رابطه توسعه بیمه عمر و رفاه اجتماعی با سلامت درایران در سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۹۰

حمید سپهردوست* سمانه ابراهیم نسب**

مقدمه: *یکی از مفاهیم محوری توسعه‌ی پایدار، مقوله‌ی توسعه‌ی انسانی و بهبود شاخص سلامت در حوزه‌ی رفاه اجتماعی است که علاوه بر ملاحظات بهداشتی به عوامل اقتصادی از جمله توسعه‌ی بیمه‌ی عمر وابسته است. هدف اصلی از انجام این مطالعه، بررسی تأثیر بیمه‌ی عمر بر دو شاخص مهم سلامت یعنی امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر کودکان در حوزه‌ی رفاه اجتماعی ایران است.*

روش: *در این پژوهش سعی گردید از سه متغیر مهم ضریب نفوذ بیمه‌ی عمر، بیمه‌ی عمر سرانه و حق بیمه‌ی عمر و چند متغیر دیگر اقتصادی از جمله درآمد سرانه، تورم و نرخ بیکاری به‌عنوان متغیرهای کنترل مؤثر بر سلامت استفاده شود. برای این منظور، داده‌های مرتبط با موضوع پژوهش برای سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۶۰ کشور جمع‌آوری و با استفاده از روش حداقل مجذورات معمولی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته‌ها: *نتایج پژوهش گویای این واقعیت است که ضریب نفوذ بیمه‌ی عمر، بیمه‌ی عمر سرانه و حق بیمه‌ی عمر اثر مثبت بر بهبود وضعیت امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ‌ومیر کودکان دارند. همچنین متغیرهای تورم و نرخ بیکاری اثر منفی بر بهبود وضعیت امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ‌ومیر کودکان دارند.*

بحث: *در فرایند توسعه‌ی انسانی و بهبود شاخص سلامت در حوزه‌ی رفاه اجتماعی، تقویت و توسعه بیمه‌ی عمر می‌تواند باعث افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر کودکان در ایران شود.*

کلید واژه‌ها: امید به زندگی، بیمه‌ی عمر، سلامت، مرگ‌ومیر کودکان

تاریخ دریافت:۹۲/۱۰/۲٤ تاریخ پذیرش:۹۳/٤/۲۵

*دکترای اقتصاد، دانشگاه بوعلی سینا <hamidbasu1340@gmail.com> (نویسنده مسئول)

**کارشناسی ارشد اقتصاد، دانشگاه بوعلی سینا

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

در حوزه‌ی رفاه اجتماعی، بخش سلامت (بهداشت و درمان) از جمله بخش‌های کلیدی هر کشور محسوب شده و به‌عنوان زیربنای توسعه معرفی می‌گردد. به‌طوری‌که در چند دهه‌ی گذشته مقوله‌ی سلامت به‌عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده و برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان‌ها قابل دسترس و الزامی است. امروزه مشخص شده که بسیاری از اشکال مختلف بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه به‌خصوص کشور ایران با عوامل اجتماعی و شرایط خانوادگی رابطه‌ی قوی دارد. مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات و مسائلی همچون حوادث منفی زندگی از جمله از دست دادن کار و مشکلات مالی خانواده از عواملی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامتی روانی افراد دارند. از ویژگی‌های بارز بخش سلامت در جوامع در حال توسعه، لزوم دخالت گسترده‌ی دولت از طریق اجرای سیاست‌های پولی و مالی در این بازار است. با توجه به اینکه بیمه‌ی عمر نوعی سرمایه‌گذاری بلندمدت برای خانوارها محسوب می‌شود، اعمال هرگونه سیاست اجرایی در این زمینه می‌تواند اثرات بلندمدت بر بخش سلامت بر جای‌گذارد. در جوامع توسعه یافته، بیمه‌ی عمر انواع مختلفی همچون، بیمه‌ی عمر مستمری، بیمه‌ی عمر سرمایه فرزندان، بیمه‌ی عمر سرمایه، بیمه‌ی عمر خانوادگی دارد که با هدف مقابله با مشکلاتی نظیر فقر، بیکاری و کمبود درآمدهای آتی سرپرست خانواده در دوران بازنشستگی و فرزندان شخص بیمه‌گذار در سطح خانوار طرح‌ریزی می‌گردد (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸).

هدف اساسی از ارائه‌ی بیمه‌های عمر در این جوامع، فراهم‌آوری تأمین اقتصادی و رفاه اجتماعی، کسب آرامش روانی و افزایش امید به زندگی در میان آحاد جامعه است، به طوری‌که انتظار می‌رود با توسعه‌ی بیمه‌ی عمر در آینده بتوان جلوی بسیاری از انحرافات اقتصادی و اجتماعی را گرفته و زمینه‌های یک زندگی با کرامت و یک توسعه پایدار را نوید داد. برنامه‌ریزان در جوامع توسعه یافته، دلیل بالا بودن سطح تقاضای آحاد جامعه برای بیمه‌ی عمر را به چگونگی تاثیرگذاری آن بر شاخص سلامت جامعه نسبت می‌دهند، زیرا از یک طرف توسعه‌ی بیمه‌ی عمر باعث اطمینان خاطر و آرامش روانی فرد متقاضی برای برخورداری از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

پس‌انداز و درآمدهای آتی است و از طرف دیگر به‌طور مستقیم باعث افزایش امید به زندگی می‌شود. از جمله نتایج تصمیم‌گیری جمعی در زمینه‌ی توسعه‌ی بیمه‌ی عمر نیز می‌توان به افزایش سطح پس‌انداز و سرمایه‌گذاری بلندمدت در کلان اقتصادی جامعه اشاره نمود که زمینه‌های افزایش تولید، اشتغال، تولید ملی و درآمد سرانه را فراهم می‌آورد و به این صورت بیمه‌ی عمر به‌طور غیرمستقیم و از طریق افزیش درآمد سرانه بر هزینه‌های بهداشتی افراد و سلامت آن‌ها اثر دارد. همان‌طور که در جدول(۱) ملاحظه می‌شود، کشورهای در حال توسعه به‌خصوص کشور ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، تقاضای بیمه‌ی عمر کم‌تری دارند. همچنین شاخص‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته در وضعیت پایین تری قرار دادند. وضعیت سلامت در کشور ایران نسبت به کشورهای توسعه یافته و حتی برخی از کشورهای در حال توسعه مانند امارات، ترکیه، مالزی، کویت و تونس در موقعیت پایین‌تری قرار دارد.

