

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

حمید سپهر دوست\* 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 ۱۳۶۰-۱۳۹۰ 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 نرخ مرگ‌ومیر کودکان در ایران شود.

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

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۲۵

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

\*\*کارشناسی ارشد اقتصاد، دانشگاه بوعلی سینا

## 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 جای گذارد. در جوامع توسعه یافته، بیمه‌ی عمر انواع مختلفی همچون، بیمه‌ی عمر مستمری، بیمه‌ی عمر سرمایه‌فرزندان، 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 تأثیرگذاری 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

پس انداز و درآمدهای آتی است و از طرف دیگر به طور مستقیم باعث افزایش امید به زندگی می شود. از جمله نتایج تصمیم گیری جمعی در زمینه توسعه بیمه عمر نیز می توان به افزایش سطح پس انداز و سرمایه گذاری بلندمدت در کلان اقتصادی جامعه اشاره نمود که زمینه های افزایش تولید، اشتغال، تولید ملی و درآمد سرانه را فراهم می آورد و به این صورت بیمه عمر به طور غیرمستقیم و از طریق افزایش درآمد سرانه بر هزینه های بهداشتی افراد و سلامت آنها اثر دارد. همان طور که در جدول (۱) ملاحظه می شود، کشورهای در حال توسعه به خصوص کشور ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، تقاضای بیمه عمر کمتری دارند. همچنین شاخص های سلامت در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته 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 پایین تری قرار دارد.

با نگاهی به جدول (۱) درمی یابیم که به طور متوسط در کشورهای که تقاضای بیمه عمر بیش تر است، درآمد سرانه و امید به زندگی نیز بالاست و نرخ مرگومیر کودکان پایین است. کشورهایی که بالاترین تقاضای بیمه عمر سرانه را دارند، امید به زندگی در آنها تقریباً ۸۲/۵ سال و نرخ مرگومیر حدود ۴ است، که بالاترین سطح امید به زندگی و کمترین نرخ مرگومیر در جدول (۱) است. در کشورهای با تقاضای متوسط بیمه عمر، امید به زندگی ۷۴ تا ۸۱ سال است و نرخ مرگومیر ۴ تا ۱۲/۵ است و در نهایت افراد در کشورهایی با پایین ترین تقاضای بیمه عمر، کم تر از ۷۴ سال عمر می کنند و نرخ مرگومیر بالا و حدود ۴۰ است. مقایسه ای این ارقام نشان می دهد که یکی از عوامل اصلی افزایش امید به زندگی و کاهش مرگومیر اشاعه و گسترش فعالیت های بیمه عمر است. با مروری بر داده های آماری مربوط به وضعیت بهداشت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه (به خصوص کشور ایران)، این سؤال مطرح می شود که آیا، کشور ایران تنها با افزایش درآمد سرانه، می تواند بهبود قابل ملاحظه ای در بخش سلامت داشته باشد. مطالعه حاضر، در پی اثبات این موضوع است که برای بهبود وضعیت سلامت، در کنار افزایش درآمد سرانه، وضعیت

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	۳۷۹۱/۰۳	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 WHO و Swiss Re, Sigma WDI

