land: dødeligheten faller i stor grad pga slikt (tiltak for vaksinerings etc) som ikke påvirker fruktbarheten.

Oppgave 2

a) «Modernisering» øker «tilbudet av barn» særlig pga korter periode med amming og (mindre viktig) avholdenhet. -Skaper riktig nok også lavere barnetallsønsker, men så lenge reguleringskostnadene er høye, blir det likevel lite bruk av prevensjon, dvs fruktbarheten følger tilbudet, som er økende.

b) Nord-India har kommet kortere mht kvinners utdanning og autonomi (de to henger sammen), som er viktig for fruktbarheten av en rekke grunner. Mason gir mange eksempler angående betydningen av autonomi for fruktbarhet. Virkningen av utdanning (gjennom dødelighet, kostnader ved å ha barn, tilgang til/kunnskaper om prevensjon osv) er kanskje allerede delvis diskutert i spm 1 og 2a). Lavere autonomi ikke pga flere muslimer, men noe annet som Jejeebhoy/Sathar ikke hadde noen god forklaring på.

Oppgave 3

Familieplanleggingstiltak har som mål å redusere uønskede fødsler, som ville være bra for den enkelte familie, og som dessuten bidrar til en lavere befolkningsvekst som kan være bra for alle. Det står en del om betydningen av befolkningsvekst for økonomisk vekst og miljø i pensum, men det er et vanskelig tema. Det er vanskelig å finne ut om fam.pl.tiltak faktisk har slik virkning på uønsket barnetall, men flere studier peker i den retningen. (Kan evt referere konkret til den enkle analysen hos Ross og Stover.) Dessuten kan det være elementer av et familieplanleggingstiltak – eller i alle fall den befolkningspolitikken de er en del av (og som fanges opp av Ross og Stover) – som også innebærer påvirkning av barnetallsønskene. Dette kan være gunstig ut fra makroperspektivet. Andre tiltak innenfor reprodutiv helse tar sikte på bl.a. å redusere mødre-sykkelighet/dødelighet, risikoen for og dødeligheten av STD, og omfanget av omskjæring. Åpenbart støtteverdige. Men det vil alltid være et spm om midlene kan brukes enda bedre på et annet område, f eks støtte til utbygging av skoler, bedre infrastruktur osv.

Oppgave 4

Antall: Er allerede født, moderat usikkerhet om dødelighet, beskjeden inn- og utvandring.

Andel påvirkes av antall yngre. Stor usikkerhet om fruktbarhet og inn/utvandring.

Oppgave 5

a) Regner ut $L_x = 0.5(l_x + l_{x+1})$ for alle x fra 78 til 105. Summerer alle disse L_x og dividerer på l_{78} .

b) l_{82}/l_{78}

c) Regner ut m_x som antall dødsfall/eksponeringstid, der eksponeringstid er snittet av befolkningen i starten og slutten av året. $q_x = m_x / (1 + 0.5m_x)$. l_x regnes ut enkelt fra q_x .

d) Antall år man kan forvente å leve hvis Tilsvarende: SFT. Hvis to land har samme aldersspesifikke dødsrater, blir SDR høyere i det ene landet enn det andre hvis befolkningen er eldre.