با نگاهی به جدول (۱) درمی‌یابیم که به‌طور متوسط در کشورهایی که تقاضای بیمه‌ی عمر بیش‌تر است، درآمد سرانه و امید به زندگی نیز بالاست و نرخ مرگ‌ومیر کودکان پایین است. کشورهایی که بالاترین تقاضای بیمه‌ی عمر سرانه را دارند، امید به زندگی در آن‌ها تقریباً ۸۲/۵ سال و نرخ مرگ‌ومیر حدود ٤ است، که بالاترین سطح امید به زندگی و کم‌ترین نرخ مرگ ومیر در جدول (۱) است. در کشورهایی با تقاضای متوسط بیمه‌ی عمر، امید به زندگی ۷٤ تا ۸۱ سال است و نرخ مرگ‌ومیر ٤ تا ۱۲/۵ است و در نهایت افراد در کشورهایی با پایین‌ترین تقاضای بیمه‌ی عمر، کم‌تر از ۷٤ سال عمر می‌کنند و نرخ مرگ‌ومیر بالا و حدود ٤۰ است. مقایسه‌ی این ارقام نشان می‌دهد که یکی از عوامل اصلی افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر اشاعه و گسترش فعالیت‌های بیمه‌ی عمر است. با مروری بر داده‌های آماری مربوط به وضعیت بهداشت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه (به‌خصوص کشور ایران)، این سؤال مطرح می‌شود که آیا، کشور ایران تنها با افزایش درآمد سرانه، می‌تواند بهبود قابل ملاحظه‌ای در بخش سلامت داشته باشد. مطالعه‌ی حاضر، در پی اثبات این موضوع است که برای بهبود وضعیت سلامت، درکنار افزایش درآمد سرانه، وضعیت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

تقاضا برای صنعت بیمه‌ی عمر در این کشور ایران نیز باید مورد توجه اساسی قرار گیرد.

جدول (۱). مقایسه شاخص‌های تقاضای بیمه‌ی عمر و شاخص سلامت کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته- ۲۰۱۱

شاخص‌ها / نام کشورها	حق بیمه‌ی عمر(دلار)	بیمه‌ی عمر سرانه(دلار)	ضریب نفوذ بیمه‌ی عمر(درصد)	درآمد سرانه (دلار)	امید به زندگی در بدو تولد	شاخص نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال
کشورهای توسعه‌یافته						
امریکا	۵۳۷۵۷۰	۱۷۱۶	۳/۶	۳۷۶۹۱/۰۳	۷۸/۶۴	۷/۳
کانادا	۵۲۱۶۷	۱۵۱۹	۳	۲۵۹۳۳/۲۸	۸۱/۰۶	۵/۴
آلمان	۱۱۳۸۶۹	۱۳۸۹	۳/۲	۲۶۲۰۶/۵۵	۸۰/۷۴	۴/۱
فرانسه	۱۷۴۷۵۳	۲۶۳۸	۶/۲	۲۳۰۱۶/۸۵	۸۱/۶۷	۴/۲
هلند	۳۱۲۱۰	۱۸۷۰	۳/۷	۲۶۶۳۴/۸۶	۸۱/۲۱	۴/۳
انگلستان	۲۱۰۰۶۷	۳۳۴۷	۸/۷	۲۸۲۷۲/۴۱	۸۰/۷۵	۵
ایتالیا	۱۰۵۰۸۹	۱۶۹۶	۴/۷	۱۸۹۳۷/۲۵	۸۲/۰۸	۳/۹
سوئد	۳۱۹۶۱	۳۳۸۲	۶	۳۳۶۳۰/۲۵	۸۱/۸	۳
نروژ	۱۲۸۷۱	۲۶۰۴	۲/۶	۴۰۰۳۴/۸۵	۸۱/۲۹	۳
ایرلند	۴۳۰۳۸	۳۳۶۷	۶/۹	۲۷۷۱۵/۵۳	۸۰/۴۹	۴/۱
اسپانیا	۳۹۲۵۷	۸۴۹	۲/۶	۱۵۴۲۸/۳۲	۸۲/۳۳	۴/۶
سوئیس	۳۵۰۸۳	۴۴۲۱	۵/۵	۳۹۱۷۰/۴۲	۸۲/۶۹	۴/۴
استرالیا	۴۵۱۸۷	۲۰۷۷	۳	۲۵۳۰۶/۸۳	۸۱/۸۴	۴/۹
کشورهای در حال توسعه						
ایران	۷۱۳	۱۰	۰/۲	۲۱۸۸/۱۸	۷۳/۴۵	۱۸/۴
پاکستان	۷۳۹	۴	۰/۴	۶۷۲/۱۵	۶۶/۲۸	۸۷/۹
ترکیه	۱۵۷۹	۲۱	۰/۲	۵۷۴۱/۴۱	۷۴/۵۴	۱۵
اندونزی	۹۴۳۷	۴۰	۱/۱	۱۲۰۶/۹۹	۷۰/۳۹	۳۲/۳
مالزی	۹۳۰۷	۳۲۸	۳/۳	۵۳۴۵/۲۲	۷۴/۶۷	۸/۵
کویت	۱۸۵	۶۶	۰/۱	۲۴۲۸۶/۱۲	۷۴/۲۵	۱۱/۱
بنگلادش	۷۸۹	۵	۰/۷	۵۸۸/۳۷	۶۹/۸۹	۴۳/۸
الجزایر	۱۰۳	۳	۰/۱	۲۲۵۵/۲۵	۷۰/۷۵	۲۰/۸
مصر	۷۴۰	۹	۰/۳	۱۹۷۶/۶۲	۷۰/۶۷	۲۲
تونس	۱۱۹	۱۱	۰/۳	۳۰۵۰/۸۸	۷۴/۷۵	۱۶/۸
مراکش	۸۷۱	۲۷	۰/۹	۱۹۰۸/۳۱	۷۰/۴۱	۳۲/۳
اردن	۵۶	۹	۰/۲	۲۵۸۸/۶۷	۷۳/۵۹	۱۹/۷
امارات	۱۲۲۶	۲۵۵	۰/۳	۲۱۰۵۸/۴۴	۷۶/۷۸	۸/۶