در بین مطالعات داخلی و خارجی، مطالعه‌ی اندکی بر روی اثرگذاری متغیرهای بخش مالی به خصوص متغیر بیمه‌ی عمر بر شاخص سلامت صورت گرفته و بیش تر مطالعات در این رابطه از ماهیت توصیفی به جای تحلیل اقتصادسنجی برخوردارند. در بین مطالعات خارجی، پارکین<sup>۱</sup> (۱۹۸۷)، رابطه‌ی قوی و مثبت بین درآمد ملی و سلامت را تأیید و بیان می‌کند که هزینه‌ی مراقبت از سلامت نظیر یک کالای لوکس، با افزایش درآمد افزایش می‌یابد. همچنین فوکس و شوری<sup>۲</sup> (۱۹۸۸)، طی مطالعه‌ای نشان دادند که بیکاری اثر قوی و منفی بر وضعیت سلامت و بهداشت افراد دارد. کوآدراو و لوپز<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) وجود رابطه قوی و مثبت بین درآمد ملی و سلامت را تأیید کرده و بیان نمودند که بیکاری اثر منفی بر سلامت دارد. زیرا، بیکاری باعث افزایش طلاق، دزدی و بسیاری از عواملی که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد می‌شود. فلود و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۰)، در مطالعه‌ی خود بیان نمودند که کاهش بیکاری باعث بهبود وضع تغذیه و سلامتی می‌شود. ویلکینسون<sup>۵</sup> (۱۹۹۶) و حشمتی<sup>۶</sup> (۲۰۰۱) در مطالعات خود، رابطه‌ی قوی و مثبت بین درآمد ملی و سلامت را تأیید کردند. دیتون<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که اثر هر دلار اضافی بر سلامت و امید به زندگی در کشورهای ثروتمندتر، ضعیف‌تر از کشورهای فقیرتر است. آناند و راولیون<sup>۸</sup> (۱۹۹۳) پیشنهاد کردند که افزایش GDP، زمانی بر امید به زندگی و سلامتی اثر مثبتی دارد که رشد اقتصادی منجر به کاهش فقر شود. درفیل<sup>۹</sup> (۱۹۸۸) و میچاد<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه‌ی خود بیان کردند که تورم اثر منفی بر سلامت دارد. باتو و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه خود به‌طور توصیفی بیان کرد که توسعه مالی اثر مثبت بر افزایش اشتغال، کاهش فقر و بهبود سلامت دارد. همچنین بک و وب<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۲)، در مطالعه خود بیان کردند که امید به

- |            |                       |                      |
|------------|-----------------------|----------------------|
| 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     |

زندگی باعث افزایش تقاضای بیمه‌ی عمر می‌شود، اما اثر بیمه‌ی عمر را بر امید به زندگی مورد توجه قرار ندادند. در بین مطالعات داخلی، کاسکلاکای و همکاران (۱۳۸۰)، در مطالعه‌ی خود بیان کردند که با افزایش بیکاری بر تعداد بیماران روانپزشکی افزوده می‌شود. پس بیکاری اثر منفی بر سلامت دارد. کریمی (۱۳۸۴) بیان کرد که تورم اثر منفی بر سلامت دارد. حسن زاده و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه خود به‌طور توصیفی بیان کرد که توسعه‌ی بخش مالی اثر مثبت بر افزایش اشتغال، کاهش فقر و بهبود سلامت دارد. احمدی و همکاران (۱۳۸۸) به بررسی اثر تورم، بیکاری، موازنه‌ی پرداخت‌ها، ضریب جینی، مخارج سلامت و مخارج دولتی با شاخص امید به زندگی در بدو تولد در ایران پرداخته‌اند. طبق این تحقیق، متغیرهای تورم، بیکاری، موازنه‌ی پرداخت‌ها و ضریب جینی اثر منفی و معنادار بر سلامت دارند و متغیرهای مخارج سلامت و مخارج دولتی اثر مثبت و معنادار بر بخش سلامت دارند. مهدوی و همکاران (۱۳۹۰)، در مطالعه‌ی خود با استفاده از یک مدل زمانی گسسته برای مرگومیر افراد بیمه شده، به این نتیجه رسیدند که تأثیر فسخ قراردادهای بیمه‌ی عمر بر روی مرگومیر متقاضیان بیمه‌ی عمر با افزایش سن کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش سن، سلامتی فرد کاهش یافته و نیاز فرد جهت تحت پوشش قرار گرفتن توسط خدمات بیمه‌ی عمر افزایش می‌یابد و احتمال فسخ قرارداد بیمه‌ی عمر کم می‌شود.