*منبع: سایت‌های WDI, Sigma, Swiss Re و WHO

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

در بیـن مطالعـات داخلـی و خارجـی، مطالعـه‌ی اندکـی بـر روی اثرگـذاری متغیرهـای بخـش مالـی به‌خصـوص متغیـر بیمـه‌ی عمـر بـر شـاخص سـلامت صـورت گرفتـه و بیش‌تـر مطالعـات در ایـن رابطـه از ماهیـت توصیفـی بـه جـای تحلیـل اقتصادسـنجی برخوردارنـد. در بیـن مطالعـات خارجـی، پارکیـن[1] (۱۹۸۷)، رابطـه‌ی قـوی و مثبـت بیـن درآمـد ملـی و سـلامت را تأییـد و بیـان می‌کنـد کـه هزینـه‌ی مراقبـت از سـلامت نظیـر یـک کالای لوکـس، بـا افزایـش درآمـد افزایـش می‌یابـد. همچنیـن فوکـس و شِـوری[2] (۱۹۸۸)، طـی مطالعـه‌ای نشـان دادنـد کـه بیـکاری اثـر قـوی و منفـی بـر وضعیـت سـلامت و بهداشـت افـراد دارد. کـوآدرادو و لوپـز[3] ((۱۹۹۶وجـود رابطـه قـوی و مثبـت بیـن درآمـد ملـی و سـلامت را تأییـد کـرده و بیـان نمودنـد کـه بیـکاری اثـر منفـی بـر سـلامت دارد. زیـرا، بیـکاری باعـث افزایـش طـلاق، دزدی و بسـیاری از عواملـی کـه سـلامت جامعـه را بـه خطـر می‌انـدازد می‌شـود. فلـود و همـکاران[4] (۱۹۹۰)، در مطالعـه‌ی خـود بیـان نمودنـد کـه کاهـش بیـکاری باعـث بهبـود وضـع تغذیـه و سـلامتی می‌شـود. ویلکینسـون[5] (۱۹۹۶) و حشـمتی[6] (۲۰۰۱) در مطالعـات خـود، رابطـه‌ی قـوی و مثبـت بیـن درآمـد ملـی و سـلامت را تأییـد کردنـد. دیتـون[7] (۲۰۰۳) نشـان داد کـه اثـر هـر دلار اضافـی بـر سـلامت و امیـد بـه زندگـی در کشـورهای ثروتمندتـر، ضعیف‌تـر از کشـورهای فقیرتـر اسـت. آنانـد و راوالیـون[8] (۱۹۹۳) پیشـنهاد کردنـد کـه افزایـش GDP، زمانـی بـر امیـد بـه زندگـی و سـلامتی اثـر مثبتـی دارد کـه رشـد اقتصـادی منجـر بـه کاهـش فقـر شـود. دریفیـل[9] (۱۹۸۸) و میچـاد[10] (۲۰۱۰) در مطالعـه‌ی خـود بیـان کردنـد کـه تـورم اثـر منفـی بـر سـلامت دارد. باتـو و همـکاران[11] (۲۰۱۰) در مطالعـه خـود به‌طـور توصیفـی بیـان کـرد کـه توسـعه مالـی اثـر مثبـت بـر افزایـش اشـتغال، کاهـش فقـر و بهبـود سـلامت دارد. همچنیـن بـک و وب[12] (۲۰۰۲)، در مطالعـه خـود بیـان کردنـد کـه امیـد بـه

1.Parkin 2.Fox and Shewry 3.Quadrado and Lopez
4.Floud 5.Wilkinson 6.Heshmati
7.Deaton 8.Anand and Ravallion 9.Drifil
10.Michaud 11.Batuo 12.Beck and Webb

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

زندگـی باعـث افزایـش تقاضـای بیمـه‌ی عمـر می‌شـود، امـا اثـر بیمـه‌ی عمـر را بـر امیـد بـه زندگـی مـورد توجـه قـرار ندادنـد. در بیـن مطالعـات داخلـی، کاسـکلاکای و همـکاران (۱۳۸۰)، در مطالعـه‌ی خـود بیـان کردنـد کـه بـا افزایـش بیـکاری بـر تعـداد بیمـاران روانپزشـکی افـزوده می‌شـود. پـس بیـکاری اثـر منفـی بـر سـلامت دارد. کریمـی (۱۳۸٤) بیـان کـرد کـه تـورم اثـر منفـی بـر سـلامت دارد. حسـن زاده و همـکاران (۱۳۸۵) در مطالعـه خـود به‌طـور توصیفـی بیـان کـرد کـه توسـعه‌ی بخـش مالـی اثـر مثبـت بـر افزایـش اشـتغال، کاهـش فقـر و بهبـود سـلامت دارد. احمـدی و همـکاران (۱۳۸۸) بـه بررسـی اثـر تـورم، بیـکاری، موازنـه‌ی پرداخت‌هـا، ضریـب جینـی، مخـارج سـلامت و مخـارج دولتـی بـا شـاخص امیـد بـه زندگـی در بـدو تولـد در ایـران پرداخته‌انـد. طبـق ایـن تحقیـق، متغیرهـای تـورم، بیـکاری، موازنـه‌ی پرداخت‌هـا و ضریـب جینـی اثـر منفـی و معنـادار بـر سـلامت دارنـد و متغیرهـای مخـارج سـلامت و مخـارج دولتـی اثـر مثبـت و معنـادار بـر بخـش سـلامت دارنـد. مهـدوی و همـکاران (۱۳۹۰)، در مطالعـه‌ی خـود بـا اسـتفاده از یـک مـدل زمانـی گسسـته بـرای مرگ‌ومیـر افـراد بیمـه شـده، بـه ایـن نتیجـه رسـیدند کـه تأثیـر فسـخ قراردادهـای بیمـه‌ی عمـر بـر روی مرگ‌ومیـر متقاضیـان بیمـه‌ی عمـر بـا افزایـش سـن کاهـش می‌یابـد. همچنیـن بـا افزایـش سـن، سـلامتی فـرد کاهـش یافتـه و نیـاز فـرد جهـت تحـت پوشـش قـرار گرفتـن توسـط خدمـات بیمـه‌ی عمـر افزایـش می‌یابـد و احتمـال فسـخ قـرارداد بیمـه‌ی عمـر کـم می‌شـود.

هـدف از انجـام پژوهـش حاضـر، بررسـی چگونگـی اثرگـذاری توسـعه بیمـه‌ی عمـر بـر شـاخص‌های سـلامت در ایـران اسـت. ایـن مطالعـه می‌توانـد در ترسـیم سیاسـت‌گذاری‌های بیمـه‌ای دولـت در بخـش بهداشـت و سـلامت جامعـه، نقـش مهمـی بـرای رسـیدن بـه سـطح زندگـی و رفـاه بالاتـر ایفـا کنـد. بنابرایـن در مطالعـه‌ی حاضـر، ایـن سـئوال مطـرح اسـت کـه چگونـه می‌تـوان امیـد بـه زندگـی را افزایـش و نـرخ مرگ‌ومیـر را کاهـش داد؟ پاسـخ بـه ایـن پرسـش مسـتلزم طـرح سـاز وکاری اسـت کـه تحقـق آن منجـر بـه افزایـش امیـد بـه زندگـی و کاهـش مرگ‌ومیـر شـود. در ادامـه، سـاختار مقالـه بـه ایـن ترتیـب اسـت کـه در بخـش دوم، مقایسـه‌ی تطبیقـی کشـورهای در حـال توسـعه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

به‌خصوص کشور ایران با کشورهای توسعه یافته در زمینه‌ی بازار بیمه‌ی عمر و شاخص‌های سلامت صورت می‌گیرد. در بخش سوم، مبانی نظری پژوهش ارائه می‌شود. در بخش چهارم، مطالعات تجربی بیان می‌شود. در بخش پنجم، به معرفی مدل‌ها و متغیرها و تأثیر هر یک از این متغیرها بر شاخص سلامت و اهمیت آن‌ها پرداخته می‌شود. در بخش ششم، تخمین الگو و نتایج آن ارائه می‌گردد و در پایان نیز، نتیجه‌گیری و پیشنهادات مطرح خواهد شد.

مبانی نظری

واژه‌ی سلامت در فرهنگ آکسفورد، به معنی وضع عالی جسم یا روح و حالتی است که اعمال بدن به موقع و به گونه‌ای مؤثر انجام شود. در فرهنگ وبستر نیز، سلامت به وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و به ویژه بر کنار بودن از درد یا بیماری جسمی گفته شده است.ابن سینا معتقد است که سلامت سرشت یا حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌گیرد و نقطه‌ی مقابل آن بیماری است (سجادی، ۱۳۸۳). سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالت سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری تعریف می‌کند و بنابراین تعریف، سلامت دارای یک‌سری ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است که تحت تأثیر محیط اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرد. در سال‌های اخیر با گنجانده شدن" توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی" تعاریف کامل‌تری از واژه‌ی سلامت ارائه شده است. بر اساس دیدگاه تئوری سرمایه‌ی انسانی، سلامت را می‌توان مانند هر کالای دیگر اقتصادی، به‌عنوان یک کالای بادوام در نظر گرفت و در این دیدگاه، همه‌ی افراد با ذخایری از سلامت به دنیا می‌آیند که برخی کم‌تر و برخی بیش‌تر از آن بهره‌مندند. پایه و اساس چگونگی اثرگذاری متغیرهای اقتصاد بر بخش بهداشت، به توابع مطلوبیت و اهمیت سلامت به‌عنوان یک کالا برای افراد باز می‌گردد. مایکل گروسمن[1] (۱۹۷۲) برای اولین بار سرمایه‌ی سلامت را وارد توابع مطلوبیت نمود. در واقع

1.Grossman

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

او سلامت را به‌عنوان کالای سرمایه‌ای (که زندگی سالم برای فرد تولید می‌کند) در نظر گرفت و تأکید کرد که سلامت فرد نقش مهمی در تعیین مدت زمانی دارد که فرد قادر است آن را صرف کسب درآمد و تولید کند. گروسمن ابتدا مفهوم ذخیره‌ی سلامت را به کار برد و پس از محاسبه‌ی میزان تقاضای مشتق شده برای مراقبت‌های سلامتی، اظهار نمود که هر فرد در آغاز یک دوره مثلا شروع یک سال خاص، دارای ذخیره‌ای از موجودی کالای سلامت است که با گذشت زمان، موجودی سلامت فرد با افزایش سن کاهش و مستهلک می‌گردد. وی این فرایند را گذر زمان می‌نامد و معتقد است زمانی که ذخیره‌ی موجودی سلامت فرد از حد بحرانی کم‌تر شود، آن‌گاه فرد از بین خواهد رفت. همچنین در بحث اثر متغیرهای اقتصادی بر شاخص سلامت به‌خصوص اثرگذاری رشد اقتصادی بر شاخص سلامت، از جریان "علیت دورانی و تراکم میردال" نام برده می‌شود که بر حسب این جریان، درآمدهای کم به سطح پایین زندگی و بهره‌وری نیروی انسانی منجر می‌شود که این امر به نوبه‌ی خود مجدداً درآمدهای پایین و تکرار دور باطل را سبب می‌شود.

از آن‌جاکه اندازه‌گیری شاخص سلامت را می‌توان در قالب تعداد زیادی شاخص مطرح نمود، در این پژوهش از شاخص امید به زندگی در بدو تولد و نرخ مرگ‌ومیر کودکان به عنوان متغیرهای بخش سلامت استفاده شد. این دو شاخص از نشان‌گرهای سرمایه‌گذاری در بخش سرمایه‌ی نیروی انسانی و حوزه‌ی بهداشت جامعه محسوب می‌شوند. امید به زندگی در بدو تولد[1]، میانگین تعداد سال‌هایی است که افراد یک جامعه از بدو تولد، امید به زنده ماندن دارند. اگرچه افزایش امید به زندگی، دلیل کاملی برای ارتقای سلامت در جامعه نیست، اما شاخص مطلوبی از نظر توسعه اقتصادی و اجتماعی است و به مثابه‌ی یک شاخص درازمدت می‌تواند به عنوان یک شاخص سلامت پذیرفته شود. در سطح جهانی، برآورد شاخص امید به زندگی با بیش‌ترین طول عمر حدود ۸۵ سال و کم‌ترین طول عمر حدود ۲۵ سال در نظر گرفته می‌شود. محاسبه‌ی شاخص امید به زندگی از نسبت تفاضل امید به

1.Life expectancy at birth

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

زندگی در کشور و کم‌ترین سال‌های زنده ماندن (۲۵ سال که استاندارد بین‌المللی برای برآورد شاخص امید به زندگی است) به تفاضل امید به زندگی در برترین کشورهای جهان و کم‌ترین سال‌های زنده ماندن در سال مورد نظر به‌دست می‌آید (گزارش توسعه انسانی[1]، ۲۰۱۱). هرچه اندازه‌ی این شاخص برای یک کشور به عدد یک نزدیک‌تر باشد، آن کشور از دیدگاه توسعه انسانی پیشرفته‌تر است. میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال شاخص دیگری است که از جمله شاخص‌های میرایی[2] محسوب می‌شود. این شاخص از نسبت کل مرگ‌ومیرهایی که در گروه زیر پنج سال در یک سال معین به هزار تولد زنده در همان گروه سنی اتفاق می‌افتد به‌دست می‌اید. شاخص‌های امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر کودکان، از شاخص‌های بااهمیت برای تعیین وضعیت سلامت جامعه بوده و نشان دهنده‌ی کیفیت زندگی و متأثر از برنامه‌های اجتماعی، مراقبت های بهداشتی، آرامش روانی و تغذیه سالم هستند. رشد این شاخص‌ها می‌تواند نشان‌دهنده‌ی کیفیت استفاده از هزینه‌های بهداشتی در یک کشور باشد. به عبارت دیگر، اگر هزینه‌ی بهداشت و درمان به میزان کافی بوده و کارایی استفاده از این منابع در سطح بالایی باشد، می‌توان انتظار داشت که شاخص مربوط به سطح سلامتی ارتقاء یابد. این شاخص‌ها تابع تندرستی، چگونگی زندگی، امکانات بهداشتی و درمانی، دسترسی به حداقل‌های لازم برای زندگی، نبود نگرانی و برخورداری از آرامش و امنیت اقتصادی و اجتماعی هستند (باصری و همکاران، ۱۳۸۷).