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی چگونگی اثرگذاری توسعه بیمه‌ی عمر بر شاخص‌های سلامت در ایران است. این مطالعه می‌تواند در ترسیم سیاست‌گذاری‌های بیمه‌ای دولت در بخش بهداشت و سلامت جامعه، نقش مهمی برای رسیدن به سطح زندگی و رفاه بالاتر ایفا کند. بنابراین در مطالعه‌ی حاضر، این سؤال مطرح است که چگونه می‌توان امید به زندگی را افزایش و نرخ مرگومیر را کاهش داد؟ پاسخ به این پرسش مستلزم طرح ساز و کاری است که تحقق آن منجر به افزایش امید به زندگی و کاهش مرگومیر شود. در ادامه، ساختار مقاله به این ترتیب است که در بخش دوم، مقایسه‌ی تطبیقی کشورهای در حال توسعه

به خصوص 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 یک سری 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 مثر از نظر اقتصادی و اجتماعی" تعاریف کامل تری 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<sup>۱</sup> (۱۹۷۲) برای اولین بار سرمایه‌ی سلامت را وارد توابع مطلوبیت نمود. در واقع

1. Grossman

او سلامت را به عنوان 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 مثلاً 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 به خصوص 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، 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



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 به دست می‌آید (گزارش توسعه انسانی<sup>۱</sup>، 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<sup>۲</sup> 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 به دست می‌آید. 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، مراقبت‌های 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 بیمه‌گذاران، 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



در نمودار (۱)، همچنین ملاحظه می‌گردد که بیمه‌ی عمر می‌تواند به طور مستقیم از طریق ارائه 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 ۱۳۶۰-۱۳۹۰ 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 شده‌اند 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:

$$H_{jt} = \alpha_{jt} + \beta X_{jt} + \gamma E_{jt} + E_{jt} \quad (1)$$

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

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، ۶ 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  $F$  و  $t$  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.

نتایج خلاصه شده نشان می‌دهد که اکثر این متغیرها بر اساس این آزمون، ریشه واحد دارند. همچنین برای تشخیص درجه‌ی هم‌انباشتگی 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	-۳/۶۸	.....	-۲/۶۲	-۲/۹۶	-۳/۶۶
LIF	-۲/۰۹	-۱۱/۰۴	-۲/۶۱	-۲/۹۶	-۳/۶۶
IP	۴/۵۲	-۶/۵۴	-۲/۶۲	-۲/۹۷	-۳/۶۷
ID	۳/۸۲	-۶/۲۱	-۳/۲۲	-۳/۵۷	-۴/۳
PRE	۳/۸۸	-۵/۱۷	-۳/۲۱	-۳/۵۶	-۴/۲۹
INF	-۳/۴۲	-۶/۶	-۲/۶۲	-۲/۹۶	-۳/۶۷
UNE	-۱/۸۴	-۵/۸۳	-۲/۶۱	-۲/۹۶	-۳/۶۶
GDP	-۵/۱۹	.....	-۲/۶۲	-۲/۹۸	-۳/۷۱

طبق جدول (۴) که نتایج حاصل از تخمین ۶ مدل تحقیق را نشان می‌دهد، تمامی متغیرها از لحاظ آماری معنادار بوده و ضرایب تخمینی تمام متغیرها علامتی 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.