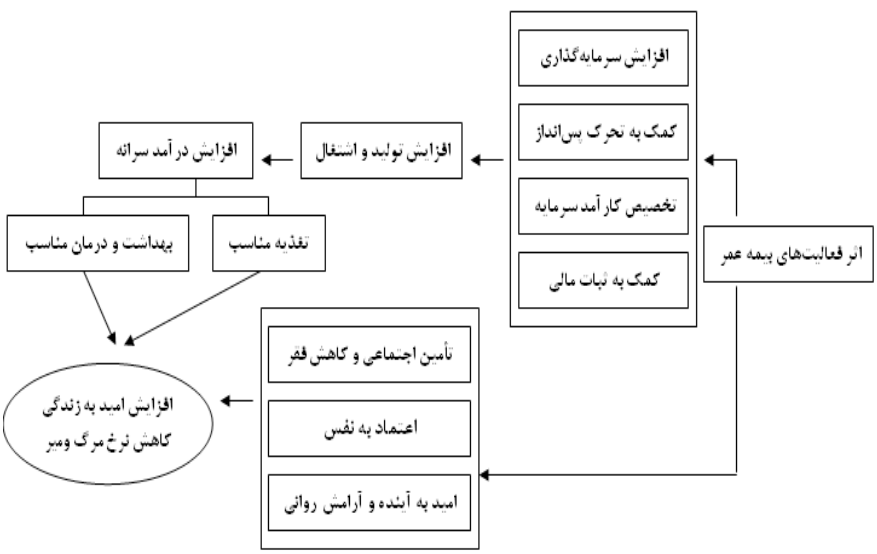
با نگاهی به ساختار نمودار (۱) مشخص می‌گردد که تأثیر فعالیت‌های بیمه‌ی عمر بر شاخص سلامت به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم امکان‌پذیر است. از یک طرف بیمه‌ی عمر به‌طور غیرمستقیم و از طریق رشد اقتصادی، بخش سلامت را متأثر می‌سازد. زیرا بیمه‌گران با دریافت حق بیمه از بیمه گذاران، قادرند وجوه نقد را به صورت وام‌های بلندمدت و دیگر سرمایه‌گذاری‌ها اختصاص دهند. در نتیجه بیمه‌گران با گسترش پروژه‌های سرمایه‌گذاری و با تشویق کارایی اقتصادی به

1.UNDP, Human Development Reports: http://hdr.undp.org/en/statistics/data/calculator

2.Mortality indicators

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

اقتصاد ملی کمک می‌کنند. شرکت‌های بیمه از طریق فعالیت‌های سرمایه‌گذاری باعث تخصیص کارآمد منابع و ثبات مالی می‌شوند. حق بیمه‌های جمع‌آوری شده در واقع پس اندازهای بلندمدتی هستند که به راحتی می‌توانند صرف سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت و سودآور در آینده شوند که این افزایش سرمایه‌گذاری منجر به افزایش سطح اشتغال و استانداردهای زندگی در اقتصاد می‌گردد. بنابراین، فعالیت‌های بیمه‌ی عمر موجب افزایش پس انداز و سرمایه‌گذاری می‌شوند که پیامد نهایی این نوع پس‌انداز و سرمایه‌گذاری، ایجاد اشتغال و در نهایت افزایش درآمد سرانه خواهد بود. بدیهی است که با افزایش درآمد سرانه، افراد درآمد بیش‌تری را صرف خدمات بهداشت و درمان می‌کنند و در نتیجه شاخص امید به زندگی ارتقاء می‌یابد. فرد با خرید بیمه‌ی عمر می‌تواند نوعی سرمایه‌گذاری و پس‌انداز را برای آینده خود و خانواده‌اش داشته باشد، که این نوع پس انداز با توجه به ماهیت بلندمدتی که دارد باعث اطمینان و آرامش خاطر فرد از آینده‌ی خود و خانواده‌اش می‌شود. که این آرامش خاطر می‌تواند تأثیر مهمی بر سلامت فرد بیمه‌گذار داشته باشد.



[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

در نمودار (۱)، همچنین ملاحظه می‌گردد که بیمه‌ی عمر می‌تواند به طور مستقیم از طریق ارایه خدمات بر سلامت تاثیر بگذارد. با توجه به این‌که بیمه‌ی عمر نقش تکمیلی در برنامه‌های تأمین اجتماعی دولت دارد، بنابراین با ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی ارزان قیمت در قالب این نوع بیمه، می‌توان شاهد کاهش تنش‌های روانی، افزایش اطمینان به آینده و سلامت جسمانی افراد بیمه شونده در جامعه بود و انتظار داشت که در نهایت موجبات ارتقاء شاخص امید به زندگی و افزایش سطح سلامت فراهم آید.

روش

با توجه به مبانی نظری و پیشینه‌ی مطالعاتی تجربی در ارتباط با موضوع سلامت، از آن‌جاکه هدف از این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر ارتقای شاخص سلامت در کشور ایران است، برای این منظور از اطلاعات سری زمانی مربوط به سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۶۰ کشور برای تجزیه و تحلیل موضوع استفاده شد. منبع جمع‌آوری آمار مورد نیاز شامل سایت سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سایت بانک مرکزی و بیمه‌ی مرکزی است. همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و برآورد مدل توسط رهیافت حداقل مربعات معمولی از نرم افزار Eviews استفاده شد. با توجه به مبانی نظری و تجربی پژوهش، متغیرهای امید به زندگی در بدو تولد و نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال به عنوان متغیرهای وابسته و معیاری برای شاخص سلامت در نظر گرفته شده اند و متغیر تقاضای بیمه‌ی عمر و متغیرهای اقتصادی به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده‌اند. جهت بررسی تأثیر متغیر بیمه‌ی عمر بر شاخص سلامت از الگوی ۱ استفاده می‌شود:

$$H_{jt} = \alpha_{jt} + \beta X_{it} + \gamma E_{it} + E_{jt} \qquad (۱)$$

که در آن H_{jt} بیان‌گر شاخص‌های سلامت مورد استفاده در این

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

پژوهش(شاخص امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال)، X_{it}: بیان‌گر متغیر تقاضای بیمه‌ی عمر شامل (ضریب نفوذ بیمه‌ی عمر یا نسبت حق بیمه‌ی عمر به GDP ، حق بیمه‌ی عمر سرانه یا نسبت حق بیمه‌ی عمر به جمعیت و حق بیمه‌ی عمر تولیدی)، E_{it}: شامل متغیرهای اقتصادی درآمد سرانه، تورم و نرخ بیکاری است که به عنوان متغیرهای کنترل در نظر گرفته شده‌اند.

جهت حصول به نتایج دقیق‌تر اثر تقاضای بیمه‌ی عمر بر شاخص‌های سلامت، ٦ مدل در نظر گرفته شد. در مدل اول و چهارم در کنار متغیرهای کنترل، اثر ضریب نفوذ بیمه‌ی عمر (نسبت حق بیمه‌ی عمر تولیدی به تولید ناخالص داخلی) بر شاخص‌های امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال بررسی شده است.

در مدل دوم و پنجم در کنار متغیرهای کنترل، اثر حق بیمه‌ی عمر سرانه (نسبت حق بیمه‌ی عمر تولیدی به جمعیت کشور) بر شاخص‌های امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر کودکان بررسی شده است و در مدل سوم و ششم در کنار متغیرهای کنترل، اثر حق بیمه‌ی عمر تولیدی بر شاخص‌های امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر کودکان بررسی شده است. با توجه به مبانی نظری و پیشینه‌ی مطالعاتی تجربی انتظار می‌رود که بین توسعه‌ی بیمه‌ی عمر و امید به زندگی رابطه‌ی مثبت و بین توسعه‌ی بیمه‌ی عمر و نرخ مرگ‌ومیر کودکان رابطه‌ی منفی وجود داشته باشد.

یافته‌ها

برای استفاده از داده‌های سری زمانی در تخمین مدل، ابتدا لازم بود تا از ثابت بودن واریانس، کواریانس و میانگین داده‌ها در طول زمان اطمینان حاصل نماییم، در غیر این صورت تخمین‌ها معتبر نبوده و آماره‌های مدل t و F از قابلیت لازم برای استناد برخوردار نمی‌شدند.