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	$\beta$	t	P	توضیحات		
					R <sup>۲</sup>	R <sup>۲</sup> تعدیل شده	F
					آماره‌ی دوربین واتسون (D.W)		
مدل ۱	عرض از مبدا	۴/۵۷	۸۱/۹	۰/۰۰۰	۲/۸	۱۱۵/۹۱ [۰/۰۰۰]	۰/۹۴۸
	IP	۰/۰۲۲	۷/۷۷	۰/۰۰۰			
	INF	-۰/۰۲۲	-۲/۸۵	۰/۰۰۸۴			
	GDPCAP	-۰/۰۰۱	-۱/۹	۰/۶۸			
	UNE	-۰/۰۰۹	-۳/۰۰۸	۰/۰۰۵۸			
مدل ۲	عرض از مبدا	۴/۷۹	۴۵/۰۳	۰/۰۰۰	۲/۸۲	۱۱۵/۵۱ [۰/۰۰۰]	۰/۹۴۸
	ID	۰/۰۲۱	۷/۰۴۱	۰/۰۰۰			
	INF	-۰/۰۱۹	-۲/۶۵	۰/۰۱۳			
	GDPCAP	-۰/۰۰۱	-۲/۰۳	۰/۰۵			
	UNE	-۰/۰۹۸	-۲/۷۶	۰/۰۱			
مدل ۳	عرض از مبدا	۹۰/۲۶	۱۵/۲۱	۰/۰۰۰	۲/۳۲	۱۲۰/۳۱ [۰/۰۰۰]	۰/۹۵۲
	PRE	۱/۳۵	۱۳/۵۵	۰/۰۰۰			
	INF	-۱/۵۶	-۳/۲۵	۰/۰۰۳۳			
	GDPCAP	-۱/۶۶	-۳/۰۰۹	۰/۰۰۵۹			
	UNE	-۸/۱۵	-۴/۲۵	۰/۰۰۰۲			

همان‌طور که در جداول (۴) 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. به‌طوری‌که 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 با توجه به این‌که افزایش تقاضای بیمه‌ی عمر منجر به رشد اقتصادی و افزایش درآمد 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 کودکان زیر پنج سال نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه مطابق با انتظارات است.

لذا با افزایش تورم، قدرت خرید فرد کم شده و تقاضای فرد از خدمات بهداشت کاهش یافته و در نهایت سطح سلامت فرد نیز کاهش می یابد.

جدول (۴): نتایج برآورد اثر متغیرهای بیمه‌ی عمر بر نرخ مرگومیر کودکان زیر ۵ سال

شرح	متغیرها	ضرایب $\beta$	آماره t	P-Valu	توضیحات		
					R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	F_Statistic [prob]
مدل ۴	عرض از مبدا	۱/۷۶	۸/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱	۰/۹۰۸	۷۵/۱۵ [۰/۰۰۰]
	IP	-۱/۱۲	-۱۲/۱۷	۰/۰۰۰			
	INF	۰/۰۱	۳/۴۶	۰/۰۰۱۹			
	GDPCAP	۰/۰۰۵۶	۱/۴۲	۰/۱۶			
	UNE	۰/۰۷۴	۵/۲۲	۰/۰۰۰			
مدل ۵	عرض از مبدا	۱/۲۵	۵	۰/۰۰۰	۰/۹۲۳	۰/۹۱	۷۷/۶۹ [۰/۰۰۰]
	ID	-۰/۱۲	-۱۲/۳۹	۰/۰۰۰			
	INF	۰/۰۱	۳/۳۳	۰/۰۰۲۶			
	GDPCAP	۰/۰۰۶	۱/۵۷	۰/۱۳			
	UNE	۰/۰۷۳	۵/۲۲	۰/۰۰۰			
مدل ۶	عرض از مبدا	۳/۲۷	۱۳/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۲۴	۰/۹۲	۷۸/۸۶ [۰/۰۰۰]
	PRE	-۰/۱۰۶	-۱۲/۵	۰/۰۰۰			
	INF	۰/۰۰۹۹	۳/۲۹	۰/۰۰۲۸			
	GDPCAP	۰/۰۰۵۵	۱/۴۲	۰/۱۷			
	UNE	۰/۰۷۱	۵/۰۷	۰/۰۰۰			

همچنین ملاحظه می‌گردد که در هر شش مدل، درآمد سرانه (GDPCAP) اثر منفی بر بخش سلامت دارد و این نوع اثرگذاری تولید ناخالص داخلی سرانه بر شاخص سلامت مطابق با انتظارات نظری نیست. شاید بتوان دلیل اصلی اثر منفی تولید ناخالص داخلی سرانه بر شاخص سلامت را در تأثیر سیاست‌های معطوف به رشد اقتصادی در سال‌های اولیه اجرای آن دانست. زیرا بر اساس اقتصاد نئوکلاسیکی، سیاست‌های اقتصادی همچون برنامه‌های تعدیل اقتصادی، در مراحل اولیه، افزایش درآمد عمومی کشور را به دنبال دارند و به سیاست‌های اقتصادی عدالت محور و گسترش خدمات اجتماعی توجه چندانی ندارند. بنابراین در ایران سیاست‌های رشد اقتصادی، نتایج مساعدی بر شاخص‌های اجتماعی و بخش سلامت نداشته و در بسیاری موارد منجر به بدتر شده شاخص‌های اجتماعی شده است. در ارتباط با اثر متغیر

بیکاری بر سلامت نیز در جداول (۴) و (۵) ملاحظه می‌شود که در هر شش مدل، بیکاری (UNE) اثر منفی و معنادار بر بخش سلامت دارد. به طوری که با افزایش بیکاری، امید به زندگی کاهش یافته و نرخ مرگومیر کودکان زیر پنج 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 همه‌گیرشناختی بیماری‌ها، از علل بالینی گرفته تا علل روانی و اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. از جمله تعیین‌کننده‌های 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 ۱۳۶۰-۱۳۹۰، نتایج به‌دست آمده نشان داد که در کشور ایران، با توسعه و افزایش تقاضای بیمه‌ی عمر، امید به زندگی افزایش و مرگومیر کاهش یافته 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



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 به‌طور خاص برنامه‌های بخش سلامت کشور، با درصد موفقیت بیش‌تری پیش‌رود.

- احمدی، ع.، غفاری، م. و عمادی، س. (۱۳۸۸). رابطه متغیرهای کلان اقتصادی با سلامت در ایران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۰ (۳۹).
- اشرفزاده، س. و مهرگان، ن. (۱۳۸۷). اقتصادسنجی پانل دیتا. مؤسسه تحقیقات تعاون، دانشگاه تهران.
- باصری، ب. و فرهادی کیا، ع. (۱۳۸۷). تحلیل عوامل مؤثر بر شاخص توسعه انسانی در استان زنجان. *فصلنامه پژوهش‌ها و سیاست‌های اقتصادی*، ۱۶ (۴۷).
- حسن زاده، ع.، ازوجی، ع و قوی‌دل، ص. (۱۳۸۵). بررسی آثار اعتبارات خرد در کاهش فقر و نابرابری‌های درآمدی. *اقتصاد اسلامی*، شماره ۲۱۱، بهار.
- شیخی، م. (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر امید به زندگی با علم داده‌کاوی. *پنجمین کنفرانس داده‌کاوی ایران*، دانشگاه صنعتی امیرکبیر، ۲۲ و ۲۳ آذر ۱۳۹۰، تهران، ایران.
- سجادی، ح. و صدرالسادات، س. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. *مجله سیاسی-اقتصادی*، ۱۹ (۳۰۴).
- فرشته‌زاد، س. و دیگران (۱۳۸۹). برآورد امید زندگی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در جمعیت شهری مناطق مختلف شهر تهران. *فصلنامه طب و ترکیه*، تابستان ۱۳۸۹، شماره ۷۷، ص ۴۰-۲۵.
- کاسکلاکای و دیگران (۱۳۸۰). آثار بیکاری بر سلامت و آسایش روانی. *مجله رفاه اجتماعی*، ۱ (۲).
- کامران، ف. و ارشادی، خ. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان. *پژوهش اجتماعی*، ۲ (۳): ۲۹-۵۴.
- کریمی، ا. (۱۳۸۴). *اقتصاد سلامت*. جلد دوم، تهران، نشر گپ.
- مهدوی، غ.، دقیقی اصلی، ع. و لطفی، ن. (۱۳۹۰). کاربرد یک مدل مرگ‌ومیر با چند عامل ریسک در فسخ قراردادهای بیمه‌ی عمر (مورد مطالعه: یک شرکت بیمه). *پژوهشنامه بیمه*، سال بیست ششم، شماره 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

- 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 Survey. *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](http://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 36<sup>th</sup> *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](http://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>