ابتدا برای آزمون مانایی متغیرهای مورد استفاده در مدل، همه‌ی متغیرهای مورد نظر بر اساس آزمون ریشه‌ی واحد دیکی فولر تعمیم یافته بررسی شدند و نتایج در جدول (۳) منعکس گردید.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

نتایج خلاصه شده نشان می‌دهد که اکثر این متغیرها بر اساس این آزمون، ریشه واحد دارند. همچنین برای تشخیص درجه‌ی هم انباشتگی متغیرهای مورد نظر، آزمون دیکی فولر تعمیم یافته برای تفاضل مرتبه اول متغیرها تکرار شد و نتایج بیان‌گر آن است که همه‌ی متغیرهای مدل، با یک مرتبه و برخی از آن‌ها با دو مرتبه تفاضل گیری، مانا می‌شوند.

جدول (۲): نتایج آزمون ریشه‌ی واحد

متغیرها	آماره‌ی آزمون قبل از تفاضل گیری	آماره‌ی آزمون پس از تفاضل گیری	مقدار بحرانی (۱۰٪) مکینون	مقدار بحرانی (۵٪) مکینون	مقدار بحرانی (۱٪) مکینون
MOR	-۳/٦٨	.....	-۲/٦۲	-۲/۹٦	-۳/٦٦
LIF	-۲/۰۹	-۱۱/۰٤	-۲/٦۱	-۲/۹٦	-۳/٦٦
IP	٤/٥۲	-٦/٥٤	-۲/٦۲	-۲/۹۷	-۳/٦۷
ID	۳/۸۲	-٦/۲۱	-۳/۲۲	-۳/٥۷	-٤/۳
PRE	۳/۸۸	-٥/۱۷	-۳/۲۱	-۳/٥٦	-٤/۲۹
INF	-۳/٤۲	-٦/٦	-۲/٦۲	-۲/۹٦	-۳/٦۷
UNE	-۱/۸٤	-٥/۸۳	-۲/٦۱	-۲/۹٦	-۳/٦٦
GDP	-٥/۱۹	.....	-۲/٦۲	-۲/۹۸	-۳/۷۱

طبق جدول (٤) که نتایج حاصل از تخمین ٦ مدل تحقیق را نشان می‌دهد، تمامی متغیرها از لحاظ آماری معنادار بوده و ضرایب تخمینی تمام متغیرها علائمی دارند که با عمده مطالعات تجربی و مفاهیم نظری مطرح شده سازگار هستند.

همچنین بالا بودن آماره‌ی دوربین واتسون در همه‌ی مدل‌ها بیان‌گر عدم وجود مشکل خودهمبستگی است و با توجه به این‌که در هر شش مدل F کل مدل معنادار می‌باشد، بنابراین مدل برآوردی از اطمینان لازم برخوردار است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

جدول (۳): نتایج برآورد اثر متغیرهای بیمه‌ی عمر (ضریب نفوذ بیمه‌ی عمر، بیمه‌ی عمر سرانه و حق بیمه‌ی عمر) بر امید به زندگی

شرح	متغیرها	β	t	P	توضیحات			
					R^2	R^2 تعدیل شده	F	آماره‌ی دوربین واتسون (D.W)
مدل ۱	عرض از مبدا	٤/٥٧	٨١/٩	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷	۰/۹٤۸	۱۱۵/۹۱ [۰/۰۰۰]	۲/۸
	IP	۰/۰۲۲	۷/۷۷	۰/۰۰۰				
	INF	-۰/۰۲۲	-۲/۸۵	۰/۰۰۸٤				
	GDPCAP	-۰/۰۰۱	-۱/۹	۰/٦۸				
	UNE	-۰/۰۰۹	-۳/۰۰۸	۰/۰۰۵۸				
مدل ۲	عرض از مبدا	٤/۷۹	٤۵/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۹۵٦	۰/۹٤۸	۱۱۵/۵۱ [۰/۰۰۰]	۲/۸۲
	ID	۰/۰۲۱	۷/۰٤۱	۰/۰۰۰				
	INF	-۰/۰۱۹	-۲/٦۵	۰/۰۱۳				
	GDPCAP	-۰/۰۰۱	-۲/۰۳	۰/۰۵				
	UNE	-۰/۰۹۸	-۲/۷٦	۰/۰۱				
مدل ۳	عرض از مبدا	۹۰/۲٦	۱۵/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۹٦	۰/۹۵۲	۱۲۰/۳۱ [۰/۰۰۰]	۲/۳۲
	PRE	۱/۳۵	۱۳/۵۵	۰/۰۰۰				
	INF	-۱/۵٦	-۳/۲۵	۰/۰۰۳۳				
	GDPCAP	-۱/٦٦	-۳/۰۰۹	۰/۰۰۵۹				
	UNE	-۸/۱۵	-٤/۲۵	۰/۰۰۰۲				

همان‌طور که در جداول(٤) و (۵) ملاحظه می‌شود، سه متغیر تقاضای بیمه‌ی عمر شامل ضریب نفوذ بیمه‌ی عمر (IP)، حق بیمه‌ی عمر سرانه (ID) و حق بیمه‌ی عمر تولیدی (PRE) اثر مثبت و معناداری بر شاخص‌های سلامت دارند. به‌طوری که با افزایش تقاضای بیمه‌ی عمر، امید به زندگی افزایش می‌یابد و نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال نیز کاهش می‌یابد.

این نتیجه مطابق با انتظارات است. زیرا با تقاضای بیمه‌ی عمر، اطمینان و آرامش خاطر فرد از آینده‌ی خود افزایش یافته و و با توجه به این‌که افزایش تقاضای بیمه‌ی عمر منجر به رشد اقتصادی و افزایش درامد سرانه می‌شود؛ افراد، درآمد بیش‌تری را صرف خدمات بهداشت می‌کنند. در هر شش مدل، تورم (INF) اثر منفی و معنادار بر سلامت دارد. به طوری که با افزایش تورم، امید به زندگی کاهش می‌یابد و مرگ‌ومیر کورکان زیر پنج سال نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه مطابق با انتظارات است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

لـذا بـا افزایـش تـورم، قـدرت خریـد فـرد کـم شـده و تقاضـای فـرد از خدمـات بهداشـت کاهـش کافتـه و در نهایـت سـطح سـلامت فـرد نیـز کاهـش می‌یابـد.

جدول (٤): نتایج برآورد اثر متغیرهای بیمه‌ی عمر بر نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال

شرح	متغیرها	ضرایب β	آماره t	P-Valu	توضیحات			
					R۲	R۲ تعدیل شده	F_Statistic [prob]	آماره دوربین واتسون D.W
مدل ٤	عرض از مبدا	۱/۷٦	۸/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱	۰/۹۰۸	۷۵/۱۵ [۰/۰۰۰]	۲/۳۹
	IP	-۱/۱۲	-۱۲/۱۷	۰/۰۰۰				
	INF	۰/۰۱	۳/٤٦	۰/۰۰۱۹				
	GDPCAP	۰/۰۰۵٦	۱/٤۲	۰/۱٦				
	UNE	۰/۰۷٤	۵/۲۲	۰/۰۰۰				
مدل ۵	عرض از مبدا	۱/۲۵	۵	۰/۰۰۰	۰/۹۲۳	۰/۹۱	۷۷/٦۹ [۰/۰۰۰]	۲/٤۰۲
	ID	-۰/۱۲	-۱۲/۳۹	۰/۰۰۰				
	INF	۰/۰۱	۳/۳۳	۰/۰۰۲٦				
	GDPCAP	۰/۰۰٦	۱/۵۷	۰/۱۳				
	UNE	۰/۰۷۳	۵/۲۲	۰/۰۰۰				
مدل ٦	عرض از مبدا	۳/۲۷	۱۳/۳٤	۰/۰۰۰	۰/۹۲٤	۰/۹۲	۷۸/۸٦ [۰/۰۰۰]	۲/٤۰٤
	PRE	-۰/۱۰٦	-۱۲/۵	۰/۰۰۰				
	INF	۰/۰۰۹۹	۳/۲۹	۰/۰۰۲۸				
	GDPCAP	۰/۰۰۵۵	۱/٤۲	۰/۱۷				
	UNE	۰/۰۷۱	۵/۰۷	۰/۰۰۰				

همچنیـن ملاحظـه می‌گـردد کـه در هـر شـش مـدل، درآمـد سـرانه (GDPCAP) اثـر منفـی بـر بخـش سـلامت دارد و ایـن نـوع اثرگـذاری تولیـد ناخالـص داخلـی سـرانه بـر شـاخص سـلامت مطابـق بـا انتظـارات نظـری نیسـت. شـاید بتـوان دلیـل اصلـی اثـر منفـی تولیـد ناخالـص داخلـی سـرانه بـر شـاخص سـلامت را در تأثیـر سیاسـت‌های معطـوف بـه رشـد اقتصـادی در سـال‌های اولیـه اجـرای آن دانسـت. زیـرا بـر اسـاس اقتصـاد نئوکلاسـیکی، سیاسـت‌های اقتصـادی همچـون برنامه‌هـای تعدیـل اقتصـادی، در مراحـل اولیـه، افزایـش درآمـد عمومـی کشـور را بـه دنبـال دارنـد و بـه سیاسـت‌های اقتصـادی عدالـت محـور وگسـترش خدمـات اجتماعـی توجـه چندانـی ندارنـد. بنابرایـن در ایـران سیاسـت‌های رشـد اقتصـادی، نتایـج مسـاعدی بـر شـاخص‌های اجتماعـی و بخـش سـلامت نداشـته و در بسـیاری مـوارد منجـر بـه بدتـر شـده شـاخص‌های اجتماعـی شـده اسـت. در ارتبـاط بـا اثـر متغیـر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

بیکاری بر سلامت نیز در جداول(٤) و (٥) ملاحظه می‌شود که در هر شش مدل، بیکاری (UNE) اثر منفی و معنادار بر بخش سلامت دارد. به طوری‌که با افزایش بیکاری، امید به زندگی کاهش یافته و نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیرپنج سال نیز افزایش یافته است. زیرا فرد بیکار، فاقد درآمد کافی جهت هزینه کردن در بخش بهداشت و مسکن و تغذیه مناسب است. بنابراین، بیکاری با توجه به اثرات اقتصادی و روانی که بر فرد بیکار می‌گذارد، امید به زندگی فرد را کاهش می‌دهد و با توجه به اثرات منفی که بر اقتصاد خانوار دارد باعث افزایش نرخ مرگ‌ومیر کودکان می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه سلامتی افراد جامعه، از مهم‌ترین بخش‌های شاخص توسعه‌ی انسانی به‌شمار می‌رود که اهمیت آن در مطالعات مختلف اثبات شده و با تغییر الگوی همه گیرشناختی بیماری‌ها، از علل بالینی گرفته تا علل روانی و اجتماعی، نقش تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. از جمله تعیین کننده‌های مؤثر اجتماعی سلامت در هر جامعه‌ای، مقوله‌ی توسعه‌ی بیمه است. با توجه به هدف پژوهش حاضر یعنی بررسی اثر بیمه‌ی عمر بر سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳٦۰–۱۳۹۰، نتایج به‌دست آمده نشان داد که در کشور ایران، با توسعه و افزایش تقاضای بیمه‌ی عمر، امید به زندگی افزایش و مرگ‌ومیر کاهش یافتنی است. نتیجه‌ی تحقیق حاضر با پیشینه‌ی پژوهش مبتنی بر این مضمون که تقاضای بیمه‌ی عمر، مطلوبیت انتظاری فرد که ناشی از اطمینان و آرامش روانی وی است را افزایش می‌دهد و اشاره به این نکته که افزایش تقاضای بیمه‌ی عمر منجر به بهبود سلامت می‌شود، هم‌سو می‌باشد. به‌خصوص آنکه نتایج بیان‌گر این واقعیت هستند که فرد متقاضی بیمه‌ی عمر، در دوران بازنشستگی منبع درآمد بیش‌تری جهت هزینه کردن در بخش بهداشت دارد که این امر اثرات مثبتی بر وضعیت بهداشت فرد برجای می‌گذارد. در این پژوهش این یافته نیز

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مورد توجه است که در کشور ایران، مشکل اصلی در زمینه‌ی سلامت صرفاً کمبود درآمد سرانه نیست بلکه از طرق دیگر مثل افزایش تقاضای بیمه‌ی عمر می‌توان به ارتقای شاخص سلامت کمک کرد. زیرا، بیمه‌ی عمر به صورت مستقیم از طریق ایجاد آرامش روانی و اطمینان خاطر و ایجاد تأمین اجتماعی برای فرد متقاضی بیمه‌ی عمر منجر به ارتقای شاخص سلامت می‌شود و به صورت غیر مستقیم از طریق به‌کارگیری پس انداز بیمه‌گذاران (حق بیمه‌های تولیدی) در سرمایه‌گذاری‌های مولد و بلندمدت، باعث ایجاد اشتغال و افزایش درآمد سرانه می‌شود که با افزایش درآمد افراد و بهبود قدرت خرید افراد، باعث می‌شود افراد هزینه بیش‌تری را صرف خدمات بهداشتی نمایند که در نهایت منجر به افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ‌ومیر می‌شود. از دیگر نتایج پژوهش حاضر این است که با افزایش بیکاری و تورم، شرایط سلامت تنزل می‌یابد. همچنین در این پژوهش اثر درآمد سرانه مطابق با انتظارات به دست نیامده است و در ایران طی دوره مورد مطالعه، درآمد سرانه اثر منفی بر شاخص‌های سلامت دارد که علت این امر را می‌توان در سیاست‌های رشد اقتصادی مبتنی بر اقتصاد نئوکلاسیکی در مراحل اولیه‌ی اجرای آن در کشور دانست. با توجه به یافته‌های تحقیق، رهنمودهای سیاستی این مطالعه این است که انواع بیمه‌های عمر به‌خصوص در بخش درمان و مستمری، تأمین مالی و تقسیم ریسک، به‌عنوان مکمل سیستم‌های تأمین اجتماعی برای فائق آمدن بر هزینه‌ها و نیازهای افراد در دوران بازنشستگی به‌خصوص هزینه‌های بهداشتی-درمانی، توسعه و گسترش یابند و نگاه برنامه ریزان اقتصادی در کشور به گونه‌ای باشد که برنامه‌های سلامت، بهداشت و رفاه عمومی کشور، هماهنگ با سایر سیاست‌گذاری‌های بخش اقتصاد به‌خصوص در بخش بیمه‌ی عمر صورت گیرد تا تحقق برنامه‌های توسعه و به طور خاص برنامه‌های بخش سلامت کشور، با درصد موفقیت بیش‌تری پیش‌رود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

منابع و مآخذ References

- احمـدی، ع.، غفـاری، م. و عمـادی، س. (۱۳۸۸). رابطـه متغیرهـای کلان اقتصـادی بـا سـلامت در ایـران. ***فصلنامـهٔ رفـاه اجتماعـی***، ۱۰ (۳۹).
- اشـرف‌زاده، س. و مهـرگان، ن. (۱۳۸۷)، اقتصادسـنجی پانل‌دیتـا. ***مؤسسـه تحقیقـات تعـاون***، دانشـگاه تهـران.
- باصـری، ب. و فرهـادی کیـا، ع. (۱۳۸۷). تحلیـل عوامـل مؤثـر بـر شـاخص توسـعه انسـانی در اسـتان زنجـان. ***فصلنامـه پژوهش‌هـا و سیاسـت‌های اقتصـادی***، ۱۶(٤٧).
- حسـن زاده، ع.، ازوجـی، ع و قـوی‌دل، ص. (۱۳۸۵). بررسـی آثـار اعتبـارات خـرد در کاهـش فقـر و نابرابری‌هـای درآمـدی. ***اقتصـاد اسـلامی***، شـماره ۲۱۱، بهـار.
- شـیخی، م. (۱۳۹۰). بررسـی عوامـل مؤثـر بـر امیـد بـه زندگـی بـا علـم داده‌کاوی. ***پنجمیـن کنفرانـس داده کاوی ایـران***، دانشـگاه صنعتـی امیرکبیـر، ۲۲ و ۲۳ آذر ۱۳۹۰، تهـران، ایـران.
- سـجادی، ح. و صدرالسـادات، س. (۱۳۸۳). شـاخص‌های سـلامت اجتماعـی. ***مجلـه سیاسـی- اقتصـادی***، ۱۹(۳۰٤).
- فرشـته‌نژاد، س. و دیگـران (۱۳۸۹). بـرآورد امیـد زندگـی و ارتبـاط آن بـا عوامـل اجتماعـی مؤثـر بـر سـلامت در جمعیـت شـهری مناطـق مختلـف شـهر تهـران. ***فصلنامـه طـب و ترکیـه***، تابسـتان ۱۳۸۹، شـماره۷۷، ص ٤٠-۲۵.
- کاسـکلاکای و دیگـران (۱۳۸۰). آثـار بیـکاری بـر سـلامت و آسـایش روانـی. ***مجلـه رفـاه اجتماعـی***، ۱ (۲).
- کامـران، ف. و ارشـادی، خ. (۱۳۸۸). بررسـی رابطـه سـرمایه اجتماعـی شـبکه و سـلامت روان. پژوهـش اجتماعـی، ۲(۳):۲۹-٥٤.
- کریمی، ا. (۱۳۸٤). ***اقتصاد سلامت***. جلد دوم، تهران، نشر گپ.
- مهـدوی، غ.، دقیقـی اصلـی، ع. و لطفـی، ن. (۱۳۹۰). کاربـرد یـک مـدل مرگ‌ومیـر بـا چنـد عامـل ریسـک در فسـخ قراردادهـای بیمـه‌ی عمـر (مـورد مطالعـه: یـک شـرکت بیمـه). ***پژوهشـنامه بیمـه***، سـال بیسـت ششـم، شـماره ۳ (۱۰۳).

- Anand, S., and Ravallion, M. (1993). Human Development in Poor Countries: on the Role of Private Incomes and Public Services. ***Journal of Economic Perspectives***, 7(1), PP. 133-150.
- Batuo, E.M., Guidi, F. and Kupukile M. (2010). Financial Development and Income Inequality: Evidence from African Countries. ***MPRA Paper*** No. 25658, pp.1-28.
- Beck, T. and Webb, I. (2002). Economic, Demographic, and Institutional

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

Determinants of Life Insurance Consumption in across Countries. ***World Bank Economic Review***.
- Deaton, A. (2003). Health, Inequality and Economic Development. ***Journal of Economic Literature***, 41(1), PP. 113-158.
- Drifil, J. (1988). Macroeconomics Policy Games with Incomplete Information: A Survay. ***European Economic Review***, March.
- Floud, R. et al. (1990). Height Health and History; Nutritional Status in the United Kingdom. 1750-1980. New York: Cambridge University Press.
- Fox, A.J. and Shewry, M. (1988). New Longitudinal Insights into Relationships between Unemployment and Mortality. ***Stress Medicine***, 4(12), PP. 45-60.
- Fuchs, V. (1994), ***The Future of Health policy***, Harvard University press: Cambridge.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. ***The Journal of Political Economy***, 80(2), pp223-255.
- Heshmati, A. (2001). On the Causality between GDP and Health Care Expenditure in Augmented Solow Growth Model. SSE / EFT Working Paper Series in Economics and Finance, No. 423.
- Kamran, F. and Ershadi, K. (2009). Examining the Relationship between NetworkSocial Capital and Mental Health. ***Journal of Social Studies***, 3, pp. 29-54.
- Michaud, j. (2010). Inflation and Life expectancy: a Dangerous combination for your retirement?, www.lautorite.qc.ca
- Parkin, D. (1987). Aggregate Health Care Expenditures and National Income: Is Health Care a Luxury Good? ***Journal of Health Economics***. 6(2): 109-127.
- Quadrado, L. and Lopez-Bazo, E. (1996). Macroeconomic Variables and Regional Welfare: An Application to the Spanish Regions. Paper Presented to the 36th ***European congress of European Regional Science Association***, Zurich, Switzerland.
- Swiss Reinsurance Company (1999-2011). ***World Insurance, Various years***, Sigma. Zurich: Swiss Reinsurance Company. Available on Swiss Re Website: www.Swissre.com/Sigma
- WDI (2012). World Development Indicators on CD-ROM. World Bank, Washington, D.C., Available at : http://www.worldbank.org
- Wilkinson, R. G. (1996). Unhealthy Societies: ***the Afflictions of Inequality***. London: Rutledge.
- ***World Health Organization, World Health Statistics***; http://WWW.WHO. Com UNDP, Human Development reports: http://hdr.undp.org/en/statistics/data/calculator

